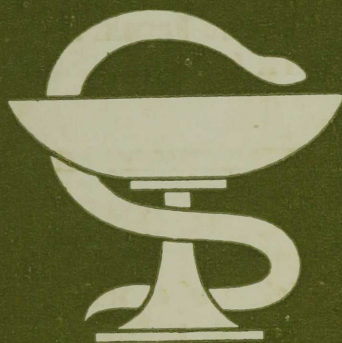




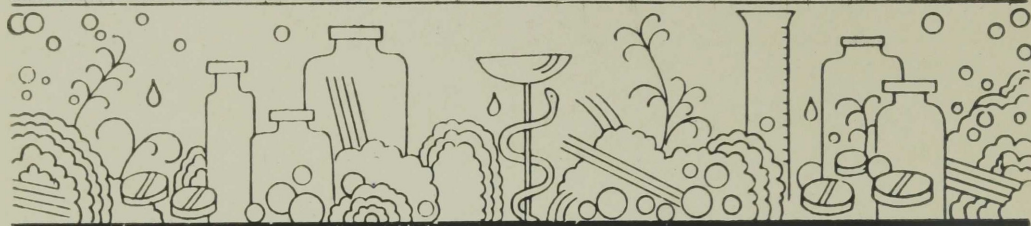
ISSN 0134—2320

# NOUKOGUDE EESTI **TERVISI HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

**2.1987**



### **CONFERON**

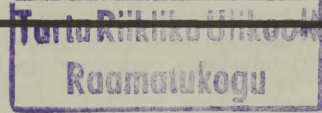
Konferooni kasutatakse hemopoeesi esilekutsuva vahendina rauavaegusest põhjustatud haiguste korral. Võetakse 1 kapsel 2 . . . 3 korda päevas. Originaalpakendis on 50 kapslit á 0,25 g toimeainet. Toodetakse Ungari RV-s.

### **DIVASCAN**

Divaskaani kasutatakse oftalmmigreeni, samuti migreenivormide korral, millega kaasnevad vegetatiivsed häired, peapööritus, kolmiknärvivalu. Võetakse 1 . . . 2 tabletti 3 korda päevas. Toodetakse Saksa DV-s.

### **OXAPHENAMID**

Oksafenamiid soodustab sapi eritumist, avaldab spasmolüütilist toimet, vähendab vere kolesteriini-sisaldust. Preparaati kasutatakse krooniliste koletsüstiitide, kolangiitide, koletsüstohepatiitide ja sapikivide korral. Võetakse 0,25 . . . 0,5 g 3 korda päevas enne sööki. Pakendis on 50 tabletti á 0,25 g toimeainet.



### SISU

#### TEORIA JA PRAKTIKA

**O. Imelik** — Kolesteroolist ja vereseerumi kolesteroolisisalduse muutustest kehalise töö ja treeningu puhul 83

**M.-A. Riikjärv, M. Uritam** — Hingamis- teedesse sattunud vöörkehade diagnoosi- mine lastel 91

**P. Mardna, A. Samarin, V. Neklesa** — Kogemusi ultrahelidiagnostika alal Tal- linna Kiirabihaiglas 94

**V. Sui, I. Sepp** — Lyme'i töbi 96

**O. Kurtenkov** — Lümfotsüütide E-retsep- tori-sisaldus maovähi koeekstraktis 98

#### ÜLEVAATED

**J. Saarma** — Alkoholism, narkomaania, toksikomaania 99

**L. Boston, T. Männik** — Tsöliaakia kliini- line pilt ja diagnoosimine esimestel eluaas- tatel 104

#### TERVISHOIUTOO KORRALDUS

**A. Levin, T. Listopad** — Vastsündinute haiglate rajamise meditsiinipühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte 109

#### KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

**S. Reinmets, R. Männik, O. Volož** — Rah- vastiku ülddispanseerimise ettevalmistami- ne 111

#### MÖTTEVAHETUS

**R. Koha** — Artikli «Raske liittraumaga haigete ravi reanimatsiooniosakonnas» kohta 113

#### KAADRI ETTEVALMISTAMINE 114

#### ABIKS VELSKRITELE JA ODEDELE

**M. Tarum** — Füüsiliste ravitegurite kompleksne kasutamine 115

#### ARSTITEADUSE AJALOOST

**M. Laidre** — Sõjaväemeditsiinist Eesti- ja Liivimaal XVII sajandi teisel poolel 118

#### KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

**V. Laos** — Tallinna Vabariikliku Haigla juubelikongverents 122

**E. Annus** — XII vabariiklik kongverents spordimeditsiini ja ravikehakultuuri alal 123

**L. Tanning, I. Vahula** — TRÜ arstiteadus- konna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri konverents keskonnakaitse alal 124

**S. Innos** — Tallinna akušöörigünekoloogide kongverents 124

**U. Sibul, H. Poola** — XXXI üleliiduline kirurgide kongress 124

**L. Priimägi** — I. Metšnikovi nim. Mikro- bioloogide, Epidemioloogide ja Parasitoloogi- de Üleliidulise Seltsi juhatuse II pleen- num 125

**V. Kalnin** — III üleliiduline meditsiinija- loolaste kongress 126

**R. Birkenfeldt** — Rahvusvaheline sümposi- on «Reumaatiliste haiguste riskitegu- rid 126

**S. Velbri** — Üleliiduline immuunpuudulik- kuse ja allergia alane sümposion 126

**A. Liiv** — Üleliiduline liiduvabariikide ja oblastite peanarkoloogide nõupidamine 127

**L. Schotter (jun.)** — Oftalmoloogiaalane rahvusvaheline teaduskongverents 127

**J. Eha** — I rahvusvaheline sümposion laserite kasutamise alal südame- ja vere- soonte haiguste ravis 128

**H. Sillastu** — Euroopa Pneumoloogia Ühin- gu ja Euroopa Respiratoorse Patofüsioloogia Ühingu ühine kongress 128

#### MEIE JUUBILARE 130

Klaara Korjus, Leo Schotter, Evel Liiv, Akivo Lenzner, Maret Purde, Sirje Pärn, Tiia Soo, Virve Pärni

#### ARSTIDE SELTSIDES

**V. Laos** — III Lääne-Eesti arstide seltside teaduskongverents 133

**A. Haavel** — Saaremaa Arstide Seltsi järje- kordne koosolek 134

#### ASKLEPIOSE KLUBIS 135

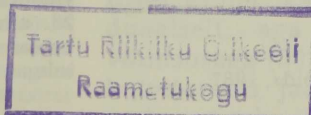
#### QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

**L. Nurmand, M. Otter** — Farmakoloogia- alaseid põhimõisteid ja oskussõnu 143

#### KROONIKA 149

Artiklite venekeelsed resümeed 156

Artiklite ingliskeelsed resümeed 159



162507

2. an.

# NB

## «Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekonnad. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil

Москва Г. 200, «Международная книга».

### Toimetuskolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elšteine, K. Gross, A.-E. Kaasik, M. Kivilo, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), J. Saarma, U. Sibul, R. Silla, R. Zupping, O. Tamm (peatoimetaja), E. Tomberg.

### Toimetusnõukogu

A. Adamsoo (Tartu), A. Haavel (Kingissepa), V. Ilmoja (Tallinn), T. Ilves (Hiiumaa), M. Johanson (Tartu rajoon), A. Juhasoo (Põlva), T. Kadastik (Rapla), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), L. Rebane (Pärnu), A. Rodin (Kohtla-Järve), M. Silland (Narva), M. Tarum (Jõgeva), T. Vilosius (Haapsalu).

Korrektor T. Peep. Tehniline toimetaja L. Art. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 17. 02. 1987. Trükkimisele antud 25. 03. 1987. Trükiarv 6000. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 9,30. Tell. nr. 710. MB-03124. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 6000. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 9,30. Заказ № 710. MB-03124. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маанте, 67-а.

**Käsitõrjad** esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Tõõ olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja tõõ eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitõrjari peab olema keelelt korrekne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3... 7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel tõõs esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatu kokkusurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõõnd, kas tõõ on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsitõrjaga. Teadusliku tõõ käsitõrjari viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikiõde autorite kohta** (perekonna-, eesja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, tõõkoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnaeis, laste arv) lisatakse käsitõrjari lõõpu koos kõikiõde autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstiõtute tõõtajuõd märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatuõ vene keeles (15... 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8... 12 rida) või lisatuõ tõõkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeõlina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikiõde autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, kõide, anne või number, artikli lehekülgede algusja lõõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsitõrjari lõõpu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv.

**Lubamatu on toimetusele saata tõõid, mis on teistes väljaannetes või monograafia osana juba trükitud.**

Toimetus ei tagasta fotosid ja jooniseid ning avaldamisele tulevate artiklite käsitõrjari.

# Teooria ja praktika

UDK 612.11.19:612.745

## Kolesteroolist\* ja vereseerumi kolesteroolisisalduse muutustest kehalise töö ja treeningu puhul

Olaf Imelik · Tartu

kolesterool, sisaldus veres, ainevahetus, kehaline töö

Vereseerumi kolesterooli suurenenud kontsentratsiooni on ateroskleroosi põhjustavaks teguriks peetud juba käesoleva sajandi algul (2), veenva tõestuse leidis see aga alles käesoleval aastakümnel (23). Kahtlemata tuleb vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni suurenemist vaadelda kolesterooliainevahetuse häire tagajärjena. Millises kolesterooliainevahetuse lülis see häire ateroskleroosi korral esineb ja mis selle häire esile kutsub, see on veel paljus diskuteeritav ja erinevatel juhtudel erinev. Nii võib vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni muutus olla tingitud hormonaalsetest häiretest, kolesterooli sünteesi reguleerivate ensüümsüsteemide talitluse normist kõrvalekaldumisest, kolesterooli rakkudesse ja rakkudest ära transportivate lipoproteiinide ainevahetuses toimuvatest muutustest, kuid ka muutustest, mis leiavad

\*Steroidide, keemiliselt koostiselt lipiididest erinevate, kuid ühiste füüsikaliste omaduste tõttu lipiidide hulka klassifitseeritud ühendite hulka kuuluvaid steroidseid alkohole nimetatakse steroolideks. Üks neist on kolesterool. Seetõttu on meie kirjanduses seni kasutatud nimetuse «kolesteriin» asemel terminoloogiliselt õigem kasutada keemilisele klassifikatsioonile vastavat nimetust «kolesterool».

aset kolesterooli organismi juurdeviimisel või organismist eemaldamisel.

Nii profülaktika kui ka ravi eesmärgil on viimase ajani kasutusel olnud peamiselt viimati mainitud tegurite mõjutamine. Vist kõige rohkem on kasutatud eksogeense, s.o. toiduga organismi viidud kolesterooli hulga normeerimist. Toidu lipiidisisalduse mõju vereseerumi kolesteroolisisaldusele on veenvalt tõestatud (40, 44) ja seda on näidanud ka meie vabariigis tehtud uurimused (26, 34, 35). Rasv ja süsivesikud soodustavad, struktuursed analoogid ning taimsed steroidid blokeerivad kolesterooli resorptsiooni. Paljud uurimused on aga selgitanud, et terve organism on võimeline väära toitumist mitmeti korrigeerima. Tavalise dieedi korral moodustab toiduga ööpäevas organismi viidud ja resorbeerunud kolesterooli hulk (0,2... 0,5 g) ainult umbes viiendiku selle aja vältel organismis sünteesitud kolesteroolist. Toidu suurema kolesteroolisisalduse korral tema resorptsioon aga väheneb. Kui ööpäevases toidus leidub kolesterooli alla 300 mg, imendub sellest kuni 30%, leidub seda toidus aga üle 3 g, siis ainult 10%. Kolesterineemia all kannatavatel haigetel on siiski konstateeritud umbes 1 grammini ulatuvat resorptsiooni (37). Lisaks sellele väheneb kolesterooli suurema resorptsiooni korral tema süntees kudedes (30). Nimelt katseloomadel, keda toidetakse kolesteroolirikka toiduga, pidurdub kolesterooli endogeenne süntees peaaegu täielikult seda sünteesi reguleeriva ensüümi —CoA reduktaasi— sünteesi vähenemise tõttu. Pole veel päris selge, millist osa selline regulatsioonimehhanism etendab inimesel. Mõned autorid on seisukohal, et selle puudumise tõttu tekivad inimesel, eriti vanemas eas, rasvarikka toidu kasutamisel ateroskleroos ja kolesterooli ladestumine veresoonte seintele (44). Kuid on samuti andmeid, et selline regulatsioonimehhanism esineb ka inimesel, kuigi individuaalselt, aga ka rassiliselt erineva võimsusega (30). Mõned autorid peavad kolesterooli jaotamist eksogeenseks ja endogeenseks üldse mõttetuks (42).

Tabel 1. Vereseerumi kolesteroolisisalduse muutused mitmesuguste kehaliste pingutuste puhul

Nr.	Pingutuse laad	Kes- tus min.	Uuritavad	Arv	Kolesterooli kontsent-		Uuritavaid %-des, kelle kontsentratsioon on	
					enne pin- gutust mg/dl mmol/l	pärast pingutust mg/dl mmol/l		
1.	Suusatamisvõist- lused 10 km dis- tantsil	kuni 50	Kehakultuuriteadus- konna meesüliõpi- lased	16	244±5,9 6,3±0,15	233±5,8 6,0±0,15	37,7	50
2.	Suusatamisvõist- lused 5 km dis- tantsil	kuni 20	Kehakultuuriteadus- konna naisüliõpi- lased	7	223±17,8 5,8±0,46	219±19,3 5,7±0,50	14,3	42,9
3.	Võrkpalli tree- ningutund	120 120	Võrkpalli noorte- koondis	8 8	172±7,5 4,4±0,19	87±6,5 2,2±0,17	—	100***
4.	Ujumise tree- ningutund	90	ENSV ujumiskoon- dis (mehed)	5	196±5,0 5,1±0,13	129±0,7 3,3±0,02	—	100***
5.	Ujumise tree- ningutund	45	ENSV ujumiskoon- dis (naised)	6	200±5,2 5,2±0,13	115±6,6 3,0±0,17	—	100***
6.	Ujumise tree- ningutund	45	Spordikooli õpilased	12	186±1,3 4,8±0,03	191±1,0 4,9±0,03	83,3***	8,3
7.	Ujumise tree- ningutund	45	Spordikooli õpilased (tüdrukud)	16	178±3,5 4,6±0,09	183±4,1 4,7±0,11	68,7***	12,5
8.	Töö veloergomeet- ril 30 W, 60 pöö- ret min.	30	Koolipoisid	28	168±3,8 4,3±0,10	172±4,0 4,4±0,10	46,4	32,1
9.	Töö veloergomeet- ril 30 W, 60 pöö- ret min.	60	Keskealised mehed	44	198±6,2 5,1±0,16	201±5,7 5,2±0,15	61,4**	29,5
10.	Töö veloergomeet- ril 30 W, 60 pöö- ret min.	60	Üliõpilased (mehed)	21	174±4,5 4,5±0,12	176±5,6 4,5±0,14	32,4	28,6
11.	Töö veloergomeet- ril 75 W, 60 pöö- ret min.	60	Kehakultuuriteadus- konna meesüliõpi- lased	12	135±7,6 3,5±0,20	144±6,9 3,7±0,18	70,0	30,0
12.	Töö veloergomeet- ril 225 W, 70 pöö- ret min.	60	Kehakultuuriteadus- konna meesüliõpi- lased	6	216±11,4 5,6±0,29	238±20,8 6,1±0,54	83,3*	16,7
13.	Põlvetõstejooks paigal maksimaalse tempoga	3	Meistersportlased ja üliõpilased (mehed)	41	231±7,9 6,0±0,20	259±7,8 6,7±0,20	82,9***	4,9
14.	Põlvetõstejooks paigal maksimaalse tempoga	3	Meistersportlased ja üliõpilased (naised)	21	200±7,8 5,7±0,20	255±12,2 6,6±0,31	95,2***	—
11a.	Töö veloergomeet- ril 75 W, 70 pöö- ret min.	60	Kehakultuuriteadus- konna meesüliõpi- lased	12	4,9±0,45	5,5±0,39	80,0*	20,0
12a.	Töö veloergomeet- ril 225 W, 70 pöö- ret min.	60	Kehakultuuriteadus- konna meesüliõpi- lased	6	7,3±0,30	8,0±0,46	66,7	33,3
13a.	Põlvetõstejooks paigal maksimaalse tempoga	3	Meistersportlased ja üliõpilased (mehed)	41	7,3±0,40	6,9±0,34	31,7	65,8**
14a.	Põlvetõstejooks paigal maksimaalse tempoga	3	Meistersportlased ja üliõpilased (naised)	21	4,7±0,28	5,0±0,31	57,1	42,9

\*\*\*muutuse usutavus % > 99,5

\*\*muutuse usutavus % > 99

\*muutuse usutavus % > 97,5

Kolesterooli sünteesitakse peaaegu kõikide kudede rakkudes, üle 90% endogeenselt kolesteroolist sünteesitakse aga maksas ja soolestiku limaskestas. Sünteesi lähteaineks on enamikus kudedes atsetüül-CoA ja seda reguleerib hüdroksümetüülglutarüül-CoA reduktaas, mis katalüüsib sünteesi ühte esimest, kiirust piiravat astet. Süntees toimub väga kiiresti ja juba mõni minut pärast märgistatud äädikhappe viimist organismi leidub seda vereseerumi kolesteroolis. Kolesterool eemaldub organismist nii muutumatul kujul kui ka laguproduktina. Muutumalt eritatakse umbes 0,3 g ööpäevas naha kaudu ja umbes 0,2...0,7 g sapiga. Laguproduktidest on peamisteks sapphapet, milleks võib olla muutunud 80...90% eritavast kolesteroolist. Nii soolestiku limaskestas sünteesitud kui ka sapiga seedetrakti eritunud kolesterool viiakse osalt väljaheitega välja kas muutumatul kujul või ümbertöötatuna, suurelt osalt aga resorbeerub sapisooladena tagasi koos toidu kolesterooliga. Seega toimub kolesterooli ringkäik, mille tõttu on keerukas eraldada eksogeenset kolesterooli endogeenselt. Lisaks sellele toimub kolesterooli süntees üle atsetüül-CoA nii süsivesikutest, rasvhapetest kui ka aminohapetest, mille jaotamine endo- ja eksogeenseks oleks samuti väga tinglik.

Kolesterool on neerupealiste koore hormoonide, suguhormoonide, vitamiini D<sub>3</sub> ja sapphapete lähteaineks. Kuid ka muutumatul kujul on tal organismis täita mitmeid elutähtsaid funktsioone. Nii kuulub ta naharasu koostisse, etendades seega osa organismi kaitsefunktsioonis. Eriti tuleb aga rõhutada, et kolesterool on üks rakumembraani koostise komponente, mõjutades seega rakumembraani permeaablust ja selle kaudu rakkude ainevahetust üldse. See tõttu peavad mõned autorid vananemise ja ka surma põhjuseks kolesterooliainevahetuse muutust (42). Kuigi vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon võib vananemisel suureneda, on tema süntees organismis vähenenud. Uuemate, radioisotoopidega uurimiste alusel on organismis kolesterooli 200...350 grammi (40) varem arvatud umbes 150 grammi asemel. Mõnedes kudedes leidub teda vabalt (näiteks närvikoes), teistes peamiselt kõrgemate rasvhapete estrina. Kolesterool moodustab estreid ka glükoosi ja teiste süsivesikutega, samuti valkude, amiinide ja mitmesuguste sooladega. Kõige rohkem (22% organismi kolesteroolisisaldusest) leidub teda närvikoes ja niisama palju sidekoes, koevedelik kaasa arvatud; lihastes on teda

21%, nahas 11% ja veres 8%, teistes elundites vähem. Vereseerumis on kolesterooli ainult 4...6 grammi. Võrreldes tema koguhulgaga organismis on see hulk suhteliselt vähene. 2/5...1/4 sellest hulgast leidub vabalt, ülejäänud 3/5...3/4 esineb lipoproteiinidena, esterifitseeritult pika ahelaga rasvhapetega, eriti linoolhappega, milliseid pidevalt hüdrolüüsitakse maksas ja resünteeditakse plasmas. Suur osa kudedes leiduvast kolesteroolist on plasma kolesterooliga vahetatav. Nii näiteks taastub tasakaal vereseerumi ja maksa kolesterooli vahel mõne tunniga, vereseerumi, naha ja arterite seinte kolesterooli vahel mõne nädalaga. Kuid on ka võimalik, et kudede kolesteroolisisalduse muutusi saadavad väga vähesed kolesterooli kontsentratsiooni muutused vereseerumis. Näiteks võib rotil kolesteroolisisalduse suurenemine toidus põhjustada kolesterooli hulga suurenemist maksas, ilma et sellega kaasneks kontsentratsiooni suurenemist vereseerumis (30). Kliinilises praktikas on aga siiski kolesterooliainevahetuse ainsaks jälgitavaks näitajaks tema sisaldus vereseerumis.

Kirjanduse andmed vereseerumi üldkolesterooli kontsentratsiooni normväärtuste kohta on laiapiirilised ja eri allikates küllalt erinevad. Näitena olgu toodud andmed paarist teatmeteost: «Большая Медицинская Энциклопедия», 1964. a.: 100...230 mg/dl (2,6...5,9 mmol/l); 1986. a. väljaandes: 150...270 mg/dl (3,9...7,0 mmol/l); «Wörterbuch der Medizin», 1956. a.: 100...200 mg/dl (2,6...5,2 mmol/l); 1980. a.: 160...320 mg/dl (4,1...8,3 mmol/l). Selgub, et isegi ühes ja samas allikas on normi piirid aastatega laienenud. Kas see on tingitud aja jooksul kogunenud ulatuslikumast materjalist, usaldatavamast statistilisest läbitöötlu- sest või on vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon elutingimuste muutumisest tingitud tõesti suurenenud, jääb veel lahtiseks. Arengumaades on kohalike elanike vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon väiksem. Teatavat osa võivad etendada nii perekonniti päri-

Tabel 2. Vereseerumi kolesteroolisisalduse muutuste dünaamika pika kestusega pingutuste korral

Pingutus	Määramise aeg	Kontsentratsioon mg/dl mmol/l	Üldhulk grammides	
Tunniajaline töö veloergomeetril (225 W, 70 pööret minutis)	Enne tööd	216±11,4		
	10. tööminutil	5,6±0,29	7,3±0,30	
	30. tööminutil	6,1±0,46	8,0±0,49	
	60. tööminutil	230±12,2*	5,9±0,32	7,2±0,35
	30. minutit pärast tööd	238±20,8*	6,1±0,54	8,0±0,46
Tunniajaline töö veloergomeetril (75 W, 60 pööret minutis)	Enne tööd	220±15,9*	5,7±0,41	7,8±0,45
	10. tööminutil	138±9,9	3,6±0,26	4,9±0,45
	30. tööminutil	143±10,5	3,7±0,27	4,4±0,79**
	60. tööminutil	144±11,8	3,7±0,30	5,2±0,50
	30 minutit pärast tööd	153±10,4	3,9±0,27	5,5±0,39
		124±8,5	3,2±0,22	4,7±1,37

\*\* Muutuse lähtetasemest usutavuse % > 99,5; \* muutuse lähtetasemest usutavuse % > 97,5

tavad kui ka rassilised iseärasused. Tõenäoliselt aga on olulisemad tsiviliseeritud maades toimunud ebasoovitavad nihked toitumise osas. Lisaks sellele on nende maade elanike vereseerumi kolesterooli suhteliselt kõrge tase seostatav nende vähenenud liikumisaktiivsusega ja sageli esineva stressiseisundiga (45). Viimasele viitab ka ühes meie varajases uurimuses avaldunud positiivne korrelatsioon vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni ja neerupealiste koore hormoonide renaalse ekskretsiooni vahel (15).

Igasuguste ainevahetushäirete üks efektiivsemaid mittespetsiifilisi ravi vahendeid on kehalised harjutused. Tänu nende poolt esilekutsutud lipideemilistele modifikatsioonidele (plasma triglütseriidide, üldkolesterooli ning väikese tihedusega lipoproteiidide poolt transporditava kolesterooli hulga vähenemisele ja suure tihedusega lipoproteiidide poolt transporditava kolesterooli hulga suurenemisele) kujutab intensiivne kehaline pingutus endast väga efektiivset ateroskleroosi ärahoidvat vahendit, kusjuures häid tulemusi saadakse isegi vaatamata aterogeensele dieedile (25). Uurimised kehalise pin-

gutuse mõjust vereseerumi kolesterooli kontsentratsioonile jaotuvad kahte liiki: ühed püüavad selgitada erinevat laadi pingutuste mõju erinevatel vaatlusalustel, teised erinevat laadi ja erineva kestusega treeningu mõju. Tulemused on küllalt mitmekesised.

Kerge töö (ka virgutusvõimlemine) vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni ei mõjuta (17). Pika kestusega pingutuste korral on konstateeritud usutavate muutuste puudumist (12) või kontsentratsiooni vähenemist (29). Lühema kestusega pingutuste järgselt esineb ka kontsentratsiooni suurenemist, kusjuures hästi trenituil on see isegi suurem (20). Tuhandetelt inimestelt pärast mitmesuguseid pingutusi kogutud andmete statistiline analüüs on kehalistele harjutustele tüüpilise muutusena näidanud siiski kolesterooli kontsentratsiooni vähenemist vereseerumis keskmiselt 10 mg/dl võrra, kusjuures muutus on tugevas positiivses korrelatsioonis kontsentratsiooni algväärtusega (33).

Kehalise treeningu mõju on uuritud nii tervetel kui ka haigetel. Eriti hüperkolesterineemia juhtudel on kehalise treeningu ja dieedi abil sanatooriumis

õnnestunud kolesterooli kontsentratsiooni tunduvalt vähendada (3), kusjuures vähenemine mitte alati ei korreleeru kehakaalu vähenemisega (4). On näidatud, et toitumine ei etenda treeningu kõrval olulist osa (9). Et kirjanduse andmed treeningu poolt vereseerumi kolesterooli kontsentratsioonile avaldatava mõju osas lahknevad, on osalt seletatav treeningu laadi, kestuse ja uuritava kontingendi erinevusega. Nii on sörkjooksu harrastajail ja maratoni-jooksjail, kes treenivad aasta ringi, ühed autorid saanud treeningu mahu ja intensiivsusega korreleeruva kolesterooli kontsentratsiooni vähenemise (24), teised ei ole sellist korrelatsiooni leidnud (10), kolmandad ei ole aga saanud usutavaid muutusi ei maratoni-jooksu treeningu (1,5) ega ka keskmise koormusega suusatreeningu puhul (18). Ühed uurijad on leidnud, et mõõdukalt treenivatel üliõpilastel on kolesterooli kontsentratsioon vereseerumis väiksem kui mittetreenivatel (6), teised, et sörkjooksu treening üliõpilastel kolesterooli kontsentratsiooni ei mõjuta (32). Varem istuva eluviisiga meestel ja naistel on saavutatud kolesterooli kontsentratsiooni vähenemine isegi selliste alade treeninguga nagu atleetvõimlemine (38) või tõstmine (8). Erilist tähelepanu on pööratud treeningu kestusele. Umbes pooleaastase kolm korda nädalas toimunud poole tunni vastupidavust arendava võimlemise ja sellele järgneva poole tunni sörkjooksu või ujumisega on saadud keskmiselt 18%-line kolesterooli kontsentratsiooni vähenemine (16), sama on saavutatud viieküsimise igapäevase pikamaajooksu treeninguga nii meestel kui ka naistel (36). 12-nädalase kolm korda nädalas toimuva jooksutreeninguga on ühed uurijad, olenemata treeningu-metoodikast, saanud kõigis rühmades kolesterooli kontsentratsiooni vähenemise (31), teised aga sama kestusega treeningutsükli korral veloergomeetril erineva koormusega treenivatesse rühmadesse kuulujatel küll rasvkoe vähenemise, kuid mitteusutavad muutused kolesterooli kontsentratsioonis (7). Kuid vähenemine (20. . .25 % algtasemest) on

saavutatud ka 10-nädalase (28), kuue-nädalase (21) ja neljanädalase (14) igapäevase vastupidavustreeninguga nii meestel kui ka naistel. Infarktihaigetel meestel on vereseerumi kolesteroolisaldust vähendanud juba 10-päevane treening aeroobse programmi järgi (11) ja isegi ainult neljapäevane intensiivne keheline aktiivsus on hästi treenitud noormeestel vähendanud kolesterooli kontsentratsiooni 80%-ni algtasemest (19).

Loomkatsetes on selgunud, et ka siis, kui treening ei põhjusta kolesterooli kontsentratsiooni usutavat vähenemist vereseerumis, vähendab see kolesterooli hulka maksas ja kolesterooli estrite ladestumist arterite seintele (13). See tõttu isegi juhul, kui vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon jääb kehalise treeningu poolt mõjutamata, on treening siiski oluline ateroskleroosi ja sellest tulenevate haiguste ärahoidmisel (27). Põhjust tuleb otsida asjaolust, et vereseerumi kolesterooli suure kontsentratsiooni kui riskiteguri osa vähendab suure tihedusega lipoproteiinide kontsentratsiooni suurenemine (41).

Käesoleva tööga püüti selgitada: 1) milline on vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon erineva soo, vanuse ja treenitusega inimestel; 2) kuidas muutub vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon mitmesuguste kehaliste pingutuste puhul; 3) kuidas muutub vereseerumis leiduva kolesterooli üldhulk kehaliste pingutuste korral; 4) milline on vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni ja üldhulga muutuste dünaamika pika kestusega lihasetöö korral; 5) kuidas muutub vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon kehalise treeningu tagajärjel.

Uurimised tehti 243 inimesel, neist 50 naist, 193 meest. 54 olid keskealised, 125 üliõpilased ja tegevsporlased, 64 kooliõpilased. Esimesele ja teisele küsimusele vastuse leidmiseks määrati vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon enne ja pärast võistlusi, treeningutunde ja laboratooriumis sooritatud pingutusi (vt. tabel 1); kolmandale ja neljandale küsimusele vastamiseks määrati kolesterooli kontsentratsioon ning üldhulk enne ja pärast lühiaegset pingutust ja pika kestusega pingutusi ning pika kestusega pingutuste

vältel korduvalt (vt. tabelid 1 ja 2); viiendale küsimusele — enne ja pärast erinevat laadi ja erineva kestusega treeningutsükleid (vt. tabel 3). Kolesterooli kontsentratsioon määrati Liebermanni ja Burchardi (39) järgi, kolesterooli üldhulga väljaarvutamiseks määrati paigaljooksu ja 75 W-se koormuse puhul veloergomeetril vere maht  $^{131}\text{J}$  albumiini lahendusmeetodil (43) ja 225 W-se koormuse puhul  $^{51}\text{Cr}$ -ga märgistatud erütrotsüütide abil (22).

Uuritud rühmade keskmised puhkeoleku andmed mahuvad kehtivate normide piiridesse (vt. eespool). Vereseerumi kolesterooli kontsentratsioonis puhkeolekus ega töö tulemusena toimunud kontsentratsiooni muutustes usutavaid soolisi erinevusi ei esinenud (võrdle tabel 1, rühmad 1 ja 2; 4 ja 5; 6 ja 7; 13 ja 14). Statistiliselt usutav ealine erinevus on konstateeritav kehalise treeninguga mittetegelevate kooliõpilaste ja keskealiste meeste rühmade kolesterooli kontsentratsiooni vahel (vt. tabel 1, rühmad 8 ja 9).

Pingutuse laadi ja vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni muutuste vahel võib konstateerida teatavat seost. Pärast kahetunnist võrkpallitreeningut toimus kõigil vaatlusalustel kontsentratsiooni vähenemine (vt. tabel 1, rühm 3). Kontsentratsioon vähenes ka kõigil koondvõistkondade liikmetel pärast intensiivset ujumistreeningut basseinis (vt. tabel 1, rühmad 4 ja 5) ja umbes pooltel üliõpilassportlastel pärast suusavõistlusi (vt. tabel 1, rühmad 1 ja 2). Nende andmete alusel võib järeldada, et vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni vähenemist põhjustavad intensiivsed pika kestusega harjutused madalas temperatuuris. Ühiseks selliste harjutuste puhul on lipiidide rohke kasutamine energeetiliseks otstarbeks.

Ühe ja sama kehalise pingutuse puhul eri inimestel toimunud kolesterooli kontsentratsiooni erineva suuna ja ulatusega muutuste kui ka puhkeolekus kontsentratsiooni suure individuaalse hajuvuse tõttu ei ole enamiku pingutuste tagajärjel toimunud keskmiste andmete muutused statistiliselt usutavad. Muutuste suuna kohta annab pildi vaatlusaluste protsent, kellel pingutuse järel oli kolesterooli kontsentratsioon

kas suurenenud või vähenenud. Enamiku meie uurimises kasutatud pingutuste järgselt on valdaval osal vaatlusalustest kolesterooli kontsentratsioon suurenenud (vt. tabel 1). Miks ühe ja sama pingutuse puhul osal inimestel kontsentratsioon ei muutu, osal suureneb ja osal väheneb, selle kohta võib teha mitmeid oletusi. Et iga uuritav rühm oli ühtlase koosseisuga, siis treenitusega (20) seda seostada ei saa. Kontsentratsiooni pingutuseelne tase, millel mõned autorid on leidnud seose tööpuhuse reaktsiooniga (33), meie andmetel seda ei mõjuta. Võiks arvata, et sellel ei pruugigi olla muutuste suhtes määravat tähtsust, sest kolesterooli vereseerumisse sattumine või sealt eemaldumine võib oleneda maksas või teistes elundites leiduvast kolesterooli hulgast, tõenäoliselt aga veel rohkem kolesterooliainevahetust reguleerivate ensüümisüsteemide individuaalsetest erinevustest, samuti kolesterooli transportivate lipoproteiinide hulgast ja omavahelisest suhtest. Vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni ja üldhulga muutuste võrdlus näitab, et need ei toimu kehalise pingutuse puhul sugugi alati paralleelselt. Eriti teravalt torkab erinevus silma lühikese kestusega intensiivse pingutuse järgselt: kolesterooli kontsentratsioon vereseerumis on peaaegu kõigil vaatlusalustel suurenenud, üldhulk aga enamikul meestel ja peaaegu pooltel naistel vähenenud (vt. tabel 1, võrdle rühmasid 13 ja 13a ja 14 ja 14a).

Üldhulga muutus on sellise pingutuse puhul seletatav enamikul inimestel toimuva plasma mahu vähenemisega — koos plasmaga filtreeruvad veresoontest välja ka seal lahustunud kolesterool ja selle ühendid. Samaaegselt toimuva kolesterooli kontsentratsiooni suurenemise põhjuseks võib aga peale eespool toodud oletuste olla suurema molekuliga ainete aeglasemalt toimuv kapillaarne filtratsioon. Seega tekib küsimus, kas kehalise töö puhul toimuvad vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni muutused üldse peegeldavad tema ainevahetuse muutusi või on seerumi koostise muutused tingitud erineva suuruse

**Tabel 3. Vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni muutused kehalise treeningu tagajärjel**

Nr. Treeningu liik	Kes-tus-kuu-des	Uuritavad	Ar v	Kolesterooli kontsentratsioon		Uuritavaid %-des, kelle kolesterooli kontsentratsioon suurenenud lähteväärtusega võrreldes	Uuritavaid %-des, kelle kolesterooli kontsentratsioon on vähenenud
				enne treeningut mg/dl mmol/l	pärast treeningut mg/dl mmol/l		
1. Ilma treeninguta	4	Kooliõpilased	10	177±7,6 4,6±0,20	175±4,2 4,5±0,11	60	40
2. Igapäevane tunni-ajaline töö veloergomeetril (30 W, 60 pööret min.)	1	Üliõpilased	5	173±7,2 4,5±0,19	153±7,9 3,9±0,20	—	100
3. Igapäevane tunni-ajaline töö veloergomeetril (30 W, 60 pööret min.)	1	Kehakultuuri-teaduskonna üliõpilased	5	157±6,6 4,1±0,17	183±8,5 4,7±0,22	80	20
4. Igapäevane poole-tunnine töö veloergomeetril (30 W, 60 pööret min.)	1	Koolipoisid	5	173±9,8 4,5±0,25	180±1,6 4,6±0,04	60	20
5. Tervisejooks	7	Keskealised mehed	7	256±24,8 6,6±0,64	179±16,4 4,6±0,42	—	100
6. Ujumise treeningu-periood	3	Spordikooli õpilased	24	224±3,3 5,8±0,09	181±2,5 4,7±0,06	—	100

ja füsioloogiliste omadustega molekulide erinevast filtreerumisest hemodünaamiliste tingimuste muutumise korral.

Vereseerumi kolesteroolisisalduse muutuste dünaamika jälgimine väikese ja suure intensiivsusega pika kestusega pingutuse puhul (vt. tabel 2) ei võimalda töö erinevatel etappidel toimuvate individuaalselt erineva suuna ja ulatusega muutuste tõttu üldistusi teha. Raskema pingutuse puhul paljudel vaatlusalustel toimuv kontsentratsiooni suurenemine juba pingutuse algetapil viitab veel kord võimalusele, et muutuste põhjuseks on kapillaarse filtratsiooni tingimuste muutused.

Kas kehaline pingutus põhjustab veres tsirkuleeriva kolesterooli kontsentratsiooni või üldhulga ajutist vähenemist või suurenemist, on profülaktilise meditsiini ja ravi seisukohalt vähe oluline. Oluline on kehalise treeningu abil saavutatud püsiv tulemus. Intensiivselt treenivate kooliõpilastel, üliõpilastel ja võistlussportlastel on vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon mittetreenivate eakaaslaste omast suurem (vt. tabel 1, rühmad 6 ja 8; 13 ja 10). Võib-olla on see seletatav neil sageli esineva füsiolise ja psüühilise stressiga (45). Kehalise

treeningu kolesterooli kontsentratsiooni suurendav mõju ületab ealised erinevused (vt. tabel, võrdle rühmasid 6 ja 9). Ennatlik oleks väita, et intensiivne treening dispooneeriks sportlasi ateroskleroosile. Toetudes kirjanduse andmetele võib oletada, et neil on rohkem ka suure tihedusega lipoproteiinide hulk, mis selle ohu likvideerib. Mõõduka intensiivsusega treeningu mõju hindamisel toetusime kolesterooli kontsentratsiooni määramisele enne ja pärast treeningutsükleid. Treeninguga mittetegelevail, enam-vähem ühesugusena püsinud elurežiimiga kontrollrühma isikuil oli neljakümnepäevase intervalli järel teatud kordusmääramisel vereseerumi kolesterooli kontsentratsioon keskmiselt sama mis esmakordsel määramiselgi (vt. tabel 3). Väikese koormusega kestustreeningu puhul veloergomeetril (nelja nädala kestel iga päev koolipoistel 30 minutit, üliõpilastel 60 minutit koormusega 30 W, 60 pööret minutis) vähenes kolesterooli kontsentratsioon ainult treeninguga mittetegelevatel üliõpilastel. Koolipoistel, samuti kehalise kasvatus üliõpilastel oli selline kerge töö ilmselt mitteoluliseks lisaks nende liikumisrežiimile. Üliõpilastele võis see olla ka veel negatiivseks teguriks õppe- ja treeningukoormuse vahelise puhkeaja lühenda-

misena. Selgelt väljenduv oli kolmekuise mõõduka ujumistreeningu tulemusena toimunud kolesterooli kontsentratsiooni vähenemine spordikooli õpilastel, algajatel. Praktiliselt seisukohalt tuleks aga kõige olulisemaks pidada, et kõigil tervisesportlastel, sörkjooksu harrastajatel, oli pärast seitsmekuist treeningut vereseerumi kolesteroolisisaldus silmatorkavalt vähenenud (neil kõigil oli ka diastoolne rõhk langenud). Seega tuleb meie andmete alusel ühe ateroskleroosi riskiteguri, nimelt kolesterooli kõrge kontsentratsiooni likvideerimisel nii noortel kui ka keskealistel pidada mõjusaks vahendiks mõõduka intensiivsusega kehalist treeningut.

KIRJANDUS: 1. Adner, M. M., Castelli, W. P. J. Am. Med. Ass., 1980, 243, 6, 534. — 2. Anitschkov, N. N. Beitr. pathol., 1913, 56, 379—404. — 3. Biermann, J. Med. Sport, 1980, 20, 10, 311—313. — 4. Biermann, J. Z. Physiother., 1984, 36, 3, 207—213. — 5. Dressendorfer, R. H., Wade, C. E., Hornick, C. a. o. J. Am. Med. Wom. Assoc., 1982, 247, 12, 1715—1717. — 6. Fraia, G. D., Postiglione, L., Cimmino, F. a. o. Med. dello Sport, 1984, 37, 4, 305—310. — 7. Gaesser, G. A., Rich, R. G. Med. Sci. Sports, 1984, 16, 3, 269—274. — 8. Goldberg, L., Elliot, D. L., Schutz, R. W. a. o. J. Am. Med. Wom. Assoc., 1984, 252, 4, 504—506. — 9. Hartung, G. H., Foreyt, J. P., Mitchell, R. E. a. o. New Engl. J. Med., 1980, 302, 357—361. — 10. Hartung, G. H., Squires, W. G. Physician Sports Med., 1980, 8, 1, 74—79. — 11. Hatouš, M. Teor. praxe tél. Vých., 1983, 31, 3, 148—154. — 12. Herrmann, W., Schütz, C., Müller, K. C. u. a. Z. gesamte inn. Med., 1982, 37, 5, 147—152. — 13. Hirota, K., Higashi, T., Shinki, T. a. o. Jpn. J. Phys. Educ. 1980, 24, 4, 325—332. — 14. Hong, C-Z., Lien, I-N. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1984, 65, 7, 362—365. — 15. Imelik, O. In: I International Symposium of Exercise Biochemistry. Bruscelles, 1968. — 16. Joseph, J. J., Bena, L. L. J. Sports Med. Phys. Fitness, 1977, 17, 2, 163—168. — 17. Kentner, H., Hartung, M., Schaller, K-H. u. o. Herz Kreislauf, 1983, 15, 11, 557—565. — 18. Lehtonen, A., Viikari, J. Acta med. scand., 1978, 204, 111—114. — 19. Magnus, P., Borresen, A-L., Opstad, P-K. a. o. Eur. J. Appl. Physiol., 1984, 53, 1, 21—24. — 20. Mathur, D. N., Effiong, P. J. Bull. Fédér. Internat. Educ. Phys., 1981, 51, 3, 23—26. — 21. Moll, M. E., Williams, R. S., Lester, R. M., Atherosclerosis, 1979, 34, 2, 156—59. — 22. Moore, F. D., Oleson, K. H., McMurrey, J. D. Body-Cell Mass and its Supporting Environment. Dublin — Philadelphia — London, 1963. — 23. Myant, N. B. The Biology of Cholesterol and Related Steroids. London, 1981. — 24. Penny, G. D., Shaver, L. G., Carlton, J. a. o. J. Sports Med. Phys. Fitness., 1983, 22, 4, 432—439. — 25. Reggiani, E., Bertolini, S., Barban, G. Med. dello Sport, 1981, 34, 2, 125—129. — 26. Saava, M.,

Vagane, E. In: Estonian Contributions to the International Biological Programme, 1971, 3, 189—202. — 27. Schettler, G., Silberberg, N. Therapiewoche, 1977, 27, 50, 9072—9082. — 28. Schriewer, H., Günnewig, V., Assmann, G. Int. J. Sports Med., 1983, 4, 2, 109—115. — 29. Schriewer, H., Jung, K., Emke, F. a. o. Int. J. Sports Med., 1984, 5, 4, 209—212. — 30. Thirkell, D. In: Textbook of Physiology and Biochemistry. Edinburgh — London — New York, 1976, 189—201. — 31. Thomas, T. R., Adeniran, S. B., Etheridge, G. L. Can. J. Appl. Sport Sci., 1984, 9, 2, 55—62. — 32. Toriola, A. L. Br. J. Sport Med., 1984, 18, 1, 13—17. — 33. Tran, Z. V., Weltman, A., Glass, G. V. a. o. Med. Sci. Sports, 1983, 15, 5, 393—402. — 34. Vagane, E., Saava, M., Jegorov, H., Pauts, V., Muhk, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 1, 21—24. — 35. Vagane, E., Saava, M., Prööm, R., Toomsalu, L., Niit, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 6, 418—421. — 36. Weisweiler, P., Backs, C., Huellemann, K. u. o. Herz Kreislauf, 1985, 17, 2, 82—85. — 37. Whyte, M., Nestel, P., McGregor, A. Eur. J. Clin. Invest., 1977, 7, 53—60. — 38. Yki-Järvinen, H., Koivisto, V. A., Taskinen, M. R. a. o. Eur. J. Appl. Physiol., 1984, 53, 3, 253—259.

39. Биохимические исследования в клинике. М., 1969. — 40. Климов А. Н., Никульчева Н. Г. Липопротеиды, дислиппротеидемии и атеросклероз. Л., 1984. — 41. Леву Р. И. В кн.: Липопротеиды высокой плотности и атеросклероз. М., 1983, 9—16. — 42. Лопухин Ю. М., Арчаков А. И., Виноградов Ю. А. и др. Холестериноз. М., 1983. — 43. Малов Г. А. Мед. радиол., 1970, 15, 11, 31—34. — 44. Мясников А. Л. Атеросклероз. М., 1960. — 45. Хомуло П. С. О значении длительного функционального напряжения центральной нервной системы в развитии атеросклероза. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Л., 1964.

TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateeder

Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon on alustanud koordineeritud võitlust tubakasuitsetamise vastu. Selline tegevussuund võeti omaks ja kiideti heaks mullu sügisel Kopenhaagenis toimunud ÜTO regionaalkonverentsil. See on osa ülemaailmsest tervishoiu programmist «Aastaks 2000 arstiabi maailma kõigile rahvastele». Selles on muude meetmete kõrval kavandatud ka seedlusandluse muudatusi teha, et lõppeasmärk — suitsetamisest lõplikult jagu saada — muutuks reaalsemaks. Meetmete plaanis on ka üleuroopalise mittesuitsetajate päeva korraldamine. ÜTO-l on andmeid, et igal aastal põhjustab suitsetamine 500 000 surmajuhtu, et Šveitsis on suitsetajaid 57 % rahvastikust, veidi vähem on neid Taanis — 55 % rahvastikust.

Die Heilberufe, 1986, 12.

## Hingamisteedesse sattunud võõrkehade diagnoosimine lastel

Mall-Ann Riikjärv Mare Uritam  
Tallinn

hingamisteede haigused lastel, võõrkeha aspireerimine, diagnoosimine

Võõrkeha aspireerimine hingamisteedesse ei ole lapseas harv näht. Anamneesi põhjal eseme aspiratsiooni sümptomide (lõmbus ja kramplik kõhahoog, vilistav hingamine, striidor, oksendamine) ning röntgenoloogiliselt sedastavate otseste või kaudsete võõrkeha tunnuste põhjal (obstruktiivne emfüseem, hüpoventilatsioon või atelektaas) ei ole hingamisteedes võõrkeha kindlakstegemine tüüpilistel juhtudel raske. Kui aspiratsiooni ei ole märgatud või kui esialgsed sümptomid on tagasihoidlikud, põhjustab hingamisteedes persisteriv võõrkeha retsidiveeruvaid põletikke, nagu bronhiiti, obstruktiivset bronhiiti, pneumooniat, mille korral adekvaatne konservatiivne ravi tulemusi ei anna (2, 5, 6).

Käesoleva töö eesmärk oli kirjeldada aspiratsioonipuhuseid kliinilis-röntgenoloogilisi sümptome ja hingamisteede võõrkehade diagnoosimist lastel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Ajavahemikul 1980...1985 diagnoositi Tallinna I Lastehaiglas

Tabel 1. Saatediagnoos ja võõrkeha eemaldamise kiirus

Saatediagnoos	Võõrkeha eemaldamine aspiratsiooni momendist arvates					Kokku
	kuni ühe päeva jooksul	1...7. päeval	8 päeva... 1 kuu möödudes	1...6 kuu vältel	pärast 6 kuud	
Hingamisteede võõrkeha	2	3	2	1	2	10
Retsidiveeruv, veniv, krooniline pneumoonia, atelektaas	—	—	2	4	1	7
Obstruktiivne, astmaatiline, retsidiveeruv bronhiit	—	—	1	5	1	7
Astmaatiline bronhiit, võõrkeha?	—	—	1	2	—	3
Kokku	2	3	6	12	4	27

anamneesi ja kliinilis-röntgenoloogiliste uuringute alusel 27 lapsel võõrkeha hingamisteedes. Diagnoos kinnitus bronhoskoopilisel uuringul, mille ajal võõrkeha eemaldati. Bronhoskoopia tehti ftorotaannarkoosis lihaserelaksantidega, kasutades Friedeli bronhoskoopi. Saatediagnooside alusel jaotati lapsed nelja rühma (vt. tabel 1).

**Töö tulemused ja arutelu.** Võõrkeha aspireerimise juhte esines kõige sagedamini 1...3 aasta vanustel poeglastel — kaks korda sagedamini kui tütarlastel (vt. tabel 2).

Aspiratsioon selgus anamneesi alusel 17 lapsel. Saatediagnoosiga «bronhi võõrkeha» hospitaliseeriti esimesel nädalal pärast võõrkeha aspireerimist vaid viis last. Ülejäänutel oli ravitud hingamiseldite haigusi kuni kaks aastat pärast võõrkeha aspireerimist (vt. tabel 1). Võõrkehade laad ja lokalisatsioon hospitaliseerituil on esitatud tabelites 3 ja 4, röntgenoloogilise leiu andmed tabelis 5.

Esimese rühma lastel, kes suunati haiglasse esimesel nädalal, diagnoositi võõrkeha anamneesi ja kliiniliste andmete alusel ambulatoorselt. Statsionaaris tehti neil kindlaks bronhiit või obstruktiivne bronhiit. Röntgenuuringul leiti kaudsed võõrkeha tunnused kolmel lapsel. Lastel, keda esialgu raviti bronhiidi tõttu, ei olnud esmasel arsti poole pöördumisel arvestatud anamneesi ega tehtud röntgenuuringut. Võõrkeha tüstisusena tekkinud bronhiiti oli neil peetud banaalse infektsiooni tagajärjel tekkinuks.

**Tabel 2. Võrkeha aspireerinud laste vanuseline ja sooline jaotumus**

Sugu	Vanus			
	kuni 1 a.	1...3 a.	4...6 a.	7...12 a.
Tütarlapsi	—	6	1	1
Poeglapsi	1	12	33	3

**Haigusjuht 1.** 7-aastaselt poeglapsel T. P. (haiguslugu nr. 3383/1985) diagnoositi 12. novembril 1985 äge bronhiit. Ema kinnitust mööda oli laps aspireerinud hamba: oli tekkinud 10 minutit kestnud kõhahoog. Jaoskonnapediaatri määratud bronhiidiravi tulemusena kõha küll nõrgenes, kuid püsima jäi hootine kõha, püsis ka auskultatoorne leid. Kolm nädalat hiljem laps hospitaliseeriti. Esines harv lahtine kõha; kiuned ekspiriumis. Parema ülasinga bronhi projektsioonis oli röntgenifilmil nähtav intensiivne ümarvari. 3. detsembril 1985 tehtud bronhoskoopial leiti parema ülasinga bronhis granulaatsioonkude, pärast selle eemaldamist tuli nähtavale hammas.

Teise rühma kuuluvad lapsed olid suunatud haiglasse diagnoosi täpsustamiseks. Neist kolmel selgus aspiratsioon anamneesi põhjal, mida esmasel arsti poole pöördumisel ei olnud arvestatud. Kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt oli neil lastel diagnoosile vastav leid, neljal lapsel esinesid pneumooniale või atelektaasile ebatüüpilised läkastushood.

**Haigusjuht 2.** 12-aastane tütarlaps E. V. (haiguslugu nr. 2050/1981) oli lauamängu mängimise ajal sisse hinganud plastmassnupu. Tekkis läkastushoog. Esmaabi saamiseks pöördus ta traumapunkti, seal aga kliinilise ja röntgenoloogilise leiu alusel aspiratsiooni eitati. Tütarlapsel kõha tugevnes, tekkis hoogudena. Ühe kuu pärast tõusis kehatemperatuur. Arst diagnoosis röntgenuuringu alusel parema kopsu allsagara atelektaasi. Laps hospitaliseeriti. Haiglas kannatas ta hootise kõha all. Parema kopsu kesk- ja allväljas oli sedastatav hingamiskahina nõrgenemine ja perkussioonil tumestus. Bronhoskoopiliselt leiti mädane endobronhiit paremal. Vasakust peabronhist eemaldati plastmassnupp, sinna oli see satunud ravi ajal.

**Haigusjuht 3.** 9-aastane poeglaps R. V. hospitaliseeriti uuringute tegemiseks (haiguslugu nr. 465/1982). Diagnoos: parema kopsu allsagara retsidiveeruv põletik. Esmakordselt oli haigestunud viis kuud tagasi. Selle aja jooksul oli kolmel korral diagnoositud parema kopsu allsagara põletik. Haigusnähud ravi tulemusena kadusid. Haiglas oli lapsel märg kõha, parema kopsu allsagara piirkonnas kuulda märgi räginaid. Rönt-

genoloogiliselt: parema kopsu allsagara hüpopneumatisatsioon. Bronhoskoopiliselt: mädane endobronhiit, granulaatsioonkude parema allsagara bronhis, kust eemaldati tsellofaanitükk.

Kolmandasse ja neljandasse rühma kuuluvatest lastest oli neljal anamneesi põhjal aspiratsioonikahtlus. Neid kõiki oli eelnevalt ravitud statsionaaris. Üks laps oli raske obstruktsioonisündroomi tõttu viibinud reanimatsiooniosakonnas, üht oli uuritud allergoloogiliselt. Kliiniliselt oli neil ekspiratoorne või segatüüpi düspnoe. Kõha oli ühel lapsel läkastav, kolmel astmaatilisele bronhiidile ebatüüpilise kõlaga. Röntgenoloogiliselt sedastatavaid võrkeha tunnuseid ei olnud ühel lapsel, ülejäänutel aga esinesid kaudsed võrkehale viitavad tunnused.

**Haigusjuht 4.** Kaheaastane tütarlaps S. T. (haiguslugu nr. 139/1980) suunati uuringutele astmaatilise bronhiidi tõttu. Neli kuud tagasi oli tal tekkinud äge kõha õuna söömisel. Seda asjaolu mitte arvestades raviti lapsel astmaatilist bronhiiti algul rajoonihaiglas, hiljem Leningradi haiglas, kus diagnoositi astmaatilist bronhiiti. Pärast bronholüütilise ravi katkestamist tekkis astmaatiline bronhiit uuesti. Haiglas oli lapsel poollahne kõha, kuulda urinaid, vilinaid. Röntgenoloogiliselt oli nähtav vähene õhustatuse suurenemine vasakul. Bronhoskoopial leiti vasaku allsagara bronhi algusosa kitsend, samas õunasüdame kile. Selle eemaldamise järgselt astmaatilise bronhiidi kliinilised nähud kadusid.

Hingamisteedesse sissetõmmatud võrkehade hilisdiagnoosimist on märkinud mitmed autorid (4, 5, 6, 7). Põhjuseks on vähene tähelepanu pööramine anamneesi andmetele ning aspiratsioonile iseloomulike kliinilis-röntgenoloogiliste tunnuste vähene tundmine (7, 8). Z. Labaši andmeil andis 85% lastevanematest aspiratsioonile viitava anamneesi, 12% kahtles selles. Hoolimata ägedatest sümptoomidest, sai 24 tunni jooksul esmaabi vaid 43% patsientidest. Kõne all olevatest lastest oli võrkehale viitav anamnees 62,9%-l, kuid esimese 24 tunni jooksul sai abi vaid 7,5% lastest. Hingamisteede võrkeha diagnoosi hiline misele kaasub bronhopulmonaalsete tüsistuste teke juba 6...10. päeval. Need võivad põhjustada kopsuabstsessi või bronhoektaasiat. Tüsistuste patogeneesis eten-

**Tabel 3. Aspireeritud võõrkehade lokalisatsioon**

Lokalisatsioon	Laste arv
Trahhea	1
Parema ülasingara bronh	2
Parem peabronh	6
Parem vahebronh	7
Parema allsagara bronh	1
Vasak peabronh	9
Vasaku allsagara bronh	1
Kokku	27

**Tabel 4. Aspireeritud võõrkeha**

Võõrkeha liik	Laste arv
Orgaaniline:	
pähkel	11
päevaliliseeme	2
arbuusiseeme	2
hernes	1
õunakile	1
pohlaleht	1
kont	3
Anorgaaniline:	
metalliline	3
plastmassnupp	2
tsellofaankile	1
Kokku	27

**Tabel 5. Röntgenoloogiline leid aspiratsiooni korral**

Röntgenoloogiline leid	Laste arv
Patoloogiliste muutusteta	5
Otsesed tunnused	4
Kaudsed tunnused:	
ülasingara atelektaas	3
kesksagara atelektaas	1
allsagara atelektaas	4
hüperpneumatisatsioon	9
hüpopneumatisatsioon	4

**Tabel 6. Endobronhiaalsed muutused aspiratsiooni korral**

Endobronhiaalne leid	Laste arv
Mädane endobronhiit	4
Mädane endobronhiit koos granulatsioonikoe tekkega	6
Granulatsioonikude	5
Bronhi ahenemine	3

davad kõrvuti võõrkeha otsese toimega (brohni sulgemine, ventilatsioonimehhanismi tekitamine) olulist osa bronhi limaskestasturset, granulatsioonikoe vohamine ning taimsete võõrkehade allergiseeriv toime. Uuritud laste endobronhiaalsete muutuste laad on esitatud tabelis 6.

Võõrkeha eemaldamise järel kaovad kliinilised sümptoomid kiiresti, kuid röntgenipilt näitab muutusi veel hiljemgi. Mitme autori andmeil (1, 3, 8) võib aspiratsioonile kaasuv hingamisteede koldeline vigastus põhjustada hingamisteede generaliseerunud düsfunktsiooni hilisemas elueas.

### Järeldused.

1. Hingamisteede võõrkeha õigeaegseks diagnoosimiseks on vajalik anamneesi andmete sihipärane kogumine, nende arvestamine ning ka haige kliinilis-röntgenoloogiline uurimine.

2. Aspiratsioonile viitav anamnees on otseseks bronholoogilise uurimise näidustuseks ka siis, kui võõrkeha kliiniliselt ega röntgenoloogiliselt ei ole leitud.

3. Retsidiveeruvate hingamisteedepõletike diagnoosimisel tuleb mõelda, kas ei ole tegemist võõrkeha aspiratsiooniga.

4. Röntgenoloogid ja pediatrid peavad teadma hingamiseldite võõrkeha otseseid ja kaudseid röntgenoloogilisi tunnuseid.

5. Tõhustada tuleb sanitaarselgitustööd, vältimaks aspiratsioonijuhte lastel.

KIRJANDUS: 1. Givan, D., Scott, P., Jeglum, E. a. o. Am. Rev. Resp. Dis., 1984, 123, 4, 2, 158. — 2. Kendig, E. L., Chernick, V. Disorders of the respiratory tract in childhood. Philadelphia — London — Toronto, 1977.

3. Бочарников, Е. С., Свекров Ю. Ф. Педиатрия, 1985, 6, 47—48. — 4. Гойхенберг, В. А., Данилин, А. И., Логинов, М. Н. Вop. oхp. мат., 1981, 5, 25—26. — 5. Исаков Ю. Ф., Орловский С. П. Инородные тела дыхательных путей и легких у детей. М., 1974. — 6. Климанская Е. В. Основы детской бронхологии. М., 1972. — 7. Лабаш З. Педиатрия, 1983, 2, 73—74. — 8. Толкачев А. М., Сотникова Г. Д. Педиатрия, 1982, 6, 45—47.

## Kogemusi ultraheli- diagnostika alal Tallinna Kiirabihaiglas

Peeter Mardna Aleksei Šamarin  
Vladimir Neklesa · Tallinn

ultrahelidiagnostika, organisatsioonilised  
abinõud, aparatuuri otstarbekas kasutamine

Diagnostilise ultraheliaparatuuri ühest küljest suhteliselt lühiajaline kasutamine meil, teisest küljest üha laialdasem levik viimasel ajal on meedikute hulgas põhjustanud palju vastakaid arvamusi. Seni ei ole jõutud ühtsele seisukohale selles, kes peaks ultrahelidiagnostikaga tegelema ja kus peaks see aparaatur haiglas või polikliinikus asuma.

A- ja M- ultraheliaparatuuridele, mis on kasutusel neuroloogias ja kardioloogias, on lisandunud ka B-ultraheliaparatuurid. Mainituist erinevalt võimaldab B-aparaat jälgida pehmete kudede struktuuri anotoomilistes lõigetes. Nagu röntgenidiagnostikaaparatuur, kompuutertomograafid ja isotoopdiagnostikas kasutatav aparaatur, nii kuulub ka ultraheliskäner introskoopilise meditsiiniaparatuuri hulka, sest tema abil saadav kahe- ja kolme- ja neljendimensiooniline kujutis kajastab otsest inimkeha sisemist struktuuri.

Viimane asjaolu koos diagnostilise informatsiooni interpreteerimise ja keerulise elektroonilise aparatuuri kasutamise kogemusega on tinginud ultraheliskänerite kasutuselevõtu eelkõige röntgenidiagnostikaosakondades.

1986. aasta veebruari lõpul paigutati Tallinna Kiirabihaiglas firma *Toshiba* portatiivne ultraheliskäner röntgenidiagnostikaosakonda, kus möödunud aasta aprillist alates on uurinuid tehtud regulaarselt.

Firma *Toshiba* ultraheliskäner SAL-32-B töötab reaalse aja režiimil. Haige identifitseerimist, elundite mõõtmisi ja märgistamist võimaldab numbri- ja tähestikuline klaviatuur.

Et Nõukogude Liitu osteti partii aparate ilma registreerimisplokita, kohandati uuringutulemuste fikseerimiseks seeriaviisiliselt toodetav fotoaparaat «Zenit».

1986. aasta märtsist oktoobrini on tehtud 697 uuringut 670 haigel, neist 114 ambulatoorsel haigel. Uuritavad olid 14...84 aastat vanad, keskmine vanus 52 aastat. Naisi oli 473, mehi 197. Uuringud jaotusid lokalisatsiooni põhjal järgmiselt: 1) maks ja sapiteed — 509 uuringut; 2) neerud ja retroperitoneaalruum — 126; 3) naiste suguelundid — 17; 4) kõhuõõs abstsessi kahtluse korral — 18; 5) kõhunääre — 27 uuringut.

Tingituna kiirabihaiglas ülekaalus olevatest urgentset abi vajavatest haigetest, tehti uuringud põhiliselt ilma haigete eelneva ettevalmistuseta. Plaanilisteks uuringuteks aga valmistatakse haige ette järgmiselt.

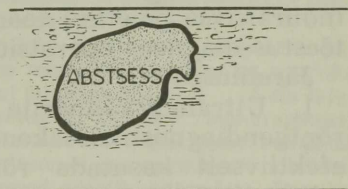
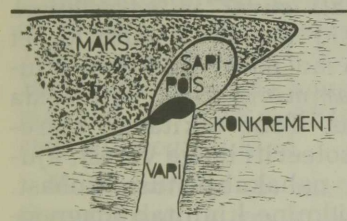
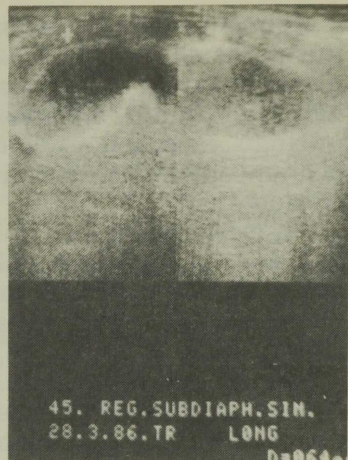
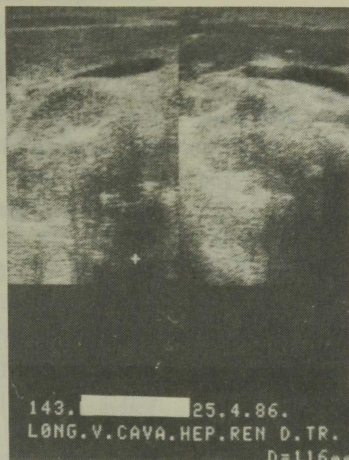
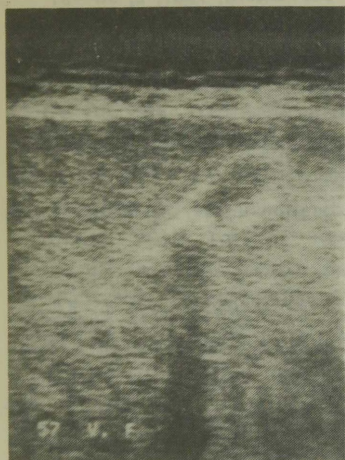
Sapiteede uuringu eel on patsient söömata, emaka ja munasarjade uuringu eel täidetakse kusepõis, kõhunäärme uuringu puhul on vajalik eelnev puhastusklistiir ja mao täitmise vedelikuga vahetult enne uuringut. Soolegaaside segava toime kõrvaldamiseks uuritakse haiget selja poolt.

Ultraheliuuringute tulemuste kinnituseks oli nende võrdlus röntgen- ja angiograafiliste uuringute tulemustega, samuti operatsioonileid ja morfoloogilise uuringu andmed.

Ultraheliskäneriga alustas tööd üks röntgenoloog, esimese kuu jooksul omandasid meetodika ka teised osakonna röntgenoloogid.

Ultraheliskäneri andmine spetsialiseeritud osakondade käsutusse ei ole otstarbekas. Meie vabariigi kogemused kinnitavad, et sel juhul rakendatakse uurimismetoodikat valdavalt osas ainult ühe kindla elundisüsteemi haiguste väljaselgitamiseks ning suure diagnostilise võimsusega kalli aparatuuri kõiki võimalusi ei kasutata ära maksimaalselt.

Maksa ja sapiteede uuringud moodustasid umbes 80 % kõigist uuringutest. 509 uuringust leiti konkreente 167-l,



Fotol 1 tüüpiline sapipõiekivi ultrahelikujutis, selle all skemaatiline joonis. Fotol 2 tüüpiline retroperitonaalruumi kasvaja ultrahelikujutis, selle all piirkonna skemaatiline joonis. Foto 3. Kõhuõõne abstsessi ultrahelikujutis ja selle skemaatiline joonis. M. Mällo fotod.

kui aga koletsüstograafia abil konkrementide ei olnud leitud, fikseeris ultraheliuuring 26 juhul konkrementid sapi-  
põies või sapiteedes. 1986. aasta oktoobri-  
ni oli opereeritud 74 haiget, neist 72-l  
kinnitus uuringuleid operatsioonil. Ka-  
hel juhul osutus ultraheliuuring vale-  
negatiivseks.

Fotol 1 on näha tüüpiline sapipõie-  
kivi ultrahelikujutis.

Ultraheliuuring võimaldas viiel hai-  
gel diagnoosida metastaase maksas (ühel  
haigel leidis diagnoos kinnitust operat-  
sioonil, ühel radioisotoopskanneerimi-  
sel). Kolmel haigel diagnoositi maksa-  
tsirroosi, diagnoosi kinnitas ka biopsia.

Neerude ja retroperitonaalruumi  
ultraheliuuringud tehti enamasti täp-  
sustamise eesmärgil, et saada ruumilist  
kujutist urograafial või angiograafial  
sedastatud muutuste kohta. Ultraheli-  
uuringul osutus võimalikuks eristada  
neerutsüsti neerukasvajast, mis aga  
urograafilisel meetodil võimalik ei ole.

50 haigest avastati neerukasvaja 9-l,

neerutsüst 9-l, konkrement neerukari-  
kate ja -vaagna süsteemis 8-l, retro-  
peritonaalruumi tuumor kahel, neeru-  
de kuju anomaalia kuuel, kusepõiekas-  
vaja viiel, hüdronefroos 11 haigel.

Kusepõie uuringul osutus ultraheli  
abil saadud leid kolmel juhul valeposi-  
tiivseks, kusjuures kahel juhul oli tege-  
mist verehüübega, ühel ureterotseelega.

Tüüpiline retroperitonaalruumi kas-  
vaja kujutis on toodud fotol 2.

Valenegatiivsete leidude puudumine  
antud lokalisatsioonis loob eelduse  
rakendada seda meetodit esmasuurin-  
guna.

Günekoloogilistest haigustest kolmel  
juhul avastatud emakamüoomid leidsid  
kliiniliselt kinnitust. Üheksal juhul  
konstateeriti muutusi munasarjades:  
kuuest juhust kolmel kinnitus muna-  
sarjatsüst kliiniliselt, kolmel operatsioo-  
nil. Ühel juhul oli munasarjakartsinoom  
ja ühel püosalpink, mis avastati esmas-  
vastuvõtul; mõlemal juhul leidis diag-  
noos kinnitust operatsioonil.

## Lyme'i tõbi

Virve Sui Ingrid Sepp · Tallinn

epidemioloogia, diagnoosimine, kliiniline pilt, ravi

Kõhuõõne abstsessi kahtluse tõttu uuringule suunatud 18 haigest kinnitas ultraheliuuring diagnoosi viiel. Ühel kahtlasel juhul lokaliseerus abstsess uuringu andmeil kõhuõõnes ekstra-peritoneaalselt, seda kinnitas ka operatsioonileid.

Abstsessi, mida oli kliiniliselt kahtlustatud 12 juhul, ultraheliuuring eitas. Valenegatiivseid tulemusi ei esinenud. Kõhuõõne abstsessi kujutis on toodud fotol 3.

Kõhunäärmehaigustest diagnoositi neljal haigel kõhunäärmepea kasvajat, kahel kõhunäärme tsüst, neist üks 6 cm-se läbimõõduga tsüst oli kõhunäärme induratiivse põletiku foonil; kummalgi tõestus diagnoos operatsioonil.

### Järeldused.

1. Ultraheliskännerite paigutamine röntgendiagnostikaosakonda võimaldab efektiivselt kasutada röntgenoloogide oskust ja kogemusi introskoopilise informatsiooni interpreteerimisel, loob võrdsed võimalused haigete uurimiseks nii polikliinikus kui ka statsionaaris.

2. Ultraheliskännerite kasutamine vähendab vajadust kiirituskoormusega röntgenoloogiliste uuringute järele, võimaldab paljudel juhtudel loobuda invasiivsetest uuringutest ning kiirendada diagnoosimist.

3. Esmasuuringute tegemiseks on portatiivsed ultraheliskännerid piisavad.

4. Röntgenoloogid on võimelised ultrahelidiagnostika omandama ilma spetsialiseerumiskursustel käimata.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium  
Tallinna Kiirabihaigla  
Tallinna Vabariiklik Onkoloogiadispanser

**Muudatus terminoloogias:** Rahvusvaheline Taksonoomiakomitee soovib omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi (AIDS) põhjustava viiruse nimetust (LAV/HTL-III) lühendada ja edaspidi kasutada HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) — inimese immuunpuudulikkuse viirus. Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon soovib seda terminit prantsuse ja hispaania keeles kasutada vastavalt *virus de l'immunodéficience humaine* ja *Virus de la inmunodeficiencia humana*.

Здоровье мира, 1986, 12.

Professorid A. C. Steere ja S. E. Malawista kirjeldasid esimest korda 1975. aastal iseseisva haigusena seni tundmatut polüartriidivormi Connecticutis Lyme'i asulas Ameerika Ühendriikides, kus seda sageli esines (1, 3).<sup>\*</sup> Haigestumist täheldati suvel ja varasügisel. 1978. a. väitsid mainitud autorid, et haigust kannavad edasi pisikesed puugid (*Ixodes dammini*), keda võib leida kogu maailmas. Tõbe tekitavad spiroheedid, keda isoleeriti haige verest, ajuvedelikust ja nahakahjustuse kohast. Antikehade leidmine kinnitab diagnoosi. Juba tõve varajases staadiumis on IgM-i ja seda sisaldavate krüoglobuliinide suurenenud kontsentratsioon vere-serumis prognostilise väärtusega: tõenäoliselt järgnevad neuroloogilised muutused ja liigeste haigestumine. Haigete immunoloogilise uuringu vastus korreleerub kliiniliste sümptomidega (2, 4).

Haigusel on kolm staadiumi. Esimeses staadiumis tekib puugihammustuse kohal nahapunetus. Varem on seda Euroopas kirjeldatud kui *erythema chronicum migrans*. Teises staadiumis ilmuvad neuroloogilised (15%-l) või kardiaalsed (8%-l) muutused. Kolmandas staadiumis tekib 60%-l haigestunutest polüartriit, mis ravita muutub enamasti krooniliseks ning kulgeb kõhre- ja luerosioonidega. Tsirkuleerivad immuunkompleksid artriidi algul sageli puuduvad, sünoviaalvedelikus on nad aga olemas. Sünoviaalkest näeb välja nagu kroonilise polüartriidi korral ning sisaldab plasmarakke, palju kollagenaa-

<sup>\*</sup> Asula järgi sai haigus ka endale nime — Lyme'i tõbi (ingl. k. *Lyme disease*; saksa k. *die Lyme-Krankheit*; vene k. Лаймовская болезнь).

si ja E<sub>2</sub>-prostaglandiini. A. -C. Steere ja S. E. Malawista tõestasid, et Lyme'i tõbi on multisüsteemne ning immunoloogiline haigus, millesse võivad haigestuda mõlemast soost isikud igas vanuses (algul avastati ja uuriti seda lastel).

*Erythema chronicum migrans*'i staadiumis võib haiget ravida tetratsükliini ja penitsilliiniga ning sel teel ära hoida või nõrgestada tekkida võivat polüartriiti. Lyme'i tõve varajases staadiumis on tetratsükliin valikpreparaadiks. Nii neuroloogiliste muutuste kui ka polüartriidi korral on toimiv suurtes annustes süstitud penitsilliin.

Saavutuste eest Lyme'i tõve uurimise ja ravi alal anti mainitud teadlastele 1985. aastal Sydney's XVI rahvusvahelise reumatoloogide kongressi avatsereemonial üle CIBA-GEIGY · ILAR · reumatoloogiaauhind.

V. Nassonova (5) mainib, et Lyme'i tõve pühanguid on kirjeldatud Euroopas. Tema arvates on vaja välja selgitada selle haiguse sporaadilised juhud.

Tallinna Tõnismäe Haigla reumatoloogiaosakonnas oli ravil haige, kellel anamneesi ja uurimistulemuste põhjal võib tõenäoliselt diagnoosida Lyme'i tõbe.

**Haigusjuht.** 38-aastane naishaige (haiguslugu nr. 567/1986. a.). 1985. aasta augustis oli Harju rajooni metsas teda puuk jalast hammustanud. Hammustuskohale tekkis punetus, kaasnes ka vähene kehatemperatuuri tõus. Punetus püsis jalal kaua, hiljem märkas haige punetust ka parema käe labal ja õlavarrel. 1985. aasta oktoobri lõpul hakkasid valutama parema käe randme- ja küünarliiges ning proksimaalne IV sõrme lülid vaheline liiges. Valud ilmusid liigestesse erüteemi liikumisega samas järjekorras. 1985. aasta detsembris haigestusid ka vasaku käe sõrmed. Lokaalne dermatoloogiline ravi tulemusi ei andnud. 1986. aasta veebruaris lisandus ka kehatemperatuuri tõus.

Objektiivselt oli parema käe II ja III sõrme kämbla-sõrmelüli liigete piirkonnas tugev hüperemia, parema käe IV ja vasaku käe II sõrme proksimaalsed lülid vahelised liigesed olid palpeerimisel valulikumad. Liigestes tursumuutusi ei olnud. Siseelundid olid patoloogilise leiuta. Vereanalüüs: SR 6 mm/t., leukots.  $5,0 \cdot 10^9/l$ , albumiine 48,  $\alpha_1 - 7$ ,  $\alpha_2 - 10$ ,  $\beta - 11$ ,  $\gamma - 24$  %; C-reaktiivne valk negatiivne, IgG 16,2, IgA 1,56 ja IgM 2,28 g/l. Haigle ordineeriti 8 000 000 ühikut penitsilliini lihasesse süstimiseks, 0,012 g kenakorti, 0,15 g in-

dometatsiini ja 0,025 g suprastiini ööpäevas. Esialt kadus nahapunetus ja seejärel kadusid liigesevõlvused.

Teist patsienti konsulteeriti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis. 50-aastast naist oli puuk hammustanud paremasse küünarvarde, kui ta 1985. aasta juulis oli viibinud Harju rajoonis Ihasalus mereäärases metsas. Hammustuskoht sügeles pidevalt. Paar päeva hiljem märkas haige selle koha ümber rõngakujulist punetust, mis laienes nii üles- kui ka allapoole, muutudes keskelt kahvatu-roosaks. Sügisel hakkasid valutama parem küünar- ja randmeliiges, sõrmeliigesed ja õlaliiges. Liigeste paistetust haige ei märganud. Koos liigesevaludega üldine halb enesetunne püsis, kaasnesid väsimus ja higistamine, tekkis palavikutunne, kehatemperatuur aga osutus korduval mõõtmisel normaalseks. 1986. aasta kevadel tekkis lisaks kogu keha sügelemine. Kuigi manustati reuma- ja allergiavastaseid ravimeid, tervis ei paranenud.

Konsultatsioonil 23. juulil 1986: haigel üle parema õla (umbes nagu raglaanlõikelise varruka õmblusjoon) pisut lainelise äärega 4...5 cm laiune erüteem, punetus oli tugevam rindkerepoosel küljel. Õla piirkonnas oli nahk pisut roosakas, distaalsemalt ülajäsemel aga normaalset värvust. Väliselt olid liigesed põletikunähtudeta. Passiivsed ja aktiivsed liigutused tugevdasid valu parema ülajäseme liigestes, eriti õlaliigeses. Kliiniline vereanalüüs oli iseärasusteta. Oletati Lyme'i tõbe. Diagnoosi kinnitasid immunoglobuliinide M ja G suurenenud sisaldus vereseerumis (23. juulil 1986. a. IgG 22,2, IgA 2,58 ja IgM 2,82 g/l) ning edukas ravi tetratsükliiniga, mida määrati 0,2 g neli korda päevas 10 päeva vältel. 3...4. ravipäeval punetus kadus, nädala pärast tundis naine end täiesti paranenuna.

10. oktoobril 1986. aastal toimunud läbivaatusel Lyme'i tõbele iseloomulikke kaebusi ega nähte ei olnud. Vereseerumis oli IgG 18,6, IgA 1,68 ja IgM 2,10 g/l.

Käesoleva artikli eesmärk on tutvustada meile seni tundmatut polüartriidivormi, mille õige diagnoosimine ja eduka ravi eelduseks on tähelepanu pööramine epidemioloogilisele anamneesile ja omapärase kliinilise pildi tundmine.

KIRJANDUS: 1. CIBA-GEIGY · ILAR · Rheumatologie-Preis. In: Documenta GEIGY. Medizinisch-Pharmazeutische Information. Basel, 1985, 15—16. — 2. Malawista, S. E. Abstracts XVth International Congress of Rheumatology. Sydney, 1985, 43. — 3. Steere, A. C. Abstracts XVth International Congress of Rheumatology. Sydney, 1985, 43. — 4. Wichtigste Ergebnisse aus der Forschungstätigkeit der Preisträger. In: Documenta GEIGY. Medizinisch-Pharmazeutische Information. Basel, 1985, 16.

5. Насонова В. А. Трп. апх., 1986, 6, 11—15.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

## Lümfotsüütide E-retseptori-sisaldus maovähi koeekstraktis

Oleg Kurtenkov · Tallinn

T-lümfotsüüdid, E-retseptor, kasvajate immunoloogia, maovähk, vähi kasvu markerid

Varem oleme avaldanud andmeid selle kohta, et T-lümfotsüütide tsirkuleeriv retseptor oina erütrotsüütide suhtes (E-retseptor) on suures kontsentratsioonis maovähahaigete perifeerses veres, tervetel seda vereseerumis ei leidu (2). Uurimistöös kasutasime monospetsiifilist oina antiseerumit, mis on valmistatud N. Mendese ja tema kaas-

uurimistulemused on esitatud tabelis. Seega leiti seitsmest maovähiekstraktist kuues (85,7 %) märkimisväärne E-retseptori hulk, kusjuures tema kontsentratsioon on 10 korda suurem kui maovähahaigete veres. E-retseptor puudus seitsmes maolimaskaekstraktis, mille valmistamiseks oli mao limaskest võetud väljaspool kasvaja piirkonda ning vaid ühes uuritud koeekstraktis oli E-retseptorit üksnes jälgedena.

Eespool toodud uurimistöö tulemused võimaldavad E-retseptorit hinnata kui omalaadset maovähi markerit. E-retseptori moodustumise või selle kasvajasse kuhjumise mehhanism vajab veel uurimist, eelkõige tuleb kindlaks teha need morfoloogilised struktuurid, millega see marker on assotsieerunud.

Tabel. E-retseptori-sisaldus maovähi ja mao limaskestade koeekstraktis

Kasvaja histoloogiline vorm	Stadium	E-retseptori-sisaldus koeekstraktis	
		maovähiekstraktis	limaskestaekstraktis
1. <i>Carcinoma sigillocellulare</i>	T3N2M1	69**	0
2. <i>Adenocarcinoma anaplasticum</i>	T4N0M0	38	0
3. <i>Carcinoma sigillocellulare</i>	T3N0M0	44	0
4. <i>Adenocarcinoma papilliferum</i>	T3N2M0	10	0
5. <i>Carcinoma sigillocellulare</i>	T3N1M0	25	4,5
6. <i>Adenocarcinoma anaplasticum</i>	T1N0M0	—*	0
7. <i>Carcinoma sigillocellulare</i>	T1N0M0	—	0
8. <i>Carcinoma sigillocellulare</i>	T2N0M0	—	0
9. <i>Adenocarcinoma papilliferum</i>	T3N1M0	0	—
10. <i>Carcinoma mucoides</i>	T4N2M1	65	—
		$\bar{x}=35,8 \pm 9,86$ $t=3,57$	$\bar{x}=0,56 \pm 0,56$ $P < 0,01$

\* Ei uuritud; \*\* tulemused on antud tingühikutes (sakkide kõrgus pretsipitatsioonil millimeetrites  $\times 100$ ) ümberarvestatult koeekstraktis sisalduva valgu kontsentratsioonile, mis võrdub 1 mg/ml. Võrdluseks mainime, et analoogilise ümberarvestuse korral E-retseptori-sisaldus 81 maovähahaige veres ei olnud üle 4 ühiku, samal ajal kui tervete rühmas (n=69) oli see 0,18 ühikut.

töötajate poolt väljatöötatud meetodil (1). Uurimine toimus elektroimmunodifusiooni meetodil.

Oma uurimistöös kasutasime sedasama lähenemisviisi maovähi koeekstrakti ja väljaspool kasvaja piirkonda võetud mao-limaskestast valmistatud koeekstrakti (n=8) analüüsimiseks.

Olen tänulik patoanatomile A. Lippingule operatsioonipreparaatide morfoloogilise analüüsimise eest.

KIRJANDUS: 1. Mendes, N. F., Bernd, L. A. G., Cintra, H. H. A. a.o. Human Cell. Immunol., 1982, 72, 143—150.

2. Куртенов О. А. В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Таллин, 1986, 19—24.

Ekspimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut

# Ülevaated

UDK [613.81+615.015.6+616.89-008.441.33]:005  
(047)

## Alkoholism, narkomaania, toksikomaania

Jüri Saarma · Tartu

narkoloogia põhimõisted, terminoloogia, klassifikatsioon

Laiahaardeline rünnak tervist kahjustavate harjumuste vastu on vallandanud selle teemaderingi ulatusliku arutluse nii meditsiinitöötajate kui ka üldsuse hulgas. Selles kajastub ühiskondliku teadvuse tänapäevane erksus inimese tervist sügavasti mõjutavate tegurite suhtes. Sõnavõttude arvukus peegeldab probleemi ülimalt sotsiaalset aktuaalsust. See kõik on väga hinnatav.

Tuleb aga tõdeda, et mitmes esinemes ilmneb küsitavaid hoiakuid ning põhjendamatuid seisukohti. Üsna suurel määral näib see tingitud olevat narkoloogia valdkonna põhimõistete mitetundmisest või nende suvalisest tõlgendamisest. Laialt kasutatakse sõna «narkomaania» omamoodi üldmõistena ja tuletatakse sellest ekslikke ühendeid, nagu «alkoholinarkomaania», «tubakanarkomaania». Ebamäärane on «toksikomaania» sisu. Rahva kõnepruugis, vahel koguni arstid oma esinemistes kasutavad meditsiinilise sisuta sõnu «joodik» ja «alkohoolik». Mõnikord isegi võrdsustatakse «jooonu» ja «joodik». Mõistete «alkoholi kuritarvitamine», «joomarlus» ja «alkoholism» sisu ning nende omavahelised suhted on ebaselged.

Suuresti just mõistete hägususe pinnal on levinud vildak hoiak alkoholi, narkootiliste ja muude psühhotropsete ainete kuritarvitamise teatud vormide

haigusliku olemuse suhtes. Siit kasvab välja skepsis nende isikute abistamiseks meditsiiniliste menetluste rakendamisel, paiguti ulatub see terapeutilise nihilismini. Kõlab üleskutseid võitluseks alkohoolikute ja narkomaanide vastu, soovitatakse piirduda üksnes kasvatus- ja karistusmeetmetega nende isikute suhtes.

Et tervete eluviiside juurutamises osalevad kõik tervishoiutöötajad, on vaja, et neil oleks adekvaatne ülevaade narkoloogiast, ka selle valdkonna terminoloogiast. Järgnevalt püütaksegi kokkuvõtlikult süstematiseerida narkoloogia põhimõisteid, lähtudes NSV Liidus kehtivast rahvusvahelisest haiguste ja surma põhjuste klassifikatsioonist (RHK-9) (4).

Narkoloogi patsiendid on isikud, kellel on tervise üle kaebusi, mis on tingitud alkoholi, narkootiliste ainete või psüühikasse toimivate muude ainete kasutamisest. Nendel ainetel on ühekordsel, eriti agä korduval kasutamisel kahjustav toime inimese tervisesse, esmajoones tema psüühikasse. Igal ainetarühmal on teatud erinevused nii meditsiinilisest kui ka sotsiaalsest aspektist. Tabelis 1 on skemaatiliselt esitatud alkoholi, narkootikumide ja psüühikasse toimivate muude ainete kasutamise mitmesuguste variantide sotsiaalne ja meditsiiniline iseloomustus. Mõningad asjaolud väärivad lähemat vaatlust.

Enamikku vaadeldavate rühmade aineid kasutatakse meditsiinis ravi vahenditena. Erandiks on üksnes mõned narkootikumid, mida on keelatud inimesel kasutada (heroiin, lüsergiinhape, kannabis, oopium). Mõningaid psühhotropseid, sealhulgas ka joobe seisundit esilekutsuvaid aineid leidub olmekeemia produktides, näiteks värvi alustes, lahustites, puhastusvahendites või mujal. Tervishoiualases kasvatus-töös tuleb rõhutada vajadust hoiduda niisuguste ainete kasutamisest, millest võivad arenema hakata haiguslikud vormid. Arstid peavad narkootikume ja muid psühhotropseid aineid ordineerima äärmise ettevaatusega, üksnes äärmise vajaduse korral, hoolikalt kont-

Tabel 1. Psüühikasse toimivate ainete kasutamise variandid

	Alkohol	Narkootilised ained	Psüühikasse toimivad muud ained
Kasutatavate ainete laad	Etüülalkoholi sisaldavad joogid	NSV Liidu Tervishoiu- ministeeriumi poolt narkootikumideks tunnistanud ained ja ravimpreparaadid	Psüühikasse toimivad, narkootikumideks mitte- tunnistanud muud ained ja ravimpreparaadid
Raviotstarbeline kasutamine	Raviainete tinktuuridena ja ekstraktidena arsti ettekirjutusel sissevõtmi- seks; välispidiseks kasutamiseks	Paljud ained on mitmesuguste haigusseisundite korral arsti ettekirjutuste kohaselt kasutatavad valu vai- gistavate, rahustus-, une- või ergutusvahenditena  Range erikord valmis- tamisel, säilitamisel, väl- jastamisel, tarvitamisel	Valmistamine, säilitami- ne, väljastamine, kasuta- mine tavalises korras
Tervisliku eluviisi korral	Ilma meditsiinilise näidustusest / ilma arsti ettekirjutusest üldse ei kasutata		
Olmetraditsiooniline kasutamine	<b>Alkoholi tarvitamine</b> — harva ja väikestes (mitte rohkem kui kergelt joovet põhjustavates) annustes ning sotsiaalselt lubatud olukordades	Euroopaliku kultuuriga maades ei kasutata	Mitmed ained on kasutu- sel olmekeemias (värvi- alustena, lahustitena jms.)
Haiguseelne seisund	<b>Alkoholi kuritarvitamine</b> — alkoholi tarvitamine olukordades, kus see kah- justab tervist (lapsed, noo- rukid, rasedad ja imetavad naised, haiged) või sotsi- aalset funktsioneerimist (töö eel ja ajal), või neid häireid põhjustavates ko- gustes ja sagedusega (kuri- tarvitamise variant: <b>alko- holi liigtarvitamine</b> )	<b>Narkootiliste või psüühikasse toimivate muude aine- te kuritarvitamine</b> — meditsiinilise näidustusest / ilma arsti ettekirjutuse- ta ja sihipäratult	episoodiline kasutamine ilma meditsiinilise näidustusest / ilma arsti ettekirjutuse-
Haigus	Aine pidev kasutamine ilma meditsiinilise näidustusest, väljakujunenud hai- gusliku tungi tõttu kutsuda enesetundes esile teatud muutus (psüühilise ja füüsi- lise sõltuvuse tõttu vastavast ainest); aine kasutamise tagajärjel kujunevad iseloomulikud muutused inimese psüühikas ja ainevahetuses		
	<b>ALKOHOLISM</b>	<b>NARKOMAANIA</b>	<b>TOKSIKOMAANIA</b>

rollides haige reaktsioone, ja võima- likult lühiajaliste ravikuuridena.

Elanikkonna sanitaarkasvatases tuleb rõhutada, et tervislike eluviiside hul- ka kuulub alkoholsete jookide, nar- kootiliste ja muude psühhotroopsete, joovet tekitavate ainete tarvitamisest täielik hoidumine.

Tuleb siiski tõdeda alkoholi mõningat kasutamist, mis on juurdunud olme- traditsioonina. Administratiivkoodeksi (1) ja muude juriidiliste aktidega on kehtestatud piirangud tagamaks, et al- kohol ei saaks põhjustada häireid in-imese sotsiaalses tegevuses. Nii on alko- holi tarvitamine keelatud töö eel ja ajal,

enne liiklusvahendi juhtimist ja sõidu ajal, töökoha ruumides ning territooriumil, avalikes kohtades (administra- tiivkoodeks §§ 129, 132, 133, 136, 175, 176). Keeldude eiramine toob endaga kaasa vastavad sanktsioonid. Meedikute ülesanne on selgitada nende admi- nistratiivmeetmete tervishoiulis-profü- laktilist sisu.

Narkootikumid ja muud psühho- troopsed ained meil ega teistes euroo- paliku kultuuriga maades olmelist kasutamist ei leia. Islamiusulistel, kellel koraan keelab alkoholi tarvitamise, on oopiumisuitsetamine või hašiimälum- ine paiguti võrreldav meie olmelise alkoholikasutamisega.

Käibekeeles levinud väljend «olme-alkoholism» on eksitav ja selle kasutamist tuleb vältida. Mõiste «alkoholism» tuleb jätta üksnes tema otsese tähendusega terminiks, s. t. haigusliku kroonilise alkoholi liigtarvitamise tähistamiseks. Harva ja väikestes (mitte rohkem kui kerget joovet põhjustavates) annustes ning sotsiaalselt lubatavas situatsioonis alkoholi pruukimist tuleb nimetada «olmeliseks alkoholitarvitamiseks». See mõiste hoitagu selgesti lahuse nii **alkoholismist** kui ka **alkoholi kuritarvitamisest**. Olmelised alkoholitarvitajad meditsiinilisi menetlusi tavaliselt ei vaja; süstemaatilise sanitaarkasvatuse eesmärgiks on nende karsklasteks kujundamine.

**Alkoholi kuritarvitamine** on tänapäeva meditsiinterminoloogias mõiste, millel on kaks varianti. Ühelt poolt on kuritarvitamine alkoholi kasutamine (sõltumata annusest) isiku poolt, kes seda ei tohi teha meditsiinilisel või sotsiaalsel põhjusel. Nagu mainitud, on keelatud alkoholi kasutada töö eel ja ajal, enne liiklusvahendi juhtimist ja sõidu ajal, avalikes kohtades jne. Alkoholi ei tohi üldse kasutada lapsed, noorukid, rasedad ega imetavad emad, ükskõik millist haigust põdevad isikud. Olgu lisatud, et alkoholi kas või väikesest annusest sugenev oht on eri haiguste korral muidugi erineva ulatusega. Arstid peavad patsientidele ravirežiimi eeskirjade andmisel järjekindlamalt rõhutama alkoholist (ja tubakasuitsetamisest) hoidumise kategoorilisust. Iga sugune keelust üleastumine on tõlgendatav alkoholi kuritarvitamisena.

Kuritarvitamise teiseks variandiks on **alkoholi liigtarvitamine** (ka **liigjoomine**, seadusaktides ka **joomarlus**) — see on alkoholi kasutamine inimese tervist ning sotsiaalset funktsioneerimist kahjustavates, keskmist ning rasket joovet esilekutsuvates annustes ja samasuguse sagedusega. Meil arvatakse kriteeriumiks üle viie taolise raskusega joobe aastas.

Meditsiini aspektist on alkoholi liigtarvitamine tõlgendatav haiguseelse seisundina, üleminekuastmena alkoholi

olmeliselt tarvitamiselt alkoholismile; sellel perioodil formeeruvad järk-järgult alkoholismi kui haiguse tunnused. Alkoholi liigtarvitamine on võetud RHK-9 nomenklatuuri (šiffer 305.0). Selle diagnoosiga isikud ei kuulu veel kohustuslikule ravile. Teatud kontingenti neist (noorukid) tuleb narkoloogiaasutustes profülaktika eesmärgil dispanserida ja vajaduse korral ka ravida. Sageli on selle diagnoosiga isikud ise oma seisundi pärast mures ja otsivad arstilt abi, nad on anonüümse alkoholismiravi põhikontingendiks.

RHK-9 nomenklatuuri on arvatud ka narkootikumide ja muude psühhotropsete ainete kuritarvitamine, juhud, kui tegemist on mingi aine juhusliku või ka episoodilise kasutamisega ilma meditsiinilise näidustusega ning ilma arsti ettekirjutusega, s. t. sihipäratult (RHK-9 šifrid 305.2 . . . 305.9). Sihipäratu on nende ainete kasutamine siis, kui isik kasutab ainet mitte selle otsese näidustuse kohaselt, vaid oma meeoleu ja enesetunde muutmise sihiga, enamasti mingit liiki joobe saavutamiseks. Need isikud ei kuulu kohustuslikule ravile, soovitatav on nad aga profülaktika eesmärgil dispanserida ja vajaduse korral neid individuaalselt ravida.

Nii alkoholi kui ka muid aineid kuritarvitavate isikute suhtes on põhilisteks meetmeteks perekonna, töökollektiivi ja ühiskondlikud mõjutusvahendid.

Väljakujunenud haigusena hinnatakse nüüdisnarkoloogias alkoholi, narkootikumide ja muude ainete sellist ilma meditsiinilise näidustusega pidevat kasutamist, mis on ajendatud aine eelneva kasutamise kestel väljakujunenud tungist seda ainet ikka ja jälle organismi viia, saavutamaks teatud soovitud muutust oma enesetundes ja psüühilises olekus. Haiguslik tung aine järele, sellest saavutatava joobeseisundi järele ehk psüühiline sõltumus aineist on praktiliselt vastupandamatu, kusjuures hiljem lisandub sellele ka ainevahetuslik ehk füüsiline sõltumus. Sellest vabanemiseks ei piisa tavaliselt ainuüksi isiku enda tahtest, vaid vaja on ka tõhusat toetust ravilt. Haigus kannab nime ja

Tabel 2. Tubakasuitsetamise ja toksikomaania meditsiinilis-sotsiaalsete ja õiguslike erinevuste võrdlev klassifikatsioon (E. Babajani järgi, 1986)

Erinevusi ilmestavad tunnused	Tubakasuitsetamine (tubaka tarvitamine)	Toksikomaania
Tarvitamise objekt	Tubakas, paberossid, sigarid jt. too-Keemilised ained ja ravimpreparaadid spetsiaalselt kultiveeritud tubakataime erisortidest	Keemilised ained ja ravimpreparaadid
Objekti tööstusliku tootmise ja valmistamise eesmärgid	Elanikkonnale selle äranägemise järgi tarvitamiseks suitsetamise, ninasse manustamise, närimise teel	Keemiliste kaupadena kasutamiseks värvidena, lahustitena jt. toodetena. Ravimid arsti ettekirjutusel kindlates annustes ja näidustustekohaseks kasutamiseks
Kasutamiskord õiguslikust aspektist	Sihipärane kasutamine neile ainetele ja tooteile ettenähtud otstarbeks	Määratud kasutamiskorra rikkumine. Kasutamine mittesihipärane, ainetele mitte ettenähtud eesmärkidel
Organismisse toimimise mõned iseärasused	Kahjulik toime tervisesse. Kasutamisel ei häiri käitumist ega psüühilist tegevust	Kahjulik toime organismisse, kutsumisele esile käitumise ja psüühilise tegevuse häireid
Kasutamise laad moraalsest aspektist	Ei riku ühiskonna moraalinorme	Rikub ühiskonna moraalinorme
Kasutamise mugandamise abivahendid ja võtted	Spetsiaalselt valmistatavad ja ametlikult elanikkonnale müüvad pitsid, piibud, filtrid, portsigarid, süütajad jms.	Ei ole ametlikult valmistatud. Mugandid valmistatakse õigusvastasel teel

kuulub šifreerimisele RHK-9 järgi vastavalt ainele, mis on haigusliku tungi objektiks — kas alkoholism, narkomaania või toksikomaania.

**Alkoholismi** (ka kroonilist alkoholismi, joomatõbe) tuleb ühelt poolt diferentsida alkoholi liigtarvitamisest, teiselt poolt tuleb täpsustada alkoholismi staadium (eristatakse 1., 2. ja 3. staadiumi — šifrid 303.1, .2 ja .3). Diagnoosimine on sageli keerukas ja nõuab ammendava objektiivse anamneesi kogumist.

**Narkomaania** diagnoosi tohib määrata üksnes juhul, kui isik haigusliku tungi tõttu on süstemaatiliselt kasutanud mõnda ainet, mille NSV Liidu Tervishoiuministerium on tunnistanud narkootikumiks. Mingite muude seisundite korral terminit «narkomaania» kasutada ei või, lubamatud on väljendid «alkoholinarkomaania», «nikotiini-narkomaania» jms. Diagnoosist «narkomaania» järeldub mitmeid juriidilisi meetmeid isikute endi ja enamasti ka mitmete teiste asjaosaliste suhtes: seoses narkootikumi ebaseadusliku tootmise, säilitamise, levimisega kohaldatakse koguni kriminaalkoodeksis ettenähtud karistusi (2). Narkomaaniat

(RHK-9 šifrid 304.01 — .07, .11, .17, .2, .3, .47, .57, .67) tuleb hoolikalt diferentsida narkootiliste ainete kuritarvitamisest (šifrid 305.2, .3, .5, .6, .7), millega kaasnevad teist laadi meditsiinilised ja sotsiaalsed meetmed.

**Toksikomaania** on haigus, mis seisneb mingi ravimpreparaadi või muu keemilise aine, mis ei ole narkootikumiks tunnistanud, süstemaatilises kasutamises haigusliku tungi ajal saavutada teatav jooabeseisund. Toksikomaaniat (šifrid 304.08, .09, .18, .19, .48, .49, .58, .59, .68, .69, .88, .89, .98, .99) tuleb hoolikalt diferentsida aine kuritarvitamisest (šifrid 305.4, .8, .9) kui haiguseelset seisundist.

Juhtudel, kui haige on haigusliku tungi ajal süstemaatiliselt kasutanud mitut ainet, tuleb ta arvele võtta domineeriva diagnoosi alusel. Kui üks aineist on narkootikum, siis registreeritakse haige narkomaaniahaigena (šifrid 304.7, .86, .87, .97).

Alkoholism, narkomaania ja toksikomaania on haigused. Nende patogeneesi põhimehanism on ühesugune: haiguslik tung muuta oma psüühilist seisundit, mida hiljem toetavad ainevahetuslikud muutused. Kasutatava

aine erinevustest sugenevalt on need haigused erineva sotsiaalse maine ning resonantsiga. Meditsiini aspektist on neid haigusi põdevad isikud haiged inimesed. Nende abistamises on põhirõhk meditsiinilistel meetmetel — somatoga ja psühhoteraapia vahendite kooskasutamisel, millele lisaks psühhoteraapia ühe tegurina kuuluvad muidugi ka sotsiaalsed mõjutused. Need isikud on meditsiinitöötajate jaoks ilmtingimata alkohoolismi-, narkomaania- ja toksikomaaniahaiged, mitte lihtsalt alkohoolikud, narkomaanid või toksikomaanid.

Ei tohi unustada, et võideldes alkoholismi, narkomaania ja toksikomaania kui sotsiaalselt kaalukate tõbede vastu, võitleme ühteaegu neid tõbesid põdevate isikute eest, nende rehabiliteerimise eest, nende tervistamise eest, nende töövõime ning elurõõmu taastamise eest. Nende inimeste abistamiseks on kõikides tsiviliseeritud riikides loodud eriarstiabi liik, mis meil on välja arendatud ainulaadseks narkoloogiateenistuseks.

«Eesti NSV tervishoiuseadus» (3) ja muud juriidilised aktid määravad, et alkohoolismi-, narkomaania- ja toksikomaaniahaiged kuuluvad ambulatoorsele või statsionaarsele eriravile. Kui aga isik keeldub ravist tavalises korras, siis saadetakse ta seaduslikus korras sundravile.

Nende haigete, eeskätt alkohoolismihaigete varajasel väljaselgitamisel ja eriravile suunamisel, aga ka järelravi ning sekundaarse profülaktika tagamisel on kõikidel meditsiinitöötajatel, esmajoones jaoskonnaarstidel, täita ulatuslikud ülesanded.

Tänapäeva narkoloogiateenistuse üks lõike on ka võitluse suitsetamise vastu ja suitsetamisest loobuda soovijate meditsiiniline abistamine. Suitsetamise tervist kahjustav toime on kogu maailmas teravalt päevakorral, esmajoones pahaloomuliste kasvaja profülaktika aspektist. Võrreldes eespool käsitletud ainetega, on nikotiin mitte niivõrd psühhotroopse, kuivõrd vegetotroopse toimega. Kuid suitsetamisel ja ka tubaka muudel kasutamiseviisidel on protse-

duurina psüühiline sõltumus kahtlemata küllalt oluline komponent, mis seostabki teda narkoloogiaga. Tubakatarvitamise klassifitseerimise ning tema nimetuse ümber diskuteeritakse. RHK-9 liigitab tubakatarvitamise ainete kùritarvitamise üheks variandiks (šiffer 305.1): «... tubaka kùritarvitamine ehk nikotinism — juhud, kui tubakat tarvitatakse tervise või sotsiaalse funktsioneerimise kahjuks või esineb nikotiinisõltumuse sündroom». RHK eelmises redaktsioonis oli tubaka kùritarvitamine liigitatud toksikomaania üheks variandiks; mitmed meedikud peavad seda õigemaks.

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi narkootikumide kontrolli alalise komitee esimees E. Babajan on koostanud tubakasuitsetamise ja toksikomaania meditsiiniliste ning sotsiaalsete erinevuste kirjelduse (vt. tabel 2). Sellest järeldub, et tubakasuitsetamist ja muid tubaka süstemaatilise kasutamise vorme ei ole õige arvata toksikomaaniate hulka, vaid neid tuleb käsitada kùritarvitamise omaette seisundina, nagu see RHK-9-s ongi sätestatud.

Meditsiiniabinõusid rakendatakse tubakasuitsetajate endi soovi kohaselt, kohustust selleks ega dispanseerimist ei ole nende suhtes ette nähtud, sunnivahendite rakendamisest rääkimata. Arusaadavalt ei vähenda need asjaolud suitsetamisvastase võitluse tähtsust inimese tervise tagamise ühe olulise lõiguna.

Tahaks loota, et esitatu aitab selgust tuua nii mõnessegi narkoloogiaprobleemi ja soodustab asjaliku hoiaku kujunemist selle valdkonna haigetes, nende ravimisse ning nende haiguste profülaktikasse.

KIRJANDUS: 1. Eesti NSV administratiiv-õigusrikkumiste koodeks. Tallinn, 1986. — 2. Eesti NSV kriminaalkoodeks. Tallinn, 1984. — 3. Eesti NSV tervishoiuseadus. Tallinn, 1971. — 4. *Grüntal, V.* (koostaja): Väljavõte IX rahvusvahelisest haiguste klassifikatsioonist. Tallinn, 1986.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria  
kateeder

## Tsöliaakia kliiniline pilt ja diagnoosimine esimestel eluaastatel

Lea Boston Tiina Männik · Tartu

tsöliaakia, klassifikatsioon, kliiniline pilt, diagnoosimine

Esimesena on tsöliaakiat ehk gluteen-enteropaatiat kirjeldanud S. Gee 1888. aastal. Tema järgi on tsöliaakial kolm põhilist kliinilist sümptoomi: krooniline kõhulahtisus, progresseeruv hüpotroofia ja nn. suur hüpotooniline kõht.

Tsöliaakia on tihti ilmnev malabsorptsioonivorm lastel. Tema esinemissagedus Euroopa maades on 1:300... 1:2000 (28).

Tsöliaakiat on paljud autorid klassifitseerinud erinevalt.

Ž. Kljujeva ja kaasautorid on eristanud kolme põhilist tsöliaakia kliinilist varianti:

tüüpiline, mille puhul esinevad malabsorptsioonisündroomi tunnused — anoreksia, rohke vedel roisulõhnaline väljahaide, kõhu suurenemine, aneemia, polühüpvitamiinos ja rahhiit;

atüüpiline, mille puhul malabsorptsiooni kliinilised tunnused on nõrgad ja diagnoos määratakse haige kauaaegsel jälgimisel ja kompleksel kliinilisel laboratoorsel uurimisel;

hüpokaltseemiast põhjustatud vorm, mille puhul võivad esineda krambisündroom, luukoe hõrenemine ja hulgiluumurrud (26).

Seevastu F. Dusol ja kaasautorid on tsöliaakia jaotanud järgmisteks kliinilisteks vormideks:

süptomaatilised (süü kuuluvad nii kerged kui ka rasked haigusvormid);  
varajased (diagnoositud alla kuue kuu vanustel);

hilised (diagnoositud üle nelja aasta vanustel);

atüüpilised, mille puhul kliinilises pildis on esiplaanil tursed, isutus,

oksendamine, aneemia, geofaagia ja hemorraagilised nähud K-vitamiini-vae-guse tõttu (7).

Haigus saab alguse enamasti esimese eluaasta lõpul või isegi teisel kuni kolmandal eluaastal, kuid seda ei põe alla kolme kuu vanused lapsed (20, 22, 24, 29). Algsümptoomid tekivad nisu-, rukki-, kaera- ja odraproductide menüüsse võtmisel. Sageli ilmnevad esimesed haiguse tunnused lapse elus ette-tulevate mitmesuguste stressiseisundite korral (interkurrentsete haiguste põde-mine, lastekollektiivi minek jm.) (25).

V. Ott ja G. Rutskaja eristavad tsöliaakia kulus mitmeid kliinilisi perioode: alg-, öitseperiood (manifestsete kliiniliste nähtudega) ja remissiooni-periood (29). Viimane jaguneb mitte-püsiva (kliiniline reparatsioon) ja püsiva remissiooni faasiks (kliinilis-morfoloogiline reparatsioon).

Algperioodile on iseloomulikud mitte-spetsiifilised sümptoomid: süvenev loidus, söögiisu vähenemine, periooditi oksendamine, korrapäratu iste, pidev kehakaalu vähenemine (24, 29).

Tsöliaakia öitseperioodile on enamiku autorite järgi tüüpilised progresseeruv kõhnumine, aneemia, polühüpvitami-noosi nähud, kõhu suurenemine laienu-nud soolelingude tõttu, väga rohke, haisev, vahutatav savikarva hallikas roe ja lihaste hüpotoonia.

Normile vastavast kehakaalust on vajaka 25...45% (25, 29, 30). Naha-alune rasvkude puudub eriti rindkerel ja jäsematel. Nahk on kuiv, ripneb voltidena. Lapsed muutuvad väheliiku-vaks, keelduvad kõndimast.

Üldise kõhnumise foonil on märgatav tugevalt suurenenud kõht, mis on kas pinge all või lõtv, palpeerimisel on tun-da taignataolist konsistentsi. Kõhuseinal on märgata puhitunud soolelingude kontuure. Kõhu mõõtmete suurenemist põhjustab soole täitumine gaaside ja seedimata toiduga.

Rooja ööpäevane maht on L. Beieri ja kaasautorite järgi kuni 942 g, kesk-miselt 279,5 g (21). J. Vitebski järgi võib rooja mass küündida kuni ühe kg-ni päevas (24).

Tsöliaakia kulg on laineline: ägene mine vaheldub kliinilise remissiooniga.

Tsöliaakia korral esinevad tugevad ainevahetushäired, täheldatakse kõigi toidu koostisosade imendumise häiret. Suur valgu-, süsivesiku-, rasva- ja vitamiinikadu põhjustab kudedes kataboolsete protsesside intensiivistumist. Tekivad hüpoproteineemia, hüpoalbumineemia ja düsproteineemia (7, 22, 23, 24, 26, 29, 30). A. Patarakina on täheldanud vabade aminohapete rohket kadu ööpäevas erituvana uriini, eriti roojaga, kusjuures aminoatsiduuria moodustas keskmiselt 669,5 mg ööpäevas, aminohapete eritus roojaga aga oli peaaegu kahekordistunud (25, 30). Haigete vereseerumis on asendamatute aminohapete sisaldus peaaegu kaks korda vähenenud. Eriti märgatav on lüsiini, asparagiinhappe ja valiini kontsentratsiooni vähenemine. Aminohapete ainevahetushäire geneesis etendavad tähtsat osa valgu seedimise ning aminohapete imendumise häire sooletraktis ning neerudes, ekso- ja endogeenne valgu- ning vitamiinipuudus ja maksa ning pankrease talitlushäired.

Tsöliaakiale on iseloomulikud madalad ja lamedad glükoosikõverad monosahhariididega tehtud koormustestide korral. Ž. Kljujeva koos kaasautoritega konstateeris laktaasivaegust kõikidel uuritud tsöliaakiahaigetel, mis tingis vajaduse piimaproduktid toidust välja jätta või siis nende hulka piirata (26).

K. Horvathi ja kaasautorite andmeil ei kaasu disahharidaaside aktiivsuse langusele peensooles alati kliinilisi nähte, sest nii mõnigi kord esineb ensüümide täieliku puudumise korral ainult mõõdukas soolehattude atroofia. Ent partsiaalse, subtotaalse või totaalse atroofia korral võib langeda nii laktaasi, saharaasi kui ka maltaasi aktiivsus, kusjuures kõige tundlikum on laktaas (11).

58 %-l tsöliaakiahaigetest lastest on steatorröa põhjustajaks peamiselt rasvhapped, mille imendumine peensoolest on tugevasti häiritud (20, 21, 25, 29). Rasva eritub roojaga autorite andmeil

20...28,4 g päevas; norm 1...3 g (21, 24). V. Otti ja kaasautorite järgi väljub roojaga 50...60 % toiduga saadud rasva hulgast (29). Rasvhapete kadu põhjustab rasvlahustuvate vitamiinide vaegust (A-, D-, E-, K-vitamiini-vaegust). Sel puhul väheneb veres ka üld- ja fosfolipiidide, kolesterooli- ja  $\beta$ -lipoproteiinide sisaldus (7, 24, 29).

Polühüpovitaminoos ilmneb eriti haiguse ägedas faasis naha kuivuse ja ketenduse, küünte murdumise ning juuste väljalangemisena. Esinevad stomatiidi, gingiviidi ja atroofilise glossiidi nähud ning kalduvus igemete ja suu limaskestast veritsemiseks.

Haiguse ägedas faasis on ka foolhapet veres äärmiselt vähe. A. Liotta ja kaasautorid leidsid, et remissiooni ajal on vere foolhappesisaldus suurenenud ning vere D-ksüloosi- ja foolhappesisalduse vahel esineb positiivne korrelatsioon. Seejuures on vere foolhappesisalduse suurenemine vastavuses soole limaskestast epiteeli regeneratsiooniga (12). Tulenevalt raua ja vitamiinide imendumise häiretest areneb hüpokroomne aneemia (7, 12, 24, 29), mis sageli on mikrotsütaarne, ent vahel esinevad ka pernitsioosse aneemia tunnused koos makrotsütaarse verepildiga (7, 12, 24, 29).

Iseloomulik on ka kaltsiumi, fosfori ja magneesiumi hulga vähenemine vereseerumis, mis ongi luuliste muutuste, nagu kraniootaabese, luude deformatsioonide ja kasvupidurduse ning lõgemete hilise sulgumise, ka kaariese põhjuseks (22, 23, 29). Neil haigeil progresseerub rahhiit, võivad tekkida isegi luumurrud (20, 24).

Tsöliaakia puhul esinevad ka sapphapete erituse häired. M. Peyrot ja kaasautorid tegid kindlaks, et haiguse aktiivses faasis intravenoosse koletsüstokiniinistimulatsiooni puhul on sapphappesoolade sekretsioon kaksteistsõrmikus tunduvalt tagasihoidlikum (15).

Tingituna organismi kaitsejõudude nõrgenemisest tekivad lisaks veel interkurrentsed haigused, mis põhihaiguse kulgu raskendavad (24, 29). Tsöliaakia

tüsistusena võivad tekkida ka sekundaarne megakoolon, invaginatsioon, ileus (22).

Oluline tähtsus tsöliaakia korral on sooleensüümide enterokinaasi ja aluselise fosfataasi aktiivsuse langusel roojas (20, 25). Nende aktiivsus on langenud tunduvalt, tingituna ensüümide sünteesi pärssumisest peensoole atrofeeruva limaskestalt. L. Beieri ja kaasautorite andmeil esineb imendumisnäitajate (steatorröa, D-ksüloosi-sisaldus vereseerumis ja eritumine uriiniga) ning sooleensüümide aktiivsuse vahel tihe korrelatsioon (20). Samade autorite arvates on valdavaks sümptoomiks ka düsbakterioos, mis üle 2/3-l lastest on põhjustatud bifidumbakterite vaegusest.

Sagenenud on tsöliaakia ilmumine hilisemas lapseas ja atüüpilised ning monosümptoomsed vormid (22). Nende diagnoosimisel on vaja silmas pidada kahte põhilist sümptoomi: kehakaalu progresseeruvat vähenemist ja ebapüsivaid seedehäireid.

Hiliste vormide korral võivad esineda hiline suguline küpsemine, anoreksia, aneemia, adünaamia, lihase nõrkus, kusjuures soolehäired on sageli tagaplaanile jäänud. Ka tugeva kasvupidurduse korral tuleb alati mõelda tsöliaakia võimalusele. P. Bittner on kirjeldanud 14-aastase poeglapse haigusjuhtu, kelle kasvupidurduse puhul ei leitud mingeid kõrvalekaldeid siseelundites, kuid peensoole limaskesta biopsia alusel pandi tal diagnoosiks tsöliaakia (2).

Tsöliaakia atüüpilistele vormidele on iseloomulikud isoleeritud anoreksia, difuussed tursed, kõhukinnisus või krooniline kõhulahtisus või tetaania. Diagnoos kinnitub sellistel juhtudel D-ksüloos-testi, soole biopsia ja steatorröa kindlakstegemisega (1).

Tsöliaakiale on iseloomulik laineline kulg, eriti siis, kui ravi ei ole õigel ajal alustatud (29). Lühikesed remissiooni- perioodid, mille ajal paraneb söögiisu, stabiliseerub iste, väheneb kõhu maht ja ilmneb kaaluive, vahelduvad seisundi halvenemisega koos kõigi tsöliaakia tunnuste ennistumisega.

Tsöliaakia sümptoomid vastavalt vanusele tavaliselt vähenevad. Sugulise küpsemise perioodil on võimalik spontaanne paranemine (24), osal lastel jääb siiski kalduvus kõhulahtisuseks. Üksikjuhtudel areneb tsöliaakia täiskasvanute haiguseks — spruuk. Tsöliaakia hilise ravi korral võib täiskasvanueas tekkida koguni soolelümfoom või adenokartsinoom (8). Kui ravi on alustatud varajases lapseas, on tsöliaakia prognoos tänapäeval soodne (29). Tsöliaakiat iseloomustab kliiniliselt polümorfism, mis raskendab diagnoosimist.

Seetõttu on kliiniliste kriteeriumide kõrval tähtsad ka laboratoorsed uuringud: soole ensümaatilise ja imendumisfunktsiooni kindlakstegemine, seedetrakti röntgenoloogiline uurimine, soole lokaalse immuunsuse näitajate väljaselgitamine ja peensoole bioptaadi morfoloogiline uurimine (25). Mitmed autorid peavad tähtsaks diagnostiliseks kriteeriumiks gluteenivastaste (glia-diini-) antikehade esinemist veres (4, 17, 24).

Peensoole imendumisfunktsiooni saab hinnata koprogrammi, rooja ööpäevase hulga, rooja lipiidisisalduse määramise ja D-ksüloos-testiga (20, 25).

Täpsemas koprogrammis on peensoole imendumisfunktsiooni vähenemise puhul iseloomulik rohke rasvasisaldus peamiselt vabade rasvhapete ja kaltsiumseepidena, rohkesti esineb ka tärklis ning seedimata rakustikku (23, 25, 29).

Väljaheites määratakse rasva peamiselt van de Kameri meetodil (13). Väljaheidet kogutakse kolm päeva. Uuringute tegemise ajal on haige toidus rasva normaalsel hulgal. Normaalselt võib väikelastel selle aja jooksul roojaga erituda kuni 1,2 g rasva.

Peensoole limaskesta absorptsiooni- võime nõrgenemise tõestajana on kõige informatiivsem D-ksüloos-test (3, 8, 20, 21, 22, 25, 29), mis tsöliaakia puhul on enamalt jaolt positiivne. D-ksüloosi-eritus uriiniga ja vere D-ksüloosisisaldus 60 minutit pärast manustamist on tsöliaakia puhul enamikul juhtudel 2/3 võrra vähenenud (25). Testiks

antakse D-ksüloosi 0,2 g kehakaalu ühe kilogrammi kohta, antakse tühja kõhuga suu kaudu koos veega. Seejärel jälgitakse vere ksüloosisisaldust kolm minutit, üks tund ja kaks tundi pärast koormust. Samal ajal määratakse ksüloosisisaldus uriinis kaks ja viis tundi pärast koormust. Vere ksüloosisisalduse määramist peetakse täpsemaks peensoole limaskesta morfoloogiliste muutuste näitajaks, kui seda on ksüloosi ekskretsioon uriiniga (22, 27). Et 98 %-l peensoolehattude atroofia juhtudest on testi väärtused madalad, siis on need ka peensoole biopsia ja gluteenivaba dieedi määramise näidustuseks (3, 27). V. Otti ja kaasautorite andmeil võib aga D-ksüloos-test olla positiivne ka teiste soole imendumishäirete puhul (29).

Diagnoosi kindlakstegemiseks on vajalik ka seedetrakti röntgenoloogiline uurimine. Soolestikus täheldatakse tsöliaakia korral horisontaalseid vedelikunivoosid, mille asetus pidevalt muutub, samuti atoonilisi soolelinge vaheldumisi spastilistega ja peensoole düskineesiat. Jämesoole osad on laienenud ja sigmaäärsool pikenenud (22, 24, 29).

Soole lokaalse immuunsuse näitajatest saab tsöliaakia diagnoosimiseks määrata lüsosüümi aktiivsust soole limaskesta plasmarakkudes. Tsöliaakiahaigetel on lüsosüümi aktiivsus tunduvalt nõrgem kui tervetel (6). Peensoole limaskestas on gastriini ja magu inhibeerivat polüpeptiidi sisaldavate rakkude hüperplaasia (5).

G. Gemme ning kaasautorid soovivad tsöliaakia diagnoosimiseks stimulatsiooni proteiinipastaga (9). Kui tervetel lastel sel puhul gastriinieritus maos suureneb (määratuna veeniveres), siis tsöliaakia korral jääb gastriinieritus tunduvalt vähesemaks. Sellega võib olla osaliselt seletatav tsöliaakiajuhtudel esinev valkude seedimise häire, sest gastriin stimuleerib eelkõige soolhappe eritumist.

Enamik autoreid peab tähtsaimaks diagnoosimismeetodiks peensoole biopsiat, sest histoloogiline materjal või-

maldab enamikul juhtudel panna kindla diagnoosi (7, 8, 18, 19, 22, 24).

Ph. Forget peab diagnoosimisel anamneesi ja kliiniliste sümptomide kõrval vajalikuks kolmekordset soole biopsiat (8).

Esimene biopsia tehakse tsöliaakia kahtluse korral, teine kaks aastat pärast range gluteenivaba dieedi pidamist ja kolmas pärast gluteeni manustamist. Selline korduv uuring lubab välistada transitoorset gluteenitalumatust, mida esineb 5...10 %-l juhtudest (8). Et koormustest gluteeniga ja sümptomide kadumine gluteenivaba dieedi kasutamisel ei ole küllalt usaldusväärne, nagu mõned autorid väidavad, tuleb peensoole biopsiat laialdasemalt rakendada (19).

Bioptaadi histoloogilisel uurimisel sedastatakse peensoolehattude lühenemist, sooleepiteeli lamennemist ja destruksiooni ning plasmo- ning lümfootsütaarseid infiltraate epiteelirakkude vahel. Peensoole limaskesta atroofia on tsöliaakiale tüüpiline, kuid mitte rangelt spetsiifiline näht (22).

Hattude subtotaalse ja totaalse atroofia puhul esineb tsöliaakiajuhtudel nii laktaasi, sahharidaasi kui ka maltaasi aktiivsuse langus. Informatiivsemaks diagnostiliseks kriteeriumiks on laktaasi aktiivsus, sest see näitab peensoole limaskesta rakkude seisundit kõige täpsemalt (11, 18).

Diagnoosimiseks määratakse ka gluteenivastaste IgG-antikehade hulka veres. Tsöliaakia all kannatavatest lastest 97 %-l on tavalise toitumise korral kõrge antikehade tiiter, mida teiste malabsorptsioonivormide puhul ei esine (4, 17). Gliadiinivaba dieedi korral esineb kõrgete tiitrite pikaldane langus. Isegi pärast aastaid kestnud dieeti võib peaaegu alati täheldada gliadiinivastaseid antikehi, mis viitab antigenei säilimisele organismis väikestes hulkades.

J. Henker kaasautoritega uuris ka retikuliinivastaste antikehade esinemist tsöliaakia puhul (10). Kuigi nende antikehade leid pole haiguse suhtes patognostiline, võimaldab see autorite arva-

tes diferentsida tsöliaakiat lehmapiima-  
valgu talumatusest ning kontrollida  
gluteenivaba dieedi raviefekti.

Diagnoosimisel on abiks järgmised  
laboratoorsed näitajad: rauavaegusest  
põhjustatud aneemia, hüpoproteinee-  
mia-, kaltsiumi-, fosfori- ja magnee-  
siumisisalduse vähenemine veres, hüpo-  
kolesteroleemia-,  $\beta$ -lipoproteiinide ja  
neutraalrasva sisalduse vähenemine  
ning leelise fosfataasi aktiivsuse  
langus veres (7, 22, 23, 24, 26, 29, 30).

Puudulikult on tsöliaakia puhul uurit-  
ud pärilikke tegureid, kirjanduse viit-  
ed näitavad nende põhjalikuma uuri-  
mise vajadust haiguse diagnoosimise  
seisukohalt. On leitud, et 2/3-l tsöliaa-  
kiaga laste vanematest on esinenud  
varajases lapseas kroonilisi seede-  
häireid (25), 2 %-l esimese astme sugu-  
lastest peensoole bioptaadis soolehat-  
tude lamenumist (16) ja 16,4 %-l glutee-  
nivastaste IgG-antikehade kõrgeenenud  
tiitrit (17).

Seega tsöliaakia avaldub lastel pea-  
miselt kolmandast elukuust kuni kol-  
manda eluaastani. Tüüpiliste haigus-  
vormide kõrval tuleb arvestada ka  
atüüpilisi, mida on võimalik diagnoo-  
sida ainult haige põhjalikul kliinilis-  
laboratoorsel uurimisel ja kauaaegsel  
jälgimisel. Paljude uurimismeetodite  
rakendamisele vaatamata vajab tsöliaa-  
kia diagnoosimine edasist täiustamist.

Tahaks loota, et ka Eesti NSV-s tsölia-  
akia diagnoosimine paraneb. Seni  
on meie vabariigis seda lastel diagnoo-  
situd harva ja ajavahemik haiguse es-  
mastest ilmingutest lõpliku diagnoosi-  
miseni on enamasti olnud liialt pikk.

KIRJANDUS: 1. *Banamico, M., Ballati, G., Falconeri P.* a.o. *Minerva* *pediatr.*, 1982, 34, 11, 469—474. — 2. *Bittner, P.* *Pädiatr. Prax.*, 1983, 29, 1, 85—87. — 3. *Bodanszky, H., Horváth, K., Horn, G.* *Acta paediatr. hung.*, 1983, 24, 1, 17—22. — 4. *Bürgin-Wollf, A., Bertele, R. M., Berger, R.* a.o. *J. Pediatr.*, 1983, 102, 5, 655—660. — 5. *Ceccacea, A., Carlei, F., Banamico, M.* *Minerva* *pediatr.*, 1984, 36, 1/2, 17—22. — 6. *Dick, W., Braun, O.-H., Grosse, K.-P., Riemann, J. F. u.o.* *Klin. Pädiatr.*, 1984, 196, 1, 36—39. — 7. *Dusol, F., Cousin, J., Ducoulombier, H.* a.o. *J. Sci. med. Lille*, 1981, 99, 12, 293—299. — 8. *Forget, Ph.* *Rev. méd. Liège*, 1984, 39, 8, 302—304. — 9. *Gemme, G., Baldini, A., Aldiano, P.* *Minerva*

*pediatr.*, 1983, 35, 21, 1031—1035. — 10. *Henker, J., Morrenz, J.* *Acta paediatr. hung.*, 1983, 24, 4, 349—353. — 11. *Horváth, K., Horn, G., Bodanszky, H.* *Acta paediatr. hung.*, 1983, 24, 1, 85—87. — 12. *Liotta, A., Iacono, G., Corpora, E.* a.o. *Minerva* *pediatr.*, 1983, 35, 19, 907—910. — 13. *Maaroos, H.-I.* (koost.) *Metoodiline juhend*. Tartu, 1981. — 14. *Maaroos, H.-I., Sachris, N., Kutsar, T.* *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1974, 1, 42—44. — 15. *Peyrot, M., Desjeux, J. F., Millet, F.* *Helv. paediatr. acta*, 1981, 36, 6, 509—518. — 16. *Stenhammar, L., Brandt, A., Wagermark, J.* *Acta paediatr. scand.*, 1982, 71, 4, 625—628. — 17. *Stern, M., Grüttner, R.* *Kinderärztl. Prax.*, 1981, 49, 1, 9—19. — 18. *Stern, M., Plettner, C.* *Monatsschr. Kinderheilk.*, 1983, 131, 5, 264—268. — 19. *Várkonyi, A., Szeleczi, T., Boda, M.* *Gyermeggyógyaszat*, 1983, 34, 6, 481—489.

20. *Бейер Л. В., Ключева Ж. И., Титова Л. С.* *Педиатрия*, 1983, 4, 22—25. — 21. *Бейер Л. В., Патаракина А. А., Ключева Ж. И. и др.* В кн.: *Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии*. Горький, 1977, 98—100. — 22. *Братанов Бр.* *Клиническая педиатрия*. Том I. София, 1983, 375—379. — 23. *Васильева Н. А., Ярош Г. Д.* В сб.: *Расстройства питания, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта у детей и вопросы организации детского здравоохранения*. 1980. — 24. *Витебский Е. М.* В кн.: *Детская гастроэнтерология*. Киев, 1978, 300—304. — 25. *Ключева Ж. И., Бейер Л. В., Титова Л. С.* В кн.: *Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии*. Горький, 1980, 72—75. — 26. *Ключева Ж. И., Мельгунова И. А., Бейер Л. В. и др.* В сб.: *Вопросы детской гастроэнтерологии*. Республиканский сборник. Выпуск II. Горький, 1981, 131—133. — 27. *Ковачева Ю., Блажева И.* *Педиатрия* (Болг.), 1984, 23, 3, 25—29. — 28. *Менде Т. А., Лившиц Е. Г.* *Синдром малабсорбции в педиатрической клинике*. Рига, 1979. — 29. *Отт В. Д., Руцкая Г. В.* *Методические рекомендации*. Киев, 1980. — 30. *Патаракина А. А., Титова Л. С., Ключева Ж. И. и др.* *Педиатрия*, 1982, 8, 35—38.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria  
kateeder

# Tervishoiutöö korraldus

UDK 616-053.31-056.27 : 614.2

## Vastsündinute haiglate rajamise meditsiinipsühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte

Adik Levin Tatjana Listopad · Tallinn

perinataalsed haigused, vastsündinute põetamine ja hooldus, psühhoogeensed mõjurid, uut tüüpi haiglate vajadus, ema ja laps

Haigestumuse ja suremuse struktuuris on esikohal perinataalsed haigused. Tervishoiupraktikas on vaja otsida ja leida võimalusi, kuidas perinataalseid haigusi põdevate laste ravi ja hooldust otstarbekamalt korraldada. Õigesti tuleb korraldada nii vanemate laste kui ka imikute ja vastsündinute põetamine, hooldus ja ravi. Mõistagi on kõige vastutusrikkam vastsündinute põetamine ja ravi. Olukorda komplekseerib sageli ka noore ema psühholoogiline ettevalmistamatus emaduseks.

Suureks puuduseks perinataalses meditsiinis on asjaolu, et igati püütakse täiustada ainult ravi. On loomulik, et uute diagnoosimis- ja ravimeetodite kasutuselevõtt on tähtis, kuid me ei tohiks unarusse jätta vastsündinute hoolduse ega põetuse täiustamist. Praegune hooldustaktika on täiuslikkusest veel kaugel. Me lähtume põhimõttest, et haigete vastsündinute ja enneaegsete ravi ja põetamine olgu võimalikult vähe traumeeriv. See saavutatakse soodsate psühhoogeensete tegurite mõjuga vastsündinu organismile. On ju teada, et nii täiskasvanule kui ka lapsele, vastsündinule avaldavad mõju mitmesugused positiivse või negatiivse toimega tegurid. Ei ole kahtlust, et vast-

sündinule on esimeseks tugevaks psühhoogeenseks mõjuriks juba ilmaletulek ise, tema kehaline eraldumine ema organismist. Psühhoogeensete tegurite mõju jätkub ka edaspidi. Positiivsete psühhoogeensete tegurite puudumine, ainult negatiivsete tegurite mõju võib kahjustavalt mõjutada vastsündinu või enneaegselt sündinu tervist.

Oleme arvamusel, et lapse eraldamine emast erihaiglasse üleviimisel, last hooldavate meditsiiniõdede vahetumine, lapse toitmine ema juuresolekuta, eksimused põetamisel avaldavad lapsele negatiivset psühhoogeenset mõju. Me peame eriti tugevaks positiivseks psühhoogeenseks mõjuriks nii vastsündinule kui ka emale lapse hospitaliseerimist haiglasse koos emaga, kes põetab teda kogu ööpäev. Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla vastsündinute ja enneaegselt sündinute osakonnas on esmakordselt Nõukogude Liidus rakendatud sanitaar-epidemioloogilist erirežiimi, mistõttu emal on võimalik olla oma lapse juures kogu ööpäev. Selleks kõige oli vaja kasutusele võtta meetmete kompleks, millest kõige tähtsam oli lapsevanematega tegelemine. Meditsiinitöötajate kohustus on kaasa aidata ema- ja isatunde kiirele väljakujunemisele ning soodsa psühholoogilise kliima tekkimisele noores perekonnas. Kõikide meetmete aluseks on meditsiinipersonali austav ja tähelepanelik suhtumine lapsesse, emasse, isasse ja teistesse perekonnaliikmetesse.

Silmas pidades seda, et lapse ja ema üleviimine sünnitusmajast lastehaiglasse on nende psüühikat traumeeriv, peab sünnitusmaja meditsiinipersonal ema selleks psühholoogiliselt ette valmistama. Emale tuleb selgitada, milline on lapse objektiivne seisund, talle sisendada usaldust uue haigla vastu. On väga tähtis, et haiglasse saabudes tunnetaks ema meditsiinipersonali hooldust ja lahkust nii tema lapse kui ka tema enda suhtes. Ema usaldab siis haiglapersonali ning tal tekib kindlustunne.

Meditsiinipsühholoogilises ja sanitaarhariduslikus töös on kandvaim osa emade ja isade koolil. Käsitletavad tee-

mad valitakse sõltuvalt sellest, kes on ja millega tegelevad emad ja isad. Peamise osa koolikursusest moodustagu ikkagi meditsiinipsühholoogilised ja sotsiaalsed probleemid: enam käsitletagu emaja isatunde kujunemist, lapse ja ema vastastikust kohanemist ja teineteisega harjumist, ema ja isa suhteid, ka suhteid teiste perekonnaliikmetega, isa osa perekonnas, kui laps on haige. Lapse põetamise ja toitmise eriküsimusi on õigem selgitada arstil ja õel emaga vestlemisel ja tema küsitlemisel.

Tegeleme ka teadusuuringutega, eelkõige ema- ja isatunde tekkimise tundmaõppimisega, uurime lapse kohanemist emaga ning ka vastupidi, samuti mitmesuguste psühhoogeensete tegurite mõju vastsündinu ja enneaegselt sündinu kohanemisele. Koostöös psühholoogiga oleme koostanud meditsiinipsühholoogiliste ja sotsiaalsete uurimiste meetodikaid.

Koos lastega haiglas viibinud emade isiksuse ja ka meditsiinitöötajate isiksuse psühholoogiliste uuringute tulemused näitasid, et isiksuse profiil mõlemas uuritute rühmas on keskmiselt normi piires (30...70 T), kuid meditsiinipersonalil oli psühholoogiline koormus emade koormusega võrreldes alati suurem. Need andmed annavad tunnistust sellest, et emade psühholoogiline seisund on oma bioloogilist programmi täites alati soodsamas olukorras. Sellesse jaotusse ei mahtunud üksnes need naised, kellel esmassünnitus oli tavalisest hilisemas eas, ning emad, kellel psüühilised haigusilmingud pärast lapse sündi ägenesid. Meditsiinitöötaja pidev lapse juures viibimine on emade juuresolekuga võrreldes ebasoodsama mõjuga. Eriti halvasti mõjub lapsele meditsiiniodede sageda vahetumine.

Meditsiinipsühholoogilised uuringud näitasid veel seda, et ematunde väljakujunemine kulgeb kahe faasina: adapteerumine lapsega ja tõelise ematunde tekkimine. Kohanetakse keskmiselt 4...5 päevaga, see sõltub ema karakterist ja lapsel esinevatest haigusnähtudest. Adapatsioonifaas on pikem neil

emadel, kes on sünnitanud enneaegse või raskete haigusnähtudega lapse.

Meie osakonnas õpetatakse emadele lapse hooldamist ja põetamist. Pärast sellealaste teadmiste ja oskuste omandamist saavad emadest meditsiinipersonali head abilised, mis kergendab tunduvalt eriti õdede tööd. See võimaldas ühe õe hoole alla usaldada 12...14 vastsündinut (normatiivne arv on 6...8 last). Õde teeb nüüd üksnes meditsiinilist tööd, tõusnud on õe kutsealane prestiiž.

Mitmeaastased kogemused ja teadusuuringute tulemused on meid veennud, et vastsündinu elu kriitilisel perioodil peab tema juures olema kogu aeg ema. Lapsed on siis rahulikumad, neil kujuneb kiiresti välja ööpäevarežiim, medikuil on nendega lihtsam suhelda, neid läbi vaadata. Ema lähedus, õrnus, vahetu koosolemine mõjuvad lapsele ravitegurina. Võib kindlalt öelda, et niisugune hooldus koos otstarbeka ravi ja põetusega mõjub väga soodsalt, kergendab haiguse kulgu ning kiirendab paranemist.

Vastsündinute hoolduse taktika ja meetodika koos sihipärase raviga võimaldasid meie osakonnas vähendada vastsündinute suremust 1,6...2,0 promillini. Oleme arvamisel, et niisugune põetus- ja ravisüsteem peaks olema kõikjal. Viimane aeg on alustada neonatoloogiakeskuste projekteerimist ja rajamist, kus oleks silmas peetud järgmisi põhimõtteid: iga lapse ja ema jaoks olgu omaette palat koos rõdu, duširuumi ja vannitoaga, sanitaarsõlmega. On vaja muuta niisuguste osakondade koosseisu, kindlasti kuulugu sinna psühholoog.

Ei ole kahtlust, et kirjeldatud meetmete kompleks võimaldab vähendada laste, eriti vastsündinute suremust ja edukamalt ravida vastsündinute haigusi.

Tallinna Linna Kliiniline  
Lastehaigla

# Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 614.2

## Rahvastiku ülddispanseerimise ettevalmistamine

Sirje Reinmets Riina Männik  
Olga Volož · Tallinn

dispanseerimine, arstijaoskonnad, kartoteek, analüüsid

Rahvastiku ülddispanseerimine on kestev ja etapiline protsess, millega on alustatud ka meie vabariigis. Selle kohta on välja antud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi otsus 1984. aastast ja Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna käskkiri 1985. aastast. Dispanseerimisele ülemineku soodustamiseks on vähendatud arstijaoskondadesse kuuluvate inimeste arvu. Kõige tehtu kõrval esitab see töö meile uusi nõudeid.

Et konkretiseerida ürituste plaani üleminekul kogu rahvastiku dispanseerimisele, seadsime töö eesmärgiks uurida kahe arstijaoskonna iseärasusi. Võtsime ülesandeks välja selgitada, milline on jaoskondadesse kuulujate ealine struktuur; uurida, kui tihti on nad kolme viimase aasta jooksul polikliinikus käinud; kindlaks teha, mil määral ja kas on neid uuritud ülddispanseerimisele eelnenud perioodil, 1984. aastal; välja selgitada polikliiniku külastatavus ja uurituse taseme seos vanuse ja sooga.

Võtsime ülesandeks ka rahvastiku dispanseerimise ürituste plaani koostamise. Uurisime kõiki ambulatoorseid kaarte ja sissekandeid, mis olid tehtud kolme viimase aasta jooksul Pelgulinna Haigla Polikliiniku 10. ja 19. jaoskonnas. Vaatluse all oli 3500 kaarti, mille andmeid kõrvutasime jaoskonda kuuluvate inimeste kartoteegi andmetega. Nagu tabelist 1 näha võib, ilmneb erinevus põhiliselt üle 60 aasta vanuste osas, 19. jaoskonnas moodustab see vanuserühm 1/3, 10. jaoskonnas 1/6.

Joonisel 1 on näha, et enamikul arstijaoskonda kuulujail on registratuuris ambulatoorne kaart. Kaarti ei ole 78 inimesel 10. jaoskonnas (5%) ja 268 inimesel 19. jaoskonnas (15,8%). Ambulatoorset kaarti omajatest külastas 1984. aastal polikliinikut 76,1% 10. jaoskonnas ja 85,7% 19. jaoskonnas. Tabelist on samuti näha, kui suur protsent inimestest ei ole polikliinikus käinud üks, kaks või kolm aastat.

Neid, kes ei ole polikliinikut külastanud, on kõige enam nooremate ja kõige vanemate hulgas. Sellest saame ülevaate jooniselt 2. Tabelist 2 on näha, millist protsenti kõigist arstijaoskonda kuulujaist ja polikliinikut külastanuist on uuritud ülddispanseerimise käskkirja alusel obligatoorseteks peetud meetodeid rakendades. Kõige paremini on inimesi uuritud fluorograafiliselt ja läbi vaadatud terapeudi poolt, kõige vähem on läbi vaadatud kirurgi ja sil-

**Tabel 1. Elanike jaotumus vanuserühmade järgi Tallinna Pelgulinna Haigla Polikliiniku 10. ja 19. arstijaoskonnas (sulgudes protsentides)**

Vanuserühm	10. arstijaoskond	19. arstijaoskond
	haigete arv	haigete arv
20 ... 29 a.	344 (21,9)	289 (17,4)
30 ... 39 a.	322 (20,5)	324 (19,5)
40 ... 49 a.	319 (20,3)	252 (15,2)
50 ... 59 a.	316 (20,1)	238 (14,3)
60 ... 69 a.	143 (9,1)	210 (12,6)
70 ... 79 a.	98 (6,2)	268 (16,1)
80-aastased ja vanemad	27 (1,7)	81 (4,9)

**Tabel 2. Meditsiinilised uuringud ja läbivaatused Tallinna Pelgulinna Haigla Polikliiniku 10. ja 19. arstijaoskonnas (protsentides)**

Uuringud, läbivaatused	10. arstijaoskond				19. arstijaoskond			
	elanike üldarvust		polikliinikut külastanutest		elanike üldarvust		polikliinikut külastanutest	
	mehed	naised	mehed	naised	mehed	naised	mehed	naised
Fluorograafia	62,0	71,0	83,1	89,5	47,1	31,0	54,4	35,0
Vereanalüüs	43,4	55,4	58,2	69,8	31,1	40,0	35,9	45,3
Uriinianalüüs	37,6	51,8	50,4	65,2	28,1	36,0	32,4	40,7
Terapeudi läbivaatus	52,3	64,4	70,0	81,2	41,7	51,6	48,1	58,3
Kirurgi läbivaatus	16,5	16,8	22,1	21,2	15,3	14,2	17,7	16,0
Silmaarsti läbivaatus	8,1	19,5	10,8	24,6	24,4	21,2	28,1	23,9
EKG	40,8	49,9	57,6	60,0	71,3	77,3	80,0	87,5

maarsti poolt. Naisi on igas suhtes (välja arvatud kirurgi vaatlus) paremini uuritud kui mehi. Jooniselt 3 nähtub, et kõige paremini on uuritud 50...69 aasta vanuseid.

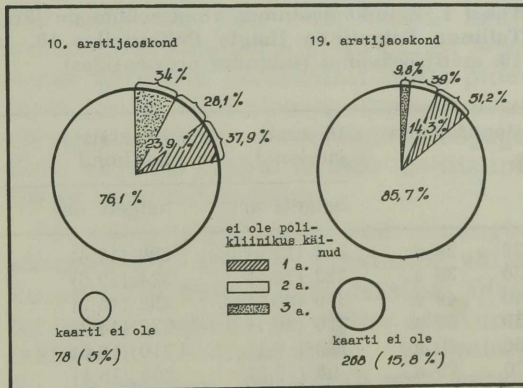
Selle töö tulemused näitasid, et aastas külastab polikliinikut arstijaoskonnadesse kuuluvate inimeste enamik, ligikaudu 70%. Seda asjaolu arvestades tuleks kogu rahvastiku dispansseerimisele üleminekul pidada esimeseks etapiks kõikide polikliinikusse pöördujate kompleksset uurimist. Sellel etapil peaks laiendama eelvastuvõtukabineti funktsioone, pöörates erilist tähelepanu kõige nooremate ja kõige vanemate vanuserühmale. Sellise töö edukus on mõeldav vaid korrektselt peetava kartoteegi olemasolul.

Ülejäänud inimeste, nimelt nende dispansseerimist, kes mitme aasta jooksul ei ole polikliinikut külastanud või kellel

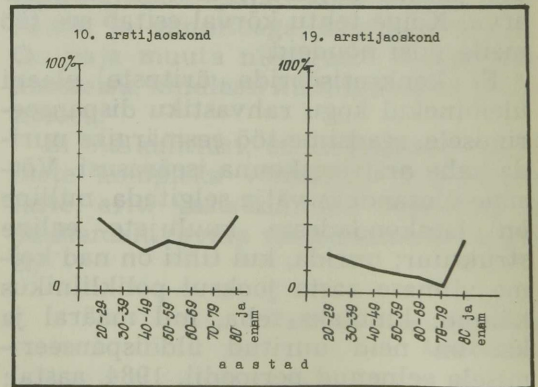
ei ole ambulatoorset kaarti (selliseid on alla 1/3), võiks reaalseks pidada vaid teisel või kolmandal etapil.

Kogu rahvastiku dispansseerimisel tuleks igas arstijaoskonnas igal aastal teha 700...800 vere- ja uriinianalüüsi ja 500 EKG-d enam kui 1984. aastal, jaoskonnaterapeudil tuleks täiendavalt läbi vaadata 700...800 inimest, kirurgil ja silmaarstil 1200...1500. Et polikliiniku koormus mitmekordistub, peaks kaaluma ka informatsiooni saamise võimalust nende kohta, keda dispansseeritakse töökoha järgi, see väldiks asjatut dubleerimist.

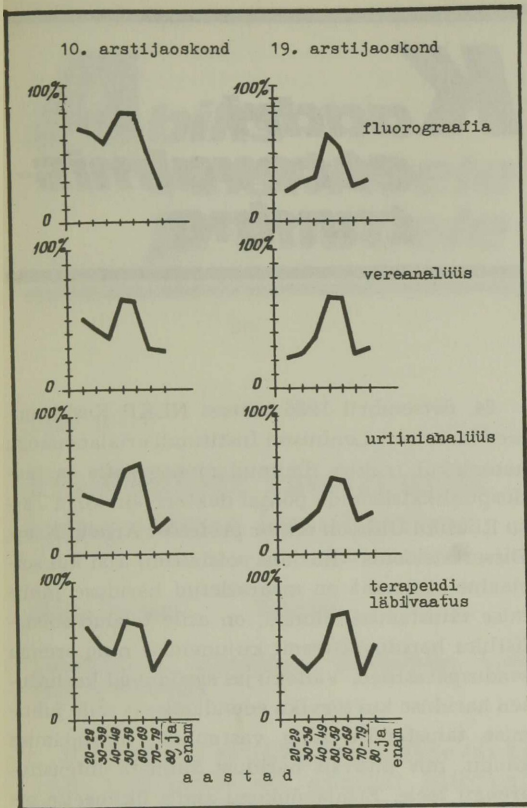
Töö tulemused näitasid, et vaatamata võrreldavate jaoskondade erinevusele, näiteks ealise struktuuri osas, olid objektiivsed näitajad väga sarnased. See aga lubab oletada, et ka teistes jaoskonnades ja polikliinikutes kehtivad samad seaduspärasused.



**Joonis 1. Elanike jaotumus olenevalt polikliiniku külastamisest.**



**Joonis 2. Polikliinikut mittekülastanute jaotumus vanuserühmade järgi.**



Joonis 3. Elanike meditsiinilised uuringud ja läbivaatused vanuserühmade järgi.

Sellise vastutusrikka töö lävel peaks analoogilist analüüsi tegema ka teistes asutustes.

KIRJANDUS: 1. Birkenfeldt, R. Terapeutiline abi polikliinikus. Tallinn, 1985. — 2. Rätsep, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 1, 4—7. — 3. Tallinna RSN Täitevkomitee tervishoiuosakonna käskkirj nr. 10/60 4. aprillist 1985 «Kogu elanikkonna etapilise ülemineku kohta üldisele dispansseerimisele».

4. Алиханов Н. Сов. здравоохран., 1986, 5, 8—9. — 5. Демченкова Г. З., Алексеев Л. И., Евграфова Т. И. Здравоохран. РСФСР, 1982, 3, 8—10. — 6. Камалов М. Х., Петров М. Е., Степанова Е. И. Здравоохран. РСФСР, 1984, 5, 3—6. — 7. Козловский И. В., Довгялло Г. В., Жуков С. С. и др. Здравоохран. Белоруссии, 1981, 12, 28—30. — 8. Конференция по проблемам диспансеризации всего населения и подготовки руководящих кадров здравоохранения. Сов. здравоохран., 1985, 10, 78—79. — 9. Сафонов А. Г. Тер. арх., 1985, 1, 3—6. — 10. Себрук В. А., Томащук. А. Здравоохран. Белоруссии, 1985, 5, 13—14.

Tallinna Pelgulinna Haigla  
Kardioloogia Teadusliku Uurimise  
Instituut

# Mõtte- vahetus

UDK 616-001.33/.36-08(049.2)

## Artikli «Raske liittraumaga haigete ravi reanimatsiooni-osakonnas» kohta

Rein Koha · Tallinn

liittrauma, äge alkoholne pühhoos, kesknärvi-süsteemi hapnikuvaegus

Tallinna Kiirabihaigla arstide poolt saavutatud kinnitab, et otstarbeka ja paindliku raviga võib raskete liittraumade korral häid tulemusi saada isegi sellistel juhtudel, mis tavaliselt lõpevad surmaga (1, 3).

Trauma korral esinevad lisaks luumurdudele ja elutähtsate elundite vigastustele ka tugevad kõrvalekalded organismi ainevahetuses, need omakorda põhjustavad raskeid tüsistusi, mis on otseseks surma põhjuseks pärast traumasid.

On kindlaks tehtud, et kõikide luuvigastustega kaasnevad nihked organismi ainevahetuses, mis kutsuvad esile düslipideemilise koagulopaatia-sündroomi traumahaigetel (7). Seejuures võib sündroom kergematel haigusjuhtudel kliiniliselt varjatuks jääda. Raskete liittraumade korral võib see kliiniliselt avalduda 53,3%-l juhtudest, põhiliselt rasvembooliasündroomina (6). Üks toime mehhanisme on rasvhüperglobuleemia perifeerses venoosses veres (5).

Rasvembooliasündroomi kõige üldisemaks patoloogiliseks avalduseks on hüpokseemia sellest tuleneva elutähtsate elundite hüpoksiaga, kusjuures elunditest kõige tundlikum on aju. Ajukoore ja koorealuste tuumade osad ja rakud on hüpoksia suhtes erineva tundlikkusega, see võib esile kutsuda ka erinevaid kliinilisi nähte (1, 2, 7).

Kliinilistest nähtudest on ülekaalus psühhomotoorne rahunus, eufooria, kõnemotoorika aktiveerumine. Hüpkosia süvenemise korral, kui adekvaatset ravi õigeaegselt ei alustata, võib seisund aeglaselt üle minna koomaks. Aju koorealuste tuumade kahjustuste korral võivad tekkida krambid, patoloogiliste reflekside ilmumisega võib kaasneda kõõlusereflekside kadumine (2). Seetõttu jääb ebaselgeks ja vaieldavaks A. Talihärma ja kaasautorite artiklis toodud haigusjuhu 1 diagnoos «äge alkohoolne psühhoos». Nagu praktika on näidanud, diagnoositakse ägedat alkohoolset psühhoosi liiga ennatlikult, juba selle põhjal, kui hospitaliseerimisel on kindlaks tehtud ühekordne suur alkoholi kontsentratsioon veres, või toetudes võrdlemisi pealiskaudsetele anamneesi andmetele alkoholi tarvitamise kohta.

Kirjutises toodud haigusloo põhjal järgnes alkohoolsele psühhoosile äge hingamispuudulikkus, see aga vastab kulult aeglaselt areneva rasvemboolia sündroomile. Et haige sai õigel ajal adekvaatset ravi — tehti juhitavat hingamist —, siis isegi vaieldav diagnoos mainitud juhul haige ravi ei seganud.

Drastilisemad aga võivad olla need juhud, kui eespool toodud sümptomide, eriti aga liittrauma ja mitmikvigastuste korral ekslikult diagnoositakse alkohoolset psühhoosi ja jäädakse abi ootama psühhiaatril, selle asemel et kohe alustada adekvaatset ravi — oksügenoteraapiat, substitutsiooniteraapiat koos hepariini ja nikotiinhapetahuse manustamisega.

KIRJANDUS: 1. Talihärm, A., Dmitrijev, L., Pukk, K., Sild, A.-L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 2, 113—114.

2. Акимов Г. А. Изменения нервной системы при острой недостаточности кровообращения и дыхания. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Л., 1962. — 3. Акимов Г. А. В сб.: Тр. II Моск. мед. ин-та. Том XXVI. Л., 1977, 123—126. — 4. Коха Р. А. В сб.: Тезисы докладов симпозиума по вопросам: а) травма кисти и б) опухоли костей. Вильнюс, 1980, 104—105. — 5. Коха Р. А. Ортопедия, травматол. протезир. 1985. 6, 16—18. — 6. Коха Р. А., Вейнберг Н. И. В сб.: V съезд травматологов-ортопедов республик советской Прибалтики. II Рига, 1986, 553—556. — 7. Лавринович Т. С., Луена М. Э., Слуцкий Л. И. Липиды и свертывание крови после повреждений костей. Рига. 1979. — 8. Петров И. Р. Кислородное голодание головного мозга. Л., 1949.

A. Seppo nim. Metallosteosünteesi  
Teadusliku Uurimise Laboratoorium  
ja Kliinik

---

# Kraadri ettevalmis- tamine

---

24. detsembril 1986 kaitses NLKP Keskkomitee Marksismi-Leninismi Instituudi erialanõukogu koosolekul trükist ilmunud monograafia ja teaduspublikatsioonide põhjal doktoriväitekirja Tartu Riikliku Ülikooli rektor professor **Arnold Koop**. Dissertatsioonis «Haridus sotsialismi ajal kui sotsiaalne süsteem» on määratletud hariduse juhtimise täiustamise suunad, on esile toodud sotsialistliku haridussüsteemi kujunemise ning arengu seaduspärasused. Väitekirjas sisalduvad kaalutlused hariduse kui terviku edendamiseks selle juhtimise täiustamise ning vastuolude lahendamise kaudu, mis aitavad haridust suunata intensiivarengu teele. Erialanõukogu andis üksmeelse otsuse põhjal A. Koobile filosoofiadoktori kraadi teadusliku kommunismi teooria alal.

## Tallinna Meditsiinikooli 1986. aasta lõpetajaid

Jessi Afanasjeva, Küllike Almonsen, Natalia Artjumenko, Silvia Aumeister, Lehte Busch, Tamara Gavrilova, Liliana Gorjajeva, Sirje Helk, Mai Jaanuš, Tamara Jagolnik, Helve Jõekalda, Ulla Kadarik, Sergei Kamõšan, Eve Kapsi, Tatjana Karaulova, Jekaterina Kudrjajtseva, Tatjana Kondratenko, Valentina Kuznetsova, Niina Kurskaja, Eve Lepp, Silvi Lotsman, Olga Maak, Riina Merilaht, Agnes Mets, Urve Muru, Marin Müil, Valentina Nõmmik, Alvi Pabbo, Helje Parts, Valentina Petrovskaja, Agnes Pukk, Helle Roosinurm, Anna Staub, Valentin Žigalov, Helle Tamm, Ilse Tader, Pille Timusk, Maire Tonberg, Urmas Tõke, Madlen Valdre, Milvi Vilberg, Eha Vorošilova.

# **A**biks **velskritele** **ja õdedele**

UDK 615.83

## **Füüsikaliste ravitegurite kompleksne kasutamine**

Matti Tarum · Tallinn

füsioteraapia, kompleksne kasutamine, kasutamise põhireeglid

Käesolevas artiklis lähtutakse olukorrast, kus kahte või enamat füüsikalist ravitegurit kasutatakse ühe ja sama haiguse ravis.

Kahjuks peab tõdema, et kompleksne füsioteraapia on alles oma põhimõtete väljatöötamise algstaadiumis ja on veel vähe andmeid üldiste seaduspärasuste formuleerimise kohta. Võib vaid kõige üldisemalt öelda, et füüsikaliste tegurite kooskasutamisega võib muuta (tugevdada, laadi muuta, nõrgestada) nende tegurite toimet organismisse kui tervikusse või ka tema üksikutesse süsteemidesse. Füüsikaliste ravitegurite kompleksse kasutamise eesmärgiks on nende aktiivsuse ja raviefektiivsuse suurendamine. See on saavutatav järgmiste peamiste mehhanismide kaudu: 1) füüsikaliste ravitegurite samasuunaline toime; 2) kompleksi kuuluvate tegurite toime soovimatute külgede kõrvaldamine; 3) järeloime aja pikene mine.

Füüsikaliste ravitegurite kooskasutamise all mõeldakse kahe või enama teguri üheaegset toimimist ühte ja samasse kehapiirkonda. Sellist kasutamist

piiravad esiteks, füüsikaliste tegurite vastastikuse toime seaduspärasused ja teiseks, puhttehnilised asjaolud. Kooskasutamise tüüpilised võimalused on näiteks galvanoteraapia koos mudaraviga, induktotermia koos elektroforeesiga, elektroforees koos fonoforeesiga, vaakum koos elektroforeesiga jt.

Kombineerimine on füüsikaliste ravitegurite järjestikune rakendamine (selles artiklis: ühe ja sama haiguse ravis). Kombineeritavaid füüsikalisi ravitegureid võib kasutada kas samal päeval, eri päevadel (vaheldumisi) või nii, et üks ravikuur vahelduks teisega.

Füüsikaliste ravitegurite kompleksel kasutamisel tuleb silmas pidada, et selles komplekside üldtoime ei samastu sinna kuuluvate üksikute faktorite summaarse toimega. Siin tekib kvalitatiivselt uus toime, sest iga järgnev tegur toimib muutunud taustal, mille tagajärjel muutuvad nii raviteguri füsioloogiline toime kui ka raviefekt. Veel keerukamad vastastikused suhted ning toimed tekivad füüsikaliste tegurite samaaegsel kasutamisel.

Kompleksse füsioteraapia põhiprintsiibiks on sünergism, mille all mõistetakse samasuunaliselt toimivate tegurite kasutamist ravikompleksis. Näiteks mikrolainete kasutamine soodustab ravimite tugevamat, kestvamat toimet juhul, kui järgneb elektroforees.

Ravikompleksis võib kasutada ka vastandtoimega füüsikalisi tegureid antagonismi printsiibil. Tüüpilisemaks näiteks on kontrastse veetemperatuuriga vannid. Taolised meetodid sobivad rohkem karastamiseks, haiguste profülaktikaks. Põletiku korral need ei sobi.

Füüsikaliste ravitegurite kompleksel kasutamisel võib formuleerida järgmised põhireeglid.

1. Absoluutselt kokkusobimatuid protseduure füsioteraapias ei ole. Variierides meetodikavõtteid (kasutamise järjekord, intensiivsus, kestus, lokalitatsioon), võib põhjendatult ja kindla eesmärgiga kasutada ükskõik millist kahte isegi toimelt vastupidist füüsikalist ravitegurit.

2. Ühel ja samal päeval ei soovitata

patsiendile määrata üle kahe protseduuri. Harva võib ühel päeval teha kolm protseduuri ja seda vaid juhul, kui need ei kutsu esile väsimust.

3. Ühel ja samal päeval ei ole otstarbekas kombineerida organismi üldreaktsiooni esilekutsuvaid protseduure, näiteks kaks üldvanni või ulatuslikum mudaaplikatsioon ja üldvann, elekteruni ja elektroforees Vermeli järgi jne.

4. Ei ole soovitatav, et ühel ja samal päeval tehtaks kaks protseduuri ühte ja samasse reflektorsesse tsooni (nn. kraetsooni, nina limaskestale või mujale).

5. Ei peeta otstarbekaks ühel ja samal päeval kombineerida oma olemuselt lähedasi protseduure, näiteks kaht kõrgsagedusliku elektriravi protseduuri.

6. Antagonistlikke protseduure, välja arvatud erieesmärgil, ei tehta ühel päeval, sest nad võivad haigust ägestada.

7. Ühele päevale ei määrata protseduure, mis kutsuvad esile märgatava nahaärrituse, näiteks ei määrata koos ultraviolet-erüteemravi ja massaaži.

8. Nendel päevadel, kui haigele on plaanis teha keerukaid ning väsitavaid diagnostilisi uuringuid, on füsioterapiaprotseduurid parem ära jätta.

9. Füsioterapiaprotseduure, mida ei sobi kombineerida samal päeval, võib teha vaheldumisi, ülepäeviti.

Eespool toodud punktid ei ole mõeldud absoluutseks täitmiseks, vaid ainult nende järgi orienteerumiseks.

Järgnevas soovitusnimestikus anname kõigepealt ühe põhilise füüsikalise raviteguri, seejärel alapunktidenä teised tegurid vastavalt sellele, kuidas neid sobib põhiteguriga kombineerida. Alapunkti «a» alla kuuluvad need füüsikalised tegurid, mis ei ole sobivad kombineerimiseks põhiteguriga samasse piirkonda, ning alapunkti «b» alla need, mida võib kasutada põhiteguriga vaheldumisi, ülepäeviti. Tegureid, mida alapunktide «a» ja «b» all ei ole mainitud, võib põhiteguriga kombineerida ühel ja samal päeval.

**1. Galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldmeetodid:**

a) lokaalne ultraviolettkiiritus;  
b) elekteruni, üldfranklinisatsioon, induktotermia, magnetravi, ultraheli, ultraviolet-üldkiiritused, mudaravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

**2. Galvanisatsiooni ja elektroforeesi lokaalsed meetodid:**

a) lokaalne ultraviolettkiiritus;  
b) diadünaamika, amplipulss, darsonvalisatsioon, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

**3. Elekteruni:**

a) lokaalne ultraviolettkiiritus (laugudele);  
b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldmeetodid.

**4. Diadünaamika:**

a) amplipulss, lokaalne ultraviolettkiiritus;  
b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi lokaalsed meetodid.

**5. Amplipulss:**

a) diadünaamika, lokaalne ultraviolettkiiritus;  
b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi lokaalsed meetodid.

**6. Elekterstimulatsioon:**

a) lokaalne ultraviolettkiiritus;  
b) kõik füüsikalised ravitegurid.

**7. Lokaalne darsonvalisatsioon:**

a) ultralühilaine, induktotermia, mikrolaine, lokaalne ultraviolettkiiritus;  
b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi lokaalsed meetodid, ultraheli, mudaravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid.

**8. Ultralühilaine:**

a) lokaalne darsonvalisatsioon, induktotermia, mikrolaine;  
b) magnetravi, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

**9. Induktotermia:**

a) lokaalne darsonvalisatsioon, ultralühilaine, mikrolaine, magnetravi;  
b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldmeetodid, ultraheli, lokaalne ultraviolettkiiritus, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

**10. Mikrolaine:**

a) darsonvalisatsioon, lokaalne ultra-

violettkiiritus, infrapunane kiirgus, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

#### **11. Aeroiono-aerosoolravi:**

Seda füüsikalist tegurit võib ühel ja samal päeval kombineerida ükskõik milise teise füüsikalise teguriga.

#### **12. Magnetravi:**

a) induktotermia;

b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldmeetodid, ultralühilaine, mikrolaine, ultraheli. lokaalne ultraviolettkiiritus, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, radooni-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

#### **13. Ultraheli:**

a) lokaalne ultraviolettkiiritus;

b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldmeetodid, darsonvalisatsioon, induktotermia, magnetravi, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

#### **14. Üldine ultraviolettkiiritus:**

a) infrapunane kiirgus;

b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldmeetodid, elekteruni, parafiin-osokeriitravi, üldtoimega vesi- ja mudaravi protseduurid.

#### **15. Lokaalne ultraviolettkiiritus:**

a) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üld- ja lokaalsed meetodid, diadünamika, amplipulss, elekterstimulatsioon, darsonvalisatsioon, ultraheli;

b) induktotermia, mikrolaine, magnetravi, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

#### **16. Infrapunane kiirgus:**

a) üldine ja lokaalne ultraviolettkiiritus, välja arvatud erimeetodid;

b) mikrolaine, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidivannid, dušid.

#### **17. Mudaravi:**

a) üldine ja lokaalne ultraviolettkiiritus, parafiin-osokeriitravi;

b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldmeetodid, darsonvalisatsioon, ultralühilaine, induktotermia, mikrolaine, magnetravi, ultraheli, infrapunane kiirgus, radooni-, sulfiidi-, süsinikdioksiidi-, mineraalvee- ja mageveevannid, dušid.

#### **18. Parafiin-osokeriitravi:**

a) lokaalne ultraviolettkiiritus, mudaravi;

b) ultralühilaine, induktotermia, mikrolaine, magnetravi, ultraheli, infrapunane kiirgus, veeprotseduurid.

#### **19. Radoonivannid:**

a) üldine ultraviolettkiiritus, teised vannid;

b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üld- ja lokaalsed meetodid, elekteruni, darsonvalisatsioon, ultralühilaine, induktotermia, mikrolaine, magnetravi, ultraheli, lokaalne ultraviolettkiiritus, infrapunane kiirgus, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, dušid.

#### **20. Sulfiidivannid:**

a) muud vannid;

b) üldised ja lokaalsed galvanisatsiooni ning elektroforeesi meetodid, elekteruni, darsonvalisatsioon, ultralühilaine, induktotermia, mikrolaine, magnetravi, ultraheli, lokaalsed ja üldised ultraviolettkiiritused, infrapunane kiirgus, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, dušid.

#### **21. Mineraalveevannid:**

a) muud vannid;

b) üldine ultraviolettkiiritus, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, dušid.

#### **22. Süsinikdioksiidivannid:**

a) muud vannid;

b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldised ja lokaalsed meetodid, darsonvalisatsioon, ultralühilaine, induktotermia, mikrolaine, magnetravi, ultraheli, üldised ja lokaalsed ultraviolettkiiritused, infrapunane kiirgus, mudaravi, parafiin-osokeriitravi, dušid.

#### **23. Magevee- ja aromaatsed vannid:**

a) muud vannid;

b) mudaravi, parafiin-osokeriitravi, dušid.

#### **24. Dušid:**

a) täiesti kokkusobimatuid protseduure ei ole;

b) galvanisatsiooni ja elektroforeesi üldised ning lokaalsed meetodid, elekteruni, ultralühilaine, induktotermia, mikrolaine, magnetravi, ultraheli, infrapunane kiirgus, parafiin-osokeriitravi, vannid.

Tallinna Kuirabihaigla

# Arsti- teaduse ajaloost

UDK 61:613.67(474.2)(092)

## Sõjaväemeditsiinist Eesti- ja Liivimaal XVII sajandi teisel poolel

Margus Laidre · Tartu

sõjaväemeditsiin, haigused, ravimid

Baltimaade arstiteaduse ajaloo uurimisega on küllalt palju tegeldud, on kirjutatud tuntud arstiteadlastest ja arstiteaduse saavutustest, kuid seda, milliseid haigusi üldse põeti ja millega neid raviti, on vähe uuritud. Eesti NSV Riiklikus Ajaloo Keskarhiivis (RAKA) asuvas Eestimaa 1659. aasta verifikatsioonide köites on medikamentide nimekiri, mis koos kommentaaridega on avaldatud allpool. Et need ravimid olid kasutusel armees, siis on käsitletud teisigi sõjaväemeditsiiniga seotud probleeme Eesti- ja Liivimaal XVII sajandi teisel poolel. Kogu Eesti territoorium oli sel ajal Rootsi võimu all. Allikatena on kasutatud peamiselt RAKA fondide «Liivimaa Rootsiaegne Kindralkuberner» (fond 278) ja «Eestimaa Rootsiaegne Kindralkuberner» (fond 1) materjale.

Epidemilistest haigustest esines sõjaväelaste hulgas ainult katk, mis laastas nii Liivi- kui ka Eestimaa alates 1656. aasta lõpust, eriti 1657. aastal. Arhiivimaterjalide andmeil oli Rootsi jalaväest Liivimaal 1656. aasta novembris ja detsembris haigeid ja surnuid kokku üle 40%. Näiteks 20. novembril 1656 olid feldmarssal-Chr. von Königsmarcki Riias asunud rügemendi 858 ohvitserist ja sõdurist haiged 662, s. o. 77% isikkoosseisust.<sup>1</sup> Sageli tuli

ette, et kompaniid kaotasid katku läbi üle poole oma koosseisust ja need tuli ümber formeerida.

Milliseid haigusi põeti? Andmed selle kohta on üldiselt napid, sest üldiselt piirduiti sõjaväenimekirjades (munsterrollides) vaid selle märkimisega, kui palju oli haigeid mehi. On õnnestunud siiski leida mõned haigete sõdurite nimekirjad aastaist 1658...1660, kus iga mehe nime järele on kirjutatud ka haigus, mida ta põdes.<sup>2</sup> Esines järgmisi haigusi (sulgudes on toodud haiguste kirjapilt sellisena, nagu see on arhiividokumentides): kärntõbi (*skiärbuk, scherbuch*) 58 mehel, kõhulahtisus, düsenteeria (*durch lauff, Ruhr*) 52-1, palavik (*fieber, feber*) 39-1, kuumapalavik (*hitzigh fieber v. kranckheit*) 30-1, rinnahaigus (*Brustkranckheit, bröstiuka*) 31-1, jalad haiged, paistes (*krank an den bein, schlim bein, geschwollen an der fuszen*) 19-1, peahaigused (*haupt krankheit*) 10-1, kurtumus (*schwintsucht*) 4-1, torkehaavad (*siuk af stungn, am stich*) 4-1, kaelad paistes (*hölsze geschwollen*) 3-1, kollatõbi (*gelbsucht*) 3-1, mitmesugused haavad 3-1, luumurrud 2 mehel. Keha oli haige kahel mehel, verd sülitas (*spottar blodh*) üks mees, pooleldi pidalitõbine (*half Speetelsk*) oli samuti üks mees, silmad olid haiged (*hat kranke augen*) ühel, podagra (*hatt die gicht*) ühel ja verejooks (*hatt bluthgang*) ühel mehel. Kõrvale on jäetud sellised diagnoosid nagu «pikaajalised», «mitmesugused» ja «sisemised vanad haigused» (kokku 13 meest), sest nendes ei olnud võimalik selgust tuua.

Ehkki eeltoodud andmed ei ole täielikud, on nad siiski piisavad teatud üldpildi saamiseks. Kärntõbe iseloomustati sel ajal kui vaevarikast haigust, mis vajas pikaajalist paranemist (1). Düsenteeriat esines sageli eriti suvisel ajal. Selle levikule aitas kaasa vale arusaamine nakkusmehhanismist. Arvati, et düsenteeriat tekitab aur, mis eraldub keha pinnalt ja väljaheidetest (2).

<sup>1</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XXI-19, l. 513.

<sup>2</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XXI-23, l. 163—163p; s. XXI-24, l. 146, 298, 437—437p, 619, 913; s. XXII-80, l. 603—604.

Haiguste loetelus oli kolmandal kohal palavik, mis tolleaegse käsituse kohaselt ei olnud mitte haiguse üks sümptoom, vaid haigus ise. Palavikul oli seejuures väga mitmeid vorme. Nn. kuumapalaviku nimetuse all esinesid mitmed identifitseerimata haigused, millega kaasnes kõrge palavik. See haigus võis olla ka gripp või üksikjuhtudel isegi päikesepiste, kõige sagedamini oli ilmselt tegemist soetõve e. tüüfusega.

Suhteliselt palju oli rinnahaigusi, mille alla kuulusid ilmselt kopsupõletikud, tuberkuloos (mida sel ajal otseselt küll ei tuntud) ja võimalik, et ka muud kopsuhaigused (nagu tuumorid jt.). Neljal juhul oli suure tõenäosusega tegemist just tuberkuloosiga. Kurtumust iseloomustati kui haigust, mis «... ei ole midagi muud kui haavandid kopsus ja mis toob kaasa kogu ihu kurnatuse nii, et ainult luu ja nahk järele jäävad» (1).

Jalgade haigusi põhjustas enamasti sõduri elukutse. Peahaiguste puhul on võimalik vaid lisada, et kümnest juhust oli ühel tegemist peavaluga.

Rahua ajal oli haigestunute arv Rootsi armee üksustes Eesti- ja Liivimaal aasta esimesel poolel suurim mais ja juunis, aasta teisel poolel aga septembris, oktoobris ja novembris. Haiged moodustasid keskmiselt 6,5 % sõdurite üldarvust. Suurim oli see protsent 1681. aasta mais — 16.

Haiguste peapõhjusteks olid eelkõige vilets toit, kitsas majutamine ja kehv riietus.

Oluliseks peeti haiguste ennetamist. Eriti tähtsaks peeti õlle ja viina tarvitamist, millel arvati lisaks haigusi tõrjuvatele omadustele olevat isegi raviv toime. Rohket õllejoomist soodustas ka arusaam, mille järgi vee joomine tekitas haigusi. Paljude garnisonilinnade pinna- ja põhjavesi olid tõepoolest saastunud ning seetõttu tervisele kahjulikud (4). Haigetele sõduritele oli ette nähtud toop õlut medikamentide sissevõtmiseks. Neile püüti hankida ka paremat toitu kui tervetele, 1680-ndaist aastast alates said haiged sooja suppi.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XI-3, l. 37.

Tavaliselt paigutati haiged sõjamehed korteritesse linnaelanike ja talupoegade juurde või spetsiaalsetesse barakkidesse (6). Tuli ette kaebusi, et haiged peavad magama paljastel laudadel, kuigi voodite puudumise korral olid ette nähtud õle- või heinakotid ja tekid.<sup>4</sup> On andmeid selle kohta, et Riias oli juba aastail 1627...1628 sõjaväehaigla (5). Vahepealsetest aastatest teated puuduvad, kuid arhiivimaterjalide järgi oli sõjaväehospital seal ka 1656. aastal.<sup>5</sup> Tõenäoliselt selle tegevus vahepeal katkes, sest 1668. aastal andis Liivimaa kindralkuberner korralduse hospitali sisseseadmiseks haigetele sõduritele Riia lossi juures. Velsker Jacob Wendti palvekirjast ilmneb aga, et taoline haigemaja oli Riias olemas tervelt neli aastat varem.<sup>6</sup> Juba 1652. aasta lõpul oli Rootsi kuninganna Kristiina kirjutanud alla korraldusele, mille põhjal tuli asutada Tallinna juures, all Tõnismäe kõrval hospital «suurele hulga vaestele haigetele, kelle seas ka neid, kes Rootsi kroonut teeninud» (2). Toomhospital alustas tööd siiski alles 1655. aastal.

Kui mitte enne, siis 1690-ndatel aastatel oli Tartuski hospital, kuid siin ja mujalgi jättis soovida nende varustatus.<sup>7</sup> Tartu Ülikooli meditsiiniprofessor Jacob Friedrich Below märgib oma kirjas Tartu komandandile (kiri on dateeritud 23. mail 1698) muu hulgas: «... oleks hädavajalik, et head hospitalid neis paigus sisse seataks, sest kogu see maa uskumatult paljude vaeste ja igasugu nakkavate haigustega nagu süüfilis (*fransoser*) jt. raskesti nuheldud inimestega täidetud on, nii et mitte kusagil mujal maal ei peaks olema niipalju ninatuid ja hirmuäratavaid inimesi nagu siinpaigus...».<sup>8</sup>

Ravimisega tegelesid armees peamiselt habemeajajad. Nende kirurgioskused ületasid tunduvalt tolle aja akadee-

<sup>4</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XI-3, l. 38.

<sup>5</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XXII-78, l. 339; «... Krigz Hospitalet här uthi Riga...».

<sup>6</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XXII-94, l. 644, 644p.

<sup>7</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XI-3, l. 84p.

<sup>8</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XI-3, l. 83.

milise hariduse saanud arstide oma. Rügemendis (1200 meest) oli üks habemeajaja koos kahe või kolme selliga. XVII sajandi lõpul vahetus habemeajaja ametinimetuseks velskri omaga. 1685. aastal andis Rootsi kuningas Karl XI korralduse, et velskriametisse pääsevad vaid need, kes on sooritanud Stockholmis vastava eksami. Umbes samast ajast alates on Eesti- ja Liivimaal asuvates vägedes ka kirurgi nimetust kandev ametimees. Näiteks 1690. aastal oli Tartu linna ja suurtükiväe kirurgiks Itaaliast pärit Peter Moresin.<sup>9</sup>

Sõduri kõlbmatuks tunnistamiseks ja teenistusest vabastamiseks läks vaja nii kompanii ülema kui ka kirurgi kirjalikku tunnistust. See kõlas nii: «Kuna minult, allakirjutanut, palutakse kinnitust sõduri (nimi) kohta, et ta haige, nõrk ja kõlbmatu mees on, mida ma talle keelata ei saa, et ta haige, nõrk ja kõlbmatu mees on kroonu teenistuseks ja siin tõega valmis tunnistuses teatan, kinnitades seda oma nimega.»<sup>10</sup>

Kasutusel olnud ravimite kohta on seni küllalt vähe teada. Järgnev arstimate ja instrumentide nimekiri koos kommentaaridega peaks sellesse küsimusse natuke rohkem selgust tooma. Mainitud ravimid anti Tallinnas 18. aprillil 1659 välja Rootsi kuninga teenistuses olevatele poola tragunitele.<sup>11</sup> Selgituseks veel niipalju, et sulgudes on toodud ravimite kirjalikult sellisena, nagu see on arhiividokumendis.

Opodeldok (*opodeldoch*) — kamprit sisaldav vedelik või salv naha sisse hõõrumiseks külmetuse ja reuma puhul.

Pliiplaaster (*diachilon simplex*) — saadakse pliioksiidi seebistamisel.

Mesikaplaaster (*meliloto*).

Konnakude (*Spermate Ranarum*) — kasutati paisete vastu.

Söötreia- e. päevitusrohuplaaster (*Bruch plaster*).

(?) (*Emp. puncturale*).

(?) (*Defensivum*) — verejooksu pidurdav, ka valu kergendav vahend.

Keedetud valk (?) (*Album Coctum*).

Salvid (*Vnguenta*).

Pliiläik (*Delithargirio*) — kasutati salvide koostises.

Altee keedis (*Dealthea*) — tarvitati köha vastu.

Tärpentinisolv (*digestivum*) — kasutati köha vastu, verevarustuse stimuleerimiseks; koostisse kuulusid tärpentin, kollane vaha ja tärpentiiniõli (?) (*Populconis*).

Püssirohusolv (*pulwerloshung*).

Egiptuse yöie (*Aegyptiacum*) — nn. pahade haavade söövitamiseks.

Õlid (*Olea*).

Naistepuna (*Hipericonis*) — kasutati torkehaavade puhul.

Roosiõli (*Rosarum*) — kasutati ärritava toime alusel nagu tärpentiiniõli.

Tärpentiiniõli (*Therbentini*) — okaspuude vaikumahla destilleerimisel saadav terpeenidest koosnev õli.

Merevaiguõli (*Succini*) — kasutati krampe lõõgastava vahendina, saadakse merevaigu kuumutamisel.

Teriak (*Theriae Venet*) — vana üldravim, mille koostises oli kümneid aineid (60...70 või enam), nendest olulisemateks maoliha, oopium ja nn. teriaki juur (*Radix Archangelicae officindis*).

Koeranaelaõli (*oculor Caneri*) — koeranaela ravimiseks.

Sulatatud kaaliumnitraat (*Lap. prunenlla*) — verehüübimist soodustav, suu ja kurgu loputuseks, palavikuliste ja põletikuliste haiguste raviks.

Rabarberiõli (*Rhabarbera*).

Pulber õnnetuste vastu (*Pul. C. Casum*) — üldravim salvide osana.

Düsenteeriapulber (*dysentericus*) — koosnes havi pulbristatud lõualuust, põdra peenisest, põletatud põdrasarvest, armeenia savist, granaatõuna koorest ja vesioblika seemnetest (7).

Verevaigistaja (*Blutstillungh*) — verejooksu peatamiseks.

Hambapulber meega (?) (*mellis Rosata*).

Mitridaat (*mitridat*) — sama mis teriak.

(?) (*Pul. Gialappae*).

Ratannia juure pulber (?) (*Rallam ¼ ris*).

Eliksiir (*Elixir*).

Punane e. armeenia savi (*Terra Sigillatato*) — alusaine, millesse segatakse toimivaid aineid, võib kasutada lamatiste puhul.

Tsinkkarbonaat (*Tutia pp*).

Aluseline vaskatsetaat (*Virida Aeris*) — välispidiselt söövitava puistepulbrina haavandite, paisete, mädanike puhul.

<sup>9</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XI-3, l. 56p.

<sup>10</sup> RAKA, f. 278, nim. 1, s. XI-3, l. 45, 46, 47.

<sup>11</sup> RAKA, f. 1, nim. 2, s. 792, l. 318—319.

Kummi gutti (*Gummi Gutta*) — Siiami ja Kampuchea päritoluga tugevatoimeline lahtisti, suurtes annustes mõjub surmavalt.

Antimon (*Antimonium*) — antiseptilise toimega aine.

Kannikese siirup (*Sirup Violae*).

Roosisiirup (*Sirup Rosar*).

(?) (*Sp. Qli*).

Hispaania kärbes (*Cantharides*) — sissevõetuna sugutungi tõstev toime; välispidiselt kasutati peamiselt plaastrina, salvina, tinktuurina kopsupõletiku, liigesereuma, silmapõletike ja närvi-valude puhul.

Roosikonserv (*Cons. Rosar*) — koostises suhkur ja roosilehed.

Toores maarjajää (*Alum Crudi*) — välispidiselt kasutati väikeste haavandite puhul verejooksu peatamiseks (näiteks habemeajamisel); seespidiselt kasutati kõhulahtisuse, düsenteeria, mao- ja soolteverejooksude puhul.

Põletatud maarjas (*Alum usti*) — tegelikult kuivatatud maarjas, söövitava toimega, kasutati peene pulbrina haavade veritsemise korral.

Hõbeläik (*Lithargirium Argent*) — pliioksiid, kasutati harvemini salvides, sagedamini pliiplaastrite, -äädika ja -soolade valmistamiseks; nõrgalt desinfitseeriv, põletikuvastane toime.

Palavikupulber (*pulv. febrilis*).

Valge upsujuur, ka seekirbujuur (*Helleborus Albus*) — sissevõetuna kasutati okse ja tugeva kõhulahtisuse esilekutsumiseks, välispidiselt kasutati salvina sügeliste vastu ja nuuskpulbrites.

Euforibum (*Euphorbium*) — kuivatatud vaigutaoline mahl, esineb peamiselt hispaania kärbse plaastri koostisosana.

Mesilasvaha (*Cera*).

Vaik (*Resina*).

Pliivalge (*Cerusa*) — aluseline pliikarbonaat, kasutati välispidiselt kuivatava ainaena kas omate või segatuna talgiga.

Lagrits (*ligwiritiae*) — kasutati ekstraktina peamiselt kõha vastu.

Mastiks (*mastix*) — kasutati lahusena haavade sidumisel, abiainena pillide ja plaastrite valmistamisel.

Mürr (*mihrra*) — tarvitati pintseldamiseks ja kuristamisvedelikes kurgumandlipõletike, bronhiaalkatarride ja igemepõletike puhul ning mädanevate haavade sidumisel.

Sennalehed (*fol. sena*) — lahtisti.

(?) (*Mag. lap. ostiocolli*).

Kunstlik vähirasv (*Vng. potabile*) — koostises searasv, alkanna juure pulber.

Haavakeediseks kasutatav droogide segu (*Sp. pro decocto Vulnerario*).

Suuloputusvahend (*p. Gargarismo oris*).

**Instrumentid** (*Instrumenta*).

Uhmer ja nui (*mörser undt kheel*).

Kaal kaussidega (*gewicht mit der Schal*).

Kuultangid (*kugalschraube*).

Tangid (*zange*).

Seega kasutati paljusid traditsioonilisi keskaegseid ravivahendeid ning mitmeid tänapäeva mõistes vägivaldselt kokkusobitatud ravimite kombinatsioone. Esines aga ka selliseid ravimeid, mis olid alles hiljuti või on praegugi rahvameditsiinis kasutusel. Kirurgia kohta võib öelda, et nii amputatsioonid kui ka trepanatsioonid olid sõjaväes tavalised (3). Võib tõdeda, et vaatamata püüdeile haigushooldust tõhustada, jäi see XVII sajandil veel väheviljakaks.

Ravimite eestikeelsete vastete leidmisel ja ravimite toime kindlakstegemisel abistas allakirjutanut TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri dotsent B. Luik, keda autor tänab lahke kaasabi eest.

KIRJANDUS: 1. *Dryander, J.* New Arznei und Practicierbüchlin zu allen Leibs gebrachen und Kranckheiten. Dresden, 1557, 13, 27. — 2. *Gustavson, H.* Meditsiinist vanas Tallinnas kuni 1816. a. Tln., 1969, 50—52, 165. — 3. Korkiakangas, O. Kaarle XII:n kenttäarmeijan huolto sotaretkillä vuosina 1700—1701 mannereurooppalaisten huoltojärjestelmien näkokulmasta. Helsinki, 1974, 339, 345—346. — 4. *Lappalainen, J. T.* Elämää Suomen sotaväessä Kaarle X Kustaan aikana. *Studia Historica Jyväskyläänsia* 12. Jyväskylä, 1975, 123—127. — 5. *Lindén, A., Taipale, E.* Sotaväen lääkintähuolto Ruotsi-Suomessa vuosina 1500—1809 Suomen kannalta tarkasteltuna. Sotahistoriallinen Aikakauskirja 2. Helsinki, 1982, 105—107. — 6. *Tersmeden, L.* Carl X Gustafs armé. En konturteckning mot bakgrund av kriget mot Polen. Carl X Gustafs armé. Carl X Gustafs studier 8. Kristianstad, 1979, 31—32. — 7. *Åberg, A., Göransson, G.* Karoliner. Höganäs, 1976, 58.

TRÜ ajalooteaduskonna üldajaloo kateeder

# Konverentsid ja nõupidamised

Tallinna Vabariikliku Haigla juubelikonverents, mis toimus 11. ja 12. septembrini 1986, oli haigla 200. aastapäeva tähistamise üks kesksemaid sündmusi. Teaduskonverents teemal «Teraapia ja kirurgia piiriprobleemid» võttiski kokku kõik selle, millega üks meie vanemaid haiglaid tegeleb.

Konverentsi avas tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Avaettekande haigla kujunemise kohta esitas peaarst V. Tuppits. Prof. A. Balmassov Leningradist rääkis suurlinna tervishoiukorralduse kompleksuurimisest, L. Maurer ajutise töövõimetuse ekspertiisi koondanalüüsimisest. Kuulati ka üle vaadet selle kohta, milline osa on elekterimpulssravigil südame rütmihäirete kõrvaldamisel (T. Nõmm jt.). Oli ettekandeid raseduse kulust ja sünnitusabist südamehaigetel, mille puhul jääb risk ikkagi küllalt suureks, eriti emade kaasasündinud ja omandatud südamerikete ning arteriaalse hüpertensiooni korral (I. Joab). Esmasse ja teisele pankreatiidi kirurgilise ravi kohta oli väga huvitavaid andmeid Tallinna, Vilniuse ja Tartu kirurgiakeskustest (J. Männiste ja kaasautorid).

Kardioloogiasektsiooni istungil oli võimalik osa saada meie vabariigi paremate kardioloogide töö-



Foto 2. Konverentsi kardioloogiasektsiooni istungil. Esiplaanil TRÜ arstiteaduskonna kateedrijuhataja prof. A. Kliimann, kardioloogiainstituudist P. Laane ja osakonnajuhataja J. Kaik, EKP Keskkomitee tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko jt.

kogemustest. Anti ülevaade pikaajalistest tähelepanekutest bakteriaalse endokardiidi ravist (M. Kalev), ehkardiograafia rakendamisest (B. Liberman) ja kaastöötajad, laste südamerikete kirurgilisest korrigeerimisest (A. Kliimann jt.). Huviaratavad olid südame isheemiatõbe käsitlevad ja seda haigust mitmest aspektist puudutavad uurimused (J. Kaik jt., M. Kundla jt. A. Graf).

Kirurgiasektsiooni istungil esitatud tööd käsitlesid mitmeid aktuaalseid teemasid. B. Lehepuu ja teised analüüsisid anestezioloogide ja reanimatoloogide polikliinilis-ambulatorset tööd 10 aasta vältel, E. Tünderi ja kaasautorite ettekanne oli veresoontekirurgia operatsioonitehnika eriküsimustest. J. Männiste ja tema kaastöötajate uurimuses toodi teisele pankreatiidi prognoosi kriteeriumid. E. Mihkelsoo rääkis hüdronefroosi diagnoosimisest ja kirurgilise ravi võtetest.

Vello Laos



Foto 1. Konverentsi avab Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst V. Tuppits. Konverentsi presiidiumis vasakult: tervishoiuministri asetäitja E. Palo, tervishoiuminister prof. V. Rätsep, Leningradi Arstide Täiendamise Instituudi kateedrijuhataja prof. A. Balmassov, Eesti NSV teeneline arst A. Mardna, EKP Keskkomitee tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko. Teises reas: Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi direktor P. Laane, tervishoiuministreeriumi valitsusjuhataja V. Jänes, meditsiinidoktor J. Männiste.

Foto 3. Vaade konverentsisaali, kus näeme Tallinna Vabariikliku Haigla endisi ja praegu töötavaid teenekaid arste. M. Mällo fotod.

**XII vabariiklik konverents spordimeditsiini ja ravikehakultuuri alal** toimus 20. ja 21. novembril 1986 Tallinnas. Arutlusel olid spordimeditsiini osa tippspordis, sportimisel saadud vigastused, nende profülaktika ja ravi, ravikehakultuuri osa taastusravis, nüüdisaja spordifüsioloogia põhiprobleemid ning arstiabi massiüritustel.

Konverentsi teesides avaldati 62 uurimistööd, enamik neid oli esitatud konverentsi neljal istungil. Osavõtjaid oli paljudest NSV Liidu linnadest.

Ettekannetest ja sõnavõttudest selgus, et rahvaspordis on arstiabi tagamise seisukohalt veel palju vaieldavat, erilist tähelepanu vajab kesk- ja vanemaeliste tervisesport.

Ka prof. T. Karu ja kaasautorite ettekanne käsitles massilise kehakultuuriga tegelejate arstliku kontrolli. Ta on välja töötanud algoritmid ja programmid tervisliku seisundi ja kehalse ettevalmistuse kompleksuuringute hindamiseks ja konkreetsete soovitude andmiseks kehalse aktiivsuse tõstmisel. A. Korobova ja A. Dmitrijeva (Moskva) olid korraldanud massiuuringuid maa- ja linnaelanike kehalse seisundi hindamiseks NSV Liidu eri piirkondades. Saadud andmete analüüs võimaldas anda ülevaate vanusealistest ja solistest erinevustest, kehalse arengu seaduspärasustest ning anda soovitusi kooliõpilaste ja täiskasvanute kehalse ettevalmistuse hindamiseks.

S. Tälli ja kaasautorite töös oli vaatluse all Tartu suusamaratonist osavõtjate arstiabi. Tartu kehakultuuridisperseri arstid tegid elektrokardiograafilisi uuringuid enne ja vahetult pärast maratoni ning ka maratonijärgsetel päevadel. Maratonidistantsi läbinuil täheldati EKG-s repolarisatsioonihäireid ja elektrilise süstoli pikenenemist, eriti vanemaisse vanuserühmadesse kuulujail. Need muutused ei olnud kadunud ka järgmiseks päevaks. Seega on 55. .60 kilomeetrise distantsiga suusamaraton selline sportlik üritus, mis nõuab osavõtjate head tervislikku seisundit ja tugevat treenitust.

Oluline osa ettekannetest käsitles tippspordi. V. Belševi ja A. Tšuševi (Moskva) ettekandest ilmnes, et südame ja veresoone funktsionaalsete näitajate kõrval on vastupidavustreeningus tähtis lihaskoe energiavahetus tagavate ensüümide aktiivsuse tõus. Vastupidavusvalude sportlastel on lihastes ülekaalus nn. aeglased kiud, mille oksüdatiivsed omadused on paremad, aeglaste ja kiirete lihasekiudude vahekorid lihastes on põhiliselt geneetiliselt määratud. A. Dembo kaasautoritega (Leningrad) tõi huvitavaid andmeid vereringe tüüpide uurimise kohta. Selgus, et teatud vereringetüübid (hüperkineetiline, eukineetiline ja hüpokineetiline) on mitte ainult haigetel, nagu varem on arvatud, vaid ka tervetel inimestel, sealhulgas sportlastel. Sõltuvalt treeningute laadist on üksikute tüüpide osa erinev.

I. Rubana ja I. Aulik (Riia) käsitlesid oma ettekandes hemoglobiini puhverfunktsiooni. Nende andmeid ei ole vere suur hemoglobiinisaldus sportlastel vajalik mitte ainult hapniku tõhusaks transpordiks, vaid ka varajase atsidoosi



**Konverentsi vaheajal. Vasakult: E. Annus, T. Olm, A. Viru, T. Karu ja O. Imelik. T. Hellami foto.**

vältimiseks nende koormuste korral, mis ületavad individuaalset aeroobset läve. T. Seene ja kaasautorite uuringud näitavad, et kontraktiilsete valkude biosüntees südame- ja skeletilihastes on ületreeningu korral oluliselt vähenenud, kusjuures pideva ületreeninguga tekivad nii südame- kui ka skeletilihastes kvantitatiivsed muutused müosiinisaldust reguleerivates kergetes ahetes.

V. Ööpik (Tartu) lähtus eeldusest, et adaptiivsed muutused kehalse treeningu puhul sõltuvad oluliselt valgainevahetusest. Ta leidis, et lühikesi taastumisperioode sagedate treeningute vahel iseloomustavad suur valgu katabolismi intensiivsus ja proteiinide sünteesi tunduv suurenemine lihastes alles mikrotsükli järgsetel puhkepäevadel. V. Svarts (Tallinn) andis laste sportliku orientatsiooni meditsiinilis-bioloogiliseks kriteeriumiks mitmeid morfoloogilisi, füsioloogilisi ja psühholoogilisi näitajaid. Lapse või nooruki individuaalsetest iseärasustest lähtudes on võimalik soovitada temale kõige sobivamat sportlikku tegevust.

A. Graf ja F. Markusas (Tallinn) olid uurinud kehalse koormuse kasutamist stabiilse stenokardiaga haigete ambulatoorses ravis. Saadud tulemuste alusel võib kinnitada, et kehalsel koormusel on soodne mõju nii haigete kliinilisele kui ka funktsionaalsele seisundile. A. Tamme ja G. Schneideri (Tartu) ettekandest selgus, et varajane keheline taastusravi pärast südameoperatsioone (aortokoronaarne šunteerimine) võimaldab vähendada tromboemboolilisi tüsistusi, kopsu-atelektaasi, vähendab depressiooni ja hirmu. Väheneb ka haiglasoleku päevade arv.

Allakirjutanu ettekanne käsitles nimme- ja ristluuvalude etiopatogeneesi sportlastel. Funktsionaalne ülekoormus samal ajal esinevate asümmeetriliste lülidvaheliste liigesejätmete korral soodustab liigesekõhre mikrotraumasid, liigesekõhre kahjustumist ja pseudoradikulaarsete nimme- ja ristluuvalude teket. A. Kaptelini (Moskva) andmeil on liigeste ja lülisamba sidemete funktsionaalne puudulikkus sageli üldise düsplasiasündroomi väljenduseks ja see määrab suurema osa ortopeediliste haiguste kulu iseärasuse. Ravi-meetmete aluseks on kontseptsioon, et eelkõige tuleb haigete jaoks välja töötada funktsionaalsed kohanemismehhanismid liigeste ja lülisamba sidemete puudulikkuse kompenseerimiseks. P. Perts

(Leningrad) osutas tugi- ja liikumiselundite patoloogiliste muutuste sagedasele esinemisele sportlastel. Patogeneetilisel on seejuures eriline tähtsus degeneratiivsetel ja düstroofilistel muutustel liigestes (37,5%-l uuritud sportlastest). Degeneratiivsed ja düstroofilised muutused enamasti progresseeruvad. Peale sportlike tulemuste vähenemise võib see põhjustada ka püsivat töövõime langust või isegi invaliidsust endistel sportlastel.

*Eldur Annus*

**TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri konverents keskkonnakaitse alal** toimus 27. . 28. novembrini 1986 Tallinnas. Samal ajal peeti ka üleliidulise probleeminõukogu «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid» järjekordne koosolek.

Konverentsiga tähistati kateedri asutamise 90. aastapäeva, ühtlasi tehti kokkuvõtteid üleliidulise probleeminõukogu tööst XI viisaastakul. Konverentsi avas prof. A. Jannus. Eesti NSV kõrg- ja keskerihariduse ministri esimene asetäitja H. Peremees rääkis keskkonnakaitsest ja noorsõõ ökoloogiaalastest haridusest meie vabariigis. Hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri dotsent V. Kalnin andis Tartu Ülikooli hügieeni kateedri arengust põhjaliku ajaloolise ülevaate.

Üleliidulise kompleksprogrammi «Inimene ja väliskeskond» teadustöö tulemustest XI viisaastakul rääkis programmi teadussekretär dotsent N. Rolle (Leningrad). Prof. A. Jannus käsitles oma ettekandes kompleksprogrammi probleeminõukogu «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid» tegevust ja probleeme XI viisaastakul. TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder sai aukirja aktiivse töö eest kompleksprogrammi «Inimene ja väliskeskond» täitmisel.

Teadusettekanded olid peamiselt vee- ja tööhügieenist. Kokku esitati 25 ettekannet ja 12 ettekanne stendil. Veehügieeni sektsioonis kuulati üheksat ettekannet. Huvipakkuvad olid K. Laigna (Tallinn), N. Hrissanovi (Leningrad), A. Itra (Tallinn), I. Budejõvi (Novosibirsk) uurimistööd, mis käsitlesid veekogude saastuskoormuse ja sanitaarseisundi hindamise ning prognoosimise meetodeid ja monitorjälgimise täiustamist. Huvi äratas R. Munteri ja E. Siirde (Tallinn) ettekanne, mis oli osooniga kasutamise võimalustest vee kvaliteedi hügieenilisel optimeerimisel.

Tööhügieeni alalt oli 11 ettekannet. Suuremat huvi pakkusid tööd toksiliste tööstushehtmete mutageensusest (A. Dugan, Kiiev), embrüotoksilisest (J. Krotov, Leningrad) ja kantserogeensusest (V. Kurljanski, Moskva) toimest inimorganismisse. Ioniseeriva kiirguse summaarse toime uurimise meetodikat käsitles N. Lõstsov (Moskva). Huvitavad olid ka A. Elgarovi (Naltšik) ja B. Olimpiadi (Novosibirsk) uurimistööd vibratsioonitõve diagnoosimisest, ravist ja profülaktikast. Põhimõtteliselt uue lahenduse tolmupüüdurite konstrueerimiseks esitas A. Kliučininkas (Kaunas).



Fotol vasakult: H. Peremees, A. Jannus, H. Kahn ja V. Kung. M. Mällo foto.

Konverentsist osavõtjad arvasid, et taolised piirialade teadlaste ühiskonverentsid on otstarbekad ja kasulikud.

*Luule Tanning  
Ilmar Vahula*

5. detsembril 1986. aastal toimus Tallinnas **akušöögünekoloogide konverents**, arutati naprosiini kasutamist günekoloogias. Konverentsi korraldasid Jugoslaavia FSV firma KRKA ja Sveitsi rahvusvaheline farmaatsiafirma *Syntex*.

Kuulati meditsiinidoktor D. E. McCaskey (Sveits) ettekannet «Naprosiini kasutamine günekoloogias», prof. M. Pulkkineni (Soome) uurimistööd «Naprosiini kasutamise eksperimentaalseid ja kliinilisi kogemusi düsmenorröa ravimisel» ja prof. D. Pavešiče (Jugoslaavia) ülevaadet «Naprosiini kasutamise kogemusi düsmenorröa ravimisel Jugoslaavias».

Naprosiini inhibeerib prostaglandiinide biotransporti organismis. Primaarse düsmenorröa puhul avaldavad prostaglandiinid emaka vereooni ahendavat mõju, mis põhjustab isheemiat ja valusid, millega kaasneb emakalihase düskoordinaatsioon. Elektromüograafia abil on kindlaks tehtud, et primaarse düsmenorröaga naistel on emaka kontraktsioonid tugevnenud.

Naprosiini omadust inhibeerida prostaglandiinide sünteesi võib kasutada düsmenorröa ravis. Preparaat parandab düsmenorröa all kannatavate naiste enesetunnet ja töövõimet tunduvalt.

*Silve Innos*

**XXXI üleliiduline kirurgide kongress** toimus 17. . 19. septembrini 1986 Taškendis. Sissejuhatava sõnavõtuga esines üleliidulise Kirurgide Seltsi juhatuse esimees akadeemik B. Petrovski.

Kongressi esimesel päeval kuulati ettekandeid kirurgilise abi organiseerimisest NSV Liidus, esitati 21 ettekannet. NSV Liidu peakirurg M. Kuzin rääkis kirurgilisest abist praegu ja selle parandamisest. Ta märkis, et paranenud on urgentsete haiguste kirurgilise ravi tulemused. Tähtis on kirurgilise töö õige organiseerimine ning teaduse ja tehnika saavutuste kasutuselevõtt. Kirur-

gide senist ettevalmistust peeti puudulikuks, seda eriti internatuuri osas. Vältimatus kirurgias on üks peamisi letaalsuse põhjusi hiline hospitaliseerimine. Peeti väikseks senist kirurgilist aktiivsust (33 %) ägeda koletsüstiidi puhul, ühtlasi rõhutati vajadust neid haigeid opereerida esimestel haiguspäevadel. Rohkem on vaja suunata plaanilisele operatsioonile sapikivitõbe ning mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõbe põdejaid, et vältida nende haiguste tüsistusi.

Konverentsi teisel päeval esitati 37 ettekannet, need käsitlesid peritoniidiprobleeme. Rõhutati peritoniidi põhjuste varajase avastamise tähtsust, samuti kompleksravi olulisust ravi tulemuste parandamisel. Enam on vaja rakendada nüüdisaegseid ravimeetodeid — hüperbaarilist oksügenatsiooni, hemosorptsiooni, vere ultraviolettkiiritust.

Kongressi viimasel päeval kuulati ettekandeid üheksas sektsioonis: lastekirurgia, veresoontekirurgia, kirurgilise infektsiooni, kirurgilise gastroenteroloogia, elundite transplantatsiooni, südamekirurgia, mikrokirurgia ja kopsukirurgia sektsioonis.

Viimase plenaaristungi ettekanded käsitlesid kirurgias vajamineva kodumaise meditsiiniaparatuuri täiustamist ning uute operatsioonimeetodite kasutuselevõttu. Plenaaristungitel ja sektsioonides esitati kokku 220 ettekannet.

Rõhutati lastekirurgide ettevalmistuse täiustamise vajadust, samuti vastsündinute ja varaealiste laste kirurgilise abi parandamise vajadust. Soovitati luua spetsialiseeritud intensiivraviosakonnad raskekujulise mädainfektsiooniga haigete jaoks. Tuleb rangelt kinni pidada haiglasises nakkuse vältimise nõuetest. Mädase kirurgia osakonnad soovitati ümber nimetada infektsioonikirurgia osakondadeks.

Veresoontekirurgia alastes ettekannetes leiti, et lubamatult palju on tehtud amputatsioone. Kirurgilise gastroenteroloogia alal peeti vajalikuks spetsialiseeritud kirurgiaosakondade avamist. Suuremates keskustes on vaja asutada sellised osakonnad maksa-, sapiteede- ja kõhunäärmehaigusi põdejate kirurgilise ravi tarvis.



Fotol Eesti kirurge üleliidulisel kongressil. Vasakult: A. Haavel, J. Männiste, R. Truve, U. Sibul, S. Gulordava, H. Poola ja E. Bruk.

Vaja on jätkata uurimistöid vagotoomia meetodi edasiseks rakendamiseks nii plaanilises korras hospitaliseeritute kirurgilises ravis kui ka haavandtõve urgentses kirurgias. Veritsevate mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite ravis soovitati rohkem kasutada endoskoopilisi uurimis- ja ravimenetlusi.

Kongressil valiti Üleliidulise Kirurgide Seltsi uus juhatus, seltsi esimees on akadeemik B. Petrovski. Meie vabariigist valiti juhatusse professorid S. Gulordava Tallinnast ja E. Tünder Tartust. Eestit esindas kongressil 11 delegaati.

Kongressi teesid ilmusid kogumikus.

*Uno Sibul  
Hubert Poola*

## 28...30. oktoobri 1986 toimus Naltšikis I. Metšnikovi nim. Üleliidulise Mikrobioloogide, Epidemioloogide ja Parasitoloogide Seltsi juhatuses II pleenum.

Põhiettekanne oli akadeemik V. Pokrovskilt. NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige B. Semjonov käsitles oma ettekandes biotehnoloogiaalaseid teadusuuringuid ning nende tulemuste rakendamist tootmises. Ta rääkis ka uutest, biotehnoloogilistel meetoditel valmistatavatest kolmanda põlvkonna vaktsiinidest, mille kasutamise tulemusena peaks võimalikuks saada 2000. aastaks likvideerida poliümüeliit, läkakõha, difteeria, punetised ja leetrid. Kõne all oli ka see, et Nõukogude Liidus valmistatud ning praegu kasutatavad läkakõha-, leetri-, poliümüeliidi- ja tuberkuloosivaktsiinid on tunnustatud maailma parimateks. Allkirjutanu esitatud küsimusele selle kohta, kuidas biotehnoloogilisi meetodeid nakkushaigustealastes teadusuuringutes tegelikult rakendatakse, vastas prof. B. Semjonov, et uue põlvkonna diagnostikumid (näiteks monokloonsete antikehade, ensüümide immunosorbenttesti jaoks) meil veel puuduvad, kuid seda tööd on koos Vastastikuse Majandusabi Nõukogu liikmesmaade teadlastega juba alustatud.

Epidemioloogia teoreetilistest probleemidest rääkis prof. J. Kovaljova, lähtudes sellest, et nakkushaigusi on teataval territooriumidel võimalik likvideerida etapiliselt. Seejuures tuleb alustada haigestumise piiramisest, selle vähendamisest sporaadiliste haigusjuhtudeni, ja lõpuks jõuda nii nakkushaiguse likvideerimiseni (nagu jõuti rougete likvideerimiseni), seega haiguse tekitaja kaotamiseni meie planeedil. Ulatusliku diskussioonettekande «Parasitaarne süsteem ja epideemiaprotsess» esitas prof. B. Tšerkasski, kaitstes selles oma sotsiaal-ökoloogilist kontseptsiooni epidemioloogia kohta. Seda kontseptsiooni toetas V. Vassiljev Kiievist, kritiseeris aga M. Livšits Kemerovost.

NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige P. Kaškin analüüsis infektsioonimmuunoloogia edusamme viimasel aastakümnel, sealhulgas uute füsioloogiliselt põhjendatud vaktsiinide valmistamist, organismi immuunvastuse reguleerimist mõjutavate preparaatide loomist, lokaalse immuunsuse põhjalikuma uurimise vajadust.

Väga huviäratav oli N. Kraskina (Kiievist) ettekanne «Inimese ja loomade immuunsüsteemi ümberkujunemine mitmesugustest vaktsiinidest indutseeritud nakkushaigusevastase immuunsuse väljaarenemise ajal». Ta esitas andmeid inimeste kohta, keda oli immuniseeritud mitmesuguste bakterivaktsiinidega. Tähelepanekute põhjal ilmnisid vere lümfotsüütide koostise nihked mitte üksnes kohe pärast immuniseerimist, vaid ka hilisperioodil. See tunnistab vaktsiinide immunoloogilise kahjutuse uurimise vajadust.

Meie vabariigist olid pleenumil seltsi juhatuse liikmed O. Tamm, J. Märtin ja allakirjutanu.

Ludmilla Priimägi

**III üleliiduline meditsiiniajaloolaste kongress** toimus 12...14. novembrini 1986 Gruusia kuuortlinnas Kobuletis. Pärimuse kohaselt elas selles paigas XIV või XIII sajandil e.m.a. Kolchise kuninga Aietese võlurist tütar Medeia (Rooma Medea), kes valdas fütoteraapiat. Medeia asus elama Kreekasse, ka seal ravis ta inimesi ja õpetas neid kasutama ravimtaimi. Tema nimega seostatakse mõiste «meditsiin» tekkimist. Kongressi embleemiks oli graafiline leht «Cura Medeana». Trükist oli ilmunud samuti illustreeritud buklet, mis oli välja antud raviraamatu «Karabadini» kirjutamise 500. aastapäeva ja selle autori Zaza Panaskerteli-Tsitsišvili 550. sünniaastapäeva puhul. Nendeks tähtpäevadeks oli valmistatud ka medal.

Kongressil arutati meditsiinialal uurimist ja ülesandeid, meditsiinialal teoreetiliste aluste arendamist ning meditsiini profülaktilise suuna ajalugu.

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi õpetatud meditsiininõukogu esimees akadeemik O. Gavrilov ütles avasõnas, et arstiteaduse planeerimisse ja tegevuse reorganiseerimisse tuleb suhtuda tähelepanelikult, vastavuses NLKP XXVII kongressi otsustega.

Esti NSV-st olid kongressil I. Laan, M. Lövi-Kalnin ja allakirjutanu. Prof. M. Lövi-Kalnini ettekanne oli nõukogude näo- ja lõualuukirurgi A. Limbergi teaduskoolkonnast. Allakirjutanu uurimistööl oli teemal «Profülaktilise meditsiini küsimusi Tartu Ülikooli teadlaste käsitluses». Tööst selgus, et ennetusmeditsiini ideid avaldasid juba XIX sajandi alguses professorid M. E. Styx, D. G. Balk, J. F. Erdmann jt.

Ettekannete teesid avaldati trükis.

Kuulati Üleliidulise Meditsiiniajaloolaste Seltsi aruannet. Valiti seltsi uus juhatuse, mille esimeheks on taas NSV Liidu Meditsiiniaakadeemia korrespondentliige J. Lissitšõn. Meie vabariigist valiti seltsi juhatusse allakirjutanu.

Viktor Kalnin

**Rahvusvaheline sümposioon «Reumaatiliste haiguste riskitegurid»** toimus 19...22. novembrini 1986. a. Pitsundās. Osavõtjaid oli 13 maalt,

sealhulgas Kanadast, USA-st, Kuubalt, Indiast, Taanist, Soomest, Euroopa sotsialismimaadest ja mujalt. Arutlusel olid riskitegurite uurimise metodoloogia, keskkonna- ja geneetilised tegurid, ka reumaatiliste haiguste immunoloogiliste ja immunogeneetiliste tegurite osatähtsus, riskitegurite osa antud haiguste prognoosimisel ja profülaktikas.

Reumaatiliste haiguste riskitegurite uurimine on algusjärgus, rohkem on uuritud reuma riskitegureid. Paljudel reumaatilistel haigustel on need ühised, nagu ägedad leida- ja neelunakkushaigused, kroonilised nakkuskolded, halvad olme- ja töötõingimused, liigeste ülekoormus, kuid on ka üksikutele haigustele iseloomulikke tegureid, nagu hüperurikeemia podagra puhul. Suur osa arvatakse olevat pärilikul eelsoodumusel. Geneetiliste markerite, eriti HLA-süsteemi antigeenide, Gm-süsteemi allotüüpide ja mitmete ensüümide uurimine on võimaldanud leida hulgaliselt seoseid reumaatiliste haiguste kliiniliste vormidega.

Reuma esimeses profülaktikas on aktuaalne kõigi kurgu- ja neelupõletike puhul streptokokkide kohene määramine ja selektiivne ravi. Tutvustati kiirmeetodit, mille abil saab kurgust võetud limas paari minuti vältel määrata streptokokke. On uuritud streptokokkide bioloogilisi omadusi, mis võivad olla olulised streptokokkide nakkuste järgsetes immunopatoloogilistes protsessides. Siin on tähelepanu kõitnud streptokokkide seintel asuvad IgG-ga reageerivad Fc-retseptorid.

Esimesel plenaaristungil kuulati prof. L. Päi, dots. T. Mölsi ja allakirjutanu ühissetekannet «Reumaatiliste haiguste riskitegurite uurimise meetodika reuma näite alusel».

Reinhold Birkenfeldt

**Üleliiduline immuunpuudulikkuse ja allergia alane sümposioon** toimus 2...4. detsembrini 1986 Moskvas. Sümposiooni avas NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Immunoloogia Instituudi direktor akadeemik R. Petrov. Päevakorras olid immuunpuudulikkuse vormide diagnoosimine ja ravi ning immuunpuudulikkuse ja allergia võimalikud seosed.

Immuunpuudulikkuse diagnoosimise põhiprintsiibid esitas A. Tšeredjev, kes rõhutas eriti immuunreguleerivate rakkude — T-abistajarakkude ja T-pärsisjarakkude — määramise tähtsust. Muutusi nende rakkude hulgas ja aktiivsuses eri haiguste puhul kujutas A. Tšeredjev piltlikult nn. immunoloogilise kompassi abil. I. Oradovskaja käsitles immuunepidemioloogilisi uuringuid, mida tehakse immuunpuudulikkuse avastamiseks lastel. Otstarbekas on esmalt kliinilise uuringu põhjal välja selgitada riskirühmad ja seejärel teha immunoloogilised testid.

Immuunpuudulikkuse seost geneetiliste markeritega analüüsis K. Aleksejev. Ta oli uurinud Moskva ja Samarkandi elanikel HLA-antigeenide erinevusi, mis assotsieerusid immuunpuudulikkusega. R. Petrov ja A. Pavljuk käsitlesid immuunpuudulikkuse tekke põhjustes interleukiinide osa, L. Kovaltšuk normaalsete hävitaja-

rakkude osa, J. Lopuhhin tuumuse isheemiatõbe. L. Simar Belgia oli vaatluse alla võtnud follikulaarsete dendriitrakkude osa humoraalsetes immuunreaktsioonides, L. Jäger Saksa DV-st humoraalse immuunsuse puudulikkuse täiskasvanutel. L. Jäger rõhutas, et asendusravi on endiselt peamine, sest immuunstimulaatorid on osutunud vähemõjusaks.

Paljud ettekanded olid sekundaarse immuunpuudulikkuse tekkimisest erinevate haiguste puhul: A. Borissova oli uurinud sekundaarset immuunpuudulikkust krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste, A. Sotšnev kroonilise neeru-puudulikkuse, E. Skrjabina pärast operatsiooni tekkinud mädanakkuste, M. Averbahh tuberkuloosi korral. Nad toonitasid iseloomulikke muutusi T-immuunsüsteemis: T-rakkude hulga vähenemine, T-rakkude subpopulatsioonide muutused ja lümfotsüütide funktsionaalse aktiivsuse langus. Immuunpuudulikkuse ravi käsitlevates ettekannetes oli ülalüüsitud peamiselt erinevate immuunmodulaatorite (tümaliiin, T-aktiviin, levamisool, naatriumkleinaat jt.) tõhusust. Mõnes ettekandes oli rõhutatud ka plasmafereesi ja hemabsoptsiooni olulisust immuunravi algetapis.

Immuunpuudulikkusest ja allergiast esitas põhiettekande A. de Weck Šveitsist, kes andis ülevaate IgE moodustumise regulatsiooni kohta. Allergilisi reaktsioone nii primaarse kui ka sekundaarse immuunpuudulikkuse korral käsitlesid M. Jartsev, N. Berežnaja jt. M. Krasnovi andmetel on tihe seos tuumuse suurenemise ja allergia vahel lastel. Immuunpuudulikkusega kulgevate raskete allergiliste reaktsioonide korral osutus immuunmodulaatoritest tõhusamaks plasmaferees, samuti I. Guštšini poolt soovitatud ekstrakorporaalne immuunravi. Viimane seisneb selles, et haige võetakse eraldatud leukotsüüte mõjutatakse *in vitro* ravimpreparaatidega, näiteks diutsifooniga, ja seejärel leukotsüüdid reinfundeeritakse. Akadeemik R. Petrov soovitas kasutada kogu Nõukogude Liidu ühtset immunoloogilisi teste, ilma omapoolsete modifikatsioonideta. See on vajalik selleks, et tulemused oleksid võrreldavad.

Sirje Velbri

10...12. detsembrini 1986 toimus Podolskis NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Narkoloogiavalitsuse korraldatud **üleliiduline liiduvabariikide ja oblastite peanarkoloogide nõupidamine**. Kohal oli ka siseministeeriumi juhtivaid narkolooge.

Ettekandeid oli üldorganisatsioonilist laadi, praktilist ravi käsitlevaid ning teadusuuringuid. NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Peavalitsuse juhataja A. Moskvitšjovi ettekande tervishoiu aktuaalsetest ülesannetest võitluses alkoholismi ja narkomaaniaga esitas prof. N. Ivanets. Poolteise aasta jooksul on narkoloogilist abi kontrollitud peaaegu kogu NSV Liidus, enam-vähem rahule võib jääda narkoloogilise abiga üksnes Läti NSV-s.

Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Keskkomitee esindaja G. Strelova ning Üle-

liidulise Karskusühingu esindaja I. Astafjevi sõnavõtted valmistasid pettumuse. Nendes ei olnud midagi uut. Prof. I. Urakov käsitles narkoloogilise abi ja epidemioloogiliste uuringutega seotud probleeme. Karskuspropagandast rääkis E. Kokoškina, dispanseerimisest S. Sesternjova.

Nõupidamise teisel päeval kuulati ettekandeid noorukite narkomaaniast. Huvitava ettekandega noorukite käitumishälvetest esines prof. V. Kovaljov. Prof. A. Litško Leningradist rääkis neist põhjustest, mis meie maal viivad noorukeid alkoholismi ja toksikomaaniani. A. Dovgii ettekanne oli jaoskonnaarstide tööst alkoholismihaigete varajasel väljaselgitamisel. Kahjuks jäi kiirete tööasjade tõttu ära V. Serbski nim. Üleliidulise Üld- ja Kohtupsühhiaatria Teadusliku Uurimise Instituudi osakonnajuhataja E. Babajani narkomaaniaalane ettekande. A. Vrubljevski käsitles toksikomaania ja narkomaania levikut laste ja noorukite hulgas.

Viimasel nõupidamise päeval esitas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kirjavahetajaliige prof. I. Anohhina alkoholismi ja narkomaania tekke bioloogilise teooria. Meditsiinidoktor A. Uspenski rääkis alkoholiainevahetusest ja alkoholismihaigete ravist, prof. N. Kuznetsova immuunkorrektorite kasutamisest ning V. Anutšin rühmapsühhoteraapia rakendamise võimalustest narkoloogiaosakonnas. Ettekannetele järgnes elav arutelu.

Seekordne üleliiduline nõupidamine oli varajasmatest mõnevõrra erinev ka selle poolest, et V. Jegorov oli seadnud eesmärgiks koguda liiduvabariikide ja rajoonide esindajate arvamusi narkoloogilise abi kiire edendamise kohta. Selleks oli ta koostanud küsimustiku, vastata tuli küsimustele narkoloogi tunnikoormuse, dispanseerimise kestuse ning sotsiaalsete piirangute, toksikomaanide sundravi ja muu kohta. Läti NSV, Leedu NSV ja Eesti NSV esindajad korraldasid kuuetunnise omavahelise minikonverentsi ning esitasid ühised seisukohad narkoloogilise abi edendamiseks.

Anti Liiu

**Oftalmoloogiaalane rahvusvaheline teaduskonverents** toimus 16...18. septembrini 1986 Odessas. Arutlusel oli silmahaigete rehabiliteerimine. Konverentsiga tähistati akadeemik V. Filatovi nim. Odessa Silmahaiguste ja Kuderavi Teadusliku Uurimise Instituudi 50. aastapäeva. Sellest võttis osa 300 silmaarsti ja teadustöötajat kõigist liiduvabariikidest, samuti oftalmolooge 12 välisriigist, sealhulgas USA-st ja Jaapanist.

Esimesel plenaaristungil kuulati ettekandeid instituudi saavutustest ja selle asutaja akadeemik V. Filatovi tegevusest oftalmoloogia arendamisel. Eraldi istungil käsitleti kuderavi ja biostimulatsiooni nii silmahaiguste kui ka mõnede teiste haiguste korral. Konverentsil käsitleti veel silma optilise aparadi, refraktsioonianomaaliate, sarvkesta- ja läätsehaiguste ravi, samuti olid päevakorras glaukoom, silmapõhja- ja silmanärvihai-gused.

Meie vabariigist oli prof. L. Schotterilt ja allakirjutanult ettekanne «Radiaalse keratotoomia ja kiilkeratoplastika toimemehhanismist silma refraktsioonile», mis avaldati ka konverentsi ettekannete kogumikus.

*Leo Schotter (jun.)*

**Esimene rahvusvaheline sümposium laserite kasutamise alal südame- ja veresoonte haiguste ravis** toimus 25. . 28. juunini 1986 Badenis. Osavõtjaid oli 18 riigist. Meie vabariigist võtsid sümposiumist osa meditsiinidoktor T. Sulling ja allakirjutanu.

Arutlusel olid laserite kasutamise tehnilised aspektid, laserite toime kudedesse, veresoonte ühendamine laseri abil, laserangioplastika ja südame rütmi- ja juhtehäirete ravi.

Kardiovaskulaarkirurgias kasutamiseks sobiv laseraparatuur erineb oluliselt praegu teadusuuringutes kasutatavatest seadmetest. Tähtis on aparatuuri kompaktsus ja teisaldatavus, puhastatavus ja steriliseeritavus, intravaskulaarsete valgusjuhtide röntgenkontrastsus ja vastupidavus. Valgusjuhtide ebatäiuslikkus on seni kõige enam takistanud laserite intravaskulaarset kliinilist kasutamist. Lootustandvamateks on praegu paljukiuliste ja vääriskividest (safiirist) otsstega valgusjuhid. Käivad otsingud valgusjuhi otsa optimaalse kuju leidmiseks, et saada sobivat energijaotust veresoones. Lasergiidi juhtida aitav angiokoopia on seni võimalik olnud ainult suurtes veresoontes ja ka seda piiratud ulatuses. Kallihinnalise laseraparatuuri puhul tuleb alati kaaluda kulutuste otstarbekust. Arvutustest selgus, et laserangioplastika osutuks odavamaks kui operatsioon, kuid kallimaks kui ballooniangioplastika.

Eksperimentaaluurimusi, mis käsitlesid laserite toimet kudedesse, esitati kõige rohkem. Analüüsitud oli eri liiki laserite toimet erinevatesse kudedesse: veresoonte seinasse, aterosklerootilistesse naastudesse, eri vanusega trombidesse, endo- ja müokardisse. Neid kõiki on võimalik töödelda laserikiire abil. Pakuti välja optimaalsed laseritüübid, nende töörežiimid ja kasutatavad võimsused. Praegu ei ole oluline mitte see, kas ja kui kiiresti laserikiir kude lõikab või lagundab, vaid see, kuidas vältida kõrvaltoimet nendesse kudedesse, mis peavad jääma intaktseks.

Veresoonte ühendamisel laseri abil on saadud häid tulemusi. Traditsioonilise käsitöömehhanismiga võrreldes on sel veel võimalik anastomoosi rajada üle kolme korra kiiremini. Laserõmblus (keevis) põhjustab ka vähem põletikureaktsiooni kui kasutatavad traditsioonilised õmblusmaterjalid. Mikroanastomooside rajamiseks on välja töötatud spetsiaalne töövahendite komplekt, mis koosneb laserseadmest, mikromanipulaatorist ja operatsioonimikroskoobist. Reie-õndla ja reie-sääre arterite veenišuntide rajamise esimesed tulemused on olnud head.

Esimest korda prooviti laserangioplastikat kasutada inimese reiearteril juba 1980. aastal (G. Lee). See ravivõte ei ole siiski veel jõudnud saada igapäevaseks ravimeetodiks. Suur on vere-

soone perforatsiooni oht, eriti neis kohtades, kus laserikiir ei ole paralleelne veresoone pikiteljega (kurv, asümmeetriline ahenemine, bifurkatsioon). Kui jämedamates arterites aitab angiokoopia kasutamine valgusjuhi tipu asukohta määrata, siis pärgarterites seda veel kasutada ei saa.

Laserangioplastika rakendamine väljaspool pärgartereid on tänaseks katsetustest jõudnud kliiniliste uuringute faasi. Laseri kasutamine niude- ja reiearterite rekanaliseerimisel on andnud häid tulemusi, kuid ravitud patsientide arv ei ole suur ja järeltõbi on veel vara teha. Pärgarterite valendikku on seni laseriga taastada püütud vaid aortokoronaarse šunteerimise operatsiooni ajal. Prof. R. Ginsburgi arvates on laserit otstarbekas kasutada balloondilatatsioonile eelneva perforeeriva manipulatsioonina neil juhtudel, kui jääku ahendeid on balloonsondiga raske läbida. Et olemasolevate valgusjuhtide korral on laseriga võimatu saada normilähedast veresoone valendikku (perforatsiooni ja seinakahjustuse oht), siis balloonsond sobib hästi valendiku lõplikuks kujundamiseks. Võimalik, et balloon- ja laserangioplastika kombineeritult kasutamine vähendab ka restenooside tekkimise sagedust.

Sümposiumil rõhutati, et laserangioplastikaga võivad tegelda vaid need spetsialistid, kellel on küllaldaselt kogemusi ballooniangioplastikas.

Veresoonte valendiku laseri abil taastamise võimaluste suhtes ollakse optimistlikult meelestatud. Prof. P. W. Ascheri arvates asendub 3. . 4 aasta pärast unearteri stenooside kirurgiline ravi enamikul juhtudel vähemtraumeeriva laserangioplastikaga.

Märgiti, et praegu olemasolev aparatuur ei võimalda isegi magistraalarterites rahuldava kindlusega manipuleerida, pärgarterites kasutatavatele seadmetele esitatakse veelgi suuremaid nõudeid. Täiuslikumate seadmete väljatöötamisega tegeldakse paljudes keskustes.

Südame rütmi- ja juhtehäirete mittemedikamentooseks raviks on lisaks krüostruktsioonile ja endokardi resektsioonile jaurde tulnud lasermanipulatsioonid. Operatsiooniaegsel arütmogeensete tsoonide ja haiguslike juhteteede kõrvaldamisel on laseri kasutamine end igati õigustanud. Tänu sellele meetodile on lühenedud kunstliku vereringe ja kogu operatsiooni kestus üldse. On saanud võimalikuks juurdepääs kõigile vajalikele kohtadele südameõntes, paremini on säilinud ka südame pumbafunktsioon. Uurimistööd jätkuvad, et meetodit saaks kasutada ka rindkere avamata.

Laserite kasutamine kardiovaskulaarhaiguste ravis on veel kliiniliste katsetuste algfaasis, kuid laseraparatuuri ja laserravimeetodite arengut arvestades võib laserites näha tõhusat ravivahendit tulevikus.

*Jaan Eha*

**Europa Pneumologia Ühingu (Société Européenne de Pneumologie — SEP) ja Europa Respiratoorse Patofüsiologia Ühingu (Société**

*Européenne de Physiopathologie Respiratoire* — SEPCR) ühine kongress toimus 3...6. septembrini 1986 Pariisis. Rahvusvaheliselt oli kongress tuntud SEP-i V kongressi nime all. Sellest võttis osa umbes 2600 delegaati, peamiselt Euroopa riikidest, kuid esindajaid oli ka Ameerika Ühendriikidest ja mujalt. Nõukogude Liidust oli neli delegaati, nende hulka kuulus ka allkirjutanu.

Peatähelepanu oli pööratud kopsuveresoonte haiguslikele muutustele ning kopsuhaiguste diagnoosimise ja ravi meetoditele. Käsitleti ka hingamisteede haigusi ja tuberkuloosi, samuti infektsiooni osa kopsuhaiguste tekkes ning kopsu-vähki.

Kopsuveresoonte, eriti kopsude mikrovaskulaarse kahjustuse (nn. täiskasvanute respiratoorse düsstressisündroomi korral) diagnoosimisel on tähtis kasutada radionukleotiide. J. M. B. Hughes ja kaastöötajad (Inglismaa) rõhutasid radionukleotiidide osa kopsude epiteliaalse või endoteliaalse kahjustuse määramisel. Selle olemuseks on proteiinide väljapääs kopsude mikrovereringest vasaku südamekoja normaalse rõhu korral. Eriti tähtsad on kaks meetodit. Ühe meetodi puhul kasutatakse radioaktiivselt märgistatud proteiine, eriti  $^{133m}\text{In}$ -ga (*Indium*) märgistatud transferrini ja  $^{99m}\text{Tc}$ -ga (*Techetium*) märgistatud erütrotsüüte. Need aitavad määrata just proteiinide lekete. Teise meetodi korral kasutatakse radioaktiivsete aerosoolide, eriti  $^{99m}\text{Tc}$ -ga märgistatud DTPA (väikese molekulmassiga hüdrofiilse dietüleen-triamiin-pentaäädikhappe lahuse) inhalatsiooni. Sel meetodil määratakse epiteeli terviklikkust ja selle muutusi.

C. Perret (Sveits) pidas kopsude trombeembooliliste haiguste diagnoosimist metküllaldaseks. Seda kinnitavad ka lahangute tulemused. Enne vastavat ravi, eriti enne trombolüütikumide kasutamist on vaja teha pulmonaalne angiograafia. Trombolüütikumid on tõhusad kopsude trombeemboolilise haiguse ravis. P. Suter (Sveits) rõhutas süvaveenide trombooside osa kopsuemboolite tekkes. Embolite tekke vältimiseks tuleb kasutada farmako- ja füsioteraapiat.

Huvi pakkusid ettekanded steroidide bronhiaalastma ravis kasutamise kohta. B. J. Barnes (Inglismaa) seostas kortikosteroidide mõju bronhiaalsele hüperreaktiivsusele eeskätt nende põletikuvastase toimega, mitte aga mõjuga nuumrakkudele. Vastupidist väitsid B. H. Davis (Inglismaa) ja mitmed teised. F. Russo-Marie (Prantsusmaa) käsitles steroidide tsellulaarset toimet. Ta pidas glükokortikoidide kasutamist üheks põhiliseks bronhiaalastma ravi meetodiks. Kortikosteroidide toimemehhanismis on oluline arahhidoonhappe vabanemise pärssimine rakumembraanide fosfolipiididest  $\alpha_2$ -fosfolipaasi ensüümi pärssimise teel. Selle toimel pidurdub leukotriini ja prostaglandiinide moodustumine. Glükokortikosteroidide  $\alpha_2$ -antifosfolipaasi toime on tingitud proteiini lipokortiini sünteesist ja vabanemisest. See muudab omakorda fosfolipiidide ainevahetust.

Tänapäeval on teada, et lipokortiin on palju. Kõikidel nendel on  $\alpha_2$ -fosfolipaasi pärssiv toime.

A. E. Tattersfield (Inglismaa) rääkis glükokortikoidide kasutamisest inhalatsiooniks (beklometasoon, budesoniid), sel juhul mõjub ravim otse bronhide epiteelile. Mõnevõrra küsitavam on aga hormoonide toime beeta-adrenoretseptorite reageerivuse kiirendamisele. Ka A. Woolcock (Austraalia) rõhutas steroidide aerosoolidena kasutamise tähtsust, kuid nentis ka vajadust neid tarvitada peroraalselt vastavate näidustuste korral. Aerosoolide rakendamise nüüdisajal rääkisid veel T. Clarke (Inglismaa), R. Pauwels (Belgia).

Tuberkuloosiprobleemidest oli keskne vaksineerimine. J. Sjögreni (Rootsi) uurimuse järgi oli enne 1975. aastat Rootsis vaksineeritud 95 % vastsündinutest. Komplikatsioonide tõttu (eeskätt tuberkuloosse ostiidi) vaksineerimine lõpetati, kuid jätkati kooliõpilaste revaksineerimist. Hiljem aga tuberkuloosi haigestumine laste ja noorukite hulgas teatud määral suurenes. Statistiliste andmete põhjal selgitas J. Sjögren, et umbes 40 000 vaksineerimist väldiksid ühe tuberkuloosijahu tekke.

J. Darbyshire ja W. Fox (Inglismaa) käitsesid tuberkuloosi antibakteriaalset ravi. Nad analüüsisid kahe eri pikkusega ravikuuri efektiivsust, ühe ravikuuri kestus oli üheksa, teisel kuus kuud. Kui ravimite kombinatsioon on õigesti valitud, siis ravi tulemused on ühesugused. Paljud Inglismaa arstid aga eelistavad üheksa kuud kestvat ravikuuri.

4. septembril 1986 toimus Pariisis ka Rahvusvahelise Tuberkuloositorje Liidu Euroopa regiooni nõukogu koosolek, millest NSV Liidu esindajana võttis osa allkirjutanu. Kuulati aruannet regiooni nõukogu täitevkomitee töö kohta, mille esitasid nõukogu president N. Horne Inglismaalt ja peasekretär L. Trnka Tšehhoslovakiast. Arutati ka uurimisprojektide täitmist Euroopa riikides. Kõne all olid näiteks spetsiifiline ja mitte-spetsiifiline tuberkuliinidikkus kooliõpilastel, tuberkuloosijuhtude registreerimine Euroopas, kroonilise bronhiidi ravi ja profülaktika.

Eriilist huvi pakkusid uusimad andmed tuberkuloosi haigestumise kohta Euroopa riikides. Prof. E. Tala andmetel oli 1983. a. seisuga tuberkuloosahaigestumus (kopsu ja kopsuväline) väiksem ( $\leq 10$  000 000 inimese kohta) Norras (5,8), Taanis (7,4), Hollandis (8,6), Islandil (9,6) ja Rootsis (10,0). Tuberkuloosahaigestumus üle 10 inimese ja 40 või vähem 100000 inimese kohta oli enamikus Euroopa riikides: Inglismaal ja Walesis (12,7), Sveitsis (17,2), SDV-s (20,3), Prantsusmaal (22,8), Austrias (24,0), Saksamaal LV-s (31,9), Soomes (39,2). Tuberkuloosahaigestumus üle 40 000 000 inimese kohta oli Ungaris (47,0), Rumeenias (54,0), Poolas (64,0), Portugalis (69,8) ja Jugoslaavias (72,8). Eesti NSV on oma näitajatega teise rühma lõpuosas, see eeldab tuberkuloosivastase töö jätkamise vajalikkust.

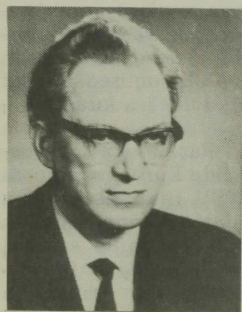
Seoses nõukogu presidendi N. Horne volituste lõppemisega valiti uus president, kelleks on prof. E. Tala Soomest.

*Heinart Sillastu*

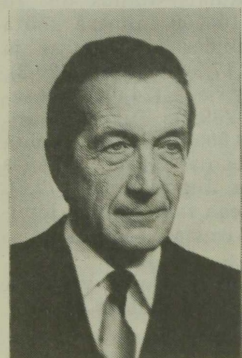
# Meie juubilare



**Klaara Korjus**, Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri kauaaegne laboratooriumijuhataja, sai 14. jaanuaril 75-aastaseks. Juubilar on sündinud Võrumaal talupoja perekonnas, keskkhariduse omandas Võru Ühisgümnaasiumis. 1933. aastal astus ta Tartu Ülikooli keemiateaduskonda. Kui see viidi üle Tallinna, jätkas K. Korjus õpinguid arstiteaduskonnas. Majanduslike raskuste tõttu katkestas ta vahepeal õpingud. K. Korjus lõpetas Tartu Riikliku Ülikooli 1948. aastal. Ajavahemikul 1944... 1949 töötas ta Tartu Kliinilise Nakkushaigla ordinaatori kohusetäitja ja ordinaatorina. Aastail 1949... 1950 oli K. Korjus Tartu Linna Laste Kopsu-tuberkuloosahaigla peaarst, 1950... 1983 Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri arst. Tartu Linna Tuberkuloosidispanseris täitis ta ka osakonnajuhataja, jaoskonnaftisiaatri, bakterioloogi ja laboratooriumijuhataja ülesandeid. K. Korjus on esimese kategooria ftisiaater, tema algatusel on asutatud Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri bakterioloogialaboratoorium. Juubilar on autasustatud mitme aukirjaga.



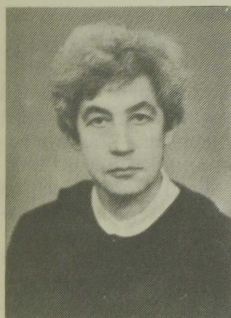
**Leo Schotter**, TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhataja, Eesti NSV teeneline arst, meditsiinidoktor, professor, sai 19. märtsil 70-aastaseks. L. Schotter on sündinud Moskvas. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas ta 1947. aastal. Juba üliõpilasena asus ta tööle silmakliinikus, kus ta pikkade aastate jooksul on olnud ordinaator, vanemlaborant, assistent, professor. 1964. aastal kaitsitud kandidaadiväitekirja, mis käsitles silma magnetkirurgiat, oli unikaalne uurimus ning selle eest anti 1965. aastal talle meditsiinidoktori kraad. Juubilar on Nõukogude Liidu üks silmapaistvamaid silmahaiguste spetsialiste. Ta on loonud 20 originaalset ravimeetodit ning 40 instrumenti, viimati nimetatutest on mitmed Nõukogude Liidus seeriatootmises. Tema poolt väljatöötatud aparaadid, instrumendid ja operatsioonimeetodid on kasutusel paljudes kliinikutes ning mitmed neist on maailmas tuntud temanimelistena. Novaatorliku tegevuse eest on talle antud 12 autoritunnistust ning kinnitatud 90 ratsionaliseerimisetpanekut. Oma arstitöoga on prof. L. Schotter nägemise tagasi andnud viiele ja poolele tuhandele patsiendile. Eesti Pimedate Ühing on tema valinud oma auliikmeks. Juubilar teaduslik loometöö on olnud tähelepanuväärselt viljakas. Vabariiklikes, üleliidulistes ning välismaa väljaannetes on avaldatud 156 teadustööd. Märkimisväärne on ka juubilar muusikaharrastus, on kolmekümne muusikapala, sealhulgas «Ood Tartu Ülikoolile» autor. L. Schotter kuulub NLKP ridadesse 1961. aastast. Viljaka arsti-, teadus-, leiutus- ning pedagoogilise töö eest on juubilar pälvinud ordeni «Austuse märk», neli medalit ning arvukalt aukirju.



**Evel Liiv**, Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri kopsukirurgiaosakonna juhataja, sai 26. oktoobril 1986 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus teenistuja perekonnas, keskkhariduse omandas H. Treffneri Gümnaasiumis ja Tartu 5. Keskkoolis. Aastail 1947... 1953 õppis ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist töötas E. Liiv kirurgina Tartu Kliinilises Haiglas. Ta alustas tööd ordinaatorina, ajavahemikul 1956... 1959 oli polikliiniku kirurgiaosakonna juhataja, 1962... 1976 traumatoloogiaosakonna juhataja. 1978. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. E. Liiv on esimese kategooria traumatoloog-ortopeed ja teise kategooria torakaalkirurg. Pikka aega on ta olnud TRÜ arstiteaduskonna mittekoosseisuline õppejõud. Kandidaadiväitekirja «Reieluupöõrlate piirkonna murrud» kaitses E. Liiv 1969. aastal. Ta on teinud muu traumatoloogiaalast ratsionaliseerimisetpanekut, mille kohta on saanud autoritunnistused. Juubilar on suurte kogemustega, mitmekülgne ja andekas kirurg. Teda on autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning paljude aukirjadega.



**Akivo Lenzner**, TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri juhataja, meditsiinidoktor, professor, sai 16. märtsil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus arsti perekonnas. Õppis H. Treffneri Gümnaasiumis, keskkooli lõpetas sõja-aastatel NSV Liidu tagalas. 1945. aastal astus ta TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1951. aastal kiitusega. Üheksa aastat teenis A. Lenzner Nõukogude armees, kus töötas mikrobioloogina ja kus kaitses 1953. aastal kandidaativäitekirja «*Mycobacterium tuberculosis*'e streptomütsiiniresistentsusest». Kaks viimast aastat täitis ta Balti Sõjaväeringkonna peabakterioloogi ülesandeid. Pärast demobiliseerumist 1960. aastal suunati A. Lenzner tööle TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedrisse, kus ta töötas algul vanemõpetajana, seejärel dotsendina. 1964. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. 1973. aastal kaitses A. Lenzner doktoriväitekirja «Inimese mikrofloora laktobatsillid», 1976. aastal anti talle professorikutse. A. Lenzner on oma erialateadmisi täiendanud S. Kirovi nim. Sõjaväemeditsiini Akadeemias ja Prahase Karli Ülikoolis. Ta on avaldanud 270 teadustööd. Tema juhtimisel on TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateeder kujunenud üleliiduliselt tuntud ja tunnustatud keskuseks inimese mikrofloora ja laktobatsillide uurimise alal. 1968. aastast alates on kateeder osa võtnud üleliidulisest kosmosealastest uurimistööst, mille eesmärk on tagada inimese normaalne elutegevus kosmoselendude ajal. A. Lenzneri soovitatud laktobatsillide tüvesid kasutatakse Nõukogude Liidus ravi- ja profülaktilise preparaadi laktobakteriini ja mitme laste jaoks valmistatud piimasegu tootmiseks. Ta on mikrobioloogina NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi väikelaste toitumise probleeminõukogu liige. Juubilar on ajakirja «Лабораторное дело» toimetusenõukogu liige. Tema juhendamisel on valminud kaheksa kandidaativäitekirja. A. Lenzner on armastatud pedagoog ja hinnatud lektor. Aastail 1961...1965 oli ta arstiteaduskonna teadusprodekaan. Teda on korduvalt valitud arstiteaduskonna parteibüroo ja ülikooli parteikomitee liikmeks. A. Lenzner on Välismaaga Sõpruse ja Kultuurisidemete Arendamise Eesti Ühingu juhataja ja Nõukogude — Tšehhoslovakkia Sõprusühingu Eesti osakonna juhataja liige ning selle ühingu TRÜ algorganisatsiooni büroo esimees, I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Seltsi juhataja aseesimees ja sama seltsi Tartu osakonna juhataja esimees, TRÜ ajalehe toimetuskolleegiumi ja mitme erialakomisjoni liige. Hea töö eest on juubilari autasustatud paljude aukirjadega. A. Lenzner on NLKP liige 1959. aastast.



**Maret Purde**, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilise onkoloogia osakonna konsultant, meditsiinidoktor, vanemteadur, sai 14. märtsil 60-aastaseks. M. Purde on sündinud Tallinnas ooperilaulja perekonnas. 1945. aastal lõpetas ta Tallinna I Öhtukeskkooli, 1951. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Juba üliõpilasena tundis ta elavat huvi teadustöö vastu. ÜTÜ kirurgiaringi liikmena kirjutas ta auhinnatöö, mis käsitles haavade paranemise jälgimist tsütoloogilisel meetodil. Sel ajal töötas M. Purde Toomel TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia kateedris dotsent A. Seppo juhendamisel. Aastail 1951...1954 oli ta üldkirurgia kateedris aspirant, kandidaativäitekirja «Pseudoartrooside ravi metallosteosünteesi abil» kaitses enne tähtaega. 1957. aastani töötas M. Purde assistendina TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia kateedris. 1957. aastal asus ta tööle Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispenseris kirurgina-ordinaatorina, olles ühtlasi ka organisatsioonilis-metoodilise töö kabineti juhataja. 1959. aastast 1986. aasta novembrini töötas M. Purde Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogiaosakonna teadurina. Ta oli ka kliinilise onkoloogia osakonna epidemioloogide rühma juhendaja. 1974. aastal kaitses ta doktoriväitekirja «Vähiepidemioloogia Eesti NSV-s». M. Purde alustas esimesena NSV Liidus naiste rinnavähi epidemioloogia uurimist ning rajas selle uurimise üleliidulise keskuse, ta on NSV Liidu Meditsiiniakadeemia vähiepidemioloogia probleemikomisjoni liige. M. Purde on avaldanud üle 110 teadusartikli, ühe monograafia ja kaks populaarteaduslikku brošüüri, ta on olnud ka ühe populaarteadusliku filmi konsultant. Tema juhendamisel on valminud viis kandidaativäitekirja. M. Purde on NSV Liidu ja USA vahelise teadusliku koostöö peamine täitja naiste rinnavähi epidemioloogia alal, mitu korda on ta käinud tutvumas USA vähiuurimiskeskustega. Juubilar on tervishoiu eesrinlane, teda on autasustatud medaliga «Eeskujuliku töö eest».



**Sirje Pärn**, Nõmme Haigla nina-, kõrva- ja kurguhaiguste osakonna juhataja, sai 6. veebruaril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Tartu 1. Keskkooli ning 1961. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel töötas S. Pärn otorinolarüngoloogina Rapla Rajooni Kesksaiglas ja aastail 1961...1965 Pelgulinna Haiglas. 1969. aastast on ta töötanud Nõmme Haiglas, algul nina-, kõrva- ja kurgu- arstina, 1985. aastast osakonnajuhatajana. S. Pärn on suurte kogemustega otorinolarüngoloog. Erakordselt distsiplineeritud, abivalmis ning tagasihoidliku kolleegina on ta võitnud kaastöötajate lugupidamist. S. Pärn võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst. Ta on olnud ametiühingukomitee liige, praegu juhib ta haigla karskusliikumist karskusühingu Nõmme Haigla algorganisatsiooni esimehena. Hea töö eest on juubilar pälvinud aukirju.



**Tiia Soo**, TRÜ arstiteaduskonna pediatría kateedri dotsent, sai 7. veebruaril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Tallinna 10. Keskkooli ja 1963. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Üliõpilasena võttis T. Soo aktiivselt osa Üliõpilaste Teadusliku Ühingu pediatríaaringi tööst, ta kirjutas võistlustöö laste hingamisfunktsiooni uurimisest. Pärast ülikooli lõpetamist töötas ühe aasta jaoskonna-pediatrínna, seejärel asus 1964. aasta detsembris tööle TRÜ arstiteaduskonna pediatría kateedris, kus on töötanud praeguseni. Aastail 1968...1971 õppis T. Soo aspirantuuris, 1974. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja «Vere happe-leelise tasakaalu mõjutavatest teguritest alla 2 aasta vanustel ägeda bronhiidi ja pneumooniaga lastel». T. Soo on üle 30 teadusartikli autor ja mitme õppevahendi ning õpiku «Lastehaigused I» kaasautor. Ta on paljude üliõpilaste võistlustööde juhendaja. 1984. aastal anti T. Soole dotsendikutse. Juubilar on NLKP liige 1969. aastast. Pedagoogilise, teadusliku ja praktilise töö kõrval on T. Soo täitnud ka vastutusrikkaid ühiskondlikke ülesandeid, ta on olnud pediatríaosakonna üld- ja kursusejuhendaja, Tartu Linna Rahvakohtu kaasistuja, TRÜ arstiteaduskonna rahvakontrolli kaastöögrupi liige. T. Soo on suurte erialateadmiste ja -kogemustega, aktiivse ja optimistliku ellusuhtumisega pedagoog ning pediatater, kelle elurõõm ja huumorimeel teevad ta alati soovitud kaas-laseks. Palju hoolt ja armastust on ta jaganud oma neljale lapsele. Juubilari on autasustatud mitme aukirjaga. Ta on võitnud kolleegide ja õpilaste austuse ning lugupidamise.



**Virve Pärni**, kauaaegne Nõmme Haigla stomatoloogiaosakonna juhataja, sai 25. veebruaril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartumaal põllutöölise perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Tartu 1. Töölisnoorte Keskkooli ning 1960. aastal TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas V. Pärni stomatoloogina Vastseliina Jaoskonna-haiglas, aastail 1963...1965 aga Tallinna Stomatoloogiapolikliinikus. 1965. aastast alates on V. Pärni töötanud Nõmme Haiglas, algul stomatoloogina ja 1971. aastast osakonnajuhatajana. Juubilar on kõrgema kategooria stoma-toloog. Teda tuntakse kui energilist organisatorit ja head spetsialisti. V. Pärni on aktiivne ka ühiskondlikus tegevuses. Ta on aastaid osa võtnud ametiühingutööst, korduvalt on teda valitud Nõmme Haigla ametiühingu-komitee ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tallinna Linnakomitee liik-meks. V. Pärni on olnud ka Eesti Stomatoloogide Seltsi juhatusse liige. Hea töö eest on juubilari autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning mitme aukirjaga.

# Arstide seltsides

**III Lääne-Eesti arstide seltside teaduskonverents** peeti 13. septembril 1986 Kingissepas Saaremaal. Sellega tähistati Saaremaa Arstide Seltsi 60. aastapäeva. Kohale oli saabunud palju meedikuid ja nimekaid arstiteadlasi kogu meie vabariigist. Avasõnad tervituseks ütles Saaremaal kõige pikemat aega töötanud arst M. Palts.

Saaremaa Arstide Seltsi esimees A. Haavel andis huvitava ülevaate saarlastest arstide tervishoiutöö ja nende seltsi arengu kohta, millest on kirjutatud täpsemalt ka «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel (1986, nr. 3, lk. 214—216).

Konverentsi järgmine ettekanne oli ülddispaneerimise teemal, millest rääkis R. Mihelson. Üldse on läbi vaadatud 60 873 inimest: terapeudi läbivaatusel on käinud 58,5 %, fluorograafiline uuring on tehtud 63,0 %-l elanike üldarvust, günekoloogid on kontrollinud 44,5 % naistest, laboratoorseid uuringuid on tehtud 47 %-l elanikest. Ettekandele järgnes elav diskussioon, mõtteid vahetasid gastroenteroloog R. Tammur, prof. K. Villako, H. Sepp, E. Väärt ja A. Haavel. Arstide suurim mure on see, et inimesed, eriti need, kes omateada terved on, ei tule dispansseersele läbivaatusele või uuringule. Meedikud üksi ei saa siin midagi muuta.

R. Rauts Kingissepa Rajooni Keskhaiglast analüüsis Haapsalu, Hiiumaa, Kingissepa ja Rapla rajoonis ajuvereringe häiretega sündinud laste dispansseerise jälgimise ja ravi viie aasta andmeid. Tulemusi vaagides tuleb autor järeldustele, et perinataalset entsefalopaatiat või entsefalomüelopaatiat põdevate laste arv on rajooniti erinev, kusjuures ravi tulemused on küllalt rõõmustavad. Viieaastaks eluaastaks on enamik lapsi tervistunud ning dispansseerise arvele on jäänud vaid väike osa neist, kel sündimisel nimetatud kahjustused olid olemas. Invaliidistumise profülaktika seisukohalt on väga tähtis, et laps oleks dispansseeritud juba sünnist alates, tähtis on ka lasteneuroloogi ametikoht sellises rajoonis, kus aastas sünnib vähemalt 600...800 last.

Nii nagu alati, kandis V. Valdes ka seekord haaravalt ette Kingissepa Rajooni Keskhaiglas koos H. Siinori ja L. Jantraga diagnoositud haruldase haigusjuhu kirjelduse emakast lähtunud kõhusisese rasedusest. Ettekanne täiendasid suurepärased slaidid, mida auditorium huviga jälgis.



**Foto 1. Konverentsi presiidiumis.** Vasakult: Eesti NSV teeneline arst E. Väärt, prof. K. Kõrge, Rapla Rajooni Keskhaigla peaarst T. Kadastik (teises reas), Saaremaa Arstide Seltsi esimees A. Haavel, Eesti Arstiteadusseltside Nõukogu esimees prof. U. Sibul, EKP Kingissepa Rajoonikomitee sekretär V. Lahe, Eesti NSV Tervishoiuministeriumi peakirurg prof. Š. Gulordava.



**Foto 2. Saaremaa arstiabi arengule pühendatud näituse avamine Kuressaare linnuses. Kõnelemas on Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarst M. Allik.**



**Foto 3. Viidumäe looduskauis paigas Audakul avati mälestuskivi, mis näitab endise leprosooriumi asukohta. Vasakult: A. Haavel, Kingissepa Rajooni RSN Täitevkomitee aseesimees J. Pöld, prof. K. Kõrge. E. Rauna fotod.**

H. Talving Haapsalu Rajooni Keskhaiglast analüüsis fibromüoomi kirurgilise ravi tulemusi Haapsalu, Hiiumaa, Kingissepa ja Rapla rajooni keskhaigla andmete põhjal (ajavahemikust 1980-1984). Haigusjuhtude arv oli 256, kõige sagedam kaasnev haigus oli adneksiit. Pärast kirurgilist ravi, mis kõikidel juhtudel oli edukas, retsidiive ei tekkinud.

J. Kivimägi Rapla Rajooni Keskhaiglast esitas andmeid 855 sapipõiepõletikku põdenu kohta. Nais- ja meeshaigete arvu suhe oli 3 : 1. Ühel kolmandikul neist oli haigus kestnud juba 5...10 aastat, vaid 17 % oli hospitaliseeritud esmasel haigestumisel. Tüsistusi oli tekkinud 65 patsiendil. Konservatiivselt ravituist suri viis haiget, opereerituist 13. Üldine letaalsus oli 2,1 %.

Juubelikonverentsil oli ka hoopis pidulikum osa. Seltsi auliikmetele professoritele K. Kõrgele ja J. Reinarule ning Eesti NSV teenelisele arstile E. Väärtile anti kätte seltsi auliikme tunnistus. Uuteks auliikmeteks oli Saaremaa Arstide Selts valinud ka TRÜ arstiteaduskonna kateedrijuhataja prof. K. Villako, Eesti Arstiteadusseltside Nõukogu esimehe prof. U. Sibula, Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi osakonnajuhataja prof. R. Teesalu ja Tallinna Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonna juhataja meditsiinidoktor R. Truve, kellele samuti anti kätte auliikme tunnistused. Seltsi aukirja pälvisid ka Eesti Arstiteadusseltside Nõukogu, Riiklik Teaduslik Meditsiinaramatukogu ja ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid».

Saaremaa Arstide Seltsile töid pidupäeval tervitusi EKP Kingissepa Rajoonikomitee sekretär V. Lahe, kes andis aukirjad üle V. Nemvaltsile ja H. Koppelile, R. Rautsile ja K. Rangile. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi poolt tervitas prof. S. Gulordava ning andis ministeeriumi aukirjad A. Rubinsteinile, L. Jantrale ja M. Haavlile. Juubeli puhul õnnitlesid ja ütlesid tervitusi Eesti Arstiteadusseltside Nõukogu nimel ja Tallinna kolleegide poolt prof. U. Sibul, TRÜ arstitea-

duskonna ja Eesti Gastroenteroloogide Seltsi nimel prof. K. Villako. Eesti Onkoloogide Seltsilt tõi tervitusi A. Viirmaa, Eesti Silmaarstide Seltsilt Ü. Aamer. Haapsalu, Hiiumaa, Rapla rajooni arstide poolt tervitasid T. Vilosius, T. Ilves ja T. Kadastik, Tallinna Kliinilise Lastehaigla arstide poolt J. Kreek ja paljud teised.

Samal päeval avati Kuressaare restaureeritud lossis meditsiiniteemaline väljapanek, millest oli võimalik saada ülevaatlik pilt Saaremaa arstiabi arengust. Näitusel oli haruldasi dokumente, trüki-seid, fotosid, raamatuid, ka selgitavaid diagramme, skeeme. Näituse avakõne oli Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarstilt M. Allikult.

Teisel konverentsipäeval sõideti Viidumäele, kus Audaku leprosooriumi asukohas avati mälestuskivi. See kivi jääb tulijaile meenutama pidalitõbilas töötanud arste, velskreid, ödesid ja kõiki neid, kes oma julguse, hinge ning kutse-eetikaga suutsid anda väga palju põlatud ja õnnetute haigete abistamiseks. Katte mälestuskivilt tõstsid Saaremaa arstide nester, põline saarlane, kelle sünnikodu sealsamas Audakul, auväärne prof. K. Kõrge ja Kingissepa Rajooni RSN Täitevkomitee aseesimees J. Pöld. TRÜ arstiteaduskonna kateedrijuhataja prof. H. Vahter tõi oma kõnes esile huvitavaid üksikasju leepararavi ajaloost ja professor A. Paldroki elust ja tööst. Prof. K. Kõrge kõne lisas kuuldule veel uusi andmeid ja mõtteid. Leeprahaigete ravi ja põetamine, meedikute elu ja tegevus Audakul on omaette peatükk Eestimaa arstiteaduse ajaloos. Ka täitevkomitee aseesimees J. Pöld ütles palju meeldejäävat Saaremaa arstide ja nende tööinno kohta. Pulmonoloog L. Trapido, kes noore arstina on töötanud neis paigus, rääkis ka seal olnud lastesanaatoriumi tegevusest. Mälestuskivi avamise ava- ja lõppsonad olid A. Haavliit.

Samal päeval sõideti Tehumardi öölahingu mälestusmärgi juurde, kus 1944. aastal toimunud rääkis arst H. Öigus.

Vello Laos

**Saaremaa Arstide Seltsi järjekordne koosolek** oli 30. oktoobril 1986 Kuressaare mudaravilas. Liigesehaigused on üks enam esinevaid haigusi Saare- ja Muhumaaal. Koosolekul arutati liigesehaiguste diagnoosimist ja ravi.

Koosolekust võttis osa ka meie vabariigi selle ala tuntud spetsialiste. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peareumatoloog O. Aakre käsitles oma ettekandes liigesehaiguste klassifikatsiooni, diagnoosimist ja ravi ning töövõimelisust liigesehaiguste korral. Tallinna peareumatoloog I. Sepp andis ülevaate reaktiivsetest artriitidest ja jersinioosist. Reumahaigete ambulatoorsest ja statsionaarsest ravist rääkis IV Valitsuse Vabariikliku Haigla sisehaiguste osakonna juhataja dotsent O. Maimets. Ettekannetele järgnes elav arutelu. Sellised arutelud, millest võtab osa juhtivaid eriarste, on rajooni arstidele väga vajalikud.

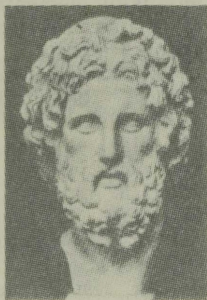
Ants Haavel



Fotol vasakult: A. Haavel, peareumatoloog O. Aakre, dotsent O. Maimets, I. Sepp ja K. Rang.

# Asklepiose klubis

## Tervishoid kiirenduskursil



UDK 614.2

Nõukogude ühiskonna elus praegu toimuvad suured muudatused ja soodsad tendentsid, sealhulgas ka tervishoiu valdkonnas, koguvad jõudu. Mõistagi teame me tänase tervishoiusüsteemi neid ilminguid ja tegureid, mis segavad arstiabi kvaliteetsemaks muutumist ja muutmist. Teame ka seda, et suudaksime ka tervishoiu paljugi paremaks teha intensiivtegurite osa suurendades ning ausse tõstes meditsiinitöötaja isiku väärtuse ja väärikuse. See võimalus on meile antud, sest meie riigi praeguses poliitikas on tähtsaks koostisosaks sotsiaalsfääri eelisarendamine, sealhulgas hea arstiabi tagamine.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» Asklepiose klubi vestlusringi, mis tuli kokku 5. detsembril 1986, oli kutsutud mitmeid tervishoiujuhte. Kohal olid tervishoiuminister prof. V. Rätsep, tema esimene asetäitja O. Tamm ja asetäitja E. Palo ning valitsusjuhataja V. Jänes Eesti NSV Tervishoiuministeriumist, prodekaan prof. E. Sepp Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnast, Tallinna peakirurg prof. U. Sibul, Tartu Linna Polikliiniku peaarst S. Aru, Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst V. Ilmoja, Tallinna Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla peaarst V. Subi, Harju Rajooni Keskpolikliiniku peaarst H. Raaga, Narva Linna Keskhaigla peaarst M. Silland, Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst V. Tuppits, Tal-

linna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri peaarst A. Viirmaa, Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarst T. Vilosius ja Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Arvutuskeskuse direktor A. Sinisalu.

Vestlusringi mõttevahetust sisse juhatava sõnavõtuga esines Eesti NSV tervishoiuminister professor

**Väino Rätsep.** Tervishoiu arengu kiirendamise strateegia hõlmab tervishoiuasutuste töö sisu, vormide ja meetodite täiustamist. Praegu on tähtis igaühe intensiivsem töö ja töö kvaliteet, eriti peaarsti töö, milles peaks ilmema uus strateegia ja taktika ning kõik see, mis seostub meditsiinitöötajate õiglase materiaalse stimuleerimisega. Kiirenduskursile üleminek nõuab meilt suutlikkuse tõstmist, nõuab ka seda, et mõistaksime arstiabi kvaliteeti kui meditsiinitöötaja hea maine ainuvõimalust. Me peame rahuldama rahva vajadused kvaliteetse ravi järele. Samal ajal on vaja, et meie palgapoliitika tagaks töötasu sõltuvuse meedikute töö hulgast ja kvaliteedist. Meie strateegia olgu töö intensiivistamine ja selle töö kvaliteedi kardinaalne parandamine, me peame alguslikult mõtlema ja tegutsema. Tänu nüüdisaegse meditsiiniaparatuuri ja -seadmete evitamisele, kaadri paremale väljaõpetamisele ja kvalifikatsiooni tõstmisele ning muude meetmete rakendamisele on võimalik ravi ja profülaktikat paremini korraldada. Rõhuasetus olgu profülaktikal, mille elluviimisel on tähtis ülddispanseerimine ja sanitaarharidustöö, mille mõju peab jõudma iga inimeseni. Meie põhieesmärk on avastada varjatud ja kroonilisi haigusi ning neid põdejaid ravida ja anda neile soovitusi tervise hoidmiseks. Tervishoiutöö intensiivistamine tähendab kõike seda, mis elu ja tervishoiutööd edasi viib. Tervishoiusüsteemi tehnilist taset on vaja tõsta. Meile on vaja unifitseeritud täpseid ja kiiresti antud uurin-guvastuseid. Moodsa aparatuuri ostmiseks me takistusi ei tee, kui tellimus on argumenteeritud. Meditsiini ja tervishoiu areng peab olema järjekindel ning arengusuunad hästi läbi mõeldud, vaid siis näeme ka tulemusi. Mis tahes astme tervishoiujuhid peavad aktiivselt ja läbimõeldult tegutsema, toetamaks ja stimuleerimaks meditsiinitöötajate tegevust, seda kõike arstiabi ja rahvatervishoiu kvaliteedi tõstmise nimel. Peaarst on nõukogude tervishoiusüsteemi keskne kuju. Tema mõttelaad, iseloom, sihikindlus, julgus, tema tervishoiu ja meditsiini arengu ning rahva hüvan-guks suunatud loomeviimetus peame stimuleerima, mitte aga pärssima. Kuidas seda kõike paremini teha, rääkigem siis täna sellest.

**Oku Tamm.** Ministri sissejuhatav ettekanne puudutas paljusid tervishoiu päevaprobleeme, mis tulenevad meie ühiskonnaelu ümberkorraldamisest. Kõige olulisem on meie mõtlemine, et me ei kardaks vastutust, vabaneksime mõttelaiskusest ja vastutusvõimetusest. Peame oskama hinnata oma tööd ning analüüsida selle tulemusi. See puudutab meid kõiki, alustades tippjuhist ja lõpetades reatöötajaga. Sellest peamegi alustama.

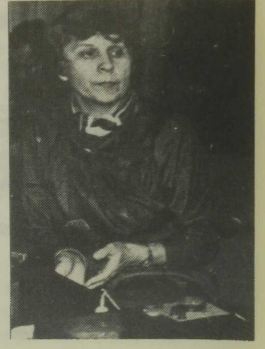


Foto 1. Avasõnavõtt oli prof. V. Rätsepalt. Foto 2. Vasakult: E. Sepp ja O. Tamm. Foto 3. E. Palo.

**Uno Sibul.** Arsti hea töö eeldab teatavasti kõrget kvalifikatsiooni ning distsipliini. Kas tervishoiujuhile antakse selline õigus, et ta tohib 2...3 aasta möödumisel enda angažeeritud töötajale öelda, et, täna, teie lõpparve on kassas, vaadake endale, palun, ülehommene uus töökoht. Kas tervishoiujuht saab niisuguse õiguse?

**Väino Rätsep.** Kui arst on halvasti töötanud, võib rahalise stimuleerimise lõpetada juba aasta möödumisel, isegi varem, kui selleks on tõesti põhjus. Mõjutusvahendeid eksimise, halva töö ning distsiplineerimise korral on muidki, nagu preemia ja lisatasu mittemaksmine, noomitused, käskkirjad ning ka vallandamine ametiühingukomiteega kooskõlastatult. See on tegelikult vormistamise küsimus. Aga teisalt on meil arste, kelle töönahtajad ning dokumentatsioon on korras, kes ei tee eksisamme ega saagi neid teha, sest nad ei eksperimenteerigi, ei otsi uut, ei tee midagi sellist, millega kaasneks risk. Tavaliselt on nad ka distsiplineeritud. Kahjuks aga on niisuguse arsti tööle sageli omane hallus. Tuleb mees pidada, et lisatasu ei maksta mitte hea, vaid eriti hea töö eest. Praegu on meil rohkem kui kunagi varem võimalusi hea töö stimuleerimiseks ning ka kaadri valikuks.

**Sigrid Aru.** Aga meie ei saa kaadrit ise valida, kaader suunatakse meile. Sageli tean juba ette, et meile määratud arst ei tule tööga toime. Oleme üliõpilasi polikliinikus välja õpetanud näiteks funktsionaalse diagnostika, reumatoloogia või mõnel muul alal, et nad pärast ülikooli lõpetamist määrataks tööle meile. Ikka on aga kujunenud nii, et nad suunatakse mujale ning polikliinik saab kaadri pingerea lõpuosast. Polikliinikusse aga on tarvis häid arste.

**Oku Tamm.** Kas see on kivi TRÜ arstiteaduskonna kapsaaeda, et arstiteaduskonna lõpetanud ei ole piisavalt oskusi?

**Sigrid Aru.** See on asja üks külg. Arst võis ülikoolis õppida päris korralikult, kuid tal puudub huvi oma töö vastu. Põhjused võivad olla nii subjektiivsed kui ka objektiivsed. Näiteks, mida teha arstiga, kes meile on tööle määratud ning ei oska sõnakestki eesti keelt ning kellel ei ole ka soovi seda õppida. Tööle aga pean ta võtma. Lubamatu on lasta muust rahvusest üliõpilasel

lõpetada arstiteaduskonda, kes kuue õppeaasta jooksul ei ole omandanud haigega suhtlemiseks vajalikku elementaarset eesti keele oskust. See ei ole uus probleem, oleme sellest rääkinud peaaegu 20 aastat.

**Oku Tamm.** Raadios ja televisioonis esinedes, samuti «Rahva Hääle» korraldatud küsitluses on esitatud arvukalt küsimusi keelebarjääri kohta. On selge, et vene või mõnest muust rahvusest arst peab oskama niipalju eesti keelt, et oleks võimalik haigega suhelda, ja arusaadavalt, ka vastupidi. Tervishoiuministeerium on arstidele «Mainori» juures korraldanud esimesed keelekiirkursused. See on väga kulukas ettevõtmine, kuid vajalik, sest probleem on muret tekitav.

**Ennu Sepp.** Uusi suuniseid ja nõuandeid kõrgkoolide õppetöös oleme järginud ka TRÜ arstiteaduskonnas. Kui eelmistel aastatel eksmatrikuleeriti edasijõudmatuse tõttu 3...4 %, siis nüüd on see protsent tunduvalt suurem. Loodame, et see on üliõpilaste teadmiste igati kasu tulnud. Esialgu ei ole see mõjutanud õppejõudude arvu. Ehkki meil on sellepärast olnud ka veidi pahanudust, on rektor sellesisulised käskkirjad alati aktsepteerinud. Jätkame kindlalt seda suunda. Praegu on arstiteaduskonnas 1800 üliõpilast. Ei ole reaalne, et kõigist neist saaksid arstid, veel vähem tõenäone, et võimekad arstid. Ma ei arva, et see kardinaalselt olukorda muudaks, ent loodan, ehk hakkab muutuma meie ühiskonnas juurdunud seisukoht — kas ma töötan hästi või halvasti, mida nad minuga ikka teha saavad, ma töötan edasi. Praeguses situatsioonis tekib konkurents, mille tulemusena inimene hakkab lihtsalt püüdlikumalt õppima ja töötama. Ning veel üks põhimõtteline küsimus, mille dekaan prof. A.-E. Kaasik on esitanud ka üleliidulistel nõupidamistel: tuleb leida võimalus jätta esimesel kursusel väike reserv. Niisugust moodust kasutati TRÜ-s paar aastakümnet tagasi ning see õigustas end igati. Tervishoiuministeeriumi töötajad ja meie peaspetsialistid on arstiteaduskonnale ette heitnud, et ühel või teisel erialal lõpetanud arstide kvalifikatsioon jätab soovida. Üliõpilaste liialt varajane spetsialiseerumine ei tule alati kvaliteedile kasuks. Me vajame, et arstiteaduskonna lõpetaks hea ettevalmistuse saanud üldarst. Tegelikult

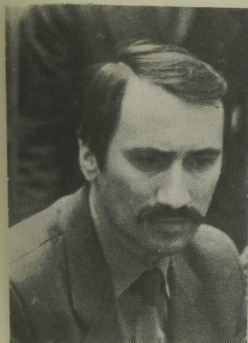


Foto 4. V. Jänes. Foto 5. T. Vilosius ja V. Tuppits. Foto 6. V. Ilmoja ja S. Aru.

aga on pahatihti nii: kui üliõpilane on jõudnud viiendale kursusele ning ta on spetsialiseerunud näiteks oftalmoloogia, gastroenteroloogia, kirurgia või mõnele muule erialale, siis teistest distsipliinidest ta suurt enam kuulda ei tahagi. Kuuendal kursusel juhtub ka nii, et ei tulda isegi teistesse tsüklitesse. Esmane spetsialiseerumine peaks toimuma ikkagi internatuuris. Sellisel seisukohal on enamik teisigi Nõukogude Liidu meditsiinkõrgkooli.

**Harry Raaga.** On väga tähtis, et TRÜ arstiteaduskonda või ka meditsinikooli astuja oleks sobiv meditsiinitöök. Ilma kutsumuse ega kutse-sobivusega ei ole võimalik seda tööd hästi teha. Deontoloogiaküsimused on argitöös niivõrd suure tähtsusega, et see valdkond pälviks suuremat tähelepanu nii arsti kui ka keskkastme meditsiinitöötaja kutse omandamisel. Mis aga tihti soovida jätab, on noorte kohusetunne ja suhtlemisoskus nii haige, tema omaste kui ka kaastöötajatega. Sest igast arstist, eriti maal töötavast arstist, peaks saama perekonna- või koduarst, kelle juurde tuleb haige oma murede ja haigustega, keda arst tõeliselt tunneb ja mõistab. Neile kõigile peab arst suutma soovitada, kuidas olla terve ja kuidas selleks ka jääda.

On kujunenud niisugune tava, et eriarstid töötavad sageli ja küllalt pikka aega sõjakomis-sariaadis. Nende vastuvõtud haiglas, polikliinikus, ambulatooriumis jäävad selleks ajaks ära. Nii see aga olla ei tohiks. Arstiabi võimalus peab olema nendel erialadel ka siis, kui eriarstid ära on. Siin on tingimata vaja leida lahendusi. Küsitluse, ka analüüsi põhjal oleme kinnitust saanud, et mitmetest eriarstidest koosnevate brigaadide väljasõidud peaksid tingimata jätkuma. Oleme kogunud seda, et neid arste ja nende nõuandeid, erialateadmisi on mitmel põhjusel vaja. Harju rajoonis on erakorralises olukorras, näiteks gripi-epideemia ajal, saadud majanditelt ja asutustelt lisaautosid visiitide tegemiseks.

Nii mõnessegi rajooni tervishoiuasutusse on hospitaliseeritud selliseid kroonilisi haigusi põde-jaid, kes vajavad üksnes hooldusabi. Kahjuks on nende arv üpris suur ning nad hoiavad kinni haig-la voodikohti, mistõttu nii mõnigi ägedat haigust põdev töötaja jääb koha puudumise tõttu haiglasse paigutamata. Seega ei saa ka ravi olla nii tõhus, kui see oleks haiglas.

**Sigrid Aru.** On aeg hakata hindama arsti töö kvaliteeti, mitte üksnes kvantiteeti. Arst peab ise otsustama, kuidas hoida oma arstijaoskonda kuu-luvad 1700 inimest enam-vähem tervetena. Aga meil peetakse kõige tähtsamaks seda, et oleks 5000... 5500 külastust aastas. Patsiendiga vestle-mine on läinud kohati nii pinnapealseks, et see on kaotamas mõtte. Arsti töö hindamisel tuleks läh-tuda näiteks sellest, et ägedat haigust põdeja ei haigestuks samasse haigusesse uuesti lähema kuu jooksul, et hüpertooniatõve korral välditaks hü-pertooniilist kriisi, et krooniliste haiguste puhul hinnataks remissiooni kestust ja muud sellist. Ühe-sõnaga, hinnata tuleb sisulist töökoormust, mitte aga seda, kas arst võtab tunnis vastu viis või kaks haiget. See on esimene asi, mida me peaksime julgema muuta. Ning teiseks, ära kaotama perfo-kartoteegi, mida peale kontrollijate ei ole kellele-gi tarvis ning mille korrashoidmine ka kõige taga-sihoidlikuma töö korral võtab vähemalt 100 tundi aastas. See aeg peaks kuluma hoopis haige uurimi-seks ning konsulteerimiseks. Arsti töö kontrolli-jaks peaks olema asutuse juhataja ning tema vas-tutab ka töö kvaliteedi eest. Me vajame haige kohta ainult üht kaarti, põhjalikku ambulatoorset kaarti, millel võiksid olla nn. profülaktika-vahelehed. Sisulisest dispanseerimisest saame rää-kima hakata alles siis, kui meil on võimalik and-med haige kohta anda masinasse. Ka see eeldab põhjaliku ambulatoorse kaardi olemasolu.

**Vello Ilmoja.** Aruannetest, vormidest ja doku-mentidest peaks kehtima jääma üksnes kolm: esiteks, ambulatoorne kaart koos kõige selle juur-de kuuluvaga, teiseks, haiguslugu koos selle juur-de kuuluvate kompleksuuringute andmete ja muu-ga ning kolmandaks, aastaaruanne. Viimati nime-tatu juures peaks olema ka kogu aasta tegevuse analüüs, millest minu arvates on kasu just tervis-hoiuasutusele endale, sest see on ju aluseks töös korrektiivide tegemisel. Analüüsi tegemiseks tuleb aga aega anda 15... 20. jaanuarini.

**Arno Aadamsoo.** Arstitöö efektiivsuse üks suhteliselt objektiivseid näitajaid on töötaja töö-võime. Ajutise töövõimetuse normatiive kehtes-tatud ei ole ega saagi kehtestada. Ajutise töö-võimetuse näitajate suurenemise korral raken-davad tervishoiuorganisaatorid sanktsioone arsti-de suhtes. Arstide vastutus, huvitatus töötajate töövõime püsimise ja töövõimetusrhade kokku-



Foto 7. V. Subi, H. Raaga ja V. Ilmoja. Foto 8. V. Sinisalu ja A. Viirmaa.

hoiu suhtes on puhtmoraalne. Materiaalset stiimulit, majanduslikke hoobasid ei ole. Töövõimetusraha kasutamata summa kantakse ametiühingutele tagasi. Kui osa sellest eraldada arstide materiaalseks stimuleerimiseks ravivõtete täiustamise ning ajutise töövõimetuse juhtude vähendamise eest, siis võidaksid kõik — diagnoosimis- ja ravivõimalused paraneksid, arstid töötaksid ja teeniksid paremini, tagasimaksed ametiühingutele suureneksid, töäjõud püsiks töövõimelisem, kaoksid katsed saada töövõimetuslehte raha eest, aga mis peamine — patsiendid paraneksid kiiremini. Muidugi tuleb arvesse töövõimetusaja kunstliku lühendamise oht. Küllap leidsuks vahendeid ka selle vastu. Näiteks materiaalselt stimuleeritakse üksnes teatava ajutise töövõimetusnäitaja mitteületamise korral, mitte korrelatsioonis selle pideva alandamisega.

**Uno Sibul.** Arsti kvalifikatsioonikategooria peaks olema otseses seoses arsti töö tulemustega: kuidas ta haiget ravib, kas hästi, kesiselt või hoopis tulemusteta. Kategooria peaks sõltuma ka arsti prestiižist haige silmis. See ilmneks kõige paremini, kui polikliinikes sisse seada kord, mille järgi haigel oleks võimalik valida arsti, kelle poole pöörduda. Sel juhul varem või hiljem selguks, kes arstidest töötab hästi, kes halvasti, kellelt haige saab abi, kellelt mitte. Avalikuks saab ka arsti tegelik tööhulk, millest peaks sõltuma ka tema töötasu ja puhkuse kestus. Kui tubli arsti tööpäev pikeneb seetõttu, et haiged pöörduvad just tema poole, sest ta neid hästi ravib, siis on ka mõistetav, et ta on ka pikema puhkuse ära teeninud. Halva ja ebapopulaarse arsti puhul on loomulik, et varem või hiljem haiged tema vastu võtule ei lähe, mistõttu tema tööpäev lüheneb ning lühenema peaks sel juhul ka arsti puhkus ja vähenema tema töötasu. Selline kord stimuleeriks arsti edasi õppima ning oma erialateadmisi täiendama ning see tuleks igati kasuks nii meditsiinile kui ka tervishoiule üldse.

**Toomas Vilosius.** Täienduskursuste süsteem on omamoodi majanduslikult kahjulik. Arst töötab tavaliselt pooleteise koormusega. Ta suunatakse täienduskursustele 3...4 kuuks, kuid säilib ainult ühe ametikoha töötasu. Suurlinnas elamine on kulukas, perekonnainimestel kannatab eelarve. Pärast kursuste lõpetamist ei muutu mitte kui

midagi, parimal juhul on see fakt vajalik atesteerimispaperite täitmisel. Keegi ei eita erialateadmiste täiendamise vajalikkust, ent niikaua, kui sellega ei kaasne materiaalne huvitatus, on kasutegur kesine. Huvi peab olema. Sama probleem on ju dispanseerimise korral. Inimene peab huvitatud olema sellest, et ta terve oleks. Mis eeliseid see aga talle töökohal annab, kui ta näiteks aasta jooksul ei ole või on vähe päevi haige olnud?

**Uno Sibul.** Mõnede polikliinikuarstide kvalifikatsioon on madal. Kui raamatukogus täpsustada, kui palju polikliinikuarst loeb erialakirjandust, siis on see vähevõitu. Arstide atesteerimise süsteem on formaalne ning subjektiivne, see ei põhine objektiivsetel testidel. Kas ei tuleks atesteerimisel arvesse võtta ka eesti keele oskust? Arstide atesteerimiskomisjoni koosseisust peaksid vähemalt 2/3 olema Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna õppejõud, need, kes neid on arstideks õpetanud. Nemad teavad, mida küsida ja kontrollida, mida peab teadma tegevarst. On tarvis läbi mõelda, kui sageli peaksid arstid täienduskursustel ja -tsükliatel käima. On tõsiasi, et ühtedel meditsiinierialadel on vaja end sagedamini täiendada, teistel aga hoopis harvemini, see on leib ju meditsiiniharude ja -erialade arengu kiirusest.

**Väino Tupps.** Juhtivkaadri koolitamine on terav probleem. Valitseb tervishoiujuhtide puudus, nad on iseõppijad, sellest ka kohatine saamatus probleemide lahendamisel. Eriti torkab silma majanduslane ja juriidiline harimatus. Võimalus käia kursustel Moskvas või Leningradis ei ole lahendus. Vaja on tervishoiujuhtide koolitamise küsimus lahendada kohapeal, tagades sellega kaadri reservi kaudu järjepidevuse. Eesmärgiks peab olema, et ametisse astuks täieliku väljaõppe saanud tervishoiujuht.

**Arno Adamsoo.** Veel paararstide ettevalmistusest ja funktsioonidest. Neil ei tule olla autodidaktina mitte üksnes haiglaehitajad. Kui kõikidele teistele spetsialistidele on spetsialiseerumine ja regulaarsed täienduskursused kohustuslikud, siis paararstide ametisse määramisel peetavat piisavaks eriala tundmist ja eeldatavate organisatorsete võimete olemasolu. Kas ei peaks meie vabariigi tervishoiujuhtidele korraldatama rohkem orienteeritud väljaõppe ja kvalifikatsiooni



Foto 9. A. Adamsoo. Foto 10. V. Laos ja M. Keerma. Teises reas vasakult: T. Vilosius, V. Tuppits, V. Subi ja H. Raaga. Foto 11. M. Silland ja U. Sibul. M. Mällo fotod.

tõstmise kursusi ning seminare, mis ühtlasi annaksid võimaluse operatiivselt edastada uusi suundi ja eesrindlikke kogemusi meie kiirelt uuenevas situatsioonis.

**Väino Tuppits.** Aastakümneid on meie ühiskond arenenud selliselt, et esiplaanil on tööstus ja teised toodangut andvad rahvamajandusharud. On lähtunud põhimõttest — plaan iga hinna eest. Seetõttu on sügavalt rikutud tasakaaluprotsesse ühiskonnas. Kannatajaks pooleks on jäänud kogu sotsiaalne sfäär, sealhulgas ka meditsiin. Meditsiinis väljendub alaareng eelkõige materiaalse baasi väljahitamisega mahajäämuses ning aparatuuri soetamise vahendite nappuses. Importaparatuuri muutemise võimalus praktiliselt puudub. Üks eredamaid näiteid meditsiinisüsteemi teisejärguliseks pidamise kohta on praegu kehtiv korteripoliitika. Selle üks tagajärgi on tõsiasi, et ainuüksi Tallinnas elab umbes 3000 diplomeeritud meditsiiniõde, kes ei tööta oma erialal ja seda olukorras, kus keskastme meditsiinipersonali järele tuntakse suurt puudust. Selles olukorras peavad tervishoiuorganisatsioonid nimetatud probleemi tõstatama selliselt, et see tagaks ühiskonna ümberhäälestatuse. On kujunenud olukord, kus meditsiiniastutuse juhatajalt ainult nõutakse, teda ainult kontrollitakse, õigust ise otsustada on tal väga kasinalt. Praeguses majanduskitsikuses oleks vaja, et haigla võiks ise jagada tema kättesaadavate riiklike vahendeid, rangest artiklite süsteemist kinni pidamata. Majanduseksperiment meditsiinis on seni olnud vaid tühi sõnakõlks.

**Valdur Jänes.** Praegusel ümberkorralduste ajal tuleks taotleda ka seda, et tervishoiuministri ülesandele jääks eeskätt strateegiline ja meditsiini finantsmajandusliku tegevuse suunaja osa. Raviasutused aga peaksid saama vabamad käed riiklike vahenditest, ettevõtetelt ja rahvalt laekuvatest summadest kujuneva eelarve käsutamisel.

**Vello Ilmoja.** Tulemusrikkamast tööst oleme varemgi rääkinud, kuid tulemused on sageli kesiseks jäänud. Selle põhjused on olnud nii subjektiivset kui ka objektiivset laadi. Tervishoiu kiirenduskursiga on otseses seoses tervishoiuorganisatsioon ja juhtimine ning neid mõjutavad seadused ja eeskirjad ning nende rakendamise

võimalused, sealhulgas ka töö tasustamine. Siiani on suureks takistuseks olnud palgatingimused, sest tööd tasustati ametikoha, mitte tegeliku töö järgi. Uued palgamäärad ja töö tasustamise võimalused lubavad asju paremini korraldada. Ent juba on tekkinud uued probleemid. Kui NSV Liidu Tervishoiuministri 1986. aasta oktoobrikuu korralduses on tervishoiuasutustes töötavatele töölistele lubatud kutsekaasluse ja tööala laiendamise eest maksta lisatasu kuni 50 %, siis kolm nädalat hilisema korralduse vastavas nimekirjas on ametialade loetelu juba piiratud. Kui soovid tööd paremini korraldada, satud jällegi vastuollu eeskirjadega, sest liiga palju on peaarsti tegevuses piiranguid. Kiirenduskursile üleminek aga eeldab paaristide õiguste suurendamist. Kiirenduskurs ei ole mõeldav ilma otstarbekate ravi- ja diagnoosimeetodite rakendamiseks. 1986. aastal pandi Pelgulinna Haigla naistenõuandlas tööle laserraviaparaat «Rõmäska 2», mille efektiivsus on tunduvalt suurem teistest seni kasutusel olnutest. Samal aastal võeti kasutusse ka aspiratsioonibiopsia. Selleks kohandati vaakumaspiratsiooniparaat, mida omal jõul täiustati. Aspiratsioonibiopsia on efektiivne diagnoosimeetod ning selle rakendamine laiendab ambulatoorse töö ulatust. Tänu selle meetodi kasutuselevõtmisele vähenes möödunud aasta 9 kuu jooksul ajutise töövõimetuse päevade arv 594 ning voodipäevade arv 408 võrra. Selleks, et efektiivsemalt töötada, on vaja töökindlaid ja nüüdisaja nõuetele vastavaid diagnoosimisaparate, endoskoobe, sonograafe, mitmesuguseid laboratooriumiseadmeid.

**Vello Subi.** Vabariiklikus Laevanduse Keskhaiglas alustati brigaaditöövõtu rakendamisega juba 1984. aasta novembris. Brigaaditöö tasustamisel on arvesse võetud kuu keskmine töötasu, tasu tööala laiendamise eest kuni 50 %, lisa töökoefitsiendi alusel, preemia kuni 25 % põhitöötasust. Brigaaditöövõtu tulemusena on vähenenud kaadrivoolavus, osakondades valitseb eeskujulik kord ja puhtus. Laitmatu suhtlemine nii haigete kui ka kolleegide vahel. On kasvanud huvitatus töö vastu, silmanähtavalt on paranenud töödistsipliin. Brigaaditöövõtu rakendamine on

teravalt esile toonud mitmeid puudusi, nagu mitmesuguse pisiinventari ja töövahendite nappus, mis pidurdab tööd, eriti pingelist tööd. Mõistmatus jääb, miks brigaadiliikme haigestumise korral ei tohi teistele tasuda töö eest, mida nad haigestunud brigaadiliikme eest on teinud. Kogemuste põhjal ütleksin kokkuvõtlikult järgmist. Esiteks, brigaadi organiseerimisel peab arvestama töö spetsiifikat, näiteks haiglas ei ole mõeldav moodustada ödede brigaade, sest tuleb kohal olla kogu tööpäeva. Teiseks, enne brigaadi moodustumist on vaja kõik hästi läbi mõelda, ka läbi arvatada, et oleks võimalik otsustada brigaaditöö otstarbekuse üle. Kolmandaks, parim töötasu arvutamise viis on anda andmed personaalarvutisse, mis lihtsustaks keerukat ja töömahukat palgaarvestust. Ja neljandaks, brigaadiliikme haigestumise korral tuleks lubada vabaksjäänud palgafond jaotada tööle olevate brigaadiliikmete vahel, see oleks õiglane.

**Valdur Jänes.** Aeg oleks muuta ka tervishoiu ülleliidulisi normatiive. Koosseisude osas tuleks liiduvabariikidele anda vaid kõige üldisemad kontrollarvud ning meditsiinierialade ja halduspiirkondade kaadri ja ametikohtadega kindlustamine jätta iga liiduvabariigi tervishoiuorganite hooldeks, lähtudes palgafondist. Oma töösuunda peaksid muutma ka arstide seltsid. Õige oleks, et seltside oma vahenditest moodustataks juhatustes hädavajalikke koosseisulisi ametikohti ning eelkõige peaks seltside mure olema meedikute kvalifikatsioon ning atesteerimine, aga ka kodanike avalduste ja kaebuste lahendamine vastaval erialal.

**Agu Viirmaa.** Kui riiklik ülesanne peab dispanseerimine allutatud olema ikkagi mingile distsipliinile. Saksa DV-s on ülddispanseerimine ju reaalsus, miks ei ole seda suutelised korraldama siis meie. Seal ei ole mõeldav, et keegi jätaaks fluorograafilisele uuringule tulemata. Kui- gi olen paarstina töötanud vaid aasta, olen veendunud, et kõikide paarstide tegevus on omavahel väga halvasti koordineeritud või koguni koordineerimata. Me peaksime oma jõupingutused ühendama. Ma kutsun paarste üles, esmalt kas või üksnes Tallinnas tegutsevaid paarste, koonduma kas mingisse nõukokku või seltsi, muutmaks ratsionaalsemaks ning sihipärasemaks kogu töö ja jõupingutused. Miks ma sellise ettepaneku teen? Dispanseerimine peab meil olema hästi läbi mõeldud. Praegu tegelevad ühed arstid südameinfarkti profülaktikaga, teised kaksteistsõrmikuhaavandi ärahoidmisega, kolmandad maovähi profülaktikaga, neljandad rinnavähiga. Inimene aga ei jõua kõigi kutsete peale igale poole kontrollimisele või analüüside tegemisele minna. Varsti ignoreerivad nad kõiki meie kutseid ja ettepanekuid. Seepärast peamegi dispanseerimise ühtse meetodi koos leidma. Algul võime koos tegutseda, katsetades üht või teist teed, kui aga ikkagi ei kuuletuta ega tulda kutsete peale kohale, tuleks isegi mõelda võib-olla mingist rahatrahvist.

Konkreetne programm, mida rahva tervise kaitseks teha saame, on suitsetamisvastane programm. Ma ei eksi, kui ütlen, et üks kolmandik

kõikidest vähijuhtudest on suitsetamise tagajärg. Otseselt puudutab see ka südame- ja veresoonte haigusi, samuti kopsuhaigusi, mille teke võib samuti olla tingitud suitsetamisest. Miks ei võiks meil suitsetamise vastu olla samasugune ühisrinne, nagu see on kujunenud võitluses joomarluse ja alkoholismi vastu?

**Ene Palo.** Senisest enam on vaja suurendada inimese huvitatust tervisest ja tõsta vastutust oma tervise säilitamise ning tugevdamise eest. Suures osas sõltub inimese tervis ju temast endast, tema eluviisidest. Elanikkonnast ligikaudu 40 % on ülekaalulised, vähe tegeldakse tervisespordiga. Meil on palju suitsetajaid ja alkoholiprüukijaid. Ülddispanseerimisel võime taas tõdeda inimeste ükskõiksust oma tervise suhtes. Inimestele on isegi kasulik olla haige, sest töövõimetuslehe põhjal makstakse töötasu välja 100 %-liselt, haiglaravil olles ei ole ka väljaminekuid. Kahjuks ka siin ei tule arvesse see, kas inimene on oma tervist hoidnud või isegi teadlikult kahjustanud. Selles peaks mõjusaks vahendiks olema materiaalne stimuleerimine.

**Arvi Sinisalu.** 25. ja 26. novembril 1986 oli Moskvas ülleliiduline ülddispanseerimise alane nõupidamine, mida juhatas NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi arvutustehnika- ja statistika-valitsuse juhataja G. Tserkovnoi. Sellest võttis osa kõikide liiduvabariikide arvutuskeskuste spetsialiste. Anti ülevalde olemasolevast arvutustehnikast, mida kahjuks on liiga vähe, ning uusi suuniseid silmas pidades kavandati tulevikuplaane. Kõikidele liiduvabariikidele on antud vabad käed tehnoloogia valikul ja tagatakse eksperimendide finantseerimine. On tarvis leida ning valida selline süsteem, mida on ühes või teises polikliinikus kõige otstarbekohasem kasutada. Katsetamisvõimalused on seega meil olemas. Selge on, et arvutid «Iskra» ei ole sobivad selliste suurte informatsiooni töötlemiseks, nagu meditsiinis on.

**Sigrid Aru.** Kogemuste põhjal võin öelda, et inimesed ei taha tulla profülaktilistele läbivaatustele. Eksperimendi korras tahtsime läbi vaadata TRÜ, välja arvatud arstiteaduskonna töötajad. Neid informeeriti, nad andsid allkirja, et nad on sellest teadlikud, neile helistati korduvalt, kuid läbivaatustele tuli ikkagi vaid 40% töötajast. Kas tervishoiuministeeriumil on raha profülaktika vajalikkuse reklaamimiseks raadios, televisioonis, kinos? See peaks olema väga lõvv slaidiprogramm, mis paneks inimese oma tervise üle järele mõtlema.

**Oku Tamm.** Me peaksime huvid ühitama ning kaasama ka asutusi, näiteks ETKVL-i. Administratsioon peaks olema huvitatud, et töötajad oleksid terved ning tagama, et nad tuleksid profülaktilistele läbivaatustele.

**Valdur Jänes.** Töötajal peaks olema õigus ilma arstitõendita puududa töölt haiguse tõttu 2...4 päeva aastas, kusjuures säilitatakse kogu palk. Nii on see mitmel pool maailmas. Sellise korra kuritarvitamist väldib töövõtumeetodi ergutuse mehhanism. Haiglaravi korral tuleks haigustoe- tuse määramisel arvestada, et inimene on täielikul riiklikul ülalpidamisel. 100 %-lise hüvituse

võiks riik tagada arvestades peale tööstaazi ka töövõimetusjuhu kestust, näiteks võiks seda teha alates 31. haiguspäevast.

**Harry Raaga.** Harju rajooni asutused ja ettevõtted on määranud nn. tervisepreemia (kvartal-, aastas) nendele töötajatele, kes ei pruugi alkoholi ega suitseta, kes tegelevad tervisesportiga, kes on esitanud töendi ülddispansseerimisel arvelevõtmise ja läbivaatuste kohta ning kellel on haiguse tõttu olnud alla 14 töövõimetuspäeva aastas. Tervete eluviiside propaganda peaks olema nii mõjus, et inimene ise oskaks ning ka sooviks terve olla. Praegune sanitaarharidustöö ei ole sellist tulemust saavutanud.

**Valdur Jänes.** Inimeste huvitatust tervise säilitamise ja tugevdamise vastu on vaja suurendada. Elu on näidanud, et massiline sanitaarpropaganda ei rahulda. On tarvis mõeldukat materiaalselt mõjutamist, stimuleerimaks tervislike eluviiside senisest enamalt juurdumist. Teisalt aga on tarvis arstiabi korralduses nii mõndagi muuta.

Oma aja ära elanud tundub olevat mõnda liiki ametkondlik arstiabi. Vähemalt Balti liiduvabariikides tuleks raudteepersonali, samuti tsiviilennunduse töötajate arstiabi liita ühtse tervishoiusüsteemiga. Kaoks nii mõnigi ametkondlik barjäär.

**Vello Ilmoja.** Sageli on nii, et võitleme energilisel mingisuguse nähtuse tagajärgedega. Näiteks teeb muret suur haigestumus ja töötajate ajutine töövõimetus. Kõigepealt peaksime me püüdma välja selgitada põhjused ning neid soodustavad tegurid. Selles osas on vaja suurendada töötajate huvitatust terve olla, kiiremini tervistuda ning taas tööle asuda.

Mõned mõtted Tallinna Pelgulinna Haiglas toimuvast eksperimendist, mis seisneb voodifondi intensiivsemas kasutamises ning mida alustati NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi 1986. aasta jaanuaris antud korralduse põhjal. Eksperiment eeldab intensiivsemat ja efektiivsemat tööd ning paremat varustatust aparatuuri, ravimitega. Kui need nõuded täidetakse, makstakse sellele vastavalt ka lisatasu. Pelgulinna Haigla statsioonar on ka eelmistel aastatel intensiivselt töötanud ning 1985. aasta voodikoormus ja voodikäive oli vabariigi keskmisest tunduvalt suurem. 1985. aasta sama valdkonna andmed on võetud eksperimendi tulemuste võrdlemise aluseks. Praegu võime öelda, et teraapiaosakondades on voodikäivet võimalik suurendada üksnes sel teel, et haige tuleb haiglasse eelnevalt uuritult. Laboratoorseid uuringuid peaks haiglas teha saama ka nädalavahetusel ning füsioteraapiakabinet peaks ühesuguse koormusega töötama kõigil nädalapäevadel, ka laupäeviti ja pühapäeviti. Kirurgiaosakondades on voodikäivet võimalik suurendada vähesel määral, kuna töö on seal olnud niigi intensiivne. Urologia- ja ka sünnitusosakonnas ei ole niigi lühikest haiglasoleku aega võimalik enam lühendada. Eelnevat kokku võttes võib öelda, et voodikäive on siiski suurenenud 7,7% ning see on võimaldanud haiglaravile võtta lisaks 956 haiget.

Uute palgamäärade rakendamine peaks võimaldama paremini kaadrit komplekteerida, tööd juhtida ning ka töödistsipliini tõhustada. Selleks, et meil oleks hea püsikaader, on tarvis tervishoiutöötajate elamistingimusi parandada ning neile märksa rohkem kortereid anda. Kuid hea tervishoiuorganisatsioon ja juhtimine ning kvalifitseeritud kaadri olemasolu ei anna kiirenduskursil veel soovitud tulemusi, kui puuduvad seadmed ja aparatuur ega ole ruume, kuhu neid paigutada. Reservid on ammendatud ning aja nõuetest tulenev veelgi intensiivsem töötamine põhjustab vastuolu töötajate ja töökaitsenõuete vahel.

**Ene Palo.** Tallinna Pelgulinna Haiglas ja Võru Rajooni Keskhaiglas tegeldakse voodifondi kasutamise intensiivistamisega, nad osalevad üleliidulises tervishoiueksperimendis. Seda tööd segab ning tulemusigi moonutab asjaolu, et hospitaliseeritute hulgas on palju üksnes põetust vajajaid, kes viibivad haiglas eeskätt sotsiaalsetel, mitte aga meditsiinilistel näidustustel. Neid aga ei ole vaja saata sotsiaalhooldusasutusse, sest nad vajavad põetust lühikest aega. On ka neid, kelle lapsed ei saa töölkäimise tõttu neid kodus põetada ega hooldada. Niisuguste haigetega jaoks tuleks avada tasuline või osaliselt tasuline põetushaigla.

**Arno Aadamsoo.** Praeguse ehituskorralduse juures, kus tellija, projekteerija, ehitaja ja veel mitme asjaosalise suhted on absurdsed keerukuse, isegi vastandlikkuse viidud, on raskemas osas vaieldamatult tellija. Temalt nõutakse universaalset koordineerimisoskust, finantseerimise ja varustusküsimuste laitmatut lahendamist, sageli peab ta õigel ajal ja adekvaatselt orienteeruma riiklises bürokraatiapokkeris, et lõpuks ikkagi patuoinaks jääda. Vabariiklike tervishoiuasutuste ehituse puhul on tellija funktsioonides ministeeriumi kapitaalehitusosakond, kellel kaadrinappuse ja tööga ülekoormatuse tõttu on raskusi Tallinnaski asuvate ehitustega, eemalasuvaist rääkimata. Osakonna heale tahtele vaatamata kipub kaugjuhtimine jääma ebaoperatiivseks, n.-õ. me-retaguseks asjaks. Ehitatavate haiglate koosseisudesse enne ehituse lõppjärku vajalikke ametikohti ette nähtud ei ole. Ehitusjärelevalve summade arvel loodavad ametikohad — juhul, kui sellised üldse luuakse — tuleb täita kohapeal iga ehituse jaoks ühekordselt otsitud ebaüpüsiva kaadriga, kelle töö koos ehitajaks ümberspetsialiseeruva peaarsti jõupingutustega on koge-muste puudumise tõttu vigade ja eksimuste hinnaga ühtlasi väljaõpe, mis lõpeb ja kaotab mõtte ehitustööde lõppemisel. Ehituse kulg ja kvaliteet aga võivad selle all tublisti kannatada. Kohaliku alluvusega tervishoiuasutuste ehitamist lihtsustab mõnevõrra see, kui töösse tõmmatakse kaasa kohalikud täitevkomiteed oma kapitaalehitusosakondadega, viimastel aga ei pruugi tervishoiuehitusel piisavalt vilumusi olla. Seepärast tuleks vähemalt Tartus, kus nüüdsest peale peaks pidevalt käsil olema 1...2 tervishoiuehitust, ehitusjärelevalve summade arvel luua püsikaadriga ehitusstaap, olgu see siis keskpoliikliiniku, ministeeriumi või täitevkomitee kapitaalehitusosakonna juures.

**Manfred Silland.** Tervishoiuasutuste ehitamine, ka kapitaalremont on peaarstile raskeks katsuseks. Pärast seda, kui peaarst on suutnud ehitusmaterjali hankida ja selle ehitusorganisatsioonile üle anda, algab mõne aja pärast uus mure, nagu kolleeg Toomas Vilosius juba mainis, sest üleantud materjal on vahepeal jõutud mujal ära kasutada. Ja see õnnetu peaarst peab olema lausa hirmant oma ettenägemistes nii ehitusmaterjali kulutamise kui ka ehitamisaegade osas. See-pärast soovitakse, et ehitusmaterjal tuleb tellida mitte kolm aastat ette, vaid aasta teisel poolel — septembris-oktoobris — järgmiseks aastaks, sest siis on juba kogu dokumentatsioon olemas. Narva tervishoiuosakonna likvideerimise kohta mainiksin, et see oli põhjendatud ja, nagu mõned aastad on näidanud, igati õigustatud tegu. Kui ühes linnas on 10...12 tervishoiuasutust, siis tervishoiuosakonda vaja ei ole, ilma selleta läheb töö lihtsamaks, kulgeb ladusamini, ilmneb aja kokkuvõtteid, vähenevad mitmed bürokraatiailmingud.

**Oku Tamm.** Me võiksime Tallinnas prooviks asutada siinsete asutuste peaarstide nõukogu. Ainult ega meil neid komisjone ja nõukogusid juba liiga palju ei ole?

**Väino Rätsep.** Ei ole kahtlust, et peaarstide nõukogu või klubi kujuneks kasulikuks koostumisingiks. Tallinna täitevkomitee tegutseb muidugi oma plaanide järgi, meie oma ettepanekutega võiksime koostöös osaleda.

**Uno Sibul.** Peaarstide nõukogu üks funktsioon võiks olla moodsate aparatuuride otstarbeka kasutamise koordineerimine. Näiteks on sonograaf Tallinnas vaid paaris haiglas. Nende täiskoormusega töötama panemine on aga pakiline ülesanne. Praegu on nende aparatuuride kasutegur väga väike, kuid vajadus uuringute järele suur, eriti polikliinikutes. Töö võiks ju kooskõlastada selliselt, et onkoloogiadispanseris uuritaks sonograafiliselt Nõmme elanikke, kiirabihaiglas kesklinnas elunevaid inimesi jne. Niisuguse ümberkorralduse tulemusena väheneks röntgenilaboratooriumide koormus ning paraneks diagnoosimine.

**Oku Tamm.** Sellega haakub mõte senistest komisjonidest, kas neist osa pole liigsed ja otstarbetud. Ministeeriumis on ravi- ja profülaktikanõukogu, emade- ja lastenõukogu, sanitaar- ja epidemioloogianõukogu ja palju teisi.

**Vello Ilmoja.** Komisjonide moodustamise vajadus kerkib vaid teatud aegadel. Oma kogemuste põhjal võin öelda, et meil on neid olnud mitmeid. Kuid kui nende järele vajadus kaob, lõpetame komisjoni tegevuse, protokollime otsuse ja teatame sellest. Üldse on lihtsam töötada komisjonideta, sest nende tegevuse kohta hakatakse kohe nõudma tööplaanide, koosoleku protokolle, aruandeid, siis järgnevad kontrollkomisjonid, taas aruanded ja protokollid. See kõik segab ja halvab meie põhitööd. Kahjuks kutsutakse peaarste väga sageli ootamatult nõupidamistele, õppustele, seminaridele, loengutele. Et peaarst oma igapäevatööd planeerida saaks, peaks talle neist üritustest teatama juba varakult. Ka haiglate kontrollimine peaks olema mingil moel koordineeritud, et see ei kujuneks hoopis töö häirimiseks.

Nii käis mõni aasta tagasi meie asutuses kolme kuu jooksul 29 mitmesugust kontrollkomisjoni. Kontrollida aga tuleks mitte pabereid, vaid tegelikku tööd. See peaks ju ometi võimalik olema.

**Uno Sibul.** Kõik nõupidamised ja muud ettevõtmised, ka seltside koosolekud, tuleb planeerida aastaks ette. Ühtelangemise korral sugeneb asjast kahju.

**Ene Palo.** Sageli oleme sunnitud korraldama planeerimata nõupidamisi, mida edasi lükata ei saa. Rõhutan, et vaid üksikjuhtudel ei ole võimalik niisugust ühtelangemist siiski ära hoida.

**Valdur Jänes.** Õige oleks oluliselt suurendada tasulise arstiabi vormide osatähtsust. Riiklikku tasuta ja tasulist, s. t. isemajandavat, ning individuaalset meditsiinialast tegevust, s.o. erapraksist, tuleks vaadelda ühtse rahvatervishoiusüsteemina. Riiklik tasuta abi tagagu esmatähtsad vajadused, tasuline ning erapraksis rahva täiendavad vajadused. Riiklikud tervishoiuasutused peaksid lepingud sõlmima erapraksisega tegevate arstide ja keskastme meditsiinitöötajatega ning osutama neile tasulist abi aparatuuri ja inventari muretsemisel, eriuuringute tegemisel, arstiriistade steriliseerimisel. Vastava finantsmajandusliku lahenduse, hindade kujundamise ja muu alal tuleks liiduvabariikidele jätta vabad käed. Enamik eeltoodust taandub usaldusele: usaldusele liiduvabariigi tervishoiujuhtide, meditsiinasutuste juhtide ja arstide vastu. Demokratiseerimisega peab kaasas käima usalduse süvenemine. Ainult siis väheneb mitmesuguste bürokraatlike õiendite, aruannete, tõendite või muu sellise arv tervishoius.

Siin kuulud mõtted arsti valikust, ka tasulisest arstiabist, tervishoiusüsteemi reformimisest on sünnitanud elu ise. Arstiabi korralduses peab hakama prevaleerima arsti südamesoojus, arstitarvus, ravimise kunst ning muidugi ka mis tahes tervishoiujuhi mõistuse ja suutlikkusega viljastatud tegevus. Selles töös ei tohiks mõtlematult piirata tervishoiujuhi tegevusvabadust, kaotada vastastikust usaldust, suutmaks tervishoiu kiirenduskursil liikudes tagada haigele ravi ja rahvale tervise.

*Vestlusringis arutatust on ülevaate andnud  
Vello Laos ja Maie Keerma*

# Quaestiones linguae Estonicae in medicina

UDK 61:001.4

## Farmakoloogiaalaseid põhimõisteid ja oskussõnu

Leo Nurmand Margareete Otter  
Tartu

Oma töös puutub iga meditsiini-töötaja kokku ravimitega ja kirjan-duse kasutamisel paratamatult ka far-makoloogiamõistetega, kas eesti-, vene-, ingliskeelse, harvem mõne muukeelse terminoloogiaga. Tavalistes sõnaraama-tutes ja ka võõrsõnade leksikonides erialased sõnad enamasti puuduvad, ka ei anna otsene tõlge mõiste sisust sageli ettekujutust.

Erialaoskussõnade ühtlustamiseks VMN-i maades kinnitas ekspertide nõu-kogu 1979. aastal Sofias «Terminoloogia sõnaraamatu». Sõnaraamatu I osas on ära toodud raviainete ja kliinilise far-makoloogia põhiterminid ja põhimõis-tete definitsioonid.

Vastavuses sellele esitame valiku sa-gedamini kasutatavaid eestikeelseid farmakoloogiaoskussõnu koos lühikese sisuseletuse, inglisi- ja venekeelse vastega. Neid sõnu kasutab arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri kollektiiv iga-päevatöös nii üliõpilaste õpetamisel kui ka erialakirjanduse koostamisel.

Mõistete seletused on esitatud kitsalt farmakoloogia aspektist lähtudes, mis ei välista nende teistsugust seletust muu-del erialadel, näiteks (ravim) preparaas, (anatoomiline)preparaas jne.

Enamik esitatud termineid on läbi arutatud ja heaks kiidetud meditsiini-terminoloogia komisjonis 1985. aastal.

**Abstinenti- e. võõrustusnähud** — psüühilised ja somaatilised nähud, mis ilmnevad füüsilise sõltumuse korral farmakoni ärajätmisel või toi-me möödumisel.

Abstinence symptoms

Явления абстиненции

**Aditiivne toime** — ravimite koostoime alaliik, mitme farmakoni ühte ja samasse retseptorisse samasuunalise toime ilming.

Additive action

Суммированное действие

**Adrenoblokeeriv toime** — postsünaptiliste adrenoretseptorite hõivamine antagonisti poolt ja nende erutusnähtude kõrvaldamine.

Adrenergic blocking action

Адреноблокирующее действие

**Adrenomimeetiline toime** — adrenoretseptorite ja adrenoreaktiivsete süsteemide ergutamine, adrenergilise sünapsi erutusnähtude imiteerimine.

Adrenergic action

Адреномиметическое действие

**Adstringeeriv e. kootav e. parkiv toime** — valku sadestav toime limaskestal või haavandi pinnal, millega kaasneb ärrituse vähenemine ja põletikunähtude nõrgenemine.

Astringent action

Вяжущее действие

**Agonistlik toime** — vt. sünergistlik toime.

Agonistic action

Агонистическое действие

**Aktseptor e. sidumiskoht** — substraat (vereplasma või koevalk), millega farmakon seondub toimet avaldamata, vt. farmakoretseptor.

Acceptor (binding site)

Акцептор (место связывания)

**Anaboolne toime** — intermediaarses (peamiselt valkude) ainevahetuses anaboolseid e.

assimilatiivseid protsesse soodustav toime.

Anabolic action

Анаболическое действие

**Analeptiline e. elustav toime** — piklikaju elutähtsaid keskusi stimuleeriv (toime), pärsitud hingamist ja vereringe regulatsiooni taastav toime.

Analeptic action

Аналептическое действие

**Analgeetiline e. valuvaigistav toime**— valikuline, ainult valutunnet kõrvaldav või nõrgendav toime.

Analgetic action

Анальгезирующее действие

**Anesteetiline e. tuimastav toime** — iga liiki tundlikkuse kõrvaldamine (valu, maitse jne.),

võib olla lokaalne (paikne tuimastus) või üldine (üldanesteesia).

Anesthetic action  
Анестезирующее действие

**Anksiolüütiline toime** — ärevust ja hirmu kõrvaldav (toime), trankvilliseeriv toime.  
Anxiolytic action  
Анксиолитическое действие

**Anoreksigeenne toime** — söögiisu pärssiv e. anoreksiat tekitav toime.  
Anorectic action  
Анорексигенное действие

**Antagonistlik toime** — farmakoni või endogeense aine toimega vastassuunaline toime.  
Antagonistic action  
Антагонистическое действие

**Antiadrenergiline e. sümpatolüütiline toime** — presünaptiline noradrenaliini sünteesi, deponeerimise või vabanemise pärssimine ja impulsi ülekande takistamine adrenergilises sünapsis.  
Antiadrenergic action  
Симпатолитическое действие

**Antidoot** — vt. vastumürk.  
Antidote  
Антидот, противоядие

**Antiflogistiline e. põletikuvastane toime** — põletikunähte kõrvaldav või põletiku patogeneetilisi mehhanisme mõjutav toime.  
Antiphlogistic action  
Противовоспалительное действие

**Antihistamiinne toime** — histamiini toimeilminguid kõrvaldav toime, võib olla tingitud tema vabanemise takistamisest, retseptorite blokaadist või toimete antagonistlikust mõjustusest.  
Antihistaminic action  
Антигистаминное действие

**Antihüpoksiline toime** — organismi või elundi anaeroobset hingamist soodustav, hapnikunälguse suhtes resistentsust suurendav ja/või hapnikutarvidust vähendav toime.  
Antihypoxic action  
Антигипоксическое действие

**Antipüreetiline e. palavikku alandav toime** — kõrgenenud kehatemperatuuri, peamiselt soojuse äraandmise kaudu, normaliseeriv toime.  
Antipyretic action  
Жаропонижающее действие

**Aprobatsioon** — uue ravimi tee raviaine saamise ajast kuni haigeni, koosneb esialgsest farmakoloogilisest sõeluuringust, toimemehhanismi täpsustamisest, kõrvaltoimete määramisest, kliinilisest katsetusest, soodsate tulemuste korral farmakoloogiakomitee poolsest loast tööstuslikuks tootmiseks ja ravimina kasutamiseks.

Approbation  
Апробация

**Asendusravi e. substituutsioonteraapia** — mingi kehaomase aine vähesuse korral kasutatav, selle aine puudumist asendav ravi.  
Substitutive therapy  
Заместительная терапия

**Bakteriostaatiline toime** — bakterite elutegevust ja paljunemist peatav või aeglustav toime.  
Bacteriostatic action  
Бактериостатическое действие

**Bakteritsiidne toime** — mikroorganisme taptev toime.  
Bactericidal action  
Бактерицидное действие

**Biosaadavus** — suhtarv (%), mis näitab, kui suur osa manustatud farmakonikogusest jõuab retseptoriteni või verre, iseloomustab ravimivormi ja/või manustamisviisi.  
Bioavailability  
Биодоступность

**Biotransformatsioon e. metabolism** — ravimite keemilise struktuuri ja füüsikalise-keemilise omaduste muutmine organismi ensüümide poolt, mille tagajärjel suureneb metaboliitide polaarsus, vesilahustuvus ja kergeneb eritumine.  
Biotransformation, metabolism  
Биотрансформация

**Blokaator** — retseptoriga seostuv, agonisti välja tõrjuv ja tema spetsiifilist efekti kõrvaldav aine.  
Blockator  
Блокатор

**Desensibiliseeriv toime** — kehavõraste valkude või teiste ainete poolt esilekutsutud organismi allergilise sensibiliseerumise nõrgendamine või kõrvaldamine.  
Desensitizing action  
Десенсибилизирующее действие

**Düsforiseeriv toime** — meeleolu ja enesetunnet halvendav toime.  
Dysphoric action  
Дисфоризирующее действие

**Efektorelund e. sihtelund** — elund, kus toimub primaarne farmakodünaamiline reaktsioon.  
Target organ  
Эффекторный орган, орган-мишень

**Ekspektoreeriv e. röga lahtistav toime** — röga vedeldav ja väljakõhimist kergendav toime.  
Expectorating action  
Отхаркивающее действие

**Ekvivalentsus e. võrdväarsus** — keemiline, s.o. ravimpreparaadid, mis sisaldavad üht ja sama toimeainet võrdses koguses; bioloogiline, s.o. ravimpreparaadid annavad ühesuguse imendumisjärgse kontsentratsiooni;

terapeutiline, s.o. ravimpreparaadid annavad ühesuguse terapeutilise efekti.

Equivalence

Эквивалентность

**Embrüotoksiline toime** — embrüot e. loodet kahjustav toime, tekib kas viljastatud munaraku implantatsiooni või platsenta arengu ajal kasutatud farmakoni toimel, avaldub kas loote hukkumises ja iseeneslikus abordis või läheb üle teratogeenseks toimeks.

Embryotoxic action

Эмбриотоксическое действие

**Farmakogeneetika** — farmakoloogia haru, mis uurib ravimi toimivust määravaid geneetilisi tegureid.

Pharmacogenetics

Фармакогенетика

**Farmakokineetika** — farmakoloogia haru, mis uurib farmakonide saatust organismis, nende imendumist, biotransformatsiooni ja eritumist.

Pharmacokinetics

Фармакокинетика

**Farmakodünaamika** — farmakoloogia haru, mis uurib farmakoni põhjustatud muutusi organismi elutalitluses.

Pharmacodynamics

Фармакодинамика

**Farmakodünaamiline reaktsioon**

Primaarne farmakodünaamiline reaktsioon, farmakoni ja retseptori vaheline reaktsioon ning sellele järgnevad biokeemilised või teised muutused rakus.

Sekundaarne farmakodünaamiline reaktsioon, primaarse farmakodünaamilise reaktsiooni kajastumine elundi või organismi funktsioonides, täheldatav ja kirjeldatav farmakoni toime, toimeilming.

Pharmacodynamic reaction

Фармакодинамическая реакция

**Farmakoloogia** — teadus organismi talitluste juhtimisest farmakonide abil, teadus ravimite (mürkide) toimest organismi normaalsesse või patoloogiliselt muutunud elutalitlusesse, käsitleb ravimi ja organismi vastastikust mõju kolmest aspektist: kvantitatiivsest (farmakokineetika), kvalitatiivsest (farmakodünaamika), rakenduslikust (farmakoteraapia).

Pharmacology

Фармакология

**Farmakon** — 1) aine, mis organismi viiduna muudab selle talitlust, olenevalt kasutusest võib olla kas ravim või mürk; 2) medikament, ravim.

Drug

Лекарственное вещество

**Farmakoretseptor** — biokeemiline substraat organismis, millega seostudes farmakon avaldab oma toimet, vt. toimemehhanism.

Receptor

Рецептор

**Farmakoteraapia** — ravi farmakonidega (ravimitega).

Pharmacotherapy

Фармакотерапия

**Fetotoksiline toime** — kogu raseduse või sünnituse ajal kasutatud farmakoni poolt esilekutsutud — vastsündinu elundite ja elundisüsteemide funktsionaalne ebatäiuslikkus.

Fetotoxic action

Фетотоксическое действие

**Füüsiline sõltumus** — ravimisõltumuse üks komponente, mille puhul farmakoni toime möödumisel või farmakoni ärajätmisel ilmuvad somaatilised võõrutusnähud e. abstinentsinähud.

Physical dependence

Физическая зависимость

**Harjumus e. talumus** — farmakoni toimivuse vähenemine selle korduval manustamisel.

Tolerance

Привыкание, толерантность

**Hematoentsefaalbarjäär** — bioloogiline barjäär, mis valikuliselt reguleerib ravimite tungimist ajju; eristatakse vere ja liikvori, vere ja ajukoe, liikvori ja ajukoe vahelisi barjääre.

Blood/brain barrier

Гематоэнцефалический барьер

**Histaminoblokeeriv toime** — histamiini-retseptorite sidumine antagonistiga poolt ja histamiini toime kõrvaldamine.

Histaminergic blocking action

Антигистаминное действие

**Hüpnootiline e. uinutav toime** — unisust ja une teket soodustav toime.

Hypnotic action

Гипнотическое действие, снотворное действие

**Inhibeeriv toime** — peamiselt ensüümide aktiivsust, aga ka elutalitlusi vähendav toime.

Inhibiting action

Ингибирующее действие

**Jaotumine** — farmakoni tungimine verest kudedesse ja koevedelikesse.

Distribution

Распределение

**Jaotuskoeffitsient** — jaotusruumala kehakaalu ühe kg kohta.

Relative distribution volume

Относительный объем распределения

**Jaotusruumala** — näiline ruumala, milles manustatud ravimi annus annab niisama suure kontsentratsiooni, kui see on mõõdetav veres.

Distribution volume

Кажущийся объем распределения

**Kaasuv toime** — farmakoni peatoimega ühe ja sama mehhanismiga vahendatud toime, kaasub

paratamatult peatoimele juba terapeutilise annuse kasutamisel.

Congeneric action

Сопутствующее действие

**Kataboolne toime** — peamiselt valkude dissimilatsiooniprotsesse soodustav toime.

Catabolic action

Катаболическое действие

**Kataleptiline e. kataleptogeenne toime** — võõtlhaste toonuse tõusu ja kangestuse esilekutsumine, enamiku neuroleptikumide iseloomulik kõrvaltoime.

Cataleptogenic action

Каталептическое действие

**Kaudne toime** — elundi või elundisüsteemi talitluse muutus, mis on tingitud farmakoni põhjustatud muutustest teise elundi talitluses (otsesest toimest).

Indirect action

Косвенное действие

**Kemoterapia e. keemiaravi** — 1) nakkushaiguste ravi valikulisel haigusetekitajatesse toimivate keemiliste ainete (ravimitega) vastandatuna seroterapiale; 2) pahaloomuliste kasvajate ravi meetodeid.

Chemotherapy

Химиотерапия

**Kliiniline farmakoloogia** — rakendusliku farmakoloogia haru, mille ülesandeks on efektiivne ja ohutu farmakoterapia konkreetse preparaadiga konkreetse haige puhul.

Clinical pharmacology

Клиническая фармакология

**Kolinoblokeeriv toime** — kolinoretseptorite sidumine antagonistide poolt, kolinergilise sünapsi erutusnähtude kõrvaldamine.

Anticholinergic action

Холиноблокирующее действие

**Kolinomimeetiline toime** — kolinoretseptorite ja kolinoreaktiivsete süsteemide ergutamine, kolinergilise sünapsi erutusnähtude imiteerimine.

Cholinergic action

Холиномиметическое действие

**Kootav toime** — vt. adstringeeriv toime.

**Ksenobiootikum e. kehavõõras aine** — organismile mitteomaste ainete, peamiselt farmakonide üldnimetus.

Xenobiotic

Ксенобиотик

**Kronofarmakoloogia** — farmakoloogia haru, mis uurib biorütmide osa farmakoni ja organismi vastasmõjus.

Chronopharmacology

Хронофармакология

**Kumulatsioon e. kuhjumine** — aine või selle toime tugevnemine farmakoni korduval manustamisel.

Cumulation

Кумуляция

**Kõrvaltoime** — farmakoni terapeutilise annuse poolt peatoimest erineva mehhanismiga avaldatav toime (vrd. kaasuv toime).

Adverse reaction

Побочное действие

**Küllastav annus** — summaarne ravimi hulk, mis on vajalik ravimi terapeutilise kontsentratsiooni saavutamiseks veres.

Saturating dose

Насыщающая доза

**Lokaalne toime** — ravimi manustamise kohal avalduv toime (mähkiv, paiksel toimastav jm.), puhtal kujul ilmneb harva.

Local action

Местное действие

**Mutageenne e. geneetiline toime** — farmakonist põhjustatud muutused rakkude pärikkuse mehhanismis.

Mutagenic action

Мутагенное действие

**Müorelakseeriv toime** — võõtlhaste toonuse alandamine, lihase lõõgastamine kas tsentraalse mehhanismiga või perifeerse neuromuskulaarse erutuse ülekande pärssimisega.

Myorelaxing action

Миорелаксирующее действие

**Müotroopne toime** — otsene silelihase funktsiooni mõjutamine, toimimata selle neuroregulatsioonisse.

Myotropic action

Миотропное действие

**Narkoloogia** — narkomaaniate ja alkoholismi tekkepõhjuste, leviku, kliiniku, ravi ja profülaktikaga tegelev teadusharu.

Narcology

Наркология

**Narkomaania** — ravimisõltumus narkootikumide nimekirja kuuluvast ainest, vt. ravimisõltumus.

Narcomania

Наркомания

**Narkootikum e. meelemürk** — ravimisõltumust põhjustav farmakon, mis kuulub vastavasse seadusega kehtestatud nimekirja ja mille valmistamise, säilitamise ja väljastamise kohta kehtivad erinõuded (näiteks morfiin, fenamiin).

Narcotic

Наркотическое лекарственное средство,

наркотик

**Narkootiline toime** — kesknärvisüsteemi üldist, kaasa arvatud hingamis- ja vereringeskeskus, toksilist pidurdust (narkoosi) esilekutsuv toime, ka üldanesteasiat tekitav toime.

Narcotic action

Наркотическое действие

**Neurotroopne toime** — 1) närvisüsteemi funktsioonide mõjutamine;  
2) silelihase funktsiooni mõjutamine neuroregulatsiooni kaudu.  
Neurotropic action  
Нейротропное действие

**Otsene toime** — toime, mille puhul primaarne ja sekundaarne farmakodünaamiline reaktsioon lokaliseerub ühes ja samas elundis.  
Direct action  
Прямое действие

**Peatoime** — rohkem väljendunud, praktilist rakenduslikku tähtsust omav farmakoni toime.  
Main action  
Основное действие, главное действие

**Platseebo** — ravimi imitatsioon; ravimivorm indiferentsest ainek, kasutusel sugestiivse komponendi välistamiseks ravimite toimes, ka psühhoterapeutilise efekti saamiseks.  
Placebo  
Плацебо

**Poolväärtusaeg** — farmakokineetiline mõiste, aeg, mille vältel farmakoni kontsentratsioon vereplasmas väheneb poolele oma lähteväärtusest.  
Half life  
Период полусуществования

**Preparaat** — vt. ravimpreparaat

**Prolongeeritud e. pikendatud toimeajaga preparaat** — preparaat, mille toime kestus on pikendatud tehnoloogiliste võtete ja/või manustamisviisiga.  
Prolonged dosage  
Препарат пролонгированного действия

**Psühhofarmakoloogia** — farmakoloogia haru, teadus psüühiliste protsesside ja käitumise juhtimisest psühhofarmakonidega.  
Psychopharmacology  
Психофармакология

**Psühhostimuleeriv toime** — psüühilist ja motoorset aktiivsust tõstev, vaimset ja kehalist töövõimet parandav ning ümbruskonnaga kontaktust suurendav toime.  
Psychostimulating action  
Психостимулирующее действие

**Psüühiline sõltumus e. iha** — ravimisõltumuse üks komponente (vt. füüsiline sõltumus), tung mingit ainet hankida ja kasutada seoses subjektiivselt meeldiva toime, eufooria, stimulatsiooni, rahunemise, joobe jms. esilekutsumisega.  
Psychical dependence  
Психическая зависимость

**Pöörduv e. irreversiibel toime** — toime, mille puhul farmakoni poolt esilekutsutud muudatused on püsivad ning säilivad ka pärast tema elimineerumist.

Irreversible action  
Необратимое действие

**Pöörduv toime** — toime, mille puhul farmakoni poolt esilekutsutud muudatused pärast tema elimineerumist mööduvad.  
Reversible action  
Обратимое действие

**Ravim e. medikament** — iga valmistatud, turustatud või turustamiseks ette nähtud aine (farmakon), mis on määratud haiguste ravimiseks, haiguste ärahoidmiseks, elutalitluse taastamiseks, korrigeerimiseks või muutmiseks.  
Drug, remedy  
Лекарство, медикамент

**Ravimpreparaat** — kindlas annuses ja ravimivormis väljastatav ravim.  
Drug preparation  
Лекарственный препарат

**Ravimisõltumus** — perioodiline või krooniline mürgistus, mis on kahjulik üksikisikule ja/või ühiskonnale ja mida kutsutakse esile farmakoni korduva manustamisega. Seda iseloomustavad psüühiline ja füüsiline sõltumus, talumus, isiksuse muutus.  
Drug dependence, addiction  
Лекарственная зависимость

**Reflektorne toime** — sekundaarne farmakodünaamiline reaktsioon, mis avaldub refleksina vastuseks retseptorite mõjutusele farmakoniga.  
Reflexogenic action  
Рефлекторное действие

**Resorptiivne e. imendumisjärgne toime** — toime, mis ilmneb pärast farmakoni imendumist, sattumist üldvereringesse ja seejärel kudedesse.  
Absorbitive action  
Резорптивное действие

**Retseptor** — vt. farmakoretseptor.  
Receptor  
Рецептор

**Sedatiivne e. uimastav toime** — kõrgema psüühilise tegevuse ja motoorika pärssimine, vaimse töövõime, mälu, õppimise, aktiivsuse jm. vähendamine.  
Sedative action  
Седативное действие

**Sensibiliseeriv toime** — ravimite organismi reaktiivsust muutev toime, mida seostatakse nende seondumisega plasmavalkudega ja valkude antigeensete omaduste muutusega.  
Sensibilizing action  
Сенсибилизирующее действие

**Spasmolüütiline e. spasme lõõgastav toime** — peamiselt silelihaste spasme kõrvaldav toime.  
Spasmolytic action  
Спазмолитическое действие

**Skriining e. sõeluuring** — uue ravimi farmakoloogiliste omaduste esialgne väljaselgitamine, uuring, mis sisaldab standardseid, lihtsaid ja massiliselt tehtavaid sõelteste mingi toimekvaliteedi kindlakstegemiseks või väljalülitamiseks.  
Screening  
Скрининг

**Stimulaator e. erguti** — mingit funktsiooni ergutav aine.  
Stimulator  
Стимулятор

**Säilitav annus e. säilitusannus** — ravimi terapeutilise kontsentratsiooni säilitamiseks vajalik annus.  
Maintenance dose  
Поддерживающая доза

**Sümpatolüütiline toime** — vegetatiivse regulatsiooni sümpaatilise osa toonuse alandamine (vrd. antidiadrenergiline toime).  
Sympatholytic action  
Симпатолитическое действие

**Sümpatomimeetiline toime** — vegetatiivse regulatsiooni sümpaatilise osa toonuse tõstmine (vrd. adrenomimeetiline toime).  
Sympathomimetic action  
Симпатомиметическое действие

**Sünergistlik toime** — farmakoni või endogeense aine toimega samasuunaline toime.  
Synergic action  
Синергистическое действие

**Talumus** — vt. harjumus.

**Terapeutiline toime e. ravitoime** — farmakoni sekundaarne farmakodünaamiline reaktsioon, mis väljendub elundi või elundisüsteemide, organismi kui terviku haiguslikult muutunud elutalitluse füsioloogilisele tasemele lähendamises.  
Therapeutic action  
Терапевтическое действие

**Teratogeenne toime** — loote väärarengute teket soodustav toime, peamiselt mitmesuguste farmakonide kasutamisel raseduse esimesel trimestril, s.o. loote organogeneesi ajal.  
Teratogenic action  
Тератогенное действие

**Toksiline toime** — mürgistust esilekutsuv toime.  
Toxic action  
Токсическое действие

**Toksikoloogia** — teadus mürgistest ainetest, mürgistustest ning nende vältimisest ja ravist.  
Toxicology  
Токсикология

**Toksikomaania** — sõltumus mingist ainetest (näiteks nikotiin, orgaanilised lahustid, fenatsetiin, kofeiin), vt. ravimisõltumus, narkomaania.

Toxicomania  
Токсикомания

**Tolerantsuse suurenemine** — vt. harjumus e. talumus.  
Tolerance  
Повышение толерантности, привыкание

**Toime** — farmakonist põhjustatud organismi talitluse muutus, selle mehhanismid ja ilmingud.  
Action  
Действие

**Toimeilming** — nähtav ja kirjeldatav organismi funktsioonide muutus farmakoni toimel, sekundaarne farmakodünaamiline reaktsioon.  
Effect  
Действие

**Toimemehhanism** — füsioloogilised ja biokeemilised protsessid, mis osalevad farmakoni toime avaldamises alates seostumisest retseptoriga ja lõpetades toimeilminguga.  
Mechanism of action  
Механизм действия

**Trankvilliseeriv e. rahustav toime** — negatiivsete emotsioonide (hirmu, ärevuse, agressiivsuse jt.) pärssimine.  
Tranquillizing action  
Транквилизирующее действие

**Tümoleptiline toime** — haiguslikult alanenud meeleolu normaliseeriv, optimistlikumat ellusuhtumist tekitav toime.  
Thymoleptic action  
Тимолептическое действие

**Ultserogeenne toime** — mao- või kaksteistsõrmikuhaavandeid tekitav toime.  
Ulcerogenic action  
Ульцерогенное действие

**Valikuline toime** — farmakoni toime, mille puhul kõrvaltoimed puuduvad või on minimaalsed.  
Selective action  
Избирательное действие

**Vastunäidustus** — asjaolu, mis osutab kasutatava või kasutamiseks valitava ravimi ebasobivusele antud olukorras.  
Contraindication  
Противопоказание

**Ärajuhtiv toime** — valuaistingu vähendamine tundenärvide lõpmete ärritamisega farmakoni abil.  
Отвлекающее действие

**Ärajätmisenähud** — pikaajalise kasutamise korral (näiteks mõned psühhotroopsed ravimid, glükokortikosteroidid jt.) ravimi ärajätmisel tekkivad haiguse ägenemise nähud.  
Withdrawal symptoms  
Явления отмены

TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia  
kateeder

## Tervishoiuministeriumis

1986. aasta 6. novembri koosolekul arutati Tartu linna ja rajooni tervishoiuasutuste juhtimise reorganiseerimist ja ainelise baasi väljaarendamist. Tartu RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond likvideeritakse ja moodustatakse Tartu Linna Keskpolikliinik. See saab kõik senise tervishoiuosakonna õigused ja kohustused ning talle hakavad alluma Tartu 11 tervishoiuasutust. Rajatakse ülelinnaline majandus- ja tehnohooldetalitus. XII viisaastakul ühendatakse järk-järgult Tartu linna ja rajooni tervishoiuvõrk nii funktsionaalselt kui ka administratiivselt teatavas osas. Tartu vajab muude uute tervishoiuasutuste kõrval ka uut prosektoori, kohtumeditsiinilaboratooriumi, tuberkuloosidisperseriile uut köögikorpust ja laboratooriumisektsiooni, ka uut lastepolikliinikut.

13. novembri kolleegiumi koosolekul arutati tuberkuloositõrjet 1986. aastal. Aruande esitas Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri peaarst V. Vaasa ja kaasaruande peaftisiaater meditsiinidoktor L. Jannus. Otsuses fikseeriti edaspidise töö suunised.

Veel oli päevakorras abordivastase töö arutelu meie vabariigi tervishoiuasutustes. Eriti palju tehakse aborte Kohtla-Järvel ja Narvas, Tartus ja Pärnus tunduvalt vähem. Vajalik on veelgi parem sanitaarselgitustöö, kontratseptikumide kättesaadavus ja kasutamise oskus, nende naiste dispanseerimine, kellele on paigaldatud emakasisene spiraal.

Samal koosolekul arutati esmakordselt Eesti Üliõpilaste Ehitusmaleva (EÜE) rühmade sanitaar-hügieenilisi tingimusi ja arstiabi 1986. aasta suvel. Ehitusrühmades oli kokku 125 meedikut, sealhulgas töötasid ravi- ja profülaktikaasutustes 38 meditsiinitöötajat. Koostöös EÜE keskstaabiga olid ehitusmalevlastele tagatud arstiabi, optimaalsed olmetingimused, toitlustamine, joogiveega varustamine. Ehitusrühmade arstidele korraldati 37-tunnine õppetsüklil «Noorte meedikute kool». Üliõpilaste meditsiinilised läbivaatused ja kaitsepookimised korraldati kindla plaani järgi. 105 üliõpilast andsid verd tasuta, koguti 275 kg ravimtaimi. Vaid üksikjuhtudel avastasid sanitaar- ja epidemioloogiatalituse töötajad puudusi Vara, Nõgiaru, Liivi, Tohisoo ehitusrühmades ning ka Väinamere regioonis. Kolleegiumi otsus näeb ette meetmed 1987. aasta suveks.

*Vello Laos*

21. jaanuaril 1987 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski eesistumisel. Päevakorras oli viis küsimust.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusdirektor prof. V. Kung rääkis instituudi töötajate atesteerimiseks ettevalmistusest. Selleks on moodustatud komisjonid, koostatud atesteerimise graafik. Selgitatakse iga töötaja, eriti aga teadurite vastavust oma ametikohale. Atesteeritakse 1987. aasta teises kvartalis, seni palku ei korrigeerita.

Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor L. Priimägi teatas, et eksperimendi korras toimub selles instituudis atesteerimine koos palkade korrigeerimisega. Teistes teadusasutustes ei ole töötajate atesteerimiseks veel midagi tehtud.

Uurimistulemuste kasutuselevõtt andis aru allkirjutanu. Eesti NSV Tervishoiuministerium on kinnitanud meie vabariigi uurimistulemuste evitamise perspektiivplaani aastaks 1986...1990. Selle plaani alusel on ette nähtud rakendada 91 uut või täiustatud haiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi meetodit. Koostamisel on täiendav plaan, mille aluseks on NSV Liidu Tervishoiuministeriumi poolt kinnitatud teadussaavutuste evitamise ettepanekud. Teadussaavutuste kasutuselevõtt on tervishoiuministeriumi peaspetsialistide, ühiskondlike peaspetsialistide ja haiglate peaarsti asetäitjate üks tähtsamaid ülesandeid.

Koosolekul arutati ka loomingulise puhkuse andmist J. Eelmäele, kelle väitekirja teema on «Liikvori dünaamika peaju vasaklaarse patoloogia korral». Juhendaja prof. A.-E. Kaasik andis tehtud tööle hea hinnangu. Teadusliku meditsiininõukogu presiidium otsustas J. Eelmäele taotleda dissertatsiooni lõplikuks vormistamiseks kolm kuud loomingulist puhkust.

Prof. P. Bogovski rääkis kardioloogiainstituudi teadusliku ja praktilise tegevuse kompleksset kontrollimisest. Vastavalt tervishoiuministeriumi 1987. aasta tööplaanile on ette nähtud kolme aasta jooksul kontrollida kardioloogiainstituudi teaduslikku ja praktilist tegevust. Komisjoni esimeheks soovitati valida ministeriumi peaterapeut prof. N. Elšteini, tema esitab tervishoiuministriale kinnitamiseks komisjoni liikmete nimekirja.

Allkirjutanu rääkis teadusliku meditsiininõukogu 1986. aasta plaani täitmisest.

*Andrei Sarap*

Eesti NSV Tervishoiuministeriumi alkoholismikomisjoni järjekordne istung toimus 21...22. oktoobrini 1986 Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas. Istungit juhatas tervishoiuministri asetäitja E. Palo, nõupidamises osalesid NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige prof. J. Saarma, tervishoiuministeriumi valitsusjuhataja V. Jänes ja teised komisjoniliikmed. Kõne all olid meie vabariigi narkoloogiaasutuste struktuur, materiaalne baas,

narkoloogide kaader, samuti alkoholismihaigete ravi ja profülaktika. Peanarkoloog A. Liiv tutvustas narkoloogiaalase registri ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla peaarsti A. Adamsoo psühhiaatriaalse registri koostamiseks tehtud ettevalmistustöid. Meditsiinidoktor H. Väre käsitles psüühiliselt haigete rehabiliteerimist.

Otsustati jätkata organisatoorset ja metoodilist tööd, tõsta narkoloogide kaadri kvalifikatsiooni ning täiustada alkoholismi ravi- ja profülaktikameetmeid. Tunnistati otstarbekaks registre koostamiseks algatus ning koostöö Eesti NSV Sotsiaalhooldusministeeriumiga psüühiliselt haigete rehabiliteerimise alal. Kuulati ka informatsiooni Tartu ja Tallinna psühhiaatria haiglate ehitamise kulu kohta ning alkoholijoobe ekestiisi Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast Vabariiklikku Narkoloogiadispanserisse üleviimise kohta.

3. detsembril 1986 Vabariiklikus Narkoloogiadispanseris peetud istungil, mida juhatas tervishoiuministeeriumi valitsusjuhataja V. Jänes, arutati alkoholiivastast võitlust Haapsalu ja Rapla rajoonis. Ettekanded olid Haapsalu rajoonipsühhiaatrilt L. Leinsalult ning Rapla rajooni narkoloogi kohusetäitjalt V. Frolovilt.

Arutelust ilmnest, et mõlema rajooni narkoloogiline abi on ebarahuldav. Rajoonide juhtkondi kohustati narkoloogilise ja psühhiaatrilise abi vorme ning meetodeid täiustama ning tervishoiuministeeriumile tehti ettepanek arutada nende rajoonide narkoloogiatalitust 1987. aasta I kvartalis kolleegiumi koosolekul. Tervishoiuministeeriumi alkoholismikomisjoni istungi protokoll saadeti mõlema rajooni täitevkomiteele ning ka EKP Haapsalu ja Rapla rajoonikomiteele.

Alkoholismikomisjoni istungil olid veel NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige prof. J. Saarma, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees T. Hendrikson.

*Rostislav Vassiljev*

**Üheteistkümnenda viisaastaku ülesannete eduka täitmise eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 19. septembril 1986 oma aukirjaga järgmisi tervishoiutöötajaid:**

**Dargel, Malle Evaldi t.** — Kallavere Haigla ämmaemand

**Dobrina, Taissia Ivani t.** — Tartu Linna Poliikliiniku arst

**Einamäe, Elle Alfredi t.** — Tallinna Nõmme Haigla meditsiinistatistik

**Ermann, Tiiu, Ernsti t.** — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi valitsusjuhataja asetäitja

**Ferdmann, Alla Bentsioni t.** — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi inspektorarst

**Glikman, Bina Isaki t.** — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla arst

**Jaroslavtsev, Nikolai Nikolai p.** — Tallinna Linna Nakkushaigla osakonnajuhataja

**Juhaso, Ado Augusti p.** — Põlva Rajooni Keskhaigla peaarst

**Kala, Anne Arbo t.** — Tallinna 4. apteeği farmatseut

**Kalamees, Riina Elmari t.** — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi juhataja

**Kaljagina, Valentina Efimi t.** — Narva Linna Keskhaigla vanemmeditsiiniõde

**Kaljuste, Tiiu Johanne t.** — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja

**Karpunin, Boriss Ivani p.** — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

**Kaunis, Virge Endli t.** — Tallinna Vabariikliku Haigla Silmakliiniku vanemmeditsiiniõde

**Kenk, Juhanna, Juhani t.** — Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla laevavelsker

**Keskrand, Luise Kusta t.** — Võru Rajooni Keskhaigla velsker

**Koit, Saima Karl-Rudolfi t.** — Kingissepa Rajooni Keskhaigla arst

**Kreek, Jadviga Aleksei t.** — Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst

**Krooni, Paul Eugeni p.** — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja

**Käärid, Pille Aleksandri t.** — Rapla Rajooni Keskhaigla ülemõde

**Kübbar, Silvi Andrei t.** — Elva Väikelastekodu peaarst

**Logatševa, Nona Fjodori t.** — Tallinna Stomatology Polikliiniku koristaja

**Luik, Vallo Haljandi p.** — tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi autojuht

**Nisu, Vello Arturi p.** — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse juhataja

**Nikiforov, Nikolai Paveli p.** — Narva Linna Keskhaigla peaarsti asetäitja

**Nõu, Avo Aleksei p.** — tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi direktor

**Polevšikova, Svetlana Viktori t.** — Kohtla-Järve Linna Kiirabihaigla meditsiiniõde

**Puussaar, Neemi Juhani p.** — Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama instruktor

**Pöder, Aasa Hermani t.** — Valga Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

**Roos, Eda Elmari t.** — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi inspektorarst

**Sivenkov, Anatoli Aleksei p.** — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi osakonnajuhataja

**Sooväli, Eve-Merike Johanne t.** — Tartu Kliinilise Haigla vanemmeditsiiniõde

**Sorokina, Tatjana Filimoni t.** — Tallinna I Lastehaigla jaoskonnaarst

**Sudakova, Rimma Nikolai t.** — Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi laboratooriumijuhataja

**Zettur, Linda Oskari t.** — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla õdeperenaine

**Talving, Milvi Hugo t.** — Harju Rajooni Kose Jaoskonnahaigla meditsiiniõde

**Tamm, Oku Maksim p.** — Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja

**Tasane, Lea Pauli t.** — Tallinna Harjumäe Haigla arst

**Tomilin**, Mihhail Aleksandri p. — tootmis-koondise «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi autojuht

**Toffer**, Evi Johannese t. — Haapsalu Rajooni Linnamäe velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

**Trug**, Õie Oskari t. — Paide Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde

**Tühis**, Kelli Benno t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

**Vaher**, Erika Jaani t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla vanemmeditsiiniõde

**Vilt**, Imbi Heino t. — Tallinna Tõnismäe Haigla vanemmeditsiiniõde

**Üheteistkümnenda viisaastaku ülesannete eduka täitmise eest autasustati Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu aukirjaga järgmisi tervishoiutöötajaid:**

**Aavaste**, Noora — Rakvere Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde

**Bajunova**, Ljudmila Dmitri t. — Narva Linna Keskhaigla meditsiiniõde

**Doronina**, Nadežda Vassili t. — Tallinna Linna Kiirabihaigla osakonna vanemõde

**Johanson**, Martin Elmar-Johannese p. — Tartu Rajooni Keskpolikliiniku peaarst

**Kiudsoo**, Ruth Karli t. — Tallinna I Lastehaigla Kesklinna Lastepolikliiniku vanemõde

**Kivilo**, Maano Oti p. — Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst

**Kurtenkov**, Oleg Afanassi p. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

**Mardna**, Peeter Leonhardi p. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi pearöntgenoloog

**Märtin**, Jaan Karl-Arnoldi p. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peapepidemioloog

**Mölder**, Mare-Pauliine Pauli t. — Pärnu-Jaagupi Linnahaigla pediaater

**Raaga**, Harry Juhani p. — Harju Rajooni Keskpolikliiniku peaarst

**Randrüüt**, Veljo Augusti p. — Paide Rajooni Keskhaigla peaarst

**Rannamäe**, Rein Rihardi p. — Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst

**Sibul**, Uno Friedrichi p. — Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna peakirurg

**Silland**, Manfred Voldemari p. — Narva Linna Keskhaigla peaarst

**Tamm**, Riho Haraldi p. — tootmis-koondise «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi lukksepp

**Tammeraid**, Tiiu Feliksi t. — Paide Rajooni Keskhaigla stomatoloog

**Tõnno**, Tiiu Aleksandri t. — Tartu Linna Onkoloogiadisperseri meditsiiniõde

**Ulm**, Elvi Rudolfi t. — Harju rajooni 24. apteeği sanitar

## TRÜ arstiteaduskonnas

Ülikooli nõukogu valis 28. novembril 1986. aastal farmaatsia kateedri juhataja kohale dotsent I. Tammaru. Samal koosolekul valiti filo-

soofia kateedri uueks juhatajaks prof. E. Loone. Doktoriväitekirjade valmimise kohta andsid arstiteaduskonnast aru vanemteadurid A. Žarkovski ja T. Haviko.

Arstiteaduskonna poliitpäeval 10. detsembril 1986. aastal esines Tartu Linna RSN TK Tervishoiuosakonna juhataja M. Sikk teemal «Elanikkonna tervislik seisund: meditsiini ökonomika ja efektiivsus».

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi nõukogu arutas 15. detsembril 1986 töötajate atesteerimise tulemusi. Teadurid, vanemlaborandid ja insenerid atesteeris rektori määratud komisjon vastavalt uuele teadurite nomenklatuurile. Komisjoni töö hinnati heaks ning atesteerimise tulemused kinnitati. Ülikooli teaduspoliitikast rääkis teadusprorektor prof. A. Kallikorm. Instituudi psühhofarmakoloogia laboratooriumi juhataja meditsiinkandidaat E. Vasar andis aru laboratooriumi tööst. Laboratoorium teeb ühist uurimistööd farmakoloogia ja psühhiaatria kateedriga (neuroleptikumide, nootroopsete ainete, stressivastaste ainete eksperimentaalne ja kliiniline farmakoloogia, immuunsüsteemi mõjutamine psühhofarmakonidega). Juurutamisel on uued ained, mille farmakoloogilist ja toksikoloogilist toimet on uuritud koos farmakoloogia kateedriga. Osa võetakse lepinguliste uurimistööde täitmisest. Plaanis on intensiivistada neid uurimisi, mis käsitlevad alkoholi ravi efektiivsuse suurendamist. Laboratoorium on viimastel aastatel püsinud instituudi parimate hulgas. Seoses instituudi senise direktori dotsent L. Karu üleminekuga Tartu Kliinilise Haigla peaarstiks, on 1. detsembrist 1986 instituudi direktoriks senine asedirektor bioloogiadoktor A.-V. Mikelsaar.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 16. detsembril 1986 kuulati farmaatsia kateedri dotsendi kohusetäitja A. Nurga *venia legendi* loengut «Biosaadavus — ravimite terapeutilise efekti kriteerium». Ta käsitles uusi saavutusi ja arengusuundi ravimite kineetika täpseks uurimiseks ning raviskeemide korrastamiseks, lähtudes ainete biosaadavusest, ravimivormist ja manustamisviisist. A. Nurgale otsustati taotleda dotsendikutse.

Nõukogu arutas meditsiiniinformaatika ja arvutustehnika õpetamist arstidele üldfüüsika ja geofüüsika kateedrites. Aruande esitas arstide füüsikakursuse eest vastutav õppejõud dotsent T. Mürsepp. Leiti, et arvutustehnikat on vaja kiiremini rakendada ka arstiteaduskonna kateedrite õppetöös. Seda rõhutas ka koondise «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektori asetäitja M. Toomesoo, kes rääkis uue meditsiinitehnika automatiseerimise vajadusest, samuti kompuutrite tähtsusest. Ta mainis ka, et arstide teadmised automaatjuhtimise alal on vähesed.

Prodekaan prof. L. Pokk rääkis talviseks eksamisessiooniks valmistumisest. Vastavalt NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi korraldusele tuleb järeleksamid sooritada vahelajal, enne uue semestri algust.

Nõukogu teadussekretäri dotsent A. Pavese ettekanne käsitles nõukogu otsuste täitmist.

Arstiteaduskonna nõukogu, ÜMPI nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 20. jaanuaril 1987 valiti arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ning spetsialiseerimise teaduskonna teraapia kateedri dotsendi kohale meditsiinkandidaat I. Liiv.

Teadusprodekaan prof. E. Sepp ja ÜMPI direktor A.-V. Mikelsaar tegid kokkuvõtte 1986. aasta teadustööst. Tähtsamate teadussaavutustena märgiti töid kliinilise immunoloogia, südameveresoonkonna kirurgia, farmakoloogia, stomatoloogiliste haiguste ja biotehnoloogia alal. Tartu Riiklik Ülikool on üleliiduliselt kinnitatud juhtivaks kõrgkooliks farmakoloogiliste ainete, ravimeetodite ning südameveresoonkonna haiguste uurimise alal NSV Liidu kõrgharidussüsteemis. Üleliidulistes teadus- ja tehnikaprogrammides täideti 24 teemat, ÜMPI-s on 8 teemat täitmisel VMN-i maade teaduse ja tehnika kompleksprogrammis «Biotehnoloogia meditsiinis». Enamik töid on koordineeritud NSV Liidu Meditsiiniakadeemia üldplaaniga.

1986. aastal ilmus arstiteaduskonna ja ÜMPI töötajailt, aspirantidelt ja üliõpilastelt kokku 800 trükist (1985. aastal 650), sealhulgas 43 õppevahendit, üks õpik ja üks monograafia ning saadi kolm autoritunnistust. Publikatsioonide arvu ja mahu poolest olid paremad hügieeni ja teravishoiuorganisatsiooni, pediaatria, farmakoloogia, otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia ning psühhiaatria kateeder, ÜMPI geneetika- ja biotehnoloogiaosakond, psühhofarmakoloogia laboratoorium. Vähe töid ilmus farmaatsia; arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ning spetsialiseerimise teaduskonna teraapia, radioloogia ja onkoloogia, patofüsioloogia kateedri töötajailt.

Arstiteaduskond ja ÜMPI korraldasid aruandeaastal üleliidulise sümposiumi neuroleptikumide keemia, farmakoloogia ja kliiniku alal, vabariikliku konverentsi biotehnoloogia saavutuste fundamentaalsetest aspektidest ja praktilisest kasutamisest, vabariikliku füsioloogide konverentsi, arstiteaduskonna konverentsi meditsiini saavutustest ning lisaks veel kaks ülikoolisest konverentsi. Kaitsiti kaks doktori- ja 18 kandidaadiväitekirja, võeti kasutusele 76 uut uurimis- ja ravimeetodit, tehti 44 ratsionaliseerimisetepanekut. Üliõpilased esitasid 104 võistlustööd.

Arstiteaduskonnas ja ÜMPI-s täideti 27 lepingulist tööd maksumusega 700 000 rubla. Puudustena märgiti ruumikitsikust enamikus allasutustes, aparaatide tagavaraosade vähesust, üliõpilaste vähest teadustööga hõivatust. Kinnitati teaduskonna nõukogu kevadsemestri tööplaan.

Arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ning spetsialiseerimise teaduskonna dekaan prof. H. Tikko esitas selle teaduskonna 1986. aasta töö aruande. Aastaplaan täideti. Korraldati 40 täienduskursust, teaduskonna lõpetas 468 kursanti. Õppetöö maht vastas 20,6 õppejõu koormusele. Komplekteerimiskeskuste tõttu jäid ära täiendustükkel, mis käsitles ekstragenitaalset patoloogiat raseduse ja günekoloogiliste

haiguste korral, ja välikirurgia täiendustükkel. Väljaspool plaani toimusid täiendustükolid südame isheemiatõve diagnoosimise ja ravi alal Tallinnas ning luumurdude, osteomüeliitide ja põletuste ravi alal Seppo meetoditel, samuti Tallinnas.

Täienduskursuse lõpetajatest olid 59 linnajaoskonnaterapeutid, 22 linnajaoskonnapediaatrid, 13 kiirabiiristid, 48 maajaoskonnaarstid. Seega moodustavad jaoskonna- ja kiirabiiristid täienduskursuse lõpetajatest ainult 30,3 % (NSV Liidu keskmiselt aga 44,8 %).

Hästi töötasid arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ning spetsialiseerimise teaduskonna teraapia, neuroloogia, neurokirurgia, radioloogia ja onkoloogia ning eriti psühhiaatria kateeder. Õppetöö mahust moodustas teraapia kateedri osa 27,1%, psühhiaatria kateedril 11,9%, farmaatsia kateedril 7,1%. Täiendamisteaduskonnas kontrolliti ka õppe- ja metoodilist tööd ja dokumentatsiooni.

*Lembit Allikmets*

1986. aastal esitati üliõpilaste teadustööde vabariiklikule konkursile 12 meditsiinalast tööd. Neist nelja töö autorid said I järgu diplomi, rinnamärgi ja rahapremia, kuue töö autorid I järgu diplomi ja rinnamärgi. II järgu diplom ja rinnamärk anti kahe võistlustöö autoritele.

Üliõpilase A. Langi eksperimentaalne uurimistö «Haloperidooli pikaajalise manustamise mõju tseruleiini käitumuslikele efektidele» on valminud TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedris prof. Elmar Vasara, ÜMPI vanemteaduri Eero Vasara ja aspirant A. Soosaare juhendamisel. Töös on käsitletud haloperidooli pikaajalise manustamise mõju koletsüstokiniini oktapeptiidi analoogi tseruleiini käitumuslikele efektidele. Uurimistulemused näitasid, et neuroleptikumi haloperidooli kestev manustamine mõjutab kõiki tseruleiini toimeefekte. Arvestades tseruleiini võimalikku antipsühhootilise toime seost neuroleptikumidega, saab töö tulemusi rakendada psühhiaatrias.

Võistlustöö «Aortokoronaarne šunteerimine ägedast müokardiinfarktist põhjustatud südame vasaku vatsakese raske kahjustuse korral» esitas üliõpilane A. Loog, juhendaja oli ÜMPI nooremteadur T. Meren. Autor on analüüsinud aortokoronaarse šunteerimise tulemusi 59 haigel, kellel esines ägedast müokardiinfarktist tingitud südame vasaku vatsakese raske kahjustus. Töö tulemused näitasid, et südamelihase otsene revaskulariseerimine on edukas ka infarktipuhuste südamelihase raskemate kahjustuste korral. Uurimisel on suur rakenduslik tähtsus ägedat müokardiinfarkti põdejate kirurgilise ravi näidustuste väljaselgitamisel ja ravitulemuste parandamisel.

Üliõpilaste A. Johanson, P. Essi, V. Tiganiku ja A. Sepa uurimus «Küüliku kõhunäärme välis-sekretoorse talitluse regulatsioonimehhanismide uurimine» käsitles serotoniini osatähtsust pankrease sekretoorse talitluse regulatsioonis. Eksperimendid küülikutega näitasid, et serotoniini stimuleeriv mõju ei ole vahendatud adrenergiliste

ega dofaminergiliste struktuuridega. Võistlustöö on valminud TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri assistendi J. Vaasa juhendamisel.

Üliõpilase M. Ulsti töö «Ajuverevoolu dünaamika taalamuse stereotaksilise termokoagulatsiooni järgselt» on eksperimentaaluurimus, mis on valminud TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedris prof. A.-E. Kaasiku ja assistent T. Asseri juhendamisel. Autor on 41 koeral vesinikkiirensi meetodil uurinud aju hemodünaamikat stereotaksiliste operatsioonide järel. Selgus, et termotalamotoomia tekib ajus reaktiivne hüperemia, mis on väljendunud ja kestvam perifokaalses tsoonis. Töö tulemused on rakendatavad neurokirurgias haigete operatsioonijärgse seisundi selgitamisel.

I järgu diplomi ja rinnamärgi saanud kuus võistlustööd olid järgmised: O. Kogre, R. Raakase «Südame ja vereringe seisund reumatoidartriidi puhul lastel», juhendajad dotsent A. Paves ja dotsent L. Tamm; J. Harro, M. Põllu, K. Pirbe, H. Nooda «Baklofeen, GAVH<sub>B</sub>-retseptorite selektiivse agonisti bensodiasepiini retseptoritele avaldatava toime uurimine», juhendaja vanemõpetaja L. Rágo; A. Toomela, J. Rosenfeldi «Hemipareesiga laste kliinilis-neuropsühholoogiline uurimine», juhendaja dotsent T. Talvik; K. Lääne, P. Tauli «*Matricaria matricarioides*'e ja tema mõningate ravimivormide farmatseutiline uurimine», juhendajad vanemõpetaja E. Arak ja assistent A. Raal; M. Peeba «Südame vasaku vatsakese kontraktsioonivõime muutus pärast intrakoronaarset trombolüütilist ravi», juhendaja vanemteadur J. Eha; J. Mähari, R. Otsingu, M. Ranniku «Homopantoteenhappe derivaatide nootroopsete ja biokeemiliste efektide eksperimentaalne uurimine», juhendaja vanemõpetaja M. Otter.

II järgu diplomi ja rinnamärgi vääriliseks hinnati nooremate kursuste üliõpilaste võistlustööd: R. Klamase «Üliõpilaste vaimne töövõime ja isiksuse omadused», juhendaja vanemteadur A.-T. Kaasik, ning K. Kanni ja K. Koka «Sulgumismaht, seda mõjustavad tegurid ja algoritm programmile sulgumismahu mõõtmiseks elektronarvuti abil», juhendaja dotsent P.-H. Kingisepp.

Jaak Maaroo

## Tervishoiutöötajate ametiühingus

27. jaanuaril toimunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosoleku päevakorra põhiküsimus oli Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ning Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu asutuste ning ettevõtete töötajate eri-, sanitaar- ja hügieeniriistusega varustamine. Kuulati ning arutati tervishoiuministri asetäitja J. Markovi, Kuurortide Eesti Vabariikliku Nõukogu esimehe K. Tamburi ja Tervis-

hoitöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee peatehnikainspektori E. Risti ettekanded.

1983. aasta eririistuse normidest lähtudes on tervishoiu- ja kuurordiasutused oma töötajate nõudeid põhiliselt rahuldanud. Psühhoneuroloogiahaiglate tööravi ja tootmistöökojad on süstemaatiliselt uuendanud õmblustoodete mudelid ning tellimise eesmärgil tutvustanud neid ka asutuste administratsioonidele. Kuid 1986. aasta lõpul tuli tervishoiuasutuste sellealase töö kontrollimisel ilmsiks mitmeid puudusi. Kõige rohkem on muret tekitanud personali üleriistete, eriti nii vajalike poolkasukate nappus. Nii saadi neid möödunud aastal ainult 10% tellitud kogusest. Vähevõitu on ka sooje jalatseid. Varustusorganisatsioonid saadavad jalatseid sageli küll tellitud koguses, kahjuks aga jätvad arvestamata erinevate numbrite hulga. Kontrollimisel selgus ka see, et mitmes tervishoiu- ja kuurordiasutuses on rikutud eri-, sanitaar- ja hügieeniriistuse tellimise, vastuvõtmise, hoidmise, väljaandmise ning kasutamise korda. Nii jättis sanatooriumi «Laine» tookordne juhtkond aastaiks 1985... 1986 eririistuse üldse tellimata. Paljudel asutustel on endiselt pretensioone pesumajade töö ja kvaliteedi suhtes.

Presiidiumi koosolekul võeti vastu otsus nimetatud puuduste kõrvaldamiseks ning kontroll selle täitmise üle pandi peatehnikainspektor E. Ristile.

## Punase Risti Seltsis

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee presiidiumi jaanuarikuu istungil oli arutlusel seltsi töö 1986. aastal. Tehti kokkuvõtteid ka linna- ja rajoonikomiteede vahelise sotsialistliku võistluse tulemustest.

Punase Risti Seltsi Keskkomitee tervikuna täitis kõik plaanilised ülesanded. Seltsi liikmete arv suurenes 1986. aastal 25 000 võrra. 1987. aasta alguseks oli seltsil 751 800 liiget, mis moodustab kogu rahvastikust 48,1%. Kõige parem on see näitaja Võru rajoonikomitees (esimees L. Schönberg, aseesimees H. Kalda), kus seltsi liikmed on 54,3% elanikest, järgnevad Rakvere (T. Randlane, M. Puusepp) ja Tartu (S. Ellersee, E. Laine) rajoonikomitee 54,2%-ga.

Üle 50% elanikest kuulub seltsi veel Valga (P. Rahu, A. Pääre), Viljandi (R. Kariis, V. Arak), Haapsalu (U. Sukles, G. Raatpalu), Paide (P. Piik, A. Jaksi), Jõgeva (V. Kõiv, E. Alter) ja Rapla (M. Pöld, A. Koppel) rajoonikomitees ning Kohtla-Järve linnakomitees (A. Rodin, A. Nurk). Väiksem on elanike hõlmatus Tallinna linna Mererajooni komitees (aseesimees S. Volman), Narvas (esimees B. Tsitlis), Pärnu (A. Saksing, H. Eedra) ja Tartu (M. Sikk, A. Kilter) linnakomitees.

Kõige rohkem suurenes liikmete arv aasta jooksul Võru rajoonikomitees — 11,3%. Järgnesid Tallinna linna Mererajooni komitee 9,7%, Paide

5,9 % ja Põlva (M. Porila, R. Tamm) rajoonikomitee 5,8 %-ga.

Et doonoritelt korrage võetavat verekogust suurendati, oli paljudel linna- ja rajoonikomiteedel raske täita doonorite arvulist plaani. Tartu linnakomitee ning Jõgeva, Kingissepa, Paide, Põlva, Rakvere, Rapla ja Valga rajoonikomitee jäigi doonorite arvuline aastaplaan täitmata. Meie vabariigis tervikuna doonorite arvuline plaan täideti. Paremini töötasid doonorluse alal Tartu rajoonikomitee ning Narva, Tartu ja Pärnu linnakomitee.

Koolitöönõukogudest tunnistati paremateks Jõgeva (esimees A. Ehala), Kohtla-Järve (L. Kotškina) ja Viljandi (R. Mammon) koolitöönõukogu. Ühiskondlike sanitaarinspektorite nõukogud olid paremad Harju rajoonis, Tallinnas ja Kohtla-Järve linnas.

1986. aastal paranes Punase Risti Seltsi koostöö karskusühingu, tervishoiuasutuste ja tsiviilkaitsesaapidega ühisürituste korraldamisel. Anti välja palju doonorluse-, alkoholismi- ja esmaabialaseid plakateid.

1986. aasta töötulemuste põhjal tunnistati parimateks Kohtla-Järve linnakomitee (esimees A. Rodin, aseesimees A. Nurk) ning Tallinna Oktoobri rajooni komitee (aseesimees M. Säask). Need komiteed otsustati esitada üleliidulisest sotsialistlikust võistlusest osavõtjateks.

Teisele kohale tulid Tallinna Kalinini rajooni komitee (esimees M. Adoson, aseesimees L. Teras), Võru (L. Schönberg, H. Kalda) ja Viljandi (R. Kariis, V. Arak) rajoonikomitee. Kolmandaks jäid Tallinna Lenini rajooni komitee (A. Kivilo, M. Vilbaste), Harju (H. Raaga, S. Kõiv), Haapsalu (U. Sukles, G. Raatpalu), Tartu (S. Eller-ve, E. Laine) ja Hiiumaa (T. Ilves, R. Jänes) rajoonikomitee.

Jaoskonnakomiteedest tuli esikohale Kohtla-Järve I Polikliiniku jaoskonnakomitee (esimees S. Rajassaar), teiseks jäi Jõgeva rajooni Vaimastvere jaoskonnakomitee (M. Koppa) ja kolmandaks Põlva rajooni Ahja jaoskonnakomitee (L. Kaldmets).

*Gunnar Sukles*

## Karskusühingus

Karskusühingu juhatus arutas karskusliikumist Tartus. Ühingul on Tartus 157 algorganisatsiooni kokku üle 4000 liikmega. Hea koostöö on paljude asutuste ja ühiskondlike organisatsioonidega, ajalehe «Edasi» toimetusega. Edukas oli karskuspropagandakuu 1986. aasta oktoobris. Ka rahvaspordiürituste korraldamisest võetakse aktiivselt osa.

Muret teeb aga noorte vähene huvi karskusprobleemide vastu. Ka osa tervishoiutöötajaid on karskusliikumise suhtes äraootaval seisukohal. Inimestel on palju väärarvamusi alkoholipruukimise vajalikkusest ning moonutatud ettekujutusi karskusliikumise eesmärkidest ja ülesannetest. Karskusühingu juhatus hindas karskusühingu

Tartu linnaorganisatsiooni 1987. aasta tegevusplaani heaks. Plaanis on aktiveerida ühingu algorganisatsioonide tegevust, tõhustada karskusliikumist noorte hulgas ning läbi töötada karskusliikumise teaduslik-metoodilised küsimused.

Meie vabariigi karskusühing kavatseb 1987. aastal eriti suurt tähelepanu pöörata noorte karskusliikumisele. Neid probleeme arutatakse aprillis toimival ühingu nõukogu plenaaristungil.

TRÜ ja Eesti NSV Karskusühing korraldavad novembris vabariikliku karskuskonverentsi Tartus, et saada ülevaade sellealastest teadustööst.

Karskusühingu juhatuse esimehe esimene asetäitja U. Elmi ja allakirjutanu arutasid koos narkoloogiateenistuse töötajatega narkoloogide osavõttu karskusliikumise, narkoloogiapostide tegevuse aktiveerimist ning karskuspropaganda tõhustamist.

Koos Eesti NSV Tervishoiuministeeriumiga on 1987. aasta oktoobris kavas arutada tervishoiutöötajate osavõttu karskusliikumise.

*Erki Silvet*

\* \* \*

Terviseülikoolide Vabariiklik Nõukogu analüüsis terviseülikoolide tööd 1986/1987. õppeaasta sügissemestril. Tänu enamiku terviseülikoolide tublike tööle osutusid keskmised näitajad rahuldavaks. Kõige rohkem on kuulajaid alla 30 aasta vanuste hulgas. Loengu asemel rakendatakse üha enam nüüdisaegseid töövorme, nagu seminare, praktikume, klubilist tööd. Tehakse ekskursioone tervishoiumuuseumi, kirjutatakse kursuse- ja diplomitööd.

Kõige rohkem kuulajaid on Tartu rajooni, Tallinna ja Rapla rajooni terviseülikoolides, vastavalt 3,3 %, 2,5 % ja 1,8 %. Kõigis neis terviseülikoolides on see näitaja eelmise õppeaasta näitajaga võrreldes tunduvalt suurenenud (Tartu rajoonis koguni 1,4 %). Osavõtjate arv on vähenenud Võru rajoonis, 0,7 % eelmise õppeaasta 1,1 % asemel. Kohtla-Järve linna ja rajooni terviseülikoolide tööst võtab osa vaid 0,14 % elanikest.

Nõukogu esimehe, tervishoiuministri esimese asetäitja O. Tamme ettepanekul otsustati sellest informeerida Võru ja Kohtla-Järve rahvaülikoolide nõukogu esimehi ning paluda neid võtta terviseülikoolide töö parandamiseks kohalike meedikute tegevus oma kontrolli alla.

*Maano Kivilo*

Vastavalt varem sõlmitud koostöökokkuleppele Tallinna ja Kieli linna vahel viibis 3...6. septembrini 1986 Tallinnas rühm Saksamaa Liitvabariigi Kieli arste koos abikaasadega, kokku kümme inimest. Külalised võttis vastu Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond.

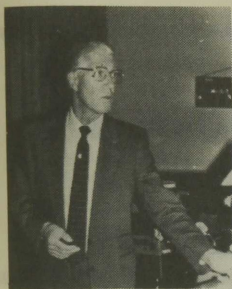


Foto 1. Prof. F. Beske. Foto 2. Vasakult: prof. U. Sibul, prof. U. Matzander, doktor P. Gross ja doktor H. Bremer. Foto 3. Vaade saali. Rühm Kielist saabunud külalisi. Paremalt äärmine Eesti NSV Tervishoiuministeriumi peastomatoloog T. Jänes. M. Mällo fotod.

4. septembril toimus Tallinna Stomatoloogia-polikliinikus ühine koosolek, põhiettekandega esines Saksamaa LV tervishoiuõunik prof. F. Beske (delegatsiooni juht). Ta rääkis tervishoiuorganisatsioonist ja selle täiustamise perspektiividest Saksamaa LV-s. Arstiabi on riikliku kontrolli all, raviasutuste võrgus on juhtival kohal ülikoolide kliinikud ja kommunaalhaiglad. Ainult väike osa raviasutusi on klerikaalsete ringkondade ülalpidamisel, ka erahaiglaid on suhteliselt vähe. Saksamaa LV-s on väike sündimus, mistõttu saajandi lõpuks prognoositakse nooremaleliste arvu vähenemist elanikkonna struktuuris. Sellest johtuvalt hakatakse senisest enam tähelepanu pöörama geriaatriale ja vanemaealiste ravi ning hooldusküsimustele.

Neumünsteri kirurgiakliiniku direktor ja juhtiv kirurgiprofessor U. Matzander andis põhjaliku ülevaate kirurgia arengust ja saavutustest. Ta märkis ka, et selle meditsiiniharu kiire areng on kaasa toonud erialasise spetsialiseerumise. Sellest tingituna on noorte arstide hulgas ilmenud tendents liiga vara spetsialiseeruda kitsal erialal, mistõttu kannatab nende üldmeditsiiniline ettevalmistus. Nüüd on kehtestatud nõue, et kirurgiks spetsialiseerumine kestab vähemalt kuus aastat ja kirurgide atesteerimisel on nõutav, et arst oleks teinud iseseisvalt vähemalt 530 eri liiki operatsiooni. Doktorid H. Bremer ja P. Gross esitasid väga hästi illustreeritud ettekande hambaravist ja stomatoloogilisest ortopeediast ning selle eriala arstide ettevalmistusest Saksamaa LV-s.

5. septembril sõitsid külalised Tartusse, kus neid võtsid vastu TRÜ teadusprorektor prof. A. Kallikorm, arstiteaduskonna dekaan prof. A.-E. Kaasik ja prodekaan prof. E. Sepp. Külalised tundsid elavat huvi ülikooli vastuvõtmise tingimuste vastu, neid huvitas ka ülikooli lõpetamise järgse spetsialiseerumise ning täienduse kord. Prof. A. Kallikorm andis ülevaate arstiteaduskonna ajaloo, arengu põhisuundade ning arstiteaduskonna õppejõudude koostöö kohta teiste ülikoolide teadlastega.

6. septembril käidi Tallinna Raekojas ning S. Kirovi nim. Näidiskalurikolhoosi ravikeskuses. Lahkumisel toonitas prof. F. Beske, et geograafilise asendi ja kliima tõttu on Tallinna ja Kieli meedikutel vaja lahendada ligilähedasi problee-

me. On palju sarnast haiguste struktuuris ja esinemissageduses. Ta peab edaspidist koostööd mõnes meditsiiniharus otstarbekaks. Kieli-poolle pakuvad huvi ühised uurimistööd mõlema maa vahel nii ülikooli õppejõudude kui ka tegev-  
arstide osavõtul.

*Uno Sibul*

Vabariiklik Sanitaarhariduse Nõukogu arutas Eesti NSV elanike tervise tugevdamise, haiguste profülaktika ja hügieenikasvatuse kompleksplani aastaks 1986...1990 täitmist Eesti NSV Siseministeriumi asutustes ja Vabariiklikus Õpetajate Täiendusinstituudis.

S. Aher rõhutas oma ettekandes, et õpetajate täiendusinstituut õpetab koolieelseid lasteasutuste töötajaid ja õpetajaid, eriti aga klassijuhatajaid jagama lastele terviseõpetust. Ta märkis ka, et pikapäevarahmade õpilaste tervist peavad meedikud hoolega kontrollima, see on ajakohaste õppeprogrammide rakendamise esimene eeldus. Enamikus koolides on hügieeningimused halvad, lastevanemate koosolekul arutatusek seda aga väga harva. Paljudes koolides puuduvad nõuetekohased võimlemissaalid, soovida jätab õpilaste toitlustamine.

Terviseprogrammis ettenähtu õpetamine ei ole andnud tulemusi.

Arutelust kokkuvõtet tehes märkis nõukogu esimees, tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm, et nii meedikutel kui ka pedagoogidel tuleb tervishoiu õpetamisel teha veel tublisti tööd. See eeldab aga nende tihedat koostööd.

Siseministeriumi süsteemi asutuste tööt kompleksprogrammi täitmisel rääkis A. Kuznetsov. Peamist tähelepanu on pööratud alkoholi-vastasele võitlusele, tihe on koostöö Eesti NSV Karskusühinguga. Tehakse reide asutustesse ja ettevõtetesse, püütakse piirata piiritust sisaldavate parfümeeriatoodete müümist alkohoolikutele, rohkem võetakse arvele alaealisi alkoholitartvatajaid.

Vabariiklik Sanitaarhariduse Nõukogu tunnistas nii siseministeriumi süsteemi töötajate kui ka täiendusinstituudi pedagoogide töö rahuldavaks.

*Maano Kivio*

## Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1986. aasta preemiad

Toimetuskolleegiumi premeerimiskomisjoni 20. veebruaril 1987 toimunud koosolekul, millest võtsid osa P. Bogovski, N. Elšteini, V. Laos, U. Sibul ja R. Zupping, otsustati määrata rahapreemiad järgmistele 1986. aastal «Nõukogude Eesti Tervishoid» avaldatud kirjutiste eest:

**Mari Käosaar** — «Pärlilike haiguste sünnielne diagnoosimine», 1986, 1, 40—45;

**Mati Rahu, Marianne Niin** — «Nahamelanoomihaigestumuse muutumine Eesti NSV-s aastail 1963... 1982», 1986, 3, 181—183;

**Jaak Uibu** — «Toidutegurid kantserogeneesis», 1986, 1, 45—51.

Komisjoni otsuse on kinnitanud toimetuskolleegium. Auhinnatud tööde autoritele otsustati anda ka ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» aukirjad.

## Kongressid, konverentsid ja sümposioonid 1987. aastal

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku nõukogu 1987. aasta plaanis on muu hulgas korraldada järgmised kongressid, konverentsid ja sümposioonid.

Märtsis peetakse Tallinnas III oftalmoloogide konverents, kus arutatakse lühinägevuse diagnoosimist ja profülaktikat ning nägemisinvalidide rehabiliteerimist. Konverentsi korraldab Eesti Oftalmoloogide Selts.

Aprillis korraldab Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut Tallinnas VI sümposiooni teemal «Kantserogeensed N-nitrosouhendid ja nende prekursorid — moodustumine ja määramine ümbritsevas keskkonnas».

Septembris on Tallinnas kaks kongressi. Eesti NSV Tervishoiuministeerium koos Eesti Terapeutide Seltsiga korraldab VII terapeutide kongressi, mille põhiteema on teraapia integratsioon ja järjepidevus, ning tervishoiuministeeriumi korraldaval XI akušöörigünekoloogide kongressil on vaatluse all naiste tervist mõjutavad riskitegurid.

Oktoobris toimub Tallinnas V epidemioloogide, mikrobioloogide, infektsionistide ja hügieenikute kongress «Nakkushaiguste diagnoosimine ja profülaktika ning keskkonna tervendamise». Korraldajaks on Eesti NSV Tervishoiuministeerium ning Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut.

*Andrei Sarap*

# Nõukogude Eesti Tervishoid

## [ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

### Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 2, март, апрель 1987 г.

**О. И. Имелик — О холестерине и об изменении содержания холестерина в сыворотке крови при физической работе и тренировке**

У 243 испытуемых разного пола и возраста была определена концентрация холестерина в покое, при разных физических напряжениях и перед и после тренировочного периода. Для вычисления общего количества холестерина у части испытуемых определили также объем крови при помощи <sup>131</sup>I альбумина или <sup>51</sup>хромом мечеными эритроцитами. Полученные данные позволили сделать следующие выводы: 1) у мужчин и женщин с одинаковым образом жизни и одного возраста достоверных различий в концентрации холестерина нет, 2) у школьников, не занимающихся спортивной тренировкой, концентрация холестерина в сыворотке крови меньше, чем у взрослых, у мужчин среднего возраста выше, чем у студентов, 3) у активных спортсменов концентрация холестерина выше, чем у нетренирующихся лиц, 4) одномесечная тренировка на велоэргометре с продолжительной умеренной нагрузкой вызвала понижение концентрации холестерина только у лиц с малой физической активностью, 5) значительное понижение концентрации холестерина вызывала трехмесячная тренировка по плаванию у школьников и семимесячная тренировка в беге трусцой у лиц среднего возраста, 6) после физических упражнений типичной реакцией является повышение концентрации холестерина, в то время как после спортивных упражнений большой продолжительности и при низкой температуре у большинства испытуемых отмечается ее понижение, 7) изменения кон-

центрации холестерина при работе не связаны с его концентрацией в покое, 8) изменения концентрации и общего количества сывороточного холестерина при работе не всегда одинаковы: при работе, когда изменения объема плазмы значительны, они могут быть даже противоположными.

**М.-А. Ф. Рийкъярв, М. Л. Уритам — О диагностике аспирации инородных тел в дыхательные пути у детей**

В статье приводится клинико-рентгенологическая симптоматика аспирации инородных тел в дыхательные пути у 27 детей, госпитализированных в Таллинскую I детскую больницу за 1980...1985 гг. с различными рецидивирующими заболеваниями дыхательных путей. Обсуждаются вопросы ранней диагностики аспирации инородных тел у детей.

**В. М. Суй, Л.-И. О. Сепп — Лаймовская болезнь**

В статье приводятся данные относительно эпидемиологии, клинической картины, иммунологии и лечения лаймовской болезни, а также описание двух случаев заболевания.

**П. Л. Мардна, А. А. Шамарин, В. П. Неклеса — Опыт применения ультразвуковой диагностики в Таллинской больнице скорой помощи**

Проведен анализ применения аппарата ультразвуковой диагностики SAL 32 В в рентгенодиагностическом отделении Таллинской больницы скорой помощи. В течение семи месяцев было исследовано 697 больных в возрасте от 14 до 84 лет. Благодаря данному методу ускорила и стала более точной диагностика заболеваний органов ретроперитонеальной области и брюшной полости. В результате значительно уменьшилось количество используемых при диагностике инвазивных методов. Организация ультразвуковой диагностики в рентгенодиагностическом отделении обеспечивает одинаково оперативное исследование стационарных и амбулаторных больных.

**О. А. Куртенков — Е-рецептор лимфоцитов в экстрактах опухолей желудка**

Методом электроиммунодиффузии с моноспецифической бараньей антисывороткой в экстрактах опухолей желудка ( $n=7$ ) выявлен высокий уровень рецептора Т-лимфоцитов к эритроцитам барана (Е-рецептор). Последний отсутствовал в экстрактах слизистой оболочки желудка, пораженного опухолью ( $n=8$ ). Концентрация Е-рецептора в опухолевых экстрактах была примерно в 10 раз выше, чем в крови больных раком желудка. Таким образом, Е-рецептор можно рассматривать как своеобразный маркер злокачественных опухолей желудка.

**Ю. М. Саарма — Алкоголизм, наркомания, токсикомания**

В статье рассматривается терминология, применяемая в наркологии, и на основе принятой в СССР международной классификации причин болезней и летальных исходов систематизируются основные понятия наркологии.

**Л. Я. Бостон, Т. А. Мянник — О клинической картине и диагностике целиакии в первые годы жизни**

В статье рассматриваются клиническая картина и диагностика целиакии. Целиакия является одной из частых форм малабсорбционного синдрома в раннем детском возрасте. Частота этого заболевания в различных европейских странах колеблется между 1:300...1:2000. Фактором, вызывающим целиакию, является белковая клейковина пшеницы, ржи, овса и ячменя.

Заболевание начинает проявляться с 3-го месяца жизни. При типичных формах встречаются прогрессирующая гипотрофия, анемия, явления полигиповитаминоза, большой живот, что связано с обильным содержанием кишечника, и гипотония мышц. Стул обильный, кашицеобразный до жидкого, серо-жирный и плохо пахнущий. Проведение биопсии тонкого кишечника и определение антиглютаминовых и ретикулиновых антител играют решающую роль в постановке правильного диагноза.

**А. Н. Левин, Т. Н. Листопад — Медико-психологические и социальные вопросы организации неонатологических стационаров**

В статье описывается многолетний опыт привлечения матерей к уходу за детьми в неонатологическом стационаре и доказывается целесообразность применения такой методики выхаживания. Далее описываются мероприятия, направленные на быстрейшую адаптацию ребенка с матерью, и наоборот, участие медицинского персонала в формировании чувства материнства и отцовства у молодых родителей. Данная методика позволила авторам снизить летальность в отделении до 1,6...2,0 случаев на 1000. Приводятся соображения о дальнейшей судьбе развития неонатологических стационаров.

**С. С. Рейнметс, Р. Я. Мянник, О. И. Волож — Об опыте перехода к диспансеризации всего взрослого населения**

С целью уточнения содержания первого этапа диспансеризации всего населения изучена возрастная структура населения, посещаемость поликлиники и степень обследованности населения за три года, предшествовавшие началу всеобщей диспансеризации. Всего изучено 3500 амбулаторных карт (население двух врачебных участков), которые сопоставлены с картотекой населения.

Подавляющее большинство населения участков (более 70%) посещает поликлинику ежегодно. Удельный вес их наиболее высок в крайних возрастных группах. Полнота обследования выше среди женщин и лиц 50...69 лет.

Расчитан объем дополнительных исследований, необходимых для полного охвата населения участка диспансеризацией.

Авторы считают целесообразным на первом этапе провести полное диспансерное обследование всех обратившихся в поликлинику, что обеспечит охват диспансеризацией почти  $\frac{3}{4}$  населения участка.

**Р. А. Коха — Лечение больных с тяжелой сочетанной травмой в реанимационном отделении**

По мнению автора, нужно критически относиться к диагнозу «острый алкогольный психоз» у больного с тяжелой сочетанной травмой. Причиной психоза может быть и острая кислородная недостаточность центральной нервной системы, что весьма существенно в лечении и в дифференциальной диагностике.

**М. М. Тарум — Комплексное использование физических факторов лечения**

**М. Х. Лайдре — О военной медицине в Эстландии и Лифляндии во второй половине XVII века**

Статья написана на основании материалов, хранящихся в Центральном государственном историческом архиве ЭССР (в том числе перечня лекарственных средств, относящегося к 1659 г.).

Из эпидемических заболеваний в рассматриваемый период в войсках отмечалась только чума (1657 г.). Среди воинов были распространены экземы, дизентерия, различные грудные заболевания и лихорадка (именно последняя считалась в то время собственно заболеванием). В качестве лекарств использовались как традиционные средневековые средства, так и лекарства, которые применялись в народной медицине еще совсем недавно либо применяются по сей день.

**В. А. Лаос — Юбилейная конференция в Таллинской республиканской больнице**

**Э. Э. Аннус — XII Республиканская конференция по спортивной медицине и лечебной физкультуре**

**С. С. Иннос — Конференция акушеров-гинекологов**

**У. Ф. Сибуль, Х. С. Поола — XXXI Всесоюзный съезд хирургов**

**Л. В. Приймаги — II пленум правления Всесоюзного общества микробиологов, эпидемиологов и паразитологов им. И. Мечникова**

**В. В. Калнин — III Всесоюзный съезд историков медицины**

**Р. Р. Биркенфельдт — Международный симпозиум «Факторы риска ревматических заболеваний»**

**С. К. Велбри — Всесоюзный симпозиум по вопросам иммунной недостаточности и аллергии**

**А. А. Лийв — Всесоюзное совещание главных наркологов республик и областей**

**Л. Л. Шоттер (мл.) — Международная конференция по офтальмологии**

**Я. Э. Эха — I Международный симпозиум по использованию лазеров при лечении сердечно-сосудистых заболеваний**

**Х. Х. Силласту — Конгресс Европейского общества пневмологов**

**Юбилейные даты**

**Во врачебных обществах**

**Клуб Эскулапа — Курс на ускорение в здравоохранении**

**Л. Б. Нурманд, М. Я. Оттер — Некоторые фармакологические принципы и термины**

**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 2, March, April 1987

### **O. Imelik — Cholesterol and changes in blood serum cholesterol concentration during muscular exercise and training**

In 243 male and female subjects of various age, serum cholesterol levels were determined at rest, during muscular exercise and before and after a training period. For the calculation of total blood serum cholesterol, the blood volume was determined by  $^{131}\text{I}$  albumine or  $^{51}\text{Cr}$  labelled erythrocytes. The results obtained were as follows: 1) no significant differences were observed in serum cholesterol concentrations in male and female subjects; 2) in untrained pupils serum cholesterol concentration was lower than that in adults; in middle-aged men serum cholesterol concentration was higher than that in untrained students; 3) in athletes cholesterol concentrations exceeded those in untrained subjects; 4) a one-month training on bicycle ergometer brought about a decrease in cholesterol concentration only in subjects with limited muscular activity; 5) a three-month swimming training in pupils and a seven-month jogging training in middle-aged men caused a considerable decrease in serum cholesterol concentration; 6) an increase in serum cholesterol concentration after muscular exertion was typical; but only after a prolonged exercise and after an exercise at a low temperature a decrease in serum cholesterol level was observed; 7) the changes in cholesterol concentration during muscular exercise were not correlated with those at rest; 8) the changes in the blood serum total cholesterol and cholesterol concentration were not always corresponding: during exercises, leading to considerable changes in plasma volume, their changes could move even in the opposite direction.

### **M.—A. Riikjärv, M. Uritam — The diagnosis of foreign bodies in the air passages in children**

This paper presents clinical and radiological findings in 27 cases of foreign body aspiration into the tracheobronchial tree in infancy and childhood during the past 5 years. In 7.5 % of cases the foreign body was removed within the first 24 hours of aspiration. The others were hospitalized with various diagnoses of the recurrent respiratory tract diseases. In cases of a positive history of foreign body aspiration a bronchological examination should be undertaken.

### **V. Sui, I. Sepp — Lyme's disease**

This article presents the epidemiology, clinical features, immunology and treatment of Lyme's disease and describes two cases of this disease.

### **P. Mardna, A. Shamarin, V. Neklesa — Experience in ultrasound diagnosis at the Tallinn Emergency Hospital**

The SAL 32 B diagnostic ultrasonic device is being used at the X-ray department of the Tallinn Emergency Hospital (TEH). In the last seven months, 697 patients, aged between 14 and 84 years, were examined by ultrasonic technique. This technique made it possible to study the structure of the organs both in the retroperitoneal region and in the abdominal cavity. Ultrasound diagnosis can reduce the number of various invasive diagnostic procedures. Ultrasound diagnostic facilities, at the X-ray department of the TEH, are available either to in- or outpatients.

### **O. Kurtenkov — «E receptor» in gastric carcinoma extracts**

A high level of E receptor was revealed in gastric carcinoma extracts by electroimmunodiffusion with monospecific anti-E-receptor sheep serum. E receptor, however, was absent in the gastric mucosa extracts prepared from the same stomachs. The concentration of the E receptor in tumour extracts was approximately ten times higher than that in the blood sera taken from patients with gastric carcinoma. Thus the E receptor may be considered as a marker of gastric carcinoma.

### **J. Saarma — Alcoholism, drug addiction and toxicomania**

This article gives explanations of various terms and concepts in the field of narcology. The author also systematizes principles of narcology and various causes of death, according to an international classification which is in current use in the USSR.

### **L. Boston, T. Männik — Clinical features and diagnosis of celiac syndrome in the first years of life**

According to the literature, this syndrome is caused by an abnormal reaction of the gut to gluten, so it is also called gluten-induced enteropathy. This is one of the commonest form of malabsorption in children. Its frequency in different European countries fluctuates between 1 in 300 and 1 in 2 000 children. The disease appears mainly between the third month and the third year of life in connection with the consumption of wheat, rye, barley and oat products which are rich in a spare protein called gluten. In a short time the child becomes apathetic, lacks appetite, suffers from periodic vomiting and unstable stools and falls below his or her expected weight.

Laboratory tests for the absorption function of the small intestine, gut biopsy and anti-gluten and reticulín antibody studies are of most importance in the differential diagnosis of the celiac syndrome.

**A. Levin, T. Listopad — Medical and social problems of the organization of inpatient care of the newborn**

On the basis of a long-standing experience, the authors deal with the work of a neonatological hospital. The authors describe the methods which enable the newborn to fit in with the mother and medical personnel and which facilitate the development of mothercraft and fatherly feelings in young parents. Such methods made it possible to reduce infant mortality rate down to 1.6—2.0. This article also deals with the further development of neonatological hospitals.

**S. Reinmets, R. Männik, O. Volozh—Experiences in universal medical check-up of the adult population**

On the basis of 3,500 out-patient medical records, the age structure, attendances and the quality level of medical examination were investigated in two districts of medical service. It was found that 70% of the adult population visited their polyclinics each year. The attendance rate was the lowest in young-adult and advanced age groups. But the check-ups offered to women and people in the age group between 50 and 69 years were most accurate.

It is concluded that, in the first stage of so-called dispensarization, a comprehensive check-up should be given to all people who seek medical aid at polyclinics, which makes it possible to involve three-thirds of adult population.

**R. Koha — In addition to the article «The treatment of severe complex injuries in the resuscitation department»**

According to the author, a critical approach is needed to the diagnosis of «acute alcoholic psychosis» in patients with severe complex

injuries. The psychosis may be caused by an acute hypoxia of the central nervous system. In such cases a thorough differential diagnosis is of paramount importance.

**M. Tarum — A complex use of physical curative factors**

**M. Laidre — Notes on military medicine in Estonia and Livonia during the second half of the 17th century**

The article is based on the materials available at the State History Central Archives of the Estonian SSR and also on a list of drugs from 1659.

The only epidemic disease which hit the army was plague in 1657. Other common diseases that spread among soldiers were: scabies, dysentery, various chest complaints and so-called fevers. The latter included different febrile conditions. Traditional medieval remedies, as well as some drugs that have recently been in use in folk medicine, are also described.

**Conferences and meetings**

**Our heroes of the day**

**Physicians' societies**

**L. Nurmand, M. Otter — Some terms and basic concepts in pharmacology**

**The Asclepios Club's debate**

**Chronicle**

*English text edited and translated  
by E. Saarnok*

---

---

KES KOOLIST KAASA  
ANTUD TEADMISI  
EI TAHA TÄIENDADA,  
JÄÄB PARATAMATULT  
AJAST MAHA,  
SEST ARSTITEADUS  
TOOB IGA PÄEVAGA  
JUURDE PALJU UUT.  
SEDA UUT ON VAJA  
TEADA IGAL MEDITSIINI-  
TÖÖTAJAL.

---

**«NÕUKOGUDE  
EESTI  
TERVISHOIU»**

---

TELLIMISE VIIMANE  
TÄHTAEG 1987 II  
POOLAASTAKS ON

---

**15. JUUNI**

---

---



## BECLOMET

Beklomeet on bronhiaalastma korral inhalatsiooniks kasutatav aerosool. Preparaat sisaldab põletikuvastase toimega steroide, mis avaldavad läbi hingamisteede limaskesta pindmist paikset toimet.

Üks aerosooli annus sisaldab 50  $\mu\text{g}$  (0,05 mg) toimeainet.

Täiskasvanuile manustatakse harilikult 2 ravimiannust 3...4 korda päevas.

Aerosoolipakendis on 200 annust.

Ravimit toodetakse Soomes.