



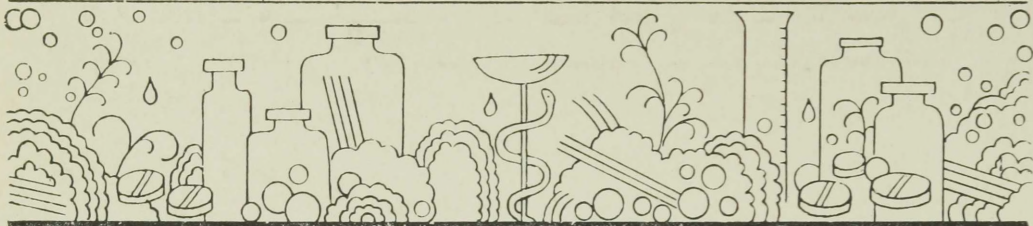
ISSN 0134—2320

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

6 · 1983



SANGUIRITRINUM

Sangviritriin on taime *Macleaya cordata* alkaloid.

Kasutatakse seespidiselt müopaatia puhul ja poliomüeliidi järelravis, välispidiselt laia toimespektriga mikroobidevastase vahendina.

Sisse võetakse 0,005 ... 0,01 g (1 ... 2 tabletti) kaks korda päevas pärast sööki. Ravikuur kestab 20 päeva.

Välispidiseks kasutamiseks lahustatakse tabletid *ex tempore* kuumas destilleeritud vees:

100 ml 0,01%-lise lahuse valmistamiseks 2 tabletti

100 ml 0,02%-lise lahuse valmistamiseks 4 tabletti

100 ml 0,05%-lise lahuse valmistamiseks 10 tabletti

100 ml 0,1%-lise lahuse valmistamiseks 20 tabletti.

Sangviritriinilahused on näidustatud põletushaavade ja troofiliste haavandite puhastamiseks ning raviks. Otiidi puhul viiakse kuulmekäiku sangviritriinilahusega niisutatud tampoonid.

Pakendis on 50 tabletti á 5 mg toimeainet.

SISU

K. Gross — Järeltuleva põlvkonna ter-
vise kaitseks 403

TEORIA JA PRAKTIKA

V. Kask, K. Kauer, A. Ansip, S. Suits-
Korsten — Kliiniline antropomeetria
tütarlaste profülaktilisel läbivaatusel
405

H. Sinimäe, K. Gross, I. Kõiv — Rase-
duse ja sünnituse risk günekoloogilisi
haigusi põdenul 407

K. Kauer, V. Kask — Sugulise arengu
näitajate ja sünnituse kulu omavaheline
seos 410

L. Saluste, A. Tähepõld, A. Madisson —
Vereseerumi üldvalk ja valgufraktsioo-
nid rasedusperioodidel 413

L. Boston, R. Unt, I. Maaring — Lak-
toositalumatus esimestel eluaastatel —
416

M. Purde, E. Hint — Rinnavähi avasta-
mine, enesevaatluse meetod ja riski-
tegurid 418

T. Vorobjova — Parietaalrakkude anti-
kehad haavanditöve korral 422

B. Gur-Arje, V. Smirnov, N. Beljakov,
V. Petras — Hemodünaamika ja kop-
sude ventilatsiooni muutused pärast
termilist põletust (eksperimentaalne
uurimus) 424

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

S. Koppel — Kontinuaalse maailmapildi
füsioloogilised alused III. Sõna, kujund
ja emotsioon 427

OLEVAATED

A. Ormisson — Vastsündinu toitmine
432

M. Käosaar — Sigimatuse geneetilised
põhjused inimesel 436

M. Mägi — Epilepsia ja rasedus 441

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

K. Vehm — Fruktoositalumatus imi-
kul 445

E. Rattasep, L. Sildver, V. Lääne —
Kaasasündinud herpeseviirusnakkus
vastsündinul 446

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

I. Maaroo — Juri Ksenofontov arsti-
teaduse doktor 449

I. Maaroo — Teaduslikke kutseid 450

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

L. Allikmets — Üleliiduline sümposium
teemal «Gamma-aminovõihappe deri-
vaatide farmakoloogia» 451

E. Saar — Eesti NSV Sanitaarala Kes-
k-astme Meditsiinitöötajate Seltsi XXIX
konverents 451

I. Laan — Infotöötajate VI vabariiklik
nõupidamine 452

T. Jürimäe — Hingamise Kliinilise Fü-
sioloogia Euroopa Ühingu kongress 452

ARSTIDE SELTSIDES

O. Maimets — Eesti NSV Reumatolo-
gide Teadusliku Seltsi aruande- ja va-
limiskonverents 453

T. Kauba — L. Puusepa nimelise Neu-
roloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaat-
rite Seltsi juhatusel laiendatud plee-
num 453

H. Sillastu — Eesti ja Läti NSV ftisiaat-
rite teaduslike seltside ühine koos-
olek 454

A. Rumm — Üleliidulise Ftisiaatrite
Teadusliku Seltsi juhatusel pleenum 454

MEIE JUUBILARE 455

Ilse Sepp, Igor Podolski, Vaike Karu,
Elmar Rõigas, Valdur Küng, Ivan Ko-
valjov, Nadežda Ostrovskaja, Silver
Koppel, Valentina Lartseva, Silvia Raa-
ve, Toomas Randvere

MITMESUGUST

V. Laos — Eesti NSV riiklik pree-
mia veresoontekirurgia arendamise eest
458

IN MEMORIAM

Boriss Pšenitšnikov 6. I 1907 ... 3. VIII
1983 461

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Algipoor, sibasoon 462

KROONIKA 463

Eesti NSV teadlaste publikatsioone vä-
lismaal 466

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi
467

Artiklite venekeelsed resümeeid 468

Artiklite ingliskeelsed resümeeid 471

1983. aasta koondsisukord 474

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

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

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Brus. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 446-100. Ladumisele antud 17. 10. 1983. Trükkimisele antud 05. 12. 1983. Trükiarv 5750. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 9,33. Tell. nr. 3742. MB-10163. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükkkoda, 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 Министрства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5750. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 9,33. Заказ № 3742. MB-10163. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантез, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käskkirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käskiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initialsid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusurutult mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse töend, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käskkirjaga. Teadusliku töö käskkirja viseerib teaduslik juhendaja. — Andmed kõikide autorite kohta (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käskkirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — Resümeeid esitatagu vene keeles (15... 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8...12 rida) või lisatagu tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — Kirjandus. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initialsid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initialsid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — Fotod ja joonised koos allkirjadega paigutatakse käskkirja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv. Lubamatu on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

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

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

UDK 616-053.2

JÄRELTULEVA PÕLVKONNA TERVISE KAITSEKS

KADRI GROSS . TARTU

perinatoloogia, loote distress, riskitegurid, fetoplat-sentaarsüsteem, emaduseks ettevalmistus, lastegünekoloogia, emade- ja lastekaitse

Emade- ja lastekaitse on tervishoiu põhiprobleem. Järeltulevale põlvkon-nale tervise tagamine on keerukas ja mitmetahuline protsess, mis praktiliselt hõlmab kõiki eluvaldkondi, kuid ravi- ja profülaktikaalase töö korraldus on kahtlematult määrav.

Tervisekaitse algab üsasisesest elu-perioodist. Tähelepanu, mida perina-taalsele perioodile omistatakse, on igati põhjendatud. Tegurid, mis võivad mõ-jutada vastsündinu elujõulisust, eluvõi-melisust ja tema edaspidist tervislikku seisundit, on sageli toiminud antena-taalselt. Tänu uurimisele on meie tead-mised perinatoloogiast üha täiustunud. Sellele vaatamata on perinataalse pe-rioodi haiguste esinemissagedus vähe-nenud oodatust aeglasemalt.

Perinatoloogia arengu pöördelist etap-pi tähistab fetoplat-sentaarsüsteemi sei-sundi täpsustamiseks uue diagnoosimis-aparatuuri (ultraheliaparaat, fonokar-diograaf, kardiomonitor) ja hormonaal-uuringute kasutuselevõtt, samuti uurin-gute kasutuselevõtt, mis võimaldavad diagnoosida väärearendeid antenataalselt. Uuringud võimaldavad välja selgi-tada loote ohuseisundi (loote distressi). Selle all mõistame kõiki normist kõr-valekaldeid, mis üsasisesel arengu-pe-rioodil või esimestel elupäevadel põh-justavad mingi kahjustuse, haiguse või vastsündinu hukkumise. On arusaadav, kui oluline on loote distressisündroomi õigeaegne diagnoosimine ja ravi. Tuleb aga mainida, et diagnoosimismeetodid on meil enam arenenud kui võimalused fetoplat-sentaarsüsteemi soovitud suunas mõjutada.

Loote ohustatuse põhjusi, riskitegu-reid, on mitmeid. Määrav on tulevase ema tervislik seisund, raseduse kulg, päriilik eelsoodumus. Loode on ohusta-tud nii ema ekstragenitaalsest kui ka genitaalsest patoloogiast, samuti ka rä-seduspatoloogiast. Märkimisväärselt ohustavad loodet ema ebaterved harju-mused, nagu suitsetamine, alkoholi pruukimine, kokkupuude tervist kah-justavate ainetega.

Ohustatuse tagajärjel võivad kahjus-tuda loote elundid ja elundsüsteemid. Näitena võiks tuua generatiivse talit-luse häired, mille alged ulatuvad ante-nataalsesse perioodi ja mis ei ole ge-neetilisel determineeritud. Teatavasti algab sooline diferentseerumine 7...8. rasedusnädalal. Pärast 27. rasedusnäda-lat kujuneb süsteemis hüpofüüs — kilp-nääre — neerupealised — munasarjad koordineeritud talitlus. Meile on teada selle süsteemi tundlikkus kahjustavate tegurite suhtes. Tähelepanekute koha-selt on ovaariumide generatiivse ja hor-monaalse talitluse häired, mis ilmnevad kas puberteedieas (juveniilsed emaka verejooksud, genitaalinfantilism) või täiskasvanuna (amenorröa, esmane las-tetus), küllalt sageli üsasisesel elupe-rioodi kahjustuse tagajärg. Seega võib raseduspatoloogia olla tütre genitaal-infantilismi ajendiks ja edaspidi menst-ruaalfunktsiooni häirete, rasedus- ning sünnituspatoloogia põhjuseks. Järelikult juba üsasisesel eluperioodil pannakse alus elu järjepidevusele, mida me pea-me oskama hoida.

Perinataalse eluperioodi juhtimine kuulub naistenõuandlate töö valdkonda. Akušööride töö rasedate dispanseerimi-sel on astumas uude ajajärku. Lisaks teadmiste klassikalisest sünnitusabist peavad neil olema teadmised perinato-loogiast, nad peavad valdama uusi diag-noosimismeetodeid.

Tulemuste parandamiseks on uute meetodite kasutuselevõtmine vältimatu. Rase, kes on õigeaegselt arvele võetud, külastab nõuandlat 14 või enam korda. On loodud võimalused raseda ja tema tulevase lapse jälgimiseks ning vaja-duse korral ka raviks. Need võimalused

peavad vastama tänapäeva nõuetele. Terve lapse sünd korvab nii moraalselt kui ka materiaalselt kulutused, mida nõuab diagnoosimisaparatuuri muretsmine.

Üsasisene eluperiood olgu erilise kontrolli ja hoole all. Perinatoloogia osa tulevase põlvkonna tervise tagamisel on raske ülehinnata, kuid võimalikke riskitegureid täpsutades on selgunud, et sageli pole neid rasedusperioodil enam võimalik vältida. Sellest järeldub, kui suur osa on emaduseks ettevalmistusel. Viimane on pikaajaline, kindla suunitlusega tegevus, mille eesmärk on tagada tervis tulevasele emale ja seega luua alus terve lapse sünniks. Siin kulgevad paralleelselt kaks tegevust: meditsiiniline ja perekonnast ning naisest enesest sõltuv.

Ravis ja profülaktikas on esiplaanil mitme eriala arsti koostöö järjepidevus. See tähendab akušööri, neonatoloogi, pediaatri, jaoskonnaarsti, akušööri-günekoloogi tegevust sellisena, et selles koostöös iga arst oleks kõigest eelnevalt toimunud hästi informeeritud. Iga haigus võib ohustada naise generatiivset talitlust. Sellele tuleb õigel ajal mõelda ja nõu pidada lastegünekoloogiga. Tuleb rõhutada günekoloogi profülaktilise töö suurt osa laste ja noorukite sugulise arengu hälvete õigeaegsel avastamisel ning korrigeerimisel. Perekonna juurdekasvu planeerimise kooskõlastatud juhtimiseks on tarvis süvendada koostööd polikliiniku jaoskonnaarsti ja naistõuandla arsti vahel. Nii mõnigi kord oleks vaja, et eri erialade spetsialistid omal algatusel haigele selgitaksid näiteks kas või seda, et rasestumist on vaja vältida kuni tervistumiseni, kuni ravi lõpetamiseni. Akušööril-günekoloogil tuleb aga hoolt kanda, et raseduse ajal ilmnenud ekstragenitaalse haiguse ravi jätkuks eriarsti juures ka pärast sünnitust. Seesama kehtib günekoloogiliste haiguste kohta. Üksnes selline järjepidev koostöö tagab raseduseks ettevalmistuse.

Sünnitusabialase töö korraldamine vastavalt aja nõuetele eeldab sünnitusabiasutuste baasi järjepidevat tugevda-

mist, akušööride-günekoloogide teadmiste ning oskuste pidevat täiustamist. Noorte arstide ettevalmistamisel tuleb arvestada lähema tuleviku nõudeid: õppebaas peab võimaldama edasi anda kõige uuemaid teadmisi. Seesama kehtib arstide täiendamise kohta. Õppebaasis peavad olema võimalused kõige uue kasutuselevõtuks.

Nagu eespool nimetatud, on terve järeltuleva põlvkonna tagamisel niisama oluline perekonna ja tulevase ema enese osa. Sanitaarpropaganda olgu kindla suunitlusega. Igaüheni peaksid jõudma teadmised sellest, mida teha, et tütardest ning poegadest kasvaksid tulevased terved emad ja isad. Iga noor peab mõistma, milline vastutus on tal elu edasiandjana. Me peame oskama õigesti hinnata ema osa tänapäeva ühiskonnas. Enam tähelepanu väärivad elu jätkamise eetilised aspektid.

Lõpetuseks tuleb rõhutada, et järeltuleva põlvkonna tervise eest kanname me kõik vastutust ning oleme kohustatud tegema kõik selleks, et emad ja lapsed oleksid terved.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

Teooria ja praktika

UDK 616-071.3-053.7-084

KLIINILINE ANTROPOMEETRIA TÜTARLASTE PROFÜLAKTILISTEL LÄBIVAATUSTEL

**VIRVE KASK KADRI KAUR ANU ANSIP
SIRJE SUITS-KORSTEN TARTU**

lastegünekoloogia, kliiniline antropomeetria, profülaktiline läbivaatus

Asjaolu, et puberteediealiste tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuuris on esikohal menstruaalfunktsiooni ja sugulise arengu mitmesugused häired (3, 4, 5, 8), tingib vajaduse neid mitte ainult varakult ja õigeaegselt diagnoosida, vaid ette näha ka nende tekkimise võimalused.

Suguline areng on väga tihedalt seotud üldkehalise arenguga. Sugulisele arengule eelneb kehalise arengu kiirenemine (6, 8). Tuntud on nn. kasvu hüpe. Vajalik on, et menarhe ajaks oleks juba teatud kehakaal. Et menarhejärgselt kehalise arengu näitajate kasvutempo pidurdub, on antropomeetrilised andmed väga väärtuslikud reproduktiivse süsteemi ja funktsiooni arengu hindamisel (7, 8).

Töö eesmärk oli tütarlaste profülaktilistel läbivaatustel laiendatud kliinilist antropomeetria kasutades hinnata nende sugulist arengut, et välja selgitada sugulise arengu häiretega ja häiretest ohustatud tütarlapsed. Profülaktilisi läbivaatusi korraldati Tartu rajoonis TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri poolt välja töötatud ning kasutuselevõetud unifit-

seeritud metoodikal (4). Andmeid töödeldi TRÜ arvutuskeskuses.

Kompleksselt uuriti 843 puberteediealist 14...18 aasta vanust tütarlast. Kehalise arengu hindamiseks kasutati 18 antropoloogilist näitajat, proportsioonide määramiseks indekseid (1, 2).

Uurimistulemustest nähtus, et tütarlaste keskmine vanus menarhe ajal oli 13 aastat 8 kuud. Menarhe puudus 7,1%-l tütarlastest. Menstruaaltsükkel kujunes välja 0,72 aasta jooksul, kestis 27,8 päeva, menstruatsioon 4,85 päeva. Võttes sugulise arengu hindamise aluseks viiepallisüsteemi, selgus, et suguline areng oli normaalne 73,5%-l tütarlastest. Arenguhäireid ilmnas 26,5%-l tütarlastest. Puberteediealiste tütarlaste kehalise arengu näitajad (aritmeetilised keskmised cm-tes) erinevais vanuserühmades on esitatud tabelis.

Kliinilise antropomeetria näitajate alusel võisime konstateerida, et tütarlaste pikkus osutus kõikides vanuserühmades võrdlusandmeist suuremaks. Sedasama võib öelda ka kehakaalu kohta. Õlgade laius oli Tartu rajooni tütarlastel tunduvalt väiksem kirjanduse andmeist, vaagna laius aga tunduvalt suurem võrdlusandmeist. Istepikkuse ja rindkere ümbermõõdu osas erinevusi ei ilmnunud. Jalgade pikkus aga ületas võrdlusandmed kõige enam. Ülejäänud antropomeetriliste näitajate kohta võrdlusandmed kirjanduses puudusid. Tütarlapse kehaehituse hindamisel tervikuna osutusid nad aga väga vajalikuks ja informatiivseks.

Toitumise hindamisel selgus, et Pirquet' indeksi kõikus 96...97 piires ja viitas sellele, et see oli kõikides vanuserühmades normi piires. Kehakaalu hindamisel Kaubi indeksit kasutades võisime täheldada selle kasvutendentsi vanuse suurenemisel. 14...15-aastastel viitas Kaubi indeks suhtelisele alakaalule (2, 17). Normaalne kehakaal saavutati alles 17 aasta vanuses (2, 3).

Kasvu ja kehakaalu hindamisel keha täidlusindeksi ehk Rohreri indeksi abil osutusid need meie poolt uuritud nor-

Tabel. Puberteedialiste tütarlaste kehalise arengu näitajad eri vanuserühmades

Antropomeetriline tunnus	Vanus aastates				
	14	15	16	17	18
Kasv	161,7	162,1	163,5	164,6	165,8
Allkeha pikkus	97,9	99,4	99,4	100,3	101,0
Istepikkus	85,6	86,5	87,8	88,0	88,3
Olalaius	34,7	34,8	35,5	35,4	35,7
Rinnaümbermõõt	83,1	83,4	85,1	85,1	85,1
Rindkere ristidiameter	24,1	24,1	24,1	24,7	24,6
Rindkere sagitaaldiameter	16,8	16,7	17,0	17,1	17,2
Jalapikkus	88,0	88,9	89,3	89,2	90,0
Vasaku randme ümbermõõt	15,9	16,0	16,0	16,0	15,9
Parema randme ümbermõõt	16,0	16,0	16,1	16,0	16,0
Michaelise rombi ristmõõt	10,3	10,6	10,5	10,6	10,5
Michaelise rombi pikimõõt	10,9	11,2	11,3	11,0	10,8
Vaagnaümbermõõt	90,4	90,9	94,1	95,0	94,9
<i>Distantia spinarum</i>	24,2	24,1	24,7	25,3	25,7
<i>D. cristarum</i>	27,1	27,0	28,0	28,3	28,6
<i>D. trochanterica</i>	30,6	30,7	31,6	31,5	32,1
<i>Conjugata externa</i>	18,0	18,1	18,5	18,2	18,5
Vaagna indeks	99,9	99,9	102,8	103,2	104,9
Kehakaal (kg)	56,8	56,7	59,9	61,2	61,4

mist suuremaks, ühtlasi näidates vanuse suurenemisel suurenemistendentsi.

Kujutluse kehatüve ja alajäsemete pikkuse vahekorraast võisime saada kormusindeksi põhjal. Mida väiksem see indeks on, seda sihvakam on tütarlaps. Selgus, et 14...18-aastastel oli kormusindeks praktiliselt muutusetu, 53,2...53,4 piires.

Fainbergi indeks vähenes vastavalt tütarlaste vanuse suurenemisele, kuid jäi 18. eluaastal veel 1,05 piiresse, vihjates sellele, et vaagnaluude paksus ei ole selles vanuses siiski lõplikult formeerunud.

Sugulise arengu häirete korral oli menarhe pool aastat hiljem, vanuses 14,3 aastat. Menstruatsioon puudus 27,8%-l nimetatuid, see oli valulik 18,3%-l. Esimesel aastal ei reguleerunud menstruaaltsükkel 17,9%-l tütarlastest. Menstruatsioon kestis üle viie päeva 17%-l, üle 35-päevast tsüklit täheldati 4%-l tütarlastest, kellel esinesid menstruaatsioonihaired.

Sekundaarsete sugutunnuste areng oli mõningal määral samuti peetunud (2...3 palli).

Kehalise arengu hindamisel profiilgraafikute alusel selgus, et sugulise arengu häiretega tütarlastest oli 30%-l kehalise arengu peetus, infantiilsus. Kehaline areng oli normaalne 48,7%-l tütarlastest. Kehalise arengu kiirenemine tuli ilmsiks 7,4%-l, 13,9%-l oli see äärmiselt ebaoproportsionaalne. Normaalse sugulise arengu korral võisime kehalise arengu peetust seevastu sedastada vaid 2,0%-l, kiirenemist aga 32,0%-l ja ebaoproportsionaalsust 12,0%-l. Kehaehitus oli normaalne, proportsionaalne 54,0%-l tütarlastest, kellel sugulise arengu häireid ei olnud.

Esitatust selgub, et on tugev seos kehalise arengu peetuse ja sugulise arengu häirete vahel. Järelikult kliinilise antropomeetria rakendamine puberteedialiste tütarlaste profülaktilistel läbivaatustel võimaldab koos sugulise arengu kompleksse hindamisega varakult välja selgitada sugulise arengu minimaalsed kõrvalekalded ja häired, aga ka kõige enam ohustatud kontingendi.

KIRJANDUS: 1. Aul, J. Eesti kooliõpilaste füüsilise arengu hindetabelid. Tallinn, 1970. — 2. Kalam, V., Viru, A. Kehaliste võimete testid. Tallinn, 1973. — 3. Kask, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 5, 349—393. — 4. Kask, V. Lastegünekoloogia I. Tartu, 1982. — 5. Kauer, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 5, 368—369. — 6. Teoste, M., Silla, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 6, 415—418.

7. Заяц Л. Л. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973. 39—51. — 8. Кобозева Н. В., Кузнецова М. Н. Гуркин Ю. А. Гинекология детей и подростков. Л., 1981.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

UDK [618.2+618.4]:618.1

RASEDUSE JA SÜNNITUSE RISK GÜNEKOLOOGILISI HAIGUSI PÕDENUIL

HELLE SINIMÄE KADRI GROSS ILSE KÕIV
TARTU

perinataalperiood, riskitegurid, fetoplatsetaarne kompleks, summaarsed östrogeenid

Perinataalperioodi ohutuse tagamiseks tuleb välja selgitada suure riski rühma rasedad, need, kellel on suurem tõenäosus patoloogiliste muutuste tekkeks raseduse ja sünnituse ajal, mille puhul paratamatult kannatab loode. Riskiteguri selgitamisel osutub samuti vajalikuks täpsustada kõrvalekalde laadi, mille ta võib põhjustada.

Töö eesmärk oli täpsustada riski võimalikkust, selle laadi ning ulatust eelnevalt põetud günekoloogiliste haiguste korral. Küsimus on siiani lahtine, kirjanduses ei ole veel ühtset seisukohta (5, 6, 9).

Esitame uurimistulemused aastail 1980...1982 günekoloogiliste haiguste tõttu Tartu Naistenõuandlas arvel olnud 102 naise kohta. Hindasime raseduse ja sünnituse kulgu ning vastsündinu seisundit varajasel sünnijärgsel perioodil. Kõiki vaatlusaluseid oli üks või enam korda saadetud Tartu Kliinilise Sünnitusmaja raseduspatoloogiaosakonda uuringuteks ja raviks.

Fetoplatsetaarsüsteemi seisundi hindamiseks määrasime ööpäevauriinis summaarsete östrogeenide hulga Granise ja Dickey ning kreatiniini hulga Jaffe meetodil (2). Uuringuid tehti raseduse II poolel dünaamiliselt 7...10-päevaste vaheaegadega. Andmeid töödeldi elektronarvutil «Minsk 3».

Rasedad kuulusid suure riski rühma, ohu intensiivsus oli L. Persianinovi järgi 10 palli või enam. Oluline on see, et raseduse kestuse pikenemisel risk suurenes, s. t. suurenes riskipallide arv. Kõigil vaatlusalustel oli eelnenud günekoloogiline haigus põhiliseks riskiteguriks.

Vaatlusalused jaotusid järgnevalt:

1. Menstruatsioonihäired (varajane, hilinenud või hiline menarhe, ebaregulaarne menstruatsioon, hüpo- või hüpermenstruaalsündroom) 43 patsiendil (42,2%).

2. Anamneesis emakamanuste põletik 22 uuritava (21,6%). Sellesse rühma kuuluvat viit patsienti oli aastaid ravitud lastetuse tõttu.

3. Anamneesi järgi korduvad iseeneslikud raseduse katkemised 23 uuritava (22,5%).

4. Genitaalsfääri tuumorid 14 uuritava (13,8%), neist emakafibromüoom 7-l (6,9%) selle raseduse ajal ning opereeritud healoomuline munasarjakasvaja 7-l (6,9%) enne seda rasedust.

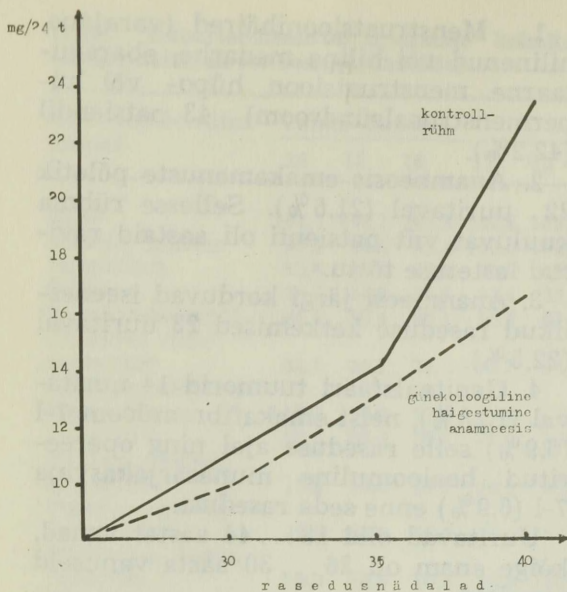
Uuritavad olid 18...44 aastat vanad, kõige enam oli 26...30 aasta vanuseid rasedaid.

Vaatlusalustest oli esmasrasedaid ja esmassünnitajaid 35 (34,3%). Esmassünnitajaid, kuid samal ajal korduvasid — anamneesis 2...5 iseeneslikku raseduse katkemist — oli 19 (18,6%). Esmassünnitajaist kuus olid 30-aastased või vanemad. Korduvsünnitajaid oli uuritavatest 48 (47,1%), neist 30-l olid (29,4%) anamneesis korduvad artefitsiaalsed abordid.

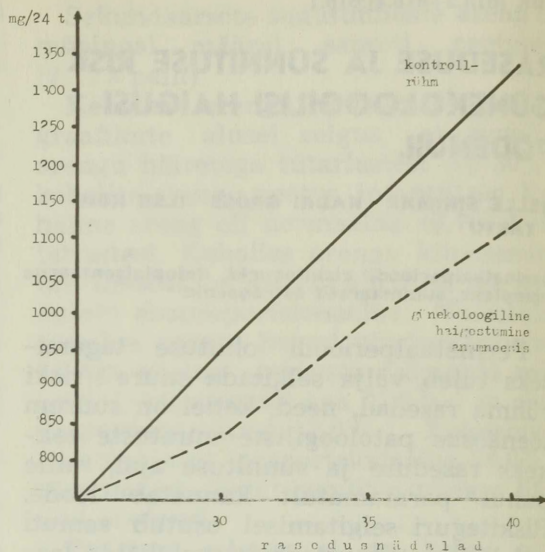
Enamasti (73%) oli menarhe 13...14. eluaastal. Varajane menarhe oli kuuel (5,9%), hilinenud 17-l (16,7%) ning hiline menarhe neljal uuritava (3,9%).

39 rasedal (38,2%) tekkis tüsistusena oksendus, kusjuures seitsmel juhul (6,9%) toksikoosi üldraske vormina. Suhteliselt sageli täheldasime oksendust neil (viiel keskmise või üldraske vormina), kellel olid olnud menstruatsioonihäired.

Diagnoositud hiline rasedustoksikoos kaasnes 27,5%-l uurituist, sealjuures 9,8%-l väljendus see rasedusnefropaatia keskmise või raske vormina. Võrdluseks toome raseduse II poole toksikooside esinemissageduse Tartu Naistenõuandla andmeil aastaist 1980...1982, nimelt oli see 6,0...6,8%. Märgatavalt sagedamini tekkis raseduse II poolel rasedusnefropaatia neil, kelle anamneesis olid genitaalsfääri tuumorid ja menstruaaltsükli häired. Huvitav on see,



Joonis 1. Östrogeenide hulk ööpäevauriinis eri rasedusnädalatel.



Joonis 2. Kreatiniini hulk ööpäevauriinis eri rasedusnädalatel.

et fibromüoomiga kaasnes alati rasedusnefropaatia, neljal juhul isegi II või III astmes. Järelduste tegemiseks on uuritav rühm liiga väikesearvuline. Menstruatsioonihäirete all kannatanud rasedatest kujunes neljal välja raskekujuline ravimatu rasedustoksikoos, mistõttu tuli ette võtta operatsioon, et rasedus katkestada või sünnitus lõpetada.

63 rasedal (61,8%) ilmnesis raseduse ähvardava katkemise tunnused. Kõige suurem oli oht neil, kelle anamneesis olid korduvad iseeneslikud raseduse katkemised. Tavaliselt vajasid nad korduvat haiglaravi nii raseduse I kui ka II poolel. Nimetatud tüsistuste ennetamiseks oleme neid sageli hospitaliseerinud plaanilises korras. Peaaegu võrdse sagedusega täheldasime raseduse katkemise ohtu ka neil, kes olid kannatanud menstruatsioonihäirete all või kellel olid genitaalsfääri tuumorid. Kui eelnenud menstruatsioonihäirete korral oli raseduse katkemise oht võrdselt nii raseduse I kui ka II poolel, siis emakamüoomi korral suurenes oht eeskätt raseduse II poolel.

Ainult pooltel uurituil sünnitusel normist kõrvalekaldeid ei olnud. Tüsistunud sünnituse kulus on esiplaanil

sünnituseelne või varajane lootevete minek (16,7%), sünnitusanomaaliad (25,5%), osaline või täielik platsenta peetus (12,3%) ning verejooksud sünnituse III perioodil (10,2%). Kõige sagedamini kaasnes primaarne sünnitustegevuse nõrkus (21,0%), eeskätt neil, kelle anamneesis olid mitmesugused menstruaaltsükli häired.

Enamikul juhtudel ei ületanud sünnitusjärgselt kaotatud vere hulk 400 ml (keskmiselt $331,1 \pm 113,9$ ml), olles vaid üksikjuhtudel suurem (600...1000 ml), seda eeskätt sünnitanutel, kellel olid olnud menstruaaltsükli häired.

Konservatiivselt juhitud sünnitusi oli 83 (81,4%), keisrilõige tehti 19 uuritaval (18,6%). Võrdlusena toome keisrilõigete sageduse Tartu Naistenõuandla andmeil aastatest 1980...1982, nimelt oli see 3,1...4,3%. Kõige suurem oli keisrilõike tegemise vajadus neil, kellel esines fibromüoom või kellel enne rasedust oli opereeritud healoomuline munasarjakasvaja. Vaid mõnevõrra vähem osutus operatsioon vajalikuks menstruaaltsükli häirete korral: peamised näidustused olid konservatiivsele ravile allumatu raske toksikoos (neli juhtu) ning platsenta täielik eesasetus (kolm juhtu).

Tabel 1. Östrogeenide ja kreatiniini normaalne hulk ööpäevauriinis eri rasedusnädalail

Näitajad	Rasedusnädalad	
	20 ... 35	36 ... 40
Östrogeenid	14,01 mg/24 t.	22,23 mg/24 t.
Kreatiniin	1144 mg/24 t.	1314 mg/24 t.

Surnult sündis üks (oletatav põhjus platsenta osaline enneaegne irdumine), varajasel neonataalsel perioodil hukkus üks (ema anamneesis olid menstruaaltsükli häired ning kaasnevana krooniline püelonefriit ning krooniline platsenta puudulikkus). Enneaegseid oli kuus (5,9%) ning tõelise üleaegsuse tunnustega vastsündinuid 11 (10,8%). Sagedamini oli nende emadel olnud menstruaatsioonihaireid. Enneaegsuse sagedus oli Tartu Naistenõuandla andmeil 1980...1982. a. 4,5...4,1%. Asfüksia tunnuseid leiti 26 vastsündinul (25,4%), kusjuures ülekaalus oli kerge vorm, kõigis uuritavates rühmades oli seda võrdse sagedusega. Kaasasündinud I või II astme hüpotroofia tunnuseid leiti 8 vastsündinul (7,8%), esinemissageduse osas rühmade vahel olulist erinevust ei olnud.

Teatavasti iseloomustab tüsistusteta raseduse kulgu ööpäevauriini uurimise põhjal östrogeenide ja kreatiniini hulga ning östrogeeni-kreatiniini (ö/k) suhte suurenemine sõltuvalt raseduskuudest (1, 5, 6, 7, 10). Meie andmeil (49 tervet esmasrasedat, kellel raseduse kulg normaalne) olid eespool nimetatud muutused samuti täheldatavad (8). Normväärtused on meie järgi järgmised (vt. tabel 1).

Esitame näitajad ka günekoloogilisi haigusi põdenute kohta (vt. tabel 2, joonised 1 ja 2).

Tabel 2. Östrogeenide ja kreatiniini hulk ööpäevauriinis günekoloogilisi haigusi põdenutel eri rasedusnädalail

Näitajad	Rasedusnädalad		
	20 ... 30	31 ... 35	36 ... 40
Östrogeenid	9,53±0,48 mg/24 t.	13,24±0,80 mg/24 t.	16,51±1,01 mg/24 t.
Kreatiniin	826±34,33 mg/24 t.	979±34,17 mg/24 t.	1103±35,36 mg/24 t.

Suhteliselt madalaid östrogeenide ja kreatiniini keskmisi näitajaid viimastel rasedusnädalatel täheldasime eeskätt neil, kelle anamneesis olid menstruaatsioonihaired, mõnevõrra vähem neil, kelle anamneesis korduvad iseeneslikud raseduse katkemised, samuti neil, kellel raseduse ajal lisandus veel hilistoksi-koos.

Kõige sagedamini oli raseduse ja sünnituse kulus kõrvalekaldeid patsientidel, kelle anamneesis olid menstruaatsioonihaired. Neil oli I ja II poole rasedustoksikoosi tekke oht märgatavalt suurem. Eriti tuleks rõhutada neil raseduse II poole toksikoosi võimalikku sagenemist, sest raskemad rasedusnefroopaatia vormid olid meie andmeil eeskätt selles uuritute rühmas. Sedasama on täheldanud ka I. Benediktov (6). Neil oli ka raseduse iseenesliku katkemise oht suurem, meie andmeil võrdselt nii raseduse I kui ka II poolel. Kui varajasel perioodil võib ähvardavat raseduse katkemist seostada munasarjade endokriinse talitluse häirega, siis hilisemas järgus platsenta hormonaalse aktiivsuse langusega. Sellele võiksid viidata ka madalamad keskmised näitajad summaarsete östrogeenide osas, mis uriiniga on eritunud ööpäeva jooksul.

Suure riski tegurina tuleb anamneesi põhjal hinnata korduvaid iseeneslikke raseduse katkemisi, see oht oli ka kogu jälgitava raseduse ajal. Raseduse katkemise oht raseduse II poolel oli meie arvates märgatavalt suurem ka neil, kellel oli olnud healoomulisi munasarjakasvajaid või kellel kaasuvana esines emakafibromüoom.

Sünnitustegevuse nõrkus menstruaaltsükli häirete järelnähuna, samuti sagedam üleaegsus viitavad sünnitajate põhjalikuma ettevalmistuse ning sünnituse

UDK 612.6.052:618.4

objektiivse hindamise vajadusele. Kirjandusest võib leida viiteid suure riski rühma rasedate plaanilise ettevalmistamise vajadusele ning hindamismeetoditele (3, 4, 9, 11).

Kasutusel olevas L. Persianinovi riskitegurite tabelis ei ole ohutegurina märgitud menstruaaltsükli häireid, samuti korduvaid iseeneslikke raseduse katkemisi. Meie arvates vajaks see täpsustamist.

Jälginud meie poolt uuritavatel summaarsete östrogeenide eritumise dünaamikat, selgus, et kuni 35. rasedusnädalani olulisi erinevusi kontrollrühmaga võrreldes ei esine. Viimastel rasedusnädalatel võib aga täheldada märgatavalt madalamat östrogeenide eritumist uriiniga ööpäevajooksul, mis viitab kõrvalekaldele fetoplotsentaarsüsteemi talitluses ning on raseduse ja sünnituse tüsistumise eelsoodumus.

Järeldub, et eelnenud günekoloogiline haigus võib otseselt ohustada raseduse ja sünnituse kulgu. Ohu laad ja intensiivsus sõltuvad haigusest. Need patsiendid vajavad meie arvates senisest põhjalikumalt jälgimist naistenõuandlas juba esimestest rasedusnädalatest peale ja plaanilist hospitaliseerimist võimalike kõrvalekallete ennetamiseks.

KIRJANDUS: 1. *Beling, C.* In: *Endocrinology of Pregnancy. Clinical Endocrinology. A Survey of Current Practice.* New York, 1977, 76—99. — 2. *Grannis, T., Dickey, R.* *Clin. chem.*, 1970, 16, 2, 97—102.

3. *Алберинга Л. Р.* В сб.: Тезисы докладов. Объединенная научно-практическая конференция детских врачей и акушеров-гинекологов Латвийской ССР. Рига, 1981, 34—35. — 4. *Бакулева Л. П., Пилипенко Н. В.* *Акуш. и гинек.*, 1981, 10, 24—26. — 5. *Бенедиктов И. И.* *Акуш. и гинек.*, 1977, 5, 38—40. — 6. *Бенедиктов И. И.* *Акуш. и гинек.*, 1977, 11, 66—68. — 7. *Василевская Л. Н., Сидорова И. С.* *Акуш. и гинек.*, 1977, 8, 48—53. — 8. *Гросс К. Я., Нурмисте Э. Б.* В сб.: *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Труды по медицине ХХХVII.* Тарту, 1978, 59—63. — 9. *Егорова Т. Ю.* *Акуш. и гинек.*, 1982, 7, 47—50. — 10. *Лопаченко О. И.* *Акуш. и гинек.*, 1981, 5, 32—34. — 11. *Степановская Г. К., Ходал А. А., Херодинашвили Ш. Ш.* и др. *Акуш. и гинек.*, 1979, 1, 23—25.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja
günekoloogia kateeder

SUGULISE ARENGU NÄITAJATE JA SÜNNITUSE KULU OMAVAHELINE SEOS

KADRI KAUER VIRVE KASK · TARTU

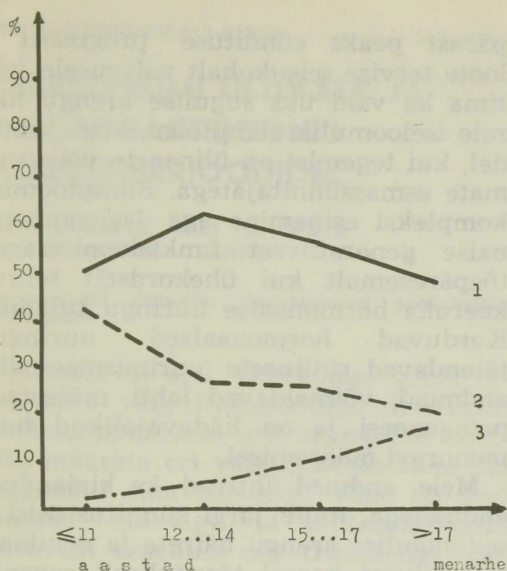
menarhe, genitaalinfantilism, reproduktiivne funktsioon

Naise reproduktiivse talitluse iseärasused olenevad organismi neurohumoraalsest regulatsioonist. Sünnituse kulu ja vastsündinu seisundi prognoosimisel on oluline lähtuda ema sugulisest arengust. Perinatoloogia seisukohalt peetakse eriti tähtsaks genitaalinfantilismi (1, 2, 3, 4). Sugulise arengu peetus avaldub sageli hilise menarhena ja menstruaaltsükli häiretena. Seejuures on arvestatav ka ainult üks sümptoom, näiteks hiline menarhe munasarjade düsfunktsiooni ja genitaalinfantilismi varajase avaldusvormina (1).

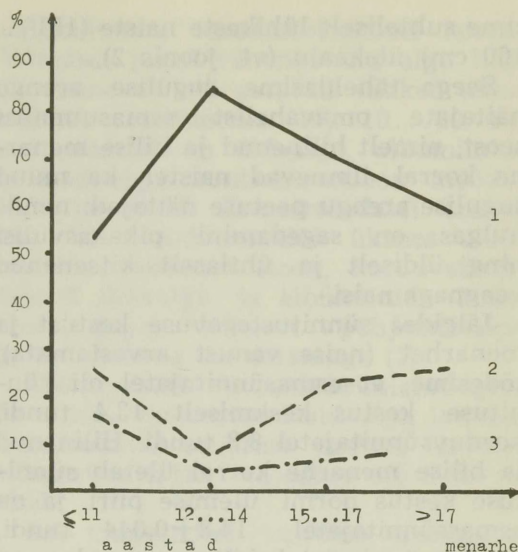
Genitaalinfantilismi puhul esineb terwetest sagedamini günekoloogilisi ja sünnitusabialaseid patoloogilisi nähte (1, 4). Sageneb raseduse katkemise oht nii raseduse esimesel poolel kui ka enneaegse sünnituse tõenäosus raseduse teisel poolel. Sugulise arengu häirete korral esineb sagedamini ka rasedustoksikoosi, eriti raseduse teise poole toksikoosi (4).

Sünnitus tüsistub sel puhul eelkõige sünnitustegevuse nõrkuse ja mitteõigeaegse lootevete minekuga. Sagenevad loote ja vastsündinu asfüksia ning traumatism (4, 5). Rasedus- ja sünnitustüsistuste põhjuseks sugulise arengu häirete korral peetakse kirjanduse andmeil peale munasarjade alatalitluse kogu organismi neurohumoraalse regulatsiooni häiret (1, 2, 3, 4).

Töö eesmärk oli selgitada naise sugulise arengu näitajate omavahelist seost — sageli on need ainsad sugulise arengu häire ilmingud — ja nende seost sünnituse kuluga. Analüüsisime 1691 Tartu Kliinilise Sünnitusmaja sünnituslugu 1975. aastast. Analüüs tehti esmasja korduvsünnitajate kohta eraldi, sün-



Joonis 1. Menarhe ja vaagna tüübid: 1 — normaalne vaagen, 2 — üldiselt ja ühtlaselt kitsenenud vaagen, 3 — rahhiitiline lame vaagen.



Joonis 2. Menarhe ja naise kasv: 1 — 161...170 cm, 2 — 151...160 cm, 3 — 171...180 cm.

nitaja vanust arvestamata, samuti eri earühmade kohta (19-aastased ja nooremad, 20...24-aastased, 25...29-aastased, 30...34-aastased, 35-aastased ja vanemad).

Eristatakse varajast (11-aastaselt või varem), õigeaegset (12...14-aastaselt), hilinenud (15...17-aastaselt) ja hilist menarhet (>17 aasta). Vaagna tüüpide järgi toimus jaotus järgmiselt: normaalsed vaagna mõõtmed, üldiselt ja ühtlaselt kitsenenud vaagen, lihtlame vaagen, rahhiitiline lame vaagen. Vastavalt kasvule: pikkus 145...150 cm, 151...160 cm, 161...170 cm, 171...180 cm ja >180 cm. Sünnituse kestuse normiks peame esmassünnitajatel 16...18 tundi, korduvsünnitajatel 8...12 tundi.

Õigeaegne menarhe (12...14-aastaselt) oli olnud 1127 naisel (66,65%), varajane 60-l (3,55%), hilinenud 471-l (27,79%) ja hiline 33 naisel (1,91%). Seega ei olnud menarhe meie andmeil õigeaegne $\frac{1}{3}$ -l sünnitanutest (33,25%). Vaagna mõõtmed olid normaalsed 82,09%-l, üldiselt ja ühtlaselt kitsenenud vaagen oli 10,75%-l naistest.

Meid huvitas ka sugulise arengu näitajate (menarhe ja vaagen, menarhe ja kasv) omavaheline seos. Selgus, et õigeaegse menarhe puhul oli vaagen

normaalne 84,52%-l naistest, üldiselt kitsenenud aga 9,22%-l ja rahhiitiline lame vaagen 4,81%-l. Sünnitanute hulgas, kellel menarhe oli hilinenud (15...17-aastaselt), suurenes üldiselt ja ühtlaselt kitsenenud vaagnaga naiste arv tunduvalt (22,41%), mõningal määral ka rahhiitilise lameda vaagnaga naiste arv (6,42%). Normaalne vaagen oli nende vaatlusaluste rühmas 70,68%-l juhtudest. Hilise menarhe korral oli üldiselt ja ühtlaselt kitsenenud vaagen 27,33%-l, normaalsete mõõtmetega vaagen aga 61,42%-l naistest. Sünnitanute arv, kellel oli üldiselt ja ühtlaselt kitsenenud vaagen, oli suurem ka naiste rühmas, kellel menarhe oli 11-aastaselt või varem, võrreldes kontrollrühma kuulujatega, kellel menarhe oli 12...14-aastaselt (vt. joonis 1).

Analüüsides menarhe ja sünnitanu pikkuse seost, selgus, et menarhe oli õigeaegne peamiselt 161...170 pikkustel, nimelt 61,95%-l; 151...160 cm pikkustest aga 29,85%-l ja 171...180 cm pikkustest vaid 6,58%-l. Naiste rühmas, kellel menarhe oli hilinenud, oli 161...170 cm pikkusi 54,44%, 151...160 cm pikkusi 24,80%. Suureneb pikade naiste arv selles rühmas (10,82%). Varajase menarhe puhul aga tähelda-

sime suhteliselt lühikeste naiste (151... 160 cm) ülekaalu (vt. joonis 2).

Seega täheldasime sugulise arengu näitajate omavahelist samasuunalist seost, nimelt hilinenud ja hilise menarhe korral ilmnevad naistel ka muud sugulise arengu peetuse näitajad: nende hulgas on sagedamini pikakasvulisi ning üldiselt ja ühtlaselt kitsenenud vaagnaga naisi.

Jälgides sünnitustegevuse kestust ja menarhet (naise vanust arvestamata), tõdesime, et esmasünnitajatel oli sünnituse kestus keskmiselt 13,4 tundi, korduvsünnitajatel 8,3 tundi. Hilinenud ja hilise menarhe korral ületab sünnituse kestus normi ülemise piiri ja on esmasünnitajatel $14,8 \pm 0,044$ tundi, korduvsünnitajatel hilise menarhe puhul $10,0 \pm 0,16$ tundi. Huvitav on see, et sünnituse kestus oli märgatavalt pikenenud ($15,0 \pm 2,05$ tundi) eelkõige noortel esmasünnitajatel (19-aastased ja nooremad) hilinenud menarhe korral, mida võib seostada reproduktiivse süsteemi ebaküpsusega selles vanuses.

Sünnituse kestus oli tunduvalt pikem ka 30... 34 aasta vanustel esmasünnitajatel, kellel menarhe oli 15... 17-aastaselt. Nendel tuleb sünnitustegevuse nõrkuse põhjuseks pidada ka reproduktiivse funktsiooni alanemist selles eas.

Korduvsünnitajatest ületas ajategur oluliselt normi 20... 24-aastastel naistel ($10,7 \pm 1,867$ tundi), kellel menarhe oli 15... 17 aasta vanuses. Põhjuseks võiks pidada reproduktiivse süsteemi teatud kurnatust korduvatest rasedustest.

Operatsioonide arv suurenes varajase või hilise menarhega suhteliselt lühikeste naiste rühmas (150... 160 cm) vaagna arenguanomaaliate puhul. Kii-reid ja ülikiireid sünnitusjuhte oli rohkem pikemat kasvu (171... 180) naistel, kelle vaagna mõõtmed olid normaalsed ja kellel menarhe oli õigeaegne.

Seega võib öelda, et meie andmed ühtivad kirjanduses esitatutega. Sugulise arengu peetuse korral on sugulist arengut iseloomustavate näitajate vahel küllalt tugev samasuunaline seos. See-

pärast peaks sünnituse prognoosi ja loote tervise seisukohalt valvsusele juhtima ka vaid üks sugulise arengu häirele iseloomulik sümptoom, eriti juhtudel, kui tegemist on ülinoorde või vanemate esmassünnitajatega. Sümptoomide kompleksi esinemine aga iseloomustab naise generatiivset funktsiooni sageli tõepärasemalt kui ühekordselt tehtud keeruka hormonaalse uuringu tulemus. Korduvad hormonaalsed uuringud täiendavad rutiinsete uurimismeetodite andmeid, võimaldavad lahti mõtestada patogeneesi ja on hädavajalikud hormoonravi määramisel.

Meie andmed ühtivad ka kirjanduse andmetega, mille järgi sünnitustüsistused sugulise arengu häirete ja genitaalinfantilismi korral tõenäoliselt sagenevad.

Tulevase ja praeguse põlvkonna tervise huvides on vaja teada, et genitaalinfantilismiga tütarlapsed ja naised vajavad täit tähelepanu ning erijälgimist kogu reproduktiivse eaperioodi vältel.

KIRJANDUS: 1. Kaiser, R., Pfleiderer, A. Lehrbuch der Gynäkologie. New York, 1982.

2. Богданова Е. А. Акуш. и гинек., 1981, 7, 6—7. — 3. Богданова Е. А. Акуш. и гинек., 1981, 12, 3—5. — 4. Хамадьянов У. Р. Акуш. и гинек., 1981, 2, 55—58. — 5. Хамадьянов У. Р., Ларичева И. П., Смирнова Л. К. Акуш. и гинек., 1981, 7, 8—11.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja
günekoloogia kateeder

UDK 618.2:543.865:611-018.54

VERESEERUMI ÜLDVALK JA VALGUFRAKTSIOONID RASEDUSPERIOODIDEL

LIDIA SALUSTE AILI TÄHEPOLD
ASTA MADISSON TARTU

vereseerumi üldvalk, fraktsioonid polüakrüülamiidgeelis

Käesoleval ajal pööratakse suurt tähelepanu valgufraktsioonide struktuuri tundmaõppimisele, mis võimaldab kindlaks määrata eri valgufraktsioonide osa organismi ainevahetuses. Vähe on veel uuritud üldvalgu ja proteinogrammi sõltuvust raseduse eri trimestrist normaalse raseduse korral. Diskelektroforeesi teooriast ja praktikast on ülevaate andnud G. Maurer raamatus «Disk-elektroforees» (9). 1969. a. mainis V. Tihhonov (11), et elektroforees polüakrüülamiidgeelis erineb põhimõtteliselt paberelektroforeesist, ta võimaldab välja selgitada vereseerumi valkude geneetilist eripära. Kui paberelektroforeesil saab eristada viit klassikalist seerumivalku (albumiinid, α_1 , α_2 , β - ja γ -globuliinid) (7, 15), siis diskelektroforeesil kuni 30 fraktsiooni (2, 3, 10). Tartu Riikliku Ülikooli ÜMPI hormonaalse regulatsiooni laboratooriumis on diskelektroforees polüakrüülamiidgeelis kasutusel olnud 1969. aastast alates. On uuritud valgulisi hormone, vereseerumi ja seljaajuvedeliku valkusid jm. (4, 5, 8, 12, 13).

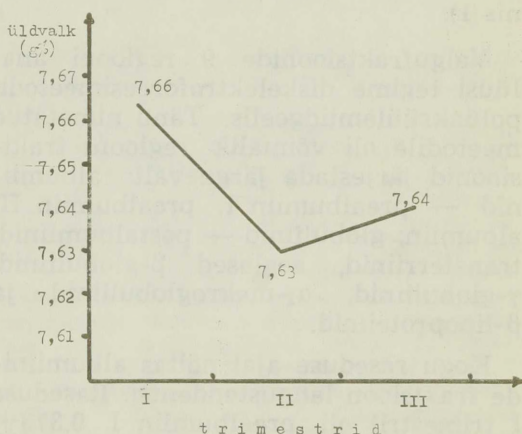
Hüpoproteineemilise sündroomi üks põhjusi on mitteküllaldane valgu hulk toidus, mida tavaliselt esineb nälgimisel või alatoitluseel. Isegi aminohapete suhtes mittebalansseeritud toit võib hüpoproteineemia esile kutsuda. Vereplasma valgu hulga vähenemisega alla 5 g% kaasneb kudede hüpoproteineemiline turse. Sündroomi teine põhjus on vereplasma valgu kontsentratsiooni langus raseduse viimastel kuudel ja laktatsiooniperioodil (6). Verevalkude koostises on nihked menstruaaltsükli eri perioodidel, normaalse ja üleaege raseduse korral, kõige enam aga on see

väljendunud rasedustoksikoosi korral. Viimasel juhul väheneb üldvalgu hulk ja ilmnevad märgatavad nihked albumiinide fraktsioonis (14). 10...28. rasedusnädalal on üldvalgu, albumiinide ja kusi-happe kontsentratsioon mõõdukalts langenud. Esmasrasedatel langeb 28...32. rasedusnädalal üksnes albumiinide kontsentratsioon, korduvsünnitajatel üldvalgu ja albumiinide kontsentratsioon. Viimast põhjendatakse loote suurema sünnikaaluga (1).

Töö eesmärk oli polüakrüülamiidgeelis uurida vereseerumi üldvalgu ja tema fraktsioonide muutusi noortel tervetel esmassünnitajatel raseduse eri trimestritel.

Eri trimestritel uurisime korduvalt 93 tervet 17...31 aasta vanust esmassünnitajat. Rasedus ja sünnitus kulgesid neil tüsistusteta. Vereseerumi üldvalgu kontsentratsiooni määrasime refraktomeetriliselt ja tema fraktsioonid diskelektroforeesil polüakrüülamiidgeelis.

Vaatluselustel oli üldvalgu kontsentratsioon kogu raseduse ajal 6,42...9,66 g%. Üldvalgu kontsentratsioon vereseerumis raseduse I trimestril oli keskmiselt $7,66 \pm 0,13$ g% (6,42...9,66 g%), II trimestril $7,63 \pm 0,13$ g% (6,42...8,70 g%) ja III trimestril $7,64 \pm 0,13$ g% (6,42...9,24 g%). Seega vereseerumi



Joonis. Vereseerumi üldvalk esmassünnitajatel.

Tabel 1. Vereseerumi üldvalk raseduse eri trimestritel (g %-des)

Raseduse kestus	$\bar{x}$	$\pm m$	$\pm \sigma$	min.	maks.	R_v	$\frac{R_v \times 100}{\bar{x}}$	$\frac{\sigma \times 100}{\bar{x}}$
I trimester	7,66	0,13	0,63	6,42	9,66	1,505	19,644	8,224
II trimester	7,63	0,13	0,55	6,42	8,70	1,355	17,761	7,208
III trimester	7,64	0,13	0,62	6,42	9,24	1,438	18,838	8,115

Tabel 2. Vereseerumi albumiinide regiooni koostis raseduse eri trimestritel (%-des)

Näitajad	$\bar{x}$	$\pm m$	$\pm \sigma$	min.	maks.	R_v	$\frac{R_v \times 100}{\bar{x}}$	$\frac{\sigma \times 100}{\bar{x}}$
I trimester (n=90)								
prealbumiin I	0,373	0,032	0,153	0,21	0,967	4,605	1234	41,019
prealbumiin II	0,492	0,053	0,256	0,186	1,635	8,790	1787	52,033
albumiin	43,869	1,143	5,454	24,74	64,379	2,602	5,932	12,432
Keskmine	44,734							
II trimester (n=70)								
prealbumiin I	0,377	0,031	0,126	0,128	0,79	6,172	1637	33,422
prealbumiin II	0,423	0,045	0,183	0,109	1,057	9,697	2292	43,262
albumiin	42,45	1,085	4,551	33,30	57,056	1,713	4,036	10,721
Keskmine	43,250							
III trimester (n=93)								
prealbumiin I	0,359	0,028	0,133	0,304	0,641	2,108	587,339	37,05
prealbumiin II	0,415	0,035	0,170	0,192	0,835	4,349	1048	40,964
albumiin	40,324	1,032	5,068	28,49	52,00	1,825	4,526	12,568
Keskmine	41,098							

üldvalgu hulk kogu raseduse ajal muutus vähe. Kui aga arvata hüpoproteineemia piirväärtuseks 6,5 g %, siis oli see 10,45 %-l rasedaist (vt. tabel 1, joonis 1).

Valgufraktsioonide. 9 regiooni analüüsi tegime diskelektroforeesimeetodil polüakrüülamiidgeelis. Tänu nimetatud meetodile oli võimalik regiooni fraktsioonid järjestada järgnevalt: albumiinid — prealbumiin I, prealbumiin II, albumiin; globuliinid — postalbumiinid, transferriinid, aeglased β -globuliinid, γ -globuliinid, α_2 -makroglobuliinid ja β -lipoproteiinid.

Kogu raseduse ajal näitas albumiini-de fraktsioon langustendentsi. Raseduse I trimestril oli prealbumiin I $0,373 \pm 0,032\%$, II trimestril $0,377 \pm 0,031\%$ ja III trimestril $0,359 \pm 0,028\%$ ning sellele vastavalt prealbumiin II $0,492 \pm 0,053\%$,

$0,423 \pm 0,045\%$ ja $0,415 \pm 0,035\%$. Raseduse ajal langesid ka vereseerumi albumiinide fraktsioonid: I trimestril $43,869 \pm 1,143\%$ ja III trimestril $40,32 \pm 1,032\%$ (vt. tabel 2). Globuliinide fraktsioonid raseduse ajal tõusid. Postalbumiinide regioon raseduse I trimestril oli $7,785 \pm 0,419\%$ ja III trimestril $9,127 \pm 0,448\%$. β -globuliinide tähtsaim regioon — transferriin — suurenes: I trimestril oli $11,317 \pm 0,35\%$, II trimestril $12,916 \pm 0,61\%$ ja III trimestril $14,159 \pm 0,326\%$.

Raseduse arenemisel suurenesid ka aeglaste β -globuliinide regioonid, mis olid järgmised: I trimestril $4,665 \pm 0,333\%$, II trimestril $5,381 \pm 0,631\%$ ja III trimestril $5,323 \pm 0,287\%$ (vt. tabel 3). γ -globuliinide fraktsioonid aga näitasid vähenemistendentsi. Raseduse I trimestril olid need $25,427 \pm 0,980\%$ ja III trimestril vähenesid $24,354 \pm 0,804\%$.

Tabel 3. Vereseerumi globuliinide regiooni koostis raseduse eri trimestritel (%-des)

Näitajad	$\bar{x}$	$\pm m$	$\pm \sigma$	min.	maks.	R_v	$\frac{R_v \times 100}{\bar{x}}$	$\frac{\sigma \times 100}{\bar{x}}$
I trimester (n=90)								
postalbumiinid	7,785	0,419	2,00	4,683	14,959	3,194	41,031	25,690
transferriin	11,317	0,350	1,671	7,511	16,102	2,144	18,943	14,765
aeglased β -globuliinid	4,655	0,333	1,586	1,670	9,765	5,847	125,34	34,071
γ -globuliinid	25,427	0,980	4,683	14,579	37,626	2,581	10,149	18,417
α_2 -makroglobuliinid	3,475	0,212	1,015	1,430	9,197	6,431	185,079	29,209
β -lipoproteiinid	2,713	0,137	0,658	1,60	4,550	2,844	104,819	24,254
Keskmine	55,382							
II trimester (n=70)								
postalbumiinid	8,468	0,562	2,356	4,315	13,572	3,145	37,143	27,822
transferriin	12,916	0,61	2,555	8,558	17,346	2,027	15,693	19,782
aeglased β -globuliinid	5,381	0,631	2,449	2,146	8,362	3,897	72,313	45,512
γ -globuliinid	25,183	1,504	6,304	16,277	29,149	1,791	7,111	25,033
α_2 -makroglobuliinid	3,547	0,440	1,844	1,83	15,00	8,197	231,02	51,973
β -lipoproteiinid	3,903	0,142	0,580	1,669	4,229	2,534	64,921	14,860
Keskmine	59,426							
III trimester (n=93)								
postalbumiinid	9,127	0,448	2,173	5,395	15,77	2,923	32,027	23,808
transferriin	14,159	0,326	1,585	9,497	17,071	1,797	12,695	11,194
aeglased β -globuliinid	5,323	0,287	1,391	2,051	8,776	4,279	80,345	26,132
γ -globuliinid	24,354	0,804	3,922	14,718	34,325	2,332	9,576	16,104
α_2 -makroglobuliinid	3,223	0,175	0,847	1,738	6,100	3,509	108,898	26,279
β -lipoproteiinid	2,791	0,155	0,752	0,984	5,020	5,102	182,788	26,944
Keskmine	58,977							

Viimased kaks globuliinide fraktsiooni püsisid ligilähedaselt stabiilsed. Kuid sellele vaatamata globuliinide fraktsioonid raseduse kestuse pikenemisel siiski tõusid (vt. tabel 3).

Vastavalt sellele, et albumiinide regioon raseduse ajal vähenes, globuliinide oma aga suurenes, oli albumiinide-globuliinide koefitsient raseduse I trimestril 0,81, II trimestril 0,73 ja III trimestril 0,70. Järelikult albumiinide-globuliinide koefitsient raseduse ajal langes tunduvalt.

Kokkuvõte. Eespool toodud arvestades võib normaalsele füsioloogilisele rasedusele iseloomulikuks pidada albumiinide regiooni vähenemist ja globuliinide regiooni suurenemist. Vereseerumi üldvalgu kontsentratsioon raseduse korral sõltub mitte üksnes alimentaarsetegurist, vaid eelkõige raseda organismis toimuvatest füsioloogilistest muutustest, näiteks tsirkuleeriva vere ja plas-

ma suurenevast mahust, vee- ja soolainevahetuse muutustest või muudest teguritest. Sünnitusabis peaks põhjalikult uurima ja arvestama muutusi proteiogrammis, et selles kõrvalekaldeid õigeaegselt üles leida.

KIRJANDUS: 1. MacDonald, H. N., Good, W. J. Obstet. Gynec. Brit. Cwlth., 1972, 79, 6, 518—525.

2. Бугакова Г. Н., Багрянов Д. В. Лабор. дело, 1979, 4, 210—212. — 3. Дэвени Т., Герчей Я. В кн.: Аминокислоты, пептиды и белки. М., 1976, 84—94. — 4. Калликорм А. П. В кн.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. XIX. Тарту, 1969, 110—116. — 5. Калликорм А. П. Биохимические критерии оценки функции щитовидной железы и транспорт тиреоидных гормонов в циркуляции. Автореф. дисс. доктора биол. наук. Ташкент, 1977. — 6. Колб В. Г., Камышиников В. С. В кн.: Клиническая биохимия. Минск, 1976, 5—24. — 7. Кузьмина Г. Н. Сравнительный состав общего белка и лабильных глобулинов крови матери и плода при физиологической и перенесенной беременности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Новоси-

бирск, 1971. — 8. Лиллелехт Э., Калликорм А., Линд А. В кн.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. XXIII. Тарту, 1971, 100—104. — 9. Маурер Г. В кн.: Диск-электрофорез. М., 1971, 159—168. — 10. Самсон Е. И., Гоцуляк О. Ф. Лабор. дело, 1979, 4, 212—214. — 11. Тихонов В. П. Лабор. дело, 1969, 11, 665—669. — 12. Тээсалу С. А., Хинрикус Т. Х., Калликорм А. П. В кн.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. XXIX. Тарту, 1974, 99—103. — 13. Хансон Х. М. Гистаминопексия, серотонинопексия и дискэлектрофорез белков сыворотки крови при ишемической болезни сердца. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1970. — 14. Шамрай Е. Ф., Паченко А. Е. В кн.: Клиническая биохимия. М., 1970, 141—161. — 15. Яльвисте Х. И. О сдвигах белков сыворотки крови у беременных в связи с диетой в частности при токсикозе беременности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1958.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja
günekoloogia kateeder

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Микроорганизмид перинатаalse haigestumuse ja suremuse võimalikud põhjustajad. Harvardi Ülikooli teadlased võtsid bakterioloogilisi analüüse koorionipinnalt, olles veendunud, et selle bakterioloogiline saastamine sünnituse ajal ei ole võimalik. Teadlased hindasid koorionihattude kultuure eraldi, mis olid võetud analüüsiks surnultsündinud lastelt, intensiivravi vajanud vastsündinuil ja täiesti tervelt vastsündinutelt (kontrollrühm). Uurimistulemustest selgus, et intensiivravi saanud vastsündinuil leiti koorionipinnalt *Ureaplasma urealyticum*'i ja/või *Mycoplasma hominis*'t oluliselt rohkem kui kontrollrühma uurituil. *Ureaplasma urealyticum*'i on juba 1973. aastast peetud endomeetriumis tekkinud alaägedate põletikukollete põhjustajaks. Oli kujunenud arvamus, et nimetatud põletikutekitaja on spermatoosididega seotud ning seetõttu jõudvat lapse ema organismi juba viljastumisel.

Selecta, 1982, 24, 1676.

UDK 612.396.14:616.341-053.36/37

LAKTOOSITALUMATUS ESIMESTEL ELUAASTATEL

LEA BOSTON RIINA UNT IRINA MAARING
TARTU

laktaasivaegus, laktoosi koormustest, retsidiivruv kõhulahtisus, äge respiratoorne viirusnakkus, varaealised

Primaarne disahharidaasivaegus, mis antakse edasi autosoom-retsessiivsel teel, on seoses ensüümide sünteesi geneetilise defektiga (2, 8). Seejuures on peensoole limaskest intaktne. Laktoosi malabsorptsiooni sekundaarne vorm saab alguse soole limaskesta kahjustusest. Seda põhjustavad soolenakkused, nälgus, tsöliaakia, spruu, ravimiteest antibiootikumid — tetratsükliinid, monomütsiin, neomütsiin (3, 5, 6). Küllalt sageli tekib viiruslike gastroenteriitide puhul transitoorne laktoositalumatus, sellega väheneb ka laktoosi utilisatsioon (1, 4). Suurel osal haigetel esineb hüpolaktaasia ka rekonvalesentsis (7).

Soole limaskesta kahjustuse puhul kahjustub disahharidaaside aktiivsusest kiiremini laktaasi aktiivsus, mis on ka normaalselt madalam kui teistel disahharidaasidel. Sel puhul imendub laktoos läbi sooleseina, kuid ei metaboliseeru (2, 5). Soolestikus mittelõhustuv laktoos põhjustab peensoole valendikus osmootse rõhu tõusu ja veesisalduse suurenemist. Selle häire puhul satub piimasuhkur jämesoolde, kus laktoosi ensümaatilise lõhustumine asendub bakteriaalsega. Lõhustumisel tekkivad happed põhjustavad kliiniliselt kõhulahtisust ja ainevahetusproduktid võivad imendudes avaldada toksilist toimet (8).

Laktaasivaeguse kliinilises pildis on põhilised ilmingud soole peristaltika tugevõime, kõhupuhitus ja kõhulahtisus vedela, vahutava ja happelise roojaga; iste sage (5). Edasi võib areneda tugev hüpotroofia, mis on seotud süsivesikute omastamishäirega.

Osajuhudel võib laktaasivaegust esineda ilma kliiniliste nähtudeta. Asümptoomne hüpolaktaasia võib tek-

kida ka respiratoorsete viirushaiguste puhul (8). Selle kohta puuduvad täpsemad kirjanduse andmed.

Eelnevast lähtudes seadsime eesmärgiks võrrelda alla kaheaastastel lastel laktoosi imendumisvaeguse sagedust retsidiveeruva kõhulahtisuse ja ägedate viiruslike bronhiitide ning pneumooniate puhul, kui kõhulahtisusnähud täielikult puudusid.

Uuritavad ja uurimismeetod. Uuriti 24 Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas ravil olnud alla kaheaastast last.

Kaheteistkümnel lapsel olid hospitaliseerimisel seedehäired, anamneesi andmeil retsidiveeruvad seedehäired. Enamikul oli eelnevaks diagnoosiks soolenakkus. Kaheteistkümnel lapsel oli äge respiratoorne viirushaigus, neil nii anamneesis kui ka hospitaliseerimisel seedehäireid ei olnud.

Uuritavate hulgas olid $\frac{3}{4}$ imikud; poisse oli kaks korda rohkem kui tüdrukuid.

Laktaasivaeguse väljaselgitamiseks tehti laktoosi koormustestid (2 g laktoosi kehakaalu ühe kilogrammi kohta), glükoosoksüdaasimeetodil määrati ka vere suhkrusisaldus 30, 60, 90 ja 120 minuti järel kahe tunni vältel.

Laktoosi koormustesti peeti normaalseks, kui pärast koormust vere suhkrusisaldus suurenes kas 20 mg% või enam (2, 5).

Uurimistulemused. Laktoosikoormuse järgse veresuhkrukõvera analüüsil 12 lapsel, kellel kõhulahtisus retsidiveerus, ilmnas, et neist 9-l esines abnormselt lame glükoosikõver. Respiratoorseid haigusi põdevast kaheteistkümnest lapsest oli koormusjärgselt madal veresuhkrukõver kuuel.

Niisiis diagnoositi laktoositalumatus koormuskatsul abil $\frac{3}{4}$ -l alla kaheaastastest lastest, kellel esinesid retsidiveeruvalt kõhulahtisusnähud. Hüpolaktaasia diagnoositi pooltel niisama vanadel respiratoorseid viirushaigusi põdevatel lastel, kellel mao-sooletrakti sümptome ei esinenud. Retsidiveeruva kõhulahtisuse ja hingamiseldundite viirusliku haiguse korral laktoositalumatuse sageduses olulist erinevust ei täheldatud.

Viieteistkümnest abnormse veresuhkrukõvera juhust oli vere suhkrusisalduse suurenemine 30 minuti pärast keskmiselt ainult 8,9% ja 60 minuti pärast 7,2%. 90 minuti järel oli keskmine veresuhkru väärtus normaliseerunud,

120 minuti järel aga langenud keskmiselt 6,3% piires. Laktoosikoormuse järgselt ilmnasid mao-sooletrakti sümptomid kolmel lapsel, kellel retsidiveeruva kõhulahtisuse nähte oli olnud juba varem.

Üheksast normaalse veresuhkrukõvera juhust täheldati laktoosikoormuse järgselt hüperglükeemilist reaktsiooni 30 minuti pärast kuuel (keskmiselt 25,2% lähteväärtusest) ja 60 minuti pärast kolmel juhul (keskmiselt 45,9%). Veresuhkrukõvera tõus oli koormusjärgselt maksimaalne 30 minuti pärast kolmel (keskmiselt 49,5%) ja 60 minuti pärast viiel (keskmiselt 48,5%), 90 minuti pärast vaid ühel lapsel (43,7%). Seega veresuhkrukõvera jälgimine üle 60 minuti osutub laktaasivaeguse väljaselgitamisel tarbetuks. Mao-sooletrakti sümptome selles rühmas laktoosikoormuse järgselt ei ilmnenu ühelgi juhul. Võrreldes koormusjärgselt mao-sooletrakti nähtude ilmnemist hüpolaktaasia ja normaalse veresuhkrukõvera korral, selgus, et hüpolaktaasia puhul tekib mao-sooletrakti sümptome oluliselt sagedamini.

Kokkuvõte. Respiratoorset viirushaigust põdevatel varaealistel esineb hüpolaktaasiat niisama sageli kui retsidiveeruva kõhulahtisuse all kannatajail. Viimastel ilmneb sekundaarne laktoosi malabsorptsioon soole limaskestast kahjustuse alusel. Respiratoorsete viirushaiguste puhul on hüpolaktaasia tekkepõhjuseks viirustoksiinide otsene toime soole ensüümidesse. Seejuures haiguse raskuse ja hüpolaktaasia tekke vahel ei ole võimalik seost täheldada. Hüpolaktaasia ilmnas ka kolmel lapsel, kellel esines ainult kerge bronhiit. Respiratoorsete haiguste puhul hüpolaktaasiale kõhulahtisust ei lisandunud. Seda seostatakse soolestikus hüdrolyüsumata laktoosist moodustunud piimhappe hea taluvusega. Tuleb aga arvestada, et ka neil juhtudel jääb laktoos sooles imendumata ja väljub roojaga. Sel viisil läheb piimaga saadavatest kaloritest osa kaduma. Ka on neil kalduvus soolenakkuste tekkeks, millega kaasneb hüpotroofia.

Sellest järeldub, et hingamiselundite viirushaiguste puhul on vaja lastele anda kergesti seeditavaid hapustatud või hapusid segusid, anda ei tohi soole ensüümide aktiivsust vähendavaid antibiootikume, näiteks tetratsükliine, monomütsiini, neomütsiini. Laktoosi koorumusproove on vaja korrata ka siis, kui laps on juba tervistunud.

KIRJANDUS: 1. Davidson, G. P., Barnes, G.L. *Acta paediatr. scand.*, 1979, 68, 2, 181–186. — 2. Leberthal, E. *Pediatr. Clin. North Am.*, 1975, 22, 4, 757–766. — 3. Leberthal, E. In: *Digestive diseases in children*. New York, 1978, 367–388. — 4. Maass, G. *Med. Klin.*, 1980, 75, 1, 61–66. — 5. Sunshine, P., Kretschmer, N. *Pediatrics*, 1977, 1002–1005. — 6. Visakorpi, J. K. In: *Pediatrinen gastroenterologia*. Helsingi, 1978, 32–34.

7. Дроздов С. Г., Покровский В. И., Шакоян Л. А. и др. В кн.: Ротавирусный гастроэнтерит. М., 1982, 58–60. — 8. Лизинц Е. Г., Медне Г. А. В кн.: Синдром малабсорбции в педиатрической клинике. Рига, 1979, 41.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder

Tubakasuitsetamine ja rasedus. Suitsetaja organismis on tingimused ainevahetusprotsesside kulgemiseks mitmeti muutunud. Need muutunud tingimused võivad mõjutada toitainete imendumist ning nende kasutamist organismis. Nii on suitsetajate organismi C-vitamiini-vajadus 40% suurem kui mitesuitsetajatel, tagamaks vere koostise kui sisekeskkonna püsivust. Seda organismi C-vitamiini suurenenud tarvet saab seletada suitsetaja organismi sattunud kahjulike ainete mürgistamise vajadusega. Rasedusperioodil suitsetamine toimib mitmeti kahjustavalt, see on otseses seoses ainevahetusprotsessidega. Raseda organismis võib füsioloogiliselt suurenenud vabade rasvhapete hulk veres suitsetamise tagajärjel veelgi suureneja ja rasvhapete emakalihashkiudude talitlust tugevdava toime tagajärjel võib järgneda iseeneslik abort või enneaegne sünnitus.

Deine Gesundheit, 1983, 7.

UDK 618.19-006-07-084

RINNAVÄHI AVASTAMINE, ENESEVAATLUSMEETOD JA RISKITEGURID

MARET PURDE EVI HINT · TALLINN

rinnavähk, avastamine, riskitegurid, profülaktika

Rinnavähi varajane avastamine parandab oluliselt ravi hilistulemusi ja elulemust. Sellele vaatamata; et rinnavähk paikneb organismis pindmiselt, on selle kasvaja õigeaegse diagnoosimisega seotud mitmed probleemid. Enamik naisi (95%) leiab selle pahaloomulise kasvaja küll ise (16), kuid sageli juba kaugelearenenud staadiumis. Kogu naiselannikkonna meditsiiniline profülaktiline läbivaatus ei ole reaalne, sest rinnavähi väljaselgitamiseks peaks profülaktilisi läbivaatusi tegema korduvalt, kasutades keerukaid diagnoosimis-meetodeid, näiteks mammograafiat, punktsioonbiopsiat jt. Mammograafia massuuringuna ei ole end õigustanud, rindkere korduvad fluoro- ja röntgenoskoopid suurendavad rinnavähihiski hilisemas elueas (2, 3, 8). Senisest enam tuleks tähelepanu pöörata enesevaatlusele (13). Enesevaatlusmeetodiks nimetame profülaktilise läbivaatuse võtet, kui naised regulaarselt vaatlevad ja palpeerivad oma rindu, millisel teel võib avastada haiguslikke muutusi, sealhulgas ka rinnavähki. Lisaks enesevaatlusvõtte propageerimisele on tähtis, et naised rinnavähi riskitegureid tunneksid ja arvestaksid. See on oluline rinnavähi riskirühma moodustamiseks, sest piiratud arvu naisi profülaktiliselt läbi vaadata võib mammoloog, kelle vastuvõtud toimuvad mitmes raviasutuses.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Enesevaatlusmeetodi rakendamise kohta küsitleti Tallinna raviasutustes 183 naist. Küsitletuist oli 64 rinnavähihaiget Tallinna Vabariiklikust Onkoloogiadispanserist, kellel rinnavähk oli esmaselt diagnoositud, ja 30 tervet ning 89 mastopaatiaga naist, keda küsitleti Tallinna naistenõuandlates. Andmeid koguti küsimustiku järgi, mis on mõeldud rinnavähi epide-

Tabel 1. Tuumori avastamise moodus rinnavähi ja fibroadenomatoosiga haigetel

Diagnoos	Avastasid ise		Avastas arst		Kokku
	enese-kontrolli-meetodil	juhuslikult	profülaktiliselt	kaebuste alusel	
Rinnavähk	5	45	4	10	64
Fibroadenomatoos	4	4	8	34	50
Kokku	9	49	12	44	114

mioloogia uurimiseks üleliiduliselt ja rahvusvaheliselt. Tabelites on küsitluse esialgsed tulemused enesevaatlusmeetodi rakendamise kohta Eesti NSV-s. Riskitegureid identifitseeritakse vähihaigete ja tervete tunnuste võrdlemisel, tulemuste statistiliselt olulise erinevuse põhjal, kasutades χ^2 -kriteeriumi ($P < 0,05$) või relatiivse riski (RR) valemit (19).

Tulemused. Tabel 1 annab ülevaate tuumori avastamise moodusest rinnavähi- ja fibroadenomatoosiga haigetel. Rinnavähi — tüki rindades — avastasid naised enamasti ise, 45 haigel (70,3%) oli leid juhuslik. Fibroadenomatoosi korral leidis tuumori enamikul juhtudel arst, peamiselt patsiendi kaebuste alusel. Rinnavähi avastas arst esmaselt vaid 14 juhul, neist 10-l kaebuste alusel ja neljal juhul meditsiinilisel profülaktilisel läbivaatusel. Kui fibroadenomatoos põhjustab valu, siis rinnavähi korral ei ole kaebustel olulist osa haiguse avastamisel. Küsitluse andmeist nähtub, et nii enesevaatlus kui ka profülaktilised läbivaatused ei ole eriti suurendanud rinnavähi väljaselgitamise juhte. Olemasolevail andmeil võib väita, et enamik haigeid leiab rinnavähi ise juhuslikult, kas pesemisel või riietumisel. Kahjuks on enesevaatlust seni veel vähe rakendatud.

Tabel 2 kajastab rinnavähi avastamise moodust seoses haiguse kliinilise staadiumiga. Enesevaatluse teel ja profülaktilisel läbivaatusel väljaselgitatud vähijuhud jaotusid kõikidesse staadiumidesse (I...IV). Ka juhuslikult avas-

Tabel 2. Tuumori avastamise moodus ja rinnavähi kliiniline staadium

Kliiniline staadium	Avastasid ise		Avastas arst		Kokku
	enese-kontrolli-meetodil	juhuslikult	profülaktiliselt	kaebuste alusel	
I	1	2	2	—	5
II	—	28	1	5	34
III	3	7	—	1	11
IV	1	8	1	4	14
Kokku	5	45	4	10	64
	50		14		

tati rinnavähk kahel juhul I ja 28 juhul II kliinilises staadiumis. Uurimismaterjali vähesuse tõttu ei ole võimalik enesevaatlusmeetodit ja rinnavähi kliinilist staadiumi täpsemalt hinnata. Kirjanduse andmeist nähtub, et kui rinnavähk on diagnoositud meditsiinilistel läbivaatustel, siis on teda leitud I kliinilises staadiumis 53,8% -l haigusjuhtudest. Enesevaatluse teel on rinnavähki I kliinilises staadiumis avastatud 37,7% -l juhtudest, juhuslikult vaid 27,0% -l (7). Enesevaatlus kord kuus on suurendanud ka rinnavähi varajast väljaselgitamist, on leitud enam juhte I kliinilises staadiumis, on leitud väiksema läbimõõduga tuumoreid ning histoloogilisel uurimisel vähem metastaase kaenlaalustes lümfisõlmedes (5). Kuigi ei saa eitada arstliku uuringu eeliseid rinnavähi avastamisel I staadiumis, on seda võimalik varakult avastada ka enesevaatluse teel. Enesevaatlusele hinnangu andmiseks rinnavähi varajasel diagnoosimisel on vaja jätkata haigete uurimist senisest ulatuslikumalt.

Tabelist 3 nähtub, et 183 küsitletust 101 tundsid enesevaatlust kui rinnavähi profülaktika võtet, kuid seda rakendas vaid 95 naist, neist suurem osa küll eba regulaarselt. Kuus naist meetodit ei rakendanud, kuigi olid sellest teadlikud. Võib oletada, et laialdane ja näitlik meetodi tutvustamine suurendab selle populaarsust. Kolmest uuritute rühmast kasutasid seda meetodit kõige enam fibroadenomatoosiga ja mastodüüniaga

Tabel 3. Enesekontrollimeetodit tundvate naiste arv eri rühmades

Diagnoos	Enesekontrolli teeb		Kokku	Enesekontrollimeetodiga tutvumise viis				Kokku
	ei	jaa		kirjandus	teised isikud	teler, kino	raadio	
Rinnavähk	45	19	64	15	5	10	4	34
Mastopaatia	29	60	89	23	14	17	1	55
Terved	14	16	30	7	1	4	—	12
Kokku	88	95	183	45	20	31	5	101

haiged. Ligi kaks kolmandikku neist kontrollis oma rindu ise. Tervetest tegid seda pooled ja rinnavähihaigetest vähem kui üks kolmandik. Rinnavähihaigete passiivsust selles osas on raske seletada. Võimalik, et on tegemist vähihaigete psühholoogilise barjääriga. Retrospektiivse küsitluse andmed ei kajasta sel juhul haigete tegelikku meetodi tundmist.

Regulaarselt rakendasid meetodit 183 küsitletust vaid 30. Selle rakendamine ja tuumori avastamise moodus ei olenenud naiste vanusest. Ennast kontrollisid nii alla 50-aastased kui ka 50-aastased ja vanemad naised võrdselt ($P > 0,05$). Mastopaatia korral tundis meetodit 55 naist, kuid rindu palpeeris 60. Ilmselt palpeerisid mõned naised rindu valu tõttu, ilma et nad rinnavähi avastamise võtetest oleksid varem midagi kuulnud olnud. Enesevaatlusmeetodit tunneb enamik küsitletuid (44,6%) populaarteadusliku kirjanduse põhjal. Olulised infoallikad on ka televisioon ja kino (30,7%). Populaarteadusliku kirjanduse vahendusel on võimalik õpetada enesevaatlust ja tutvustada riskitegureid. On soovitatav, et terved naised teaksid rinnavähi riskitegureid ja nende ilmnemisel pöörduksid mammo- loogi poole konsultatsioonile.

Tabelis 4 on võrdlusandmed peamiste rinnavähi riskitegurite kohta. Eesti NSV-s on haigestumus keskmine (18). Haigestumisrisk suureneb tunduvalt seoses vanusega, rinnavähki esineb rohkem linnaelanikel (17). Ka perekonnaseis mõjutab riski: vallalistel on rinnavähki sagedamini kui abielus naistel. Geograafilistest piirkondadest on rinna-

vähirisk suur Põhja-Ameerikas, eriti USA-s ja Põhja-Euroopas. Madalat haigestumust täheldatakse Aasias ja Aafrikas (10).

Rinnavähki haigestumise riskitegurite uurimine on onkoloogia aktuaalseim probleem. Riskitegurite osa haiguse varajasel avastamisel ei ole lõplikult välja selgitatud, kuid ilmselt kätkeb see profülaktika võimalusi. Eesti NSV-s on rinnavähi riskitegureid küllaldaselt uuritud, ka koostöös USA teadlastega (11, 12, 14, 15, 19). Tabelis 4 on andmed Eesti NSV kohta meie autorite trükistest (9, 17, 19, 20, 21, 22) ja summaarandmed USA kohta J. L. Kelsey ja N. Hildrethi järgi (10).

Rinnavähi oluline riskitegur on esmassünnitanute vanus. Nooremalt kui 20-aastaselt sünnitanute risk haigestuda rinnavähki elu vältel on oluliselt väiksem kui vanemas eas sünnitanutel. Varajane menarhe meie poolt uurituil rinnavähi relatiivset riski ei suurendanud, küll aga tegi seda hiline menopaus. Riski suurendavad perekondlik eelsoodumus ja fibroadenomatoos.

Tabeli 4 andmeil on rinnavähi riskitegurid Eesti NSV-s samad mis USA-s. Kehakaalu osas on vastuolulisi tähelepanekuid. Seepärast pole kindel, kas ülemäärane kehakaal rinnavähiriski suurendab või mitte. Täheldati, et riski vähendab ovarektoomia, Eestis ei ole seda sellisel hulgal tehtud, et see östrogeenide toimet nõrgendav operatsioon rinnavähihaigestumust hiljem vähendada võiks. Relatiivse riski olulist suurenemist on täheldatud USA noortel naistel, kelle perekonnas on bilateraalse rinnavähiga haigeid, on leitud ka

Tabel 4. Rinnavähi riskitegurid Eesti NSV-s ja USA-s

Riskitegurid	Suurem risk	Väiksem risk	Rinnavähirisk* Eesti NSV-s (9, 17, 19, 20, 21, 22)	USA-s (10)
Vanus esmas- sünnitusel	Vanemalt kui 30 a.	Nooremalt kui 20 a.	»»	»
Vanus menarhe ajal	Varajane	Hiline	—	>
Vanus menopausi algamisel	Hiline	Varajane	>	>
Perekonnaas rinnavähki	Jaa	Ei	$P < 0,002$	»
Põdenud mastopaatiat	Jaa	Ei	$P < 0,05$	»
Kehaehitus	Ülekaal	Alakaal	> Menopausi eel	> Menopausi ajal

* »» märgib $RR > 4,0$
 > „ $RR 2,0 \dots 4,0$
 > „ $RR 1,1 \dots 1,9$

seos rinnavähi ja sellele eelnenud endomeetriumi- või munasarjavähi vahel. Meie uurimismaterjal on liiga napp selleks, et taolisi seoseid uurida. On sedastatud rinnavähiriski suurenemist korduvate diagnostiliste röntgenkiirituste tagajärjel, eriti noortel naistel suurte dooside korral (2). Ka meie vabariigi paljud naised põdesid pärast sõda kopsutuberkuloosi, mille tõttu neile tehti korduvalt diagnostilisi röntgenprotseduure. Vajab selgitamist, kas nendel rinnavähirisk on suurem.

Eesti NSV-s on moodustatud rinnavähi riskirühmasid populatsioonis (20). Äärisperfokaardil, mille vahendusel toimuvad Tallinnas mammoloogilised konsultatsioonid, on 15 küsimust, mis võimaldavad saada informatsiooni varem leitud oluliste riskitegurite kohta. Käesoleva ajani on perfokartoteegis arvel ligikaudu 20 000 naist. Lisaks tabelis 4 loetletud riskiteguritele kajastuvad perfokaardi küsimustikus veel teised, Eestis olulise tähtsusega tegurid, nagu kilpnäärmehaigused, konservatiivselt ravitud mastiit, laste suur sünnikaal ja pikaajaline rinnaga toitmine. Mammoloogilistel konsultatsioonidel võib naistele õpetada ka enesevaatluse võtteid.

Kokkuvõte. Enesevaatlusel on praktiline tähtsus rinnavähi varajase avastamise seisukohast. Käesoleva ajani on enamiku rinnavähijuhte avastanud naised ise juhuslikult (70,3%), mistõttu kasvaja avastamine varajases staadiumis pole tagatud. Esialgse küsitluse andmetel tunnevad meetodit ligikaudu pooled, kuid regulaarselt rakendavad seda väga vähesed. Meetod vajab laialdasemat tutvustamist ja uurimismaterjal täiendamist. On tõenäoline, et enesevaatlusmeetodi ulatuslik rakendamine naiste poolt, kes teavad riskitegureid, soodustab rinnavähi varajast diagnoosimist igati. Viimane on parim profülaktikameetod (13), sest enamikku rinnavähi riskitegureid (vanus, perekondlik eelsoodumus, hiline menopaus) ei ole võimalik vältida. Rinnavähihaigete varajasele väljaselgitamisele aitab kaasa ka riskirühmade moodustamine ja nende regulaarne jälgimine. Vähktõve paremaks avastamiseks on mitmeid teoreetilisi võimalusi: a) täiendada diagnoosimistest ja b) rakendada diagnoosimismeetodeid optimaalsete intervallidega (4). Vähktõve massuuringute meetodika peab olema lihtne, sageli korratav ja diagnoosi täpsustamiseks võimaldama eraldada elanike hulgast kahtlast

kontingenti (1). Enesevaatluse võtted koos rinnavähi riskitegurite arvestamisega on üks neid meetodeid, mis vastab eespool toodud nõuetele.

KIRJANDUS: 1. Baker, L. H. Can. J. Clin., 1982, 32, 194—255. — 2. Boice, J., Monson, R. JNCI, 1977, 59, 8, 823—832. — 3. Cole, P., Morrison, A. JNCI, 1980, 1263—1272. — 4. Christie, D. Med. J. Aust., 1977, 12, 398—400. — 5. Foster, R., Lang, S., Constanza, M. A. D. N. Engl. J. Med., 1978, 299, 265—270. — 6. Greenwald, P. J. Hopkins Med. J., 1982, 151, 209—213. — 7. Greenwald, P., Nascia, P. C., Lawrence, A. O. N. Engl. J. Med., 1978, 299, 271—273. — 8. Gur, D., Sashin, D. Radiology, 1977, 124, 261—262. — 9. Hint, E., Purde, M. In: Experimental and Clinical Oncology. Collection of Proceedings, vol. 2. Tallin, 1975, 23—30. — 10. Kelsey, J. L., Hildreth, N. Breast and Gynecological Cancer Epidemiology. CRC Press, 1983. — 11. MacMahon, B., Purde, M., Cramer, D., Hint, E. JNCI, 1982, 69, 1035—1038. — 12. MacMahon, B., Trichopoulos, D., Brown, J. Int. J. Cancer, 1982, 30, 427—431. — 13. Paffenbarger, R. Cancer, 1974, 33, 1712—1719. — 14. Purde, M., Eomois, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 5, 337—339. — 15. Purde, M., Eomois, M., Kolle, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 1, 17—19. — 16. Veronesi, U., Costa, A. Tumori, 1978, 64, 233—240. — 17. Пурде М. К. Эпидемиология злокачественных опухолей в ЭССР. Таллин, 1974. — 18. Пурде М. К. В сб.: Материалы симпозиума и расширенного заседания проблемной комиссии. Таллин, 1975, 50—53. — 19. Пурде М. К. В сб.: Экспериментальная и клиническая онкология. Таллин, 1982, 9—21. — 20. Хинт Э. К. В сб.: Экспериментальная и клиническая онкология. Таллин, 1975, 31—39. — 21. Хинт Э. К. В сб.: Экспериментальная и клиническая онкология. Таллин, 1982, 22—27. — 22. Хинт Э. К. Там же, 28—39.

*Ekspperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 616.33-002.44:576.8.097.3

PARIETAALRAKKUDE ANTIKEHAD HAAVANDTÖVE KORRAL

TAMARA VOROBJOVA TARTU

haavandtöbi, krooniline gastriit, parietaalrakkude antikehad

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi puhul esinevate immuunreaktsioonide kohta on kirjanduses seniajani esitatud vasturääkivaid andmeid (1, 2, 4, 6, 9, 10). Alati ei arvestata kaasneva kroonilise gastriidi ja haavandtöve faasi võimalikku mõju immuunprotsessidele. Sellest tulenevalt oli käesoleva töö eesmärk parietaalrakkude antikehade esinemissageduse uurimine mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandiga haigetel, arvestades mao limaskesta seisundit ja haavandi faasi (haavand või arm).

Uurimismaterjal ja -meetod. Parietaalrakkude antikehad määrati 160 isikul, kelle jaotumus rühmadesse vanuse, soo ja mao limaskesta seisundi alusel on esitatud tabelis. 12 maohaavandiga ja 11 kaksteistsõrmikuhaavandiga haiget uuriti haavandi ägenemisfaasis ja pärast 2...4 kuu möödumist, haavandi armistumisfaasis. Kõigil 160 isikul oli tehtud gastroskoopia koos proovitükkide võtmisega maoantrumist ning -korpusest. Limaskesta seisund kas hinnati normaalseks või diagnoositi atroofiata või atroofilist gastriiti (8). Parietaalrakkude antikehi määrati kaudsel immunofluorestsentsimeetodil. Kasutati nelja antigeeni: krüostaatlõikudis hiire ja roti maokorpusest, uuritavate ja normaalse limaskestaga isikute maokorpuse ja -antrumi proovitükkidest. Uurimisaluste vereseerumit testiti nii lahjendamata kujul kui ka lahjenduses 1:10 ja 1:100. Luminestsentsseerumiks oli inimese globuliinidevastane küüliku fluorestsinsisotütsüanaadiga konjugeeritud seerum (Gamaleja-nimeline Arstiteaduse Akadeemia Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituut). Positiivseteks peeti neid reaktsioone, mis väljendusid parietaalrakkude tsütoplasma helerohelises fluorestsentsis. Andmeid töödeldi statistiliselt χ^2 -meetodil.

Tulemused ja arutelu. Parietaalrakkude antikehi esines 31 isikul 160-st (vt. tabel). Siit nähtub, et positiivsete reaktsioonide arv nii maohaavandi kui ka kaksteistsõrmikuhaavandiga haigete rühmas oli väike (vastavalt 4% ja

Tabel. Uuritute jaotumus diagnoosi, vanuse, soo ja mao limaskestas seisundi alusel ning parietaalrakkude antikehade (PRA) esinemine

Diagnoos	Uuri- tute arv	Vanus $\bar{x} \pm 2\sigma$	Mehed	Naised	Mao limaskesta seisund			Positiivseid reaktsioone		PRA+ korpuse- gastritiit (abso- luutarv)
					normaal- ne ant- rum ja korpus	antrumi- gast- riit*	korpuse- gast- riit*	abso- luut- arv	prot- sent	
I. Põhirühm										
Kaksteist- sõrmiku- haavand	50	41,6±12,2	38	12	32	18	1	2	4%	1
Mao- haavand	38	50,1±13,9	26	12	10	25	15	4	10,5%	0
II. Kontroll- rühmad										
Krooniline gastritiit	32	51,1±11,6	14	18	0	24	22	7	21,9%	6
Pernit- sioosne aneemia	18	62,8±14,6	9	9	0	0	18	18	100%	18
Terved	22	37,5±11,8	11	11	22	0	0	0	0	0
Kokku	160							31		

* Sealhulgas pangastritiit

10,5%), mis tervete andmetest statistiliselt ei erinenud ($P > 0,05$). Samale viitavad ka mõned teised autorid (1, 2, 4, 6, 10). Seevastu pernitsioosse aneemia korral esines neid antikehi tunduvalt sagedamini kui oli haavandihaigetel mõlemas rühmas ($P < 0,01$). R. G. Strickland ja I. R. Mackay (3) jaotavad kroonilise gastriidi immunoloogiliseks (tüüpiline näide: korpusegastritiit pernitsioosse aneemiaga haigetel) ja nn. mitteimmunoloogiliseks (peamiselt antumigastritiit parietaalrakkude antikehade puudumisega). Viimati mainitud esineb meie andmetel samuti ka haavanditõbe põdejail. V. Serafini (2), O. Kirejeva (6) ja V. Salupere (7) arvates sõltub parietaalrakkude antikehade esinemine haavandihaigetel kaasnevast gastriidist. Maoantikehade vähene leid tuleneb eeskätt maokorpuse limaskestas harvast kahjustusest nendel isikutel. Vähene positiivsete juhtude arv haavandihaigetel ei võimalda lõplikult vastata küsimusele, kas parietaalrakkude antikehade olemasolu on seoses mao limaskestas kahjustuse teatud tüübiga või mitte. Tuleb aga märkida, et kor-

pusegastritiit põdevail haavandihaigetel leidsime neid antikehi vaid ühel juhul 16-st, samal ajal kui haavandita juhtudel gastriidi samasuguse lokalisatsiooni korral esines antikehi 24 juhul 40-st ($P < 0,01$). Statistiliselt usaldusväärset erinevust ei olnud ka positiivsete juhtude sageduse vahel, ühelt poolt maohaavandihaigetel, kellel kaasnes korpusegastritiit, teiselt poolt maohaavandihaigetel, kellel seda ei olnud ($P > 0,05$). Mõlemas meie poolt uuritud haavandihaigete rühmas jäi parietaalrakkude antikehade leid samaks nii haavandi ägenemis- kui ka armistumisaasis — 12 maohaavandihaigest esines antikehi kolmel nii ägenemis- kui ka armistumisaasis; kõikidel 11 kaksteist-sõrmikuhaavandiga haigel antikehad kummaski faasis puudusid ($P > 0,05$). Siit nähtub, et parietaalrakkude antikehade esinemine haavandi faasist ilmselt ei sõltu. Kahjuks on meie tulemusi raske võrrelda teiste autorite tulemustega, kuivõrd immuunreaktsioone on nad jälginud haavandi ägenemis- ja remissioonifaasis vaid erinevatel isikutel (5, 9).

Töötulemusi kokku võttes võib öelda, et nii mao- kui ka kaksteistsõrmikuhaavandi korral leidub parietaalrakkude antikehi harva, mis sageduselt on väga lähedane tervetel saadud andmetele. Korpusegastriiti põdejaist erinevalt esines antikehi väga harva haavandtõvega kaasneva kroonilise korpusegastriidi puhul. Kui haavandihaigetel uuriti parietaalrakkude antikehi haavandi ägenemis- ja remissioonifaasis, siis selgus, et antikehade esinemine või puudumine haavandi faasist ei sõltunud.

KIRJANDUS: 1. Pulimood, B. M., Knudsen, A., Coghill, N. F. Gut, 1976, 17, 463—470. — 2. Serafini, U., Masala, C., Pala, A. M. Exp. Med. Int. Congr., ser. 232, 1970, 339—349. — 3. Strickland, R. G., Mackay, I. R. Am. J. Dig. Dis., 1973, 18, 426—440. — 4. Ungar, B., Francis, C. M., Cowling, D. C. Med. J. Aust., 1976, 2, 900—902.

5. Инозенева Э. С. Гиперчувствительность немедленного и замедленного типа при хронических гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ташкент, 1974. — 6. Киреева О. В. Клинико-морфологические исследования хронического исследования хронического гастрита с циркулирующими антителами к обкладочным клеткам. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Л., 1975. — 7. Салупере В. П. Хронический гастрит при язвенной болезни (патогенетические особенности хронического гастрита). Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1969. — 8. Салупере В. Проблема хронического гастрита. Таллин, 1978. — 9. Сапронов П. М. Клинико-иммунологические сопоставления при хронических заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1978. — 10. Уйбо Р. М. Значение гиперчувствительности немедленного и замедленного типов при хроническом гастрите. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1978.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK [612.13+612.216.2]:616-001.17:616-092.4

HEMODÜNAAMIKA JA KOPSUDE VENTILATSIOONI MUUTUS PÄRAST TERMILIST PÕLETUST (eksperimentaalne uurimus)

BORISS GUR-ARJE · TALLINN
VLADIMIR SMIRNOV · NIKOLAI BELJAKOV
VLADIMIR PETRAS · LENINGRAD

termiline põletus eksperimentis, hemodünaamika, kopsude ventilatsioon, põletusjärgsed spetsiifilised muutused

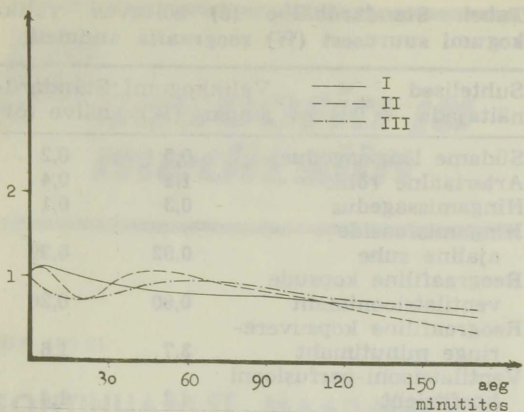
Hemodünaamika ja gaasivahetuse häired ilmnevad juba varakult pärast termilisi põletusi. Need muutused võivad kujuneda kas surma põhjuseks vahetult põletusest esile kutsutud šoki ajal või soodustada edaspidi kahjustuste väljakujunemist elundites ja elundsüsteemides.

Üks põletusjärgse šoki ajal kergesti kahjustatav elund on kops. Kopsutüsistused kaasnevad põletushaiguse korral paljudel juhtudel (kuni 70%) ning raskendavad põletushaiguse kulgu (1, 4). Pärast põletust arenevate vereringe- ja hingamiskahjustuste tekemehhanism koosneb paljudest komponentidest. See asjaolu komplitseerib kliinikus saadud tulemuste interpreteerimist ja selle tundmaõppimise eelduseks on vaja standardseid tingimusi, milliseid on võimalik luua vaid eksperimentis.

Käesoleva töö eesmärk on anda hinnang katseloomade hemodünaamika ja kopsude ventilatsiooni muutuste laadile, mis on tingitud raskest šokist pärast termilist põletust eksperimentis.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Käesolevas töös olid katseloomadeks 25 valget rott (isasloomad, kelle kehamaass oli 190...230 g). Katsed toimusid intraperitoneaalse heksenaalnarkoosi mõju all (5 mg heksenaali katselooma 100 g kehamaassi kohta). Põletuse tekitamiseks asetati katseloom kere kauda alosa ulatuses kaheksaks sekundiks keeva vette. Põletuspiind moodustas 40...42% katselooma kehapiinast.

Arteriaalse ja tsentraalse venoosse rõhu näitajad määrati ühisarteri ning välimise kägeveni kateteriseerimise teel. Reograafil-

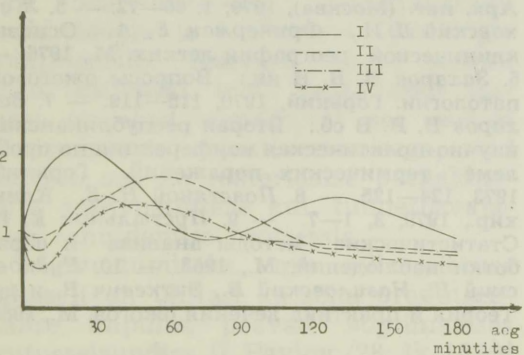


Joonis 1. Suhteliste näitajate muutused sõltuvalt põletusjärgsest ajast. I — südame löögisagedus, II — hingamissagedus, III — arteriaalne rõhk.

sed näitajad tehti kindlaks katseloomade rinnale ja turjapiirkonda kinnitatud kahe paari nõelelektroodi abil (5). Uuringuteks kasutati reograafi 4-PT-1A, tulemused registreeriti aparaadiga «Mingograf 34». Südame löögisagedus määrati EKG järgi. Katsetulemuste statistiline töötlus toimus mediaani määramise alusel. Standardhälbe δ hindamiseks kasutati valikkogumi suurust W , s.o. tema suurima ja väikseima elemendi vahelist erinevust. Standardhälbe lähendiks võeti suurus W_n , milles arvu n on sõltuvus valikkogusest n on toodud J. Pustõlniki töös (9).

Andmed töödeldi arvutil YBK M 6000.

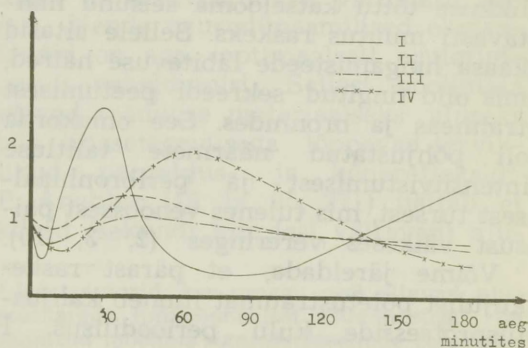
Tulemused ja arutelu. Suhtelised näitajad pärast põletust on joonisel 1. Tsentraalne venoosne rõhk kõikus meie katsetes $0,06 \pm 0,02 \dots 0,20 \pm 0,07$ kPa



Joonis 2. Suhteliste reograafiliste näitajate muutused. I — venoosse täitumise hingamiskõikumised, II — hingamismuutustest tingitud südame väljutusmahu muutuste koefitsient, III — reograafiline südame väljutusmaht, IV — suure vereringe veresoonte toonuse reograafiline näitaja.

piires vähenemise üldtendentsiga, sõltuvalt põletusjärgse aja pikkusest. Suhteliste reograafiliste näitajate muutused on joonisel 2 (nõelelektroodid turjapiirkonnas) ja 3 (elektroodid rinna- piirkonnas). Kõikide uuritud näitajate standardhälve sõltuvalt valikkogumi suurusest on esitatud tabelis.

Katseloomadele tekitati raskekujuline põletustrauma, mille tagajärjel neist 90% suri keskmiselt $5,2 \pm 1,8$ tundi hiljem. Katseloomadel ilmneseid pärast põletuse tekitamist dünaamilised muutused suures vereringes, kopsuvereringes ja hingamistalitluses, mida võime rühmitada vastavalt kolmele perioodile. Esimesel perioodil (kuni 30 minutit pärast põletust) südame väljutusmaht vähenes, mida võib seletada venoosse naasu järsu vähenemisega, verepaisuga ja vere ümberpaigutumisega eri kehapiirkondades. Hingamismuutustest tingitud südame väljutusmahu muutuste koefitsient vähenes, mis on kaudne tunnistus kopsude elastsuse suurenemisest, mis nähtavasti on tingitud kopsude verrega täitumise vähenemisest. Kopsuvereringe minutimahu vähenemist sellel perioodil kinnitavad reograafia andmed. Suure vereringe veresoonte toonuse järsk langus põhjustas tõenäoliselt arteriaalse rõhu



Joonis 3. Suhteliste reograafiliste näitajate muutused sõltuvalt põletusjärgsest ajast. I — kopsuvereringe pulsimaht, II — reograafiline kopsude ventilatsioonimaht, III — hingamiskaaside ajaline suhe, IV — ventilatsiooni-perfusiooni koefitsient.

languse ja südame löögisageduse kompensatoorse suurenemise. Hingamisfunktsiooni näitajatest selgus, et hingamine muutus pindmiseks, sagenenuks, suurenesid rindkeresise rõhu kõikumised, mis ilmnevad bronhospasmi arenemisel, sekretsiooni suurenemisel trahheas ja bronhides.

Teisel perioodil (30...90 minutit pärast põletust) ilmnis perifeersete veresoonte toonuse tõus, millest olenevalt südame väljutusmaht suurenes, kuid mitte proportsionaalselt ringleva vere hulga vähenemisega, sest arteriaalne rõhk oli veel langenud — tõusutendentsi ei ilmnenu. Hingamismuutustest tingitud südame väljutusmahu muutuste koefitsient suurenes, sest verega täitumise suurenemisest sõltuvalt muutusid kopsud vähem elasteks.

Samal ajal vähenes hingamissagedus, suurenes kopsude reograafiline ventilatsioonimaht, hingamine muutus sügavaks. Hingamisaaside ajaline suhe ja rindkeresise rõhk normaliseerusid.

Kolmandal perioodil (90. minutist alates) algas kõikide näitajate depressioon, mis andis tunnistust dekompenatsiooni kujunemisest.

Meie eksperimentaaluurimise andmed vastavad spirograafia ja reograafia meetodeil kliinikus korraldatud välise hingamise uurimise andmeile (6, 7, 8). Akuutse hingamispuudlikkuse tõttu katselooma seisund nähtavasti muutus raskeks. Sellele aitasid kaasa hingamisteede läbitavuse häired, mis olid tingitud sekreeidi peetumisest trahheas ja bronhides. See omakorda oli põhjustatud näärmete talitluse intensiivistumisest ja peribronhiaalsest tursest, mis tulenes venoossest paisust väikeses vereringes (2, 3, 10).

Võime järeldada, et pärast raskekujulist põletustraumat ilmneb kahjustusprotsesside kulu perioodilisus. I perioodil toimub südame- ja veresoonte süsteemi ning hingamiselundite talitluse lühiajaline langus, II perioodil järgneb nende funktsioonide taastumine või intensiivistumine, III periood — dekompenatsioonistaadium — are-

Tabel. Standardhälbe (δ) sõltuvus valikkogumi suurusest (W) reograafia andmeil

Suhtelised näitajad	Valikkogumi suurus (W)	Standardhälve (δ)
Südame löögisagedus	0,5	0,2
Arteriaalne rõhk	1,1	0,4
Hingamissagedus	0,3	0,1
Hingamisaaside ajaline suhe	0,92	0,39
Reograafiline kopsude ventilatsioonimaht	0,60	0,26
Reograafiline kopsuvere ringe minutimaht	3,7	1,6
Ventilatsiooni-perfusiooni koefitsient	4,2	1,4
Reograafiline südame väljutusmaht	1,5	0,5
Hingamismuutustest tingitud südame väljutusmahu muutuste koefitsient	2,9	1,0
Suure vereringe veresoonte toonuse reograafiline näitaja	3,5	1,3

neb 1,5...2,0 tundi pärast põletustraumat ja lõpeb katseloomade surmaga raskete hingamis- ja vereringehäirete tõttu.

Kirjandus: 1. Володарский В. Л., Левада В. В., Чесноков В. В. В сб.: Материалы III республиканской научно-практической конференции по проблеме термических поражений. Л., 1977, 137—138. — 2. Григорьев М. Г., Беляков В. А., Брилль Э. В. Ортопедия, травматология. 1980, 9, 10—14. — 3. Долгунин В. А., Кулагин В. К. Вестн. АМН СССР, 1979, 3, 20—28. — 4. Есипова М. К. Арх. пат. (Москва), 1979, 1, 66—72. — 5. Жуковский Л. И., Фринерман Е. А. Основы клинической реографии легких. М., 1976. — 6. Захаров В. В. В кн.: Вопросы ожоговой патологии. Горький, 1970, 115—119. — 7. Захаров В. В. В сб.: Вторая республиканская научно-практическая конференция по проблеме термических поражений. Горький, 1973, 124—125. — 8. Повстаной Н. Е. Клини. хир., 1979, 3, 1—7. — 9. Пустыльник Е. И. Статистические методы анализа и обработки наблюдений. М., 1968. — 10. Рудковский В., Назиловский В., Зиткевич В. и др. Теория и практика лечения ожогов. М., 1980.

A. Seppo nimeline Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoorium ja Kliinik Leningradi Riikliku Arstide Täiendusinstituudi operatiivkirurgia kateeder

Filosoofia ja meditsiin

UDK 100:61

KONTINUAALSE MAAILMAPILDI FÜSIOLOOGILISED ALUSED III. SÕNA, KUJUND JA EMOTSIOON

SILVER KOPPEL · TALLINN

teadvus, substraat, ideaalsus, kontinuaalsus

*«Tegelikult pole mitte aru, vaid armastus see, mis eeldab olemist väljaspool ennast, ja nimelt mitte kujutlustena, vaid reaalset, tõeliselt, kehastunult...»
(L. Feuerbach).*

«Keel on praktiline, ka teiste inimeste, ja seeläbi minu enesegi jaoks eksisteeriv tõeline teadvus...» (1, lk. 30). Teadvuse ja keele, kujundite ja sõnade, I ja II signaalsüsteemi lahutamatu funktsionaalne seos on marksistliku teadvuseteooria, materialistliku psühholoogia ja I. Pavlovi füsioloogia põhiprintsiip. Kuivõrd «keel, samuti nagu teadvuski, tekib vajadusest» (samas), on alust oletada, et see seos ei piirdu mõtete objektiveerimisega, vaid etendab osa ka materiaalse peegeldusjälje teadvustumise kui tunnetusvajaduse rahuldamise protsessis.

Teadvustumiseks, mis selle oletuse kohaselt on ühtlasi ka sõna produtseerimise impulss, peavad «optimaalses erutus seisundis» (I. Pavlov /28, lk. 157/)¹

¹ I. Pavlov pidas «optimaalseks erutatus» teatavat konkreetset seisundit ühes rakus või rakkude rühmas. On aga võimalik, et «optimaalsus» tähendab erutus seisundis olevate rakkude hulka, «kriitilist massi» (22, lk. 185; vrd. ka 10, lk. 359).

olema nii sõna kui ka tema tähenduse närvisubstraadid.

Kuivõrd meie elus domineerivad sõnalised signaalid, hoiab ajukoore kõnepiirkond kujundlikku signaalsüsteemi aga enamasti suhtelises pidurdusseisundis (28, lk. 381). Tähelepanekud igapäevast elust (maailma kujundlikult tunnetades «ei märka» me sõnade väliskuju, loogiliselt arutledes «ei märka» kujundeid) lubavad järeldada, et signaalsüsteemides alatas vaheldub vastastikune negatiivne induktsioon. Võib oletada, et see vaheldumine on seotud dünaamilises tasakaalus oleva suhtlemis- ja tunnetusvajaduse vahelduva aktualiseerumisega (vastavalt ka vahelduva rahuldusega). Iga vahetult tunnetatud või assotsiatiivselt ekforeeritud kujundiga (parema ajupoolkera²) juhtimisel toimuva aferentse sünteesiga, tegevusprogrammi formeerimise ja realiseerimisega) kaasneb rahuldamata vajadus seda sõnade abil väljendada ja suhtlemiseks või käitumisregulaatoriks kasutada (orienteerumisreaktsioon vasakus ajupoolkeras). Rahuldatud tunnetusvajadus kustub ja võimaldab formeeruda suhtlemisvajaduse rahuldamisele suunatud funktsionaalse süsteemi. Nüüd aga kaasub kuuldud, loetud või produtseeritud sõnaga rahuldamata vajadus selle sisu kujundlikult tunnetada ja emotsionaalselt väärtustada.

Sõna ja kujundi (tähenduse) seostumine on teadvustumise vältimatu eeldus. Nende neurodünaamilised ekvivalendid on aga «optimaalselt erutatud» ainult vaheldumisi. Sellest hoolimata võivad teadvuse materiaalseks aluseks olla lihasetegevusega lõppevad terviklikud peegeldus- ja kõnerefleksid³. P. Anohhin (10, lk. 95, 271) näitab, et kiired (sekundi murdosi vältavad)aju-

² Isegi autorid, kes praegu veel eitavad ajupoolkerade funktsionaalset asümmeetriat, on sunnitud möönma signaalsüsteemide struktuurilis-funktsionaalset lahknemist ja kõne funktsionaalset seost käitumisregulatsiooniga.

³ 1959. a. esitas A. Leontjev (23, lk. 151—182) hüpoteesi aistingutest kui terviklikkude, mootorset komponenti hõlmavate reflekside süsteemist. Hilisemates töodes ta aga selle probleemi juurde enam tagasi ei pöördunud.

protsessid ennetavad nendest aeglase-
malt organiseeruvat lihastegevust. Kui
asjademaailma kopeerivad liigutused
kestavad (kas või kustuvatena) ka veel
siis, kui vasak ajupoolkera on aktivee-
rinud sisekõne (ja vastupidi)⁴ teadvus-
tuvad sõna ja tähendus üheaegselt —
ehkki mitte kunagi ühesuguse selgu-
sega.

Reflektorse peegeldusprotsessi vii-
mane etapp on «subjektiivne praktika»
— pertseptiivne tegevus ja sisekõne⁵.
Pertseptiivne tegevus formeerub ese-
melise tegevuse interioriseerumisena
(23, lk. 379), on selle derivaat (21,
lk. 55), tal on analoogiline tsentraalne
regulatsioonimehhanism ja perifeerne
arhitektoonika (19, lk. 114). Nimelt sõltub
iga üksiku liigutuse konfiguratsioon
mitte ainult tsentraalsest regulatsioonist,
vaid ka organismi perifeersetest
reaktsioonidest ja organismi kontrollile
mittealluvate välisjõudude «vastupa-
nust», seega ei ole ega saagi olla ühe-
tähenduslikku seost tsentraalse impulsi
ja lihase-liigutuse vahel: organismile on
teatavates piirides «ükskõik», kuidas
järjekordne kinemaatiline akt aja või
ulatuvuse poolest realiseerub (12,
lk. 44, 276, 314, 335).

Kuivõrd inimene pertseptiivse tege-
vuse vahendusel maailma õigesti tunne-
tab, sisaldub kõikides üht ja sama maa-
ilmafragmenti efektiivselt retsipeeriva-
tes (selle optimaalset retseptiooni

tagavates) liigutustes invariant⁶, mis
sõltub peegeldatava või kavandatava
reaalsuse objektiivsetest omadustest ja
«kopeerib»⁷ neid. Võib arvata, et nende
invariantide tekkimises, lihastegevuse
bioloogilise konfiguratsiooni poolt mää-
ratud invariantidest eristamises ja
teadvustumises (inimesele retsipeerita-
vate objektidena «antuses») etendab
osa subjektiivse praktika emotsionaalne
regulatsioon.

Emotsioon ei ole kehaseisundi epifenome-
naalne nähtumine, nagu oletavad W. James ja
G. Lange, kelle teooria kohaselt «me oleme
kurvad, sest et nutame, vihased, sest et lõõ-
me, kohkunud, sest et väriseme» (7, lk. 376).
Emotsioonid on «seesmised signaalid», mis
etendavad määravat osa tegevuse (14, lk. 35;
25, lk. 197—198), sealhulgas ka mõtlemistege-
vuse (14, lk. 51) regulatsioonis ning korrekt-
sioonis ja hoiavad «eluprotsessi ta optimaal-
setes piirides» (10, lk. 332). Ajutegevuse uni-
versaalsete printsiipide hulka kuulub tagasi-
side (10, lk. 95, 118); selle komponendiks or-
ganismi vajadusi rahuldava tegevuse puhul
on positiivne, neid mitte rahuldava tegevuse
puhul aga negatiivne emotsioon (10, lk. 257—
259; 31, lk. 16). Esimene sanktsioneerib soo-
ritatud tegevuse efektiivsuse, teine on signaa-
liks rahuldamata vajaduse püsimisest (10,
lk. 333).

Nendele andmetele toetudes võib oletada, et
tunnetusprotsessiga kaasnev positiivne emot-
sioon kui rahuldatud vajaduse: objekti efek-
tiivselt retsipeeriva, retseptiooni stereotüpi-
seeritult (esemetult) kordava või arusaadavat
sõna produtseeriva (ja seega peegeldusobjekti
reprodutseerivat invarianti sisaldava) tege-
vuse komponent lõpetab konkreetse liigutus-
akti ja võimaldab oma vastandvajaduse ak-
tualiseerumise. Negatiivne emotsioon kui
väärat tsentraalse prognoosi või ettenähta-
matu perifeerse takistuse tõttu ebapiisava lii-
gutuse komponent ei luba aga vajadusel kus-
tuda ja alles korduva liigutuse efektiivsuse

⁴ I. Pavlovi õpetusest järeldeb, et reflektorse vastusena välisärritajale moodustavad liigutus, sõna ja kujund ühtse dünaamilise struktuuri, mis on tervikuna kas erutatud või pidurdatud. Oletus, et erutusprotsessid kesknärvisüsteemis ja lihastes seejuures diakroonilised võivad olla, vajab muidugi eksperimenditaolset kontrolli, ehkki tuleneb P. Anohhini ja N. Bernšteini teoreetilistest kaalutlustest.

⁵ I. Setšenov (29, lk. 465—485 ja 459—509) traditsioonidele toetudes käsitlevad mitmed nõukogude psühholoogiakoolkonnad silmaning käelihaste pertseptiivset tegevust otsustava tegurina peegelduse sisu ja peegeldatava objekti sarnastamisel. Üleminekuetapina esemeliselt tegevuselt ideaalsele kujundile on pertseptiivset tegevust käsitlenud V. Zintšenko (vt. 15, lk. 77) ja A. Koršunov (21, lk. 55). Mõtlemise ja sisekõne lahutamatu seose tõestab A. Sokolov (30).

⁶ Idee invariantide määravast osast tunnetusprotsessis ei ole uus. Põhjapanevad on J. Piaget' (7), F. Rosenblatti (8), K. Steinbuchi (9), D. Bohmi (13, lk. 223—283) ja P. Anohhini (10, lk. 337—349) 1953...1969. aastatel avaldatud kaalutlused. Seni aga ei ole analüüsitud kinemaatilisi invariante kui subjektiivset reaalsust ja nende mittevastastomelisi suhteid kui teadvustuvat maailmapilti.

⁷ Samuti nagu aistingud peegeldatavat objektiivset reaalsust «kopeerivad» (V. I. Lenin 4, lk. 113).

(järelkult ka invariandi loomise) korral on võimalik vastandvajaduse aktualiseerumine⁸.

Nõnda hoiavad emotsioonid «optimaalsetes piirides» ka subjektiivset praktikat: negatiivne kui seda optimaalse retseptsiooni või artikulatsiooni saavutamisele (ja selle kõrvalproduktina kinemaatilise invariandi loomisele) stimuleeriv, positiivne aga kui saavutatut sanktsioneeriv ja fikseeriv.

Tunnetusprotsessi emotsionaalne regulatsioon on füsioloogiline fakt, mis lubab kaas-aegselt tõlgitseda L. Feuerbachi väidet: «Maailm on aru objekt ainult sellepärast, et ta on tahtmise, olla ja omada tahtmise objekt... Tegelikult pole mitte aru, vaid armastus see, mis eeldab olemist väljaspool ennast» (32, lk. 576). Me teadvustame maailma oma vajaduste ja väärtushinnangute (L. Feuerbachi poeetilises parafrasises armastuse või vihkamise) kontekstis, ükskõikselt aga tunnetatavasse suhtuda ei saa⁹.

Elementaarsed peegeldusprotsessid ajus vältavad millisekundeid, meeleliselt peegeldatavad sündmused vähemalt detsisekundeid. Seega võib perseptiivse tegevuse emotsionaalsel regulatsioonil olla tunnetuslik tähtsus vaid siis, kui üht ja sama invarianti sisaldavaid liigutusi on piisavalt palju. W. Grey Walteri (16, lk. 86) piltliku väljenduse kohaselt tuleb maastiku haaramiseks «ühe pilguga» sooritada «tuhandeid koordineeritud silmadeliigutusi». N. Bernšteini liigutusteteooria (12, lk. 79—101), samuti silma optimaalseks retseptsiooniks (27) ning kätt optimaalseks praktikaks (26) kohandava ja sisekõne aluseks oleva (30, lk. 131—165) lihasetegevuse elektro-

graafia lubavad sama väita kogu subjektiivse praktika kohta.

Invariandi loomine aga ei ole üht-aegu selle teadvustumine, subjektiivne reaalsus iseenesest veel mitte ideaalne¹⁰. Subjektiivne reaalsus eksisteerib ka teadvustumatute ja teadvusest sõltumatute peegeldusprotsessidena¹¹, mis küll võtavad osa käitumise regulatsioonist, kuid ei kuulu ideaalsesse maailmapilti.

P. Anohhin püüdis teadvuse olemust selgitada neurodünaamiliste teisendamis- («informatsiooni kodeerimise ja ümberkodeerimise»), signaalsuse ja emotsionaalsuse täiuslikema sünteesina (10, lk. 349—359). Tõepoolest, teadvuslik peegeldus baseerub loetletud printsiibil, mis on ühised kõikidele kõrgemat närvitegevust omavatele loomadele.

Ei ole andmeid, mis viitaksid neurodünaamiliste teisenduste (suurte poolkerade analüüsiva ja sünteesiva tegevuse, närviprotsesside irradiatsiooni ning kontsentreerumise ja vastastikuse induktsiooni) erinevusele inimesel ja loomal. Küll aga kujunevad täielikult ümber loomariigist eralduva inimese signaalne ja emotsionaalne peegeldus. I. Pavlov nimetas sõnalist signaalsüsteemi «erakorraliseks lisandumiseks» närvitegevuse mehhanismidele (28, lk. 437). Funktsionaalselt on see nii. Süstemogeneetiliselt aga tähendab teise signaalsüsteemi «lisandumine» signaal-

⁸ Maailmapeegeldus põhineb «operaatorstereotüüpide» kujundamisel ja ümberkujundamisel (12, lk. 287). Stereotüüpiseerunud tegevuse etapirezultaadid tagasisidel (sealhulgas emotsionaalne) sanktsioon on uuele etapile ülemineku vältimatu tingimus (31, lk. 16). Kui eeldada, et inimese operaatorstereotüüpides seostub mõlema signaalsüsteemi talitlus, ei saa oletada, et ilma niisuguse sanktsioonita võiks toimuda üleminek kujundi reproduitseerimisele ja vastupidi.

⁹ Kui A. Leontjev (23, lk. 285) väidab, et teadvustunud tegelikkus avaneb inimesele «tema subjektiivsest suhtumisest ja vajadustest sõltumatuna», satub ta vastuollu oma enese tunnetuskontseptsiooniga. Subjektiivsest suhtumisest ja vajadusest «sõltumatu» on eri situatsioonides avanevast objektiivsest tegelikkusest abstraheeritud invariantne sisu. Põhjendatult rõhutab N. Bernštein (12, lk. 288), et oleva ja vajaliku «mudelid» sisalduvad teineteises vastandite ühtsusena.

¹⁰ Küsimus ideaalse ja subjektiivse suhetest on diskuteeritav. D. Dubrovski (18, lk. 44) samastab kategooriad «subjektiivne reaalsus» ja «ideaalne». V. Zintšenko ja A. Mamardašvili (19, lk. 116—117) aga vastandavad «subjektiivsuse» kui objektiivsesse reaalsusse kuuluva nähtuse meile ka «seesmisest keeles» antud «teadvuse maailmale». Samal seisukohal on allakirjutanu.

¹¹ Allakirjutanu ei pea võimalikuks sisekaemusele printsiipsiaalselt mitte avaneda «alateadvuse» olemasolu. Ta on ühisel arvamusel F. Bassini ja V. Rožnoviga (11, lk. 99—105), A. Dmitrieviga (17, lk. 309—316) ja A. Leontjeviga (24, lk. 67—69) selles, et teadvustunu ja teadvustumatu on psüühilise peegelduse tasemed, millel on ühesugune väline determineeritus, mis võivad teineteiseks üle minna ja igas üksikus tunnetusaktis seostuda.

tegevuse kahestumist kujutavaks ja tähistavaks, kusjuures kujutamine on seotud tingimatult reflektorselt reguleeritud lihastegevuse vahetu osavõtuga peegeldusprotsessist. Samuti kahestus ka kujuneva inimese emotsioonidesüsteem.

Välisärritaja bioloogilist kvaliteeti ja sellele suunatud tegevuse efektiivsust hindavad emotsioonid on looma elektroentsefalogrammis teineteisest eristatavad (vt. 20, lk. 263—267), kuid reguleerivad tema käitumist ühtse kompleksina. Inimtegevuse emotsionaalne regulatsioon lahkneb ühiskondliku tööjao- tuse ja toodetud hüvede vahetuse tõttu kaheks. Praktika (sealhulgas inimesega identse subjektiivse praktika) efektiivsust ja inimesele vastanduva praktika-objekti bioloogilist ning sotsiaalset tähendust ei saa ega tarvitse enam koos hinnata. Inimene kasutab ju oma töö produkte pärast nende valmimist, teistes tingimustes ning suhetes, mitte ainu- isikuliselt — ja väga sageli üldse mitte isiklikult. Tänu sõnalistele signaalidele saab emotsionaalse regulatsiooni kahe- tumine antropogeneetiliselt tähtsuse- lt võrdväärseks signaalsüsteemide lahkne- misega.

Just vajaduseobjekti ja sellele suu- natud tegevuse tähistamine erinevate kõneaktidega (mis vastavalt ka erine- vate kujutavate reproduktidega seostu- vad), võimaldab nende erineva emot- sionaalse hindamise. Kuivõrd inimvaja- duste eripäraks on nende pidev tõus, vastandub nüüd tootmis- ning tarbimis- vajaduse suhteline rahuldatusaste alati tootmise ning tarbimise objektide poolt tekitatud suhteliselt rahuldamata vajadustele. Analooiliselt vastanduvad ka kujutavad reproduktid. Inimene «kahekordistub» vajavaks ning vaja- dusi rahuldavaks «minaks» ja eneses peegelduvaks välismaailmaks («mitte- minaks») — see on aga ühtlasi ka maa- ilma kahekordistumine inimesest sõltu- matuks objektiivseks ja inimese poolt loodud subjektiivseks reaalsuseks.

Nii sünnib «teadvustunud olemine», mis algul oli «vahetult põimitud ini- mese materiaalsesse tegevusse ja mate-

riaalsesse suhtlemisse» (1, lk. 19), peale subjektiivse praktika suhtelist iseseis- vumist (stereotüüpiseerumist) aga ka vaimse tootmise produktiks saab. Ni- melt viib signaalselt ning emotsionaal- selt reguleeritud subjektiivne praktika inimese käitumisekontiinuumi vasta- vusse sündmustega väliskeskkonna kontiinuumis. Seejuures on iga kine- maatiline invariant funktsionaalselt seotud niihästi konkreetse peegelduva sündmuse kui ka selle poolt põhjusta- tud käitumisaktiga. Järelikult tekivad vahendatud suhted ka ühel ja samal ajahetkel aktualiseeritud, kuid ükstei- sest sõltumatute — ja seega diskreet- sete — invariantide vahel. Vahendatud suhete süsteem «kopeerib» peegelduvat maailma samuti nagu invariandidki, keskkonna ja käitumise pideva muutu- mise tõttu aga juba kontinuaalsena.

Neid suhteid ei oleks ilma subjek- tiivse praktikata, aga — kuivõrd nad ei ole invariantide vastastikused toi- med — ei ole neid (peegelduva objek- tiivsele sisule vaatamata!) objektiivselt ka koos sellega. Nad on konkreetse olemise (materiaalse tunnetusprotsessi) poolt loodud ja sellega lahutamatu- lt seotud mitteolemine¹², mis eksisteerib inimese ideaalse maailmapildina ainult tema enese jaoks.

¹² Maailma olemine on ta liikumine (mate- riaalsete objektide vastastikune toime ja muutumine /2, lk. 43—44 ja 188/). Täielik liikumatus (mittevastastoimelisus), seega ab- soluutne mitteolemine, on materiaalselt üht- ses maailmas võimatu (3, lk. 49). Küll aga on iga dialektiline hüpe olemise ja mitteolemise ühtsus, üleminek materiaalt teadvusele aga üks dialektilise hüppe konkreetseid vorme (V. I. Lenin /5, lk. 275/). Subjektiivne prak- tika kui tervik moodustab vastastoimelise kontiinuumi. Kui kinemaatiline invariant aga üldse tekib, siis on olemine ka peegeldavast maailmast, on aga vastastoimetest teiste in- variantidega (muidugi ainult ajutiselt ja suhteliselt) sõltumatu. Igal ajahetkel vaheldub subjektiivses praktikas tuhandete üksteist kordavate reproduktiivsete ja representatiiv- sete invariantide optimaalne erutatus pidur- dusega; invariantne suhetesüsteem on seega nii muutuv kui ka muutumatu. Teiste sõna- dega — teadvuse vahetu substraat eksisteeriv ainult pidevates üleminekutes ühest vastand- likust olekust teise, elementaarsed teadvuse- faktid aga ainult vahetpidamata «sündides», «surres» ja «taassündides».

Ühiskondliku suhtlemise abil objektiveerituna saab sisemaailm (mis ilma selleta oleks ainult invariantide epifenomen, aga ilma selleta tekkida ei saaks) kõrgeimaks käitumisregulaatoriks, lubab tunnetada maailma vastuloolisust ja kavandada võimalusi vastuolude lahendamiseks ka praktikas.

Kokkuvõte. 1. Kontinuaalse maailmapildi füsioloogilise aluse moodustavad ajuprotsesside molekulaarne kontiinum, kõrgema närvitegevuse suhteliselt diskreetsed talitlusühikud (funktsionaalsed süsteemid), tunnetamis- ja suhtlemisvajaduse vahelduva aktualiseerumise tõttu kujunev funktsionaalsete süsteemide pseudokontiinum ja lihaseline subjektiivse praktika kontiinum koos selles sisalduvate kinemaatiliste invariantide süsteemiga, mille konfiguratsioon peegelduvat objektiivset tegelikkust reprodutseerib.

2. Kuivõrd inimese kontinuaalne maailmapilt kujuneb aju diskreetse peegelduslik-regulatiivse tegevuse alusel, ei ole elektronarvuti tööprintsibi printsipiaalne diskreetsus takistuseks intellektisarnaste funktsioonidega süsteemide loomisele. Küll aga loovad ideaalse maailmapildi bioloogilis-sotsiaalsed vajadused, mida elektronarvuti olla ei saa. Materiaalse «ülemineku» ideaalseks on reprodutseeritav ainult ühiskondlikult organiseeritud elaval substraadil.

Eeltooduga on antud ainult ühe võimaliku teadvusekontseptsiooni kõige üldisemad printsübid. Kuni me «veel ei tunne kõiki selle seose tingimusi, mida me iga hetk märkame aistingu ja teataval viisil organiseeritud materia vahel», jääb neid «uurida ja veel kord uurida» (V. I. Lenin, 4. lk. 33, 38).

Uurijat ei oota siin kiire edu, ta ei suuda üksi haarata probleemi kõiki tahke. Küsimuse võib lahendada ainult kollektiivsete pingutuste ühendamise ja eri kontseptsioonide vastastikune täiendamine. Veel kaua peame «rahulduma iga tagasihoidlikugi panusega, mis... toob veidi uut teadvuse määratusse mõistatusse» (P. Anohhin, 10, lk. 350).

KIRJANDUS: 1. K. Marx, F. Engels. Feuerbach. Gegensatz von materialistischer und idealistischer Anschauung. Berlin, 1974. — 2. F. Engels. Looduse dialektika. Tallinn, 1962. — 3. F. Engels. Anti-Dühring. Tallinn, 1951. — 4. V. I. Lenin. Materialism ja empiriokrititsism. Teosed, 14. kd., Tallinn, 1952. — 5. V. I. Lenin. Filosoofilised vihkud. Teosed, 38. kd., Tallinn, 1964. — 6. W. James. Psychologie. Leipzig, 1909. — 7. J. Piaget. The Origin of Intelligence in the Child. London, 1953. — 8. F. Rosenblatt. Psychol. Rev., 1958, 65, 6, 386—407. — 9. K. Steinbuch. Nachrichtentechnische Zeitschrift, 1958, 11, 4/5, 210—219, 234—244.

10. Анохин П. К. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. М., 1978. — 11. Бассин Ф. В., Рожнов В. Е. Вopr. философии, 1975, 10, 94—108. — 12. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М., 1966. — 13. Бол Д. Специальная теория относительности. М., 1967. — 14. Василев И. А., Поплужный В. Л., Тихомиров О. К. Эмоции и мышление. М., 1980. — 15. Великовский Б. М., Чинченко В. П. Вopr. философии, 1979, 7, 67—79. — 16. Уолтер Г. Живой мозг. М., 1966. — 17. Дмитриев А. И. В кн.: Современные проблемы теории познания диалектического материализма. Т. 2., М., 1970, 308—324. — 18. Дубровский Д. И. Философские науки, 1981, 4, 40—49. — 19. Чинченко В. П., Мамардашвили М. К. Вopr. философии, 1977, 7, 109—125. — 20. Калужный Л. В. В кн.: Системный анализ механизмов поведения. М., 1979, 232—240. — 21. Коршунов А. М. Философские науки, 1979, 1, 53—63. — 22. Косицкий Г. И. В кн.: Философские вопросы медицины. М., 1962, 167—189. — 23. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М., 1965. — 24. Леонтьев А. Н. Вopr. философии, 1974, 5, 65—78. — 25. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975. — 26. Максимова Н. Е. В кн.: Системные аспекты нейрофизиологии поведения. М., 1979, 266—277. — 27. Миткин А. А. и др. В кн.: Системный анализ механизмов поведения. М., 1979, 81—91. — 28. Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., 1951. — 29. Сеченов И. М. Избранные произведения. Т. I., М., 1952. — 30. Соколов А. Н. Внутренняя речь и мышление. М., 1968. — 31. Судаков К. В. В кн.: Системный анализ механизмов поведения. М., 1979, 3—23. — 32. Фейербах Л. Избранные философские произведения, Т. I., М., 1955.

Ülevaated

UDK 616-053.31:618.63(047)

VASTSÜNDINU TOITMINE

ANNE ORMISSON · TARTU

vastsündinu toitmine, rinnapiim, enneaegne, toitainete vajadus, rinnapiimaasendajad, toitmise viisid

Toitumismehhanismi väljakujunemine kogu eluks sõltub suuresti sellest, millist toitu sai loode ja rinnalaps. Loode tarbib seda, mida ema talle annab, ka vastsündinul ei ole valikuvõimalust. Et last hästi toita, on vaja täpselt teada, mida talle anda, kui palju ja millal.

Tervel emal sündinud terve vastsündinu ei vaja midagi muud kui oma ema rinnapiima. Meie sajandi teisel poolel on kogu maailmas, eriti aga arenenud riikides, täheldatud rinnaga toitmise lühenemise- ja vähenemistendentsi. Nüüd arvatakse see olevat oma aja ära elanud (4, 20, 21). Vaieldamatu on tõsiasi, et rinnapiima saavad imikud on vähem vastuvõtlikud nakkuste suhtes, põevad haigusi kergemini ning suremus on neil madalam kui kunstlikul toidul olevatel lastel. Harvem tekib neil ka allergilisi haigusi. Selle põhjuseks on rinnapiima toitelised ja immunoloogilised omadused. Rinnapiima valgusisaldus on väike, kuid valgud on kõrgekvaliteedilised ning kergesti seeditavad, rasvad on hästi absorbeeritavad. Laktoosisisaldus on kõrge, see loob soodsa happelise keskkonna laktobatsillide proliferatsiooniks seedetraktis, mistõttu peatatakse patogeense gramnegatiivse flora kasv (1, 7, 9, 16). Rinnapiim sisaldab suu-

rel hulgal immunoloogiliselt aktiivseid ühendeid, millest olulisem on sekretoorne IgA. On andmeid, et rinnapiima immunoglobuliine absorbeeritakse lühikese aja jooksul pärast lapse sündi (7, 16). Rinnapiim kaitseb mõningal määral nii bakteriaalse kui ka viirusnakkuse eest. Peale selle on tal sotsiaal-majanduslik tähtsus. Rinnapiima eelised adapteeritud segude ees võiks lühidalt kokku võtta järgmises (4, 8, 15, 16, 17):

- 1) oma koostiselt on just selline, nagu imikule toiduks vaja läheb;
- 2) tagab lapsele mõningase nakkuskaitse;
- 3) ei vaja valmistamist, on kättesaadav igal ajal, on parajalt soe;
- 4) ei saa valesti valmistada;
- 5) laps reguleerib ise söögi kogust, harva on rinnapiimaga võimalik imikut üle toita.

Palju on vaieldud vastsündinu esimese rinnaga toitmise kõige õigema aja üle. Enamik uurijaid arvab, et see peaks toimuma niipea pärast sündimist, kui laps on võimeline rinnanibu haarama ning ema lapsele tähelepanu pöörama, tavaliselt 20...30 minuti pärast, juba sünnitustoa (2, 3, 5, 8). Varajase rinnaga toitmise kasu nii lapsele kui ka emale on niivõrd suur, et seda peab propageerima. Varajane imema hakamine soodustab soolte peristaltikat, aitab seega eemaldada mekooniumi. Ternespiim sisaldab kaitsekehi 25...50 korda rohkem kui rinnapiim, mõningaid kuni 3000 korda rohkem kui lehmapiim (1, 2, 4, 25). Ternespiim on kõrge energetilise väärtusega, nii annab 1 liiter ternespiima 6285 kilodžauli (kJ) ehk 1500 kilokalorit, 1 liiter rinnapiima aga 3140 kJ (23). Imemine soodustab laktatsiooni ning emaka kontraksioone, seega vähendab sünnit järgse verejooksu võimalust. Mitte vähem tähtis ei ole ema ja lapse varajane ihuline kontakt psühholoogilisest seisukohast lähtudes, tihti peale aga kiiputakse seda kas unustama või peetakse vähetähtsaks. Vastsündinule, kes sünni järel satub uude, küllaltki kõledasse keskkonda, on vaja midagi, mis eelmist

soojust asendaks. Turvalisustunde saab talle anda ainult ema lähedus. Ka ema reageerib lapsele loomulikumalt, kui kontakt temaga algab vahetult pärast sünnitust (2, 6).

Piima äraandmise neurohumoraalsete reflekside maksimaalseks vallandumiseks imemisärrituse peale kulub 2...3 minutit. Sellepärast tuleb last imetada juba esimesel päeval mitte alla viie minuti, teisest päevast aga 10 minutit (2, 8, 14). Esimestel elupäevadel on vastsündinu vedelikuvajadus suhteliselt väike. Seepärast on arvamusi, et vastsündinule piisab ternespiimast, juua ei ole vaja talle anda (2). Seevastu enamik autoreid soovib siiski esimestel elupäevadel anda steriilset vett (12, 15). Glükoosilahuse andmine vastsündinutele, mis on laialt levinud, ei ole otsustarbekas, sest glükoos takistab glükoneogeneesi ja glükolüüsi normaalset vallandumist (15). Rinnapiima saav laps esimestel elunädalatel vett enam ei vaja, piima kogust reguleerib ta ise.

Rinnapiim evakueerub maost 2,5 kuni 3 tunni jooksul, seepärast on optimaalne söötmiskordade vahe kolm tundi (2, 3). Vastsündinut toidetakse 7 korda ööpäevas, lapse vajadustest olenevalt võib seda teha ka sagedamini, 8...9 korda (3). Kui vastsündinu nõuab ka öösel süüa, tuleb talle seda anda. Kui piima on vähe, soovitatakse toita ühel korral kummastki rinnast, alustades sellest rinnast, millest eelmine kord lõpetati (2, 5, 19). Rinnanäärmes olev lõpp-piim on suurema energiasisaldusega, sellest tähelepanek, et «laps kasvab paremini teisel rinnal» (2). Paindlikkus ja vastutulelikkus lapse rinnapiimaga toitmisel vastsündinuas aitavad kasvatada rahulikku rõõmsameelset tervet last.

Rinnapiim on vajalik lapsele, rinnaga toitmine on kasulik emale, sest see nõuab energiat ning aitab seega taastada endist kehakaalu: 1 l rinnapiima produtseerimiseks kulub 3770 kJ (900 kcal) (11).

Rinnaga toitmisele on suhteliselt vähe vastunäidustusi: ema lahtine tuberkuloos, raske südame- ja neeruhaig-

gus, rinnanäärme põletik, äge nakkushaigus (3, 5). Raskelt haige vastsündinu, kes rinnast ise imeda ei jõua, peab saama väljatõmmatud rinnapiima. Rinnaga toitmine on naiselik kunst, mida on vaja õppida ja õpetada.

Probleemiks on olnud ja jääb enneaegse lapse toitmine. Enneaegsel on ühelt poolt suur energia- ja plastiliste ainete vajadus, teiselt poolt madal toidutaluvus seedetrakti ensüümisüsteemide ebaküpsuse tõttu. Sageli tekib vastuolu vajaduste ja võimaluste vahel. Enneaegsele ei saagi sellepärast koostada tüüptoidusedelit, see peab olema individuaalne ja väga paindlik nii toidu koguse kui ka energiasisalduse osas.

Suhteliselt heas seisundis üle 1500 g sünnikaaluga enneaegset soovitatakse esimest korda toita 6...12 tundi pärast sündi (10, 22, 25). Toidu koguse määramiseks on mitmeid viise, sobivamaks peetakse ööpäevase koguse määramist energiavajaduse alusel (22,25): 1...3. elupäeval 125...250 kJ/kg/24 t. (30...60 kcal), 4...9. elupäeval 290...335 kJ/kg/24 t. (70...80 kcal), 10...14. elupäeval 420...505 kJ/kg/24 t. (100...120 kcal), 15...30. elupäeval 505...575 kJ/kg/24 t. (135...140 kcal).

Olenevalt seisundist toidetakse enneaegset 7...10 korda päevas. Mao väga väikese mahu tõttu võib ühekordne toidukogus olla esimesel elupäeval 3...5 ml, teisel 10...15 ml, kolmandal 15...20 ml (10, 22). Veeainevahetuse omapära, suure veesisalduse ning veekaotuse tõttu vajab enneaegne suhteliselt palju vedelikku. Enne esimest toidukorda, alates 3. elutunnist, antakse iga 3 tunni järel 3...5 ml 5%-list glükoosilahust enteraalset või 10%-list glükoosilahust parenteraalselt. Kogu vedeliku hulk ööpäevas peab esimesel elupäeval olema 60...75 ml/kg, esimesel elunädalal 80...100 ml/kg/24 t., edaspidi 120...150 ml/kg/24 t. Üle 150 ml/kg ööpäevas on halvasti talutav (13). Kui enneaegne toidu suhteliselt madala energiasisalduse (380...420 kJ) ja väikese hulga puhul hästi kasvab, ei ole mõtet teda toiduga rohkem koormata (10).

Ümber 50 aastat tagasi selgitasid J. E. Gordon ja kaastöötajad, et suurema valguhulgaga, kui seda on rinnapiimas, toidetud enneaegsetel oli suurem ka kaaluüve (10). Rinnapiimas on valku 1...1,5%. Enneaegne vajab valku kahel esimesel elunädalal 2,0...2,5 g/kg/24 t., kolmandast elunädalast alates 2,5...3,0 g/kg/24 t. (10, 22). Valgu koostises peavad olema kõik enneaegsele vajalikud asendatavad aminohapped. Enneaegsel puuduvad ensüümid fenüülalaniini muutmiseks türosiiniks ja metioniini tsüsteiiniks. Tema toidus peavad olema türosiin, tsüsteiin, histidiin ja glutamiinhape. Selle vajaduse rahuldab rinnapiim. Rinnapiimavalgud seeduvad imikute madala happesusega maomahla toimel kiiremini kui lehmapiimavalgud (10, 24). Viimaste puhul on seedetrakti elundite tööpinge suurem ning nad annavad suurema koguse jääki. Sellega on seletatav ka imikute erinev valguvajadus toidu liigist olenevalt.

Et rinnapiim sisaldab valku enneaegse vajadusest vähem, tuleb alates kümnendast elupäevast anda valgulisa. Sobivaim selleks on täiskeefir.

Rasva vajab enneaegne 7g/kg/24 t. Pankreaselipaasi aktiivsus on enneaegsetel lipolüüsiks küllaldane, sapi-soolade aktiivsus on aga madal, kuid see tõuseb kiiresti esimestel ekstrauteriinsse elu kuudel. Vastsündinu seedekanalel on võimeline absorbeerima umbes 80% söödud rasvast (10). Rinnapiimarasv on paremini omastatav kui loomne piimarasv, sest ta sisaldab rohkem küllastumata rasvhappeid. Rinnapiim on suhteliselt rasvarikas (3,9...4%), rahuldades enneaegse rasvavajaduse.

Süsivesikute orienteeriv vajadus enneaegsel on 12...15 g/kg/24 t. Laktaasi ja amülaasi aktiivsus on tal madal, vaatamata sellele ei teki süsivesikute malabsorptsiooni. Enneaegne ei suuda taluda suurt kogust süsivesikute komplekse, millesse kuuluvad laktoos, glükoos, sahharoos jt. (10).

Kasvu jätkamiseks, uute kudede sünteesimiseks vajab enneaegne esimestel

elukuudel niisama palju mineraalaineid kui looteea viimasel trimestril. Naatriumivajadus on 1,0 mekv/kg, kaaliumi- ja kloorivajadus 0,5 mekv/kg päevas (13). Kaltsiumi ja fosfori suhe peaks toidus olema 2:1, nii on see rinnapiimas. Seedetraktist imendub 20...60% sisseviidud kaltsiumist (3, 13). Enneaegsetel, kes saavad rinnapiima, on skeleti luustumine mõnevõrra aeglasem kui neil, kes saavad suuremas koguses kaltsiumi. Rinnapiima kaltsiumi- ja rauasisaldus on enneaegse jaoks liiga madal. Rauda vajab enneaegne 10...15 mg/24 t., rinnapiimas on seda 2 mg/l (10). Normaalseks kasvuks on vaja ka teisi mineraalaineid, kuid nende vajadust on veel vähe uuritud.

Vitamiinivajaduse rahuldab rinnapiim, milles ainult D-vitamiini on vähe. Lisaks soovitatakse anda 500 ühikut D-vitamiini, mis ongi vastsündinu ööpäevane vitamiinivajadus.

Enneaegse parim toit on rinnapiim. On kaheldud rinnapiima adekvaatsuses enneaegsete toiduks, sest see sisaldab valku, kaltsiumi, fosforit ja naatriumi vähem, kui intrauteriinsse kasvu jätkamiseks enneaegsel tarvis läheb (10). Kuid rinnapiima saavad enneaegsed kasvavad niisama hästi kui need, kes saavad segusid, milles on suuremal hulgal valku, kaltsiumi ja naatriumi. Veelgi enam, rinnapiim säästab ainevahetust ning talle ei ole konkurenti toiteväärtust mitteomavate kaitsekomponentide sisalduse osas. Kaitsekomponentid hävivad nii piima kuumutamisel kui ka külmutamisel, seega on kaitsetoime ainult rinnast või vähe aega pärast rinnast väljatõmbamist söödud rinnapiimal. Et enneaegselt sünnitanud naistel rinnapiima sageli ei teki, saab enneaegsele anda ainult doonoripiima. Pastöriseeritud doonoripiim ei ole küll võrdne emapiimaga, kuid on siiski parem kui piimasegud. Tuleb arvestada ka seda, et laktatsiooni kestel rinnapiima valgusisaldus väheneb. Seega ei ole enneaegsele vastsündinule sobiv doonor see, kellel endal on vanem imik (3, 18).

Kui rinnapiima ei ole, tuleb valida

olemasolevate adapteeritud piimasegude vahel. Esimesed kodumaised koostiselt rinnapiimale lähedased segud «Maljutka» ja «Malõš», samuti «Detolakt» ja «Vitalakt» enneaegse lapse toitmiseks esimesel elukuul ei sobi, sest nad sisaldavad liialt palju lämmastikühendeid, nende osmootne aktiivsus on kõrge (25). Sobivamaks peetakse atsidoofiilsegu «Maljutka» ning hapusid segusid «Biolakt», «Baldõrgan» ja «Balbobek» (25). Hapud segud stimuleerivad seedemahlade produktsiooni, normaliseerivad soolestiku peristaltikat ja mikrofloorat.

Enneaegseid loomulikult viisil toita tihti ei saa. Imemisrefleks on neil ka nõrk või puudub või ei koordineeru see neelamisega. Sel juhul peab enneaegset toitma sondiga, kas nasogastraalselt või nasojejunaalselt. Lihtsam on toitmine nasogastraalsondiga, mis viiakse läbi nina makku kas igal toitmiskorral või püsisondina ööpäevaks, mõne autori arvates ka kuni kolmeks ööpäevaks (10). Nasojejunaalset toitmiseviisi on kasutatud haigete enneaegsete toitmiseks, kui on vaja suhteliselt suures koguses energiarikast toitu (3, 10). Õige toitmistehnika ning hoolduse korral ei ole täheldatud tüsistusi ka sondi nädalatepikkusel seeshoidmisel (3). Kummagi toitmiseviisi korral tuleb toit seedetrakti tilgutada.

Lutist saab last toitma hakata siis, kui ta ise imeda suudab, ning rinnaga toitma hakata last, kes jõuliselt imeb. Tavaliselt laps seda suudab, kui ta kaalub 1800...2000 g. Nii lutiga kui ka rinnaga toitmisele ülemineku peab toimuma aeglaselt mõne päeva jooksul, et laps suurema koormusega harjuks. Kuigi ka enneaegse toitmine peab olema paindlik, ei tohi talle nii palju toitu anda, kui ta soovib. Suure isu tõttu koormab enneaegne end üle või rasvub.

KIRJANDUS: 1. Adinolfi, M., Glynn, A. Dev. Med. Child Neurol., 1979, 21, 6, 808—810. — 2. Applebaum, R. M. Pediatr. Clin. North Am. 1970, 17, 1, 203—225. — 3. Avery, G. B., Fletcher, A. B. In: Avery, G. B. Neonatology. Philadelphia, 1975, 839—897. — 4. Bahna, S. L., Heiner, D. C. Allergies

to Milk. New York, 1980. — 5. Brimblecombe, F., Baltrop, D. Children in Health and Disease. London, 1978. — 6. Cobliner, W. G. In: Marx, G. F. Clinical Management of Mother and Newborn. New York, 1979, 43—54. — 7. Coccurn, F. Neonatal Medicine. Edinburgh, 1974. — 8. Ebrahim, G. J. Breast feeding. Hong Kong, 1978. — 9. Gotheffors, L., Olling, S., Winberg, J. In: XIII Symposium Swedish Nutritional Found, 1977, 154—159. — 10. Heird, W. C., Anderson, T. L. In: Behrman, E. Neonatal-perinatal Medicine. Saint Louis, 1977, 235—244. — 11. Hoekelman, R. A. Principles of Pediatrics. Health Care of the Young. New York, 1978. — 12. Kraybill, E. N. In: Avery, G. B. Neonatology. Philadelphia, 1975, 151—156. — 13. Nash, M. A. In: Behrman, E. Neonatal-perinatal Medicine. Saint Louis, 1977, 254—260. — 14. Sinimäe, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 5, 358—361. — 15. Stave, U. Perinatal Physiology. New York, 1978. — 16. Welsh, J. K., May, J. T. J. Pediatr., 1979, 94, 1, 1—9. — 17. Winick, M. Nutrition in Health and Diseases. New York, 1980.

18. Василевская Л. А., Домбровский В. Ю., Мачулина Л. В. и др. В сб.: Объединенная научно-практическая конференция детских врачей и акушер-гинекологов Латвийской ССР. Рига, 1981, 44—45. — 19. Воронцова И. М., Мазурина А. В. Справочник детской диететики, Л., 1980. — 20. Всемирная организация здравоохранения. Новые тенденции и подходы в области охраны здоровья матери и ребенка. Женева, М., 1978. — 21. Всемирная организация здравоохранения. К лучшему будущему: охрана материнства и детства. Женева, М., 1980. — 22. Вскармливание недоношенных детей. Методические рекомендации, М., 1981. — 23. Коршун И. В. Как кормить ребенка. Минск, 1980. — 24. Николаевская В. Р., Грибакин С. Г. В сб.: Объединенная научно-практическая конференция детских врачей и акушер-гинекологов Латвийской ССР. Рига, 1981, 54—55. — 25. Студеникин М. Я., Ладодо К. С. Питание детей раннего возраста. Л., 1978.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder

UDK [618.177+616.697]:575.113(047)

SIGIMATUSE GENEETILISED PÕHJUSED INIMESEL

MARI KÄOSAAR · TARTU

sigimatus, viljatus, steriilsus, infertiilsus, iseeneslik abort, geneetilised põhjused, geneetiline konsultatsioon

Sigimatuse (infertiilsuse) all mõistetakse organismi võimetust saada järglasi. Laiemas tähenduses hõlmab see mõiste nii steriilsuse, mille puhul viljastumist üldse ei toimu, kui ka võimetuse sünnitada eluvõimelist last (infertiilsus selle sõna kitsamas tähenduses¹).

Põhjuste paremaks uurimiseks on sigimatus otstarbekas jaotada kolme peamisse liiki (23):

1) nn. tõeline viljatus ehk võimetus eostumiseks, 2) lootekaotus ehk iseeneslik abort, 3) vastsündinu eluvõimetus.

Inimese sigimatuse etioloogia on ulatuslik ja komplitseeritud probleem, mis pole tänapäeval kaugeltki lõplikult lahendatud. Arvestades asjaolu, et ligikaudu 15% kõikidest abieludest on lastetud (1) ja et 15...25% rasedustest katkeb iseeneslikult (1, 6), on arusaadav selle probleemi suur sotsiaalne tähtsus.

Sigimatuse väga mitmesuguste põhjuste hulgas kuulub oluline koht geneetilistele teguritele. Käesoleva töö eesmärk on anda ülevaade geneetiliste tegurite osast sigimatuse kahe esimese liigi puhul, seega tulevad käsitlemisele tõelise viljatuse ja lootekaotuse ehk iseeneslike abortide geneetilised põhjused.

1. Tõelise viljatuse geneetilised põhjused:

1.1. kromosoomianomaaliad ehk genoom- ja kromosoommutatsioonid

1.2. geenmutatsioonid

2. Iseneslike abortide geneetilised põhjused:

2.1. loote kromosoomianomaaliad

(genoom- ja kromosoommutatsioonid)

2.1.1. tekkinud *de novo* (ühe vanema sugurakkudes)

2.1.2. vanematelt päritud

2.2. loote geenmutatsioonid

2.3. ema ja loote immunoloogiline sobimatus

2.4. ema pärilikud haigused

1. Geneetiliselt tingitud esmane ehk tõeline viljatus, mille puhul eostumist ei toimu gametogeneesi mittetäisväärtuslikkuse tõttu. Sellesse rühma kuulujatel on sageli ka soolise arengu häired.

Viljatuse põhjuseks võivad olla nii genoom-, kromosoom- kui ka geenmutatsioonid, mis rikuvad normaalset gonadogeneesi ja gametogeneesi. On ju sigimisvõime esimeseks eelduseks gonadogeneesi, s.o. elundi areng, mis produtseeriks sugurakke ja ka hormone.

1.1. Kromosoomianomaaliatest (ehk genoom- ja kromosoommutatsioonidest) tingitud viljatuse puhul on tegemist peamiselt sugukromosoomide arvu või struktuuri anomaaliatega².

Viimastel aastatel on üsna täpselt uuritud mitmesuguseid X-kromosoomi struktuuri anomaaliaid, mis rikuvad gonaadide arengut ja diferentseerumist (17). Tähtsamad sugukromosoomide anomaaliad nii mehel kui ka naisel on toodud tabelis 1. Nende kliiniline pilt on varieeruv, sõltudes kromosoomianomaalia tüübist, kuid alati on peamiseks sümptoomiks suguelundite kahjustus, mis aga võib olla väga erineva raskusega — oligomenorröast amenorröani naistel ja oligospermiaspermatogeneesi täieliku puudumiseni meestel. Sageli ongi selle rühma patsientide ainuke kaebus ja ühtlasi arsti poole pöördumise põhjus menstruatsioonihaire (primaarne või sekundaarne amenorröa) naistel ja steriilsus meestel.

Haligusjuht 1. 20-aastane naispatsient pöörus arsti poole primaarse amenorröa tõttu. Ta oli lühikest kasvu, tüsedavõitu (148 cm

¹ Mõistet «infertiilsus» kasutatakse meditsiinipraktikas enamasti ainult termini kitsamas tähenduses, s.o. spontaanse aborti ja eluvõimetu vastsündinu puhul.

² Viljatud on ka peaaegu kõik autosoomide arvu ja struktuuri anomaaliatega kandjad, kes tavaliselt hukuvad raskete hulgiväärarendite tõttu ammu enne reproduktiivsesse ikka jõudmist.

Tabel 1. Olulisemad sugukromosoomide anomaaliad sigimatuse puhul

Naine	Mees
Arvulised anomaaliad	Arvulised anomaaliad
45,X	47,XXY
45,X/46,XX	48,XXXY
45,X/46,XY	48,XXYY
45,X/46,XX/47,XXX	46,XY/47,XXY
jt. mosaiigid	jt. mosaiigid
47,XXX	47,YYY
46,XX/47,XXX	46,XY/47,YYY
Struktuursed anomaaliad	Struktuursed anomaaliad
46,X,i(Xq)	46,XYq-
46,XXq-	46,XYp-
46,XXp-	46,X,i(Yq)
46,Xr(X)	46,X,i(Yp)

p — kromosoomi lühike õlg

q — kromosoomi pikk õlg

i — isokromosoom

«—» — deletsioon

r — ringkromosoom

pikk, kaalus 56 kg), laiade õlgade ja lühikese kaelaga; näol, kaelal ja kätel rohkelt sünnimärke. Rinnad hüpoplastsed, rinnanibud kahvatud. Karvakasv kaenla all puudus, häbemel vähene. *Cubitus valgus*. Suu väike, allapoole suunurkadega («karpkala suu»), väga kitsas ja kõrge suulagi. Pareim kõrv suurem kui vasak, heliks lahti rullunud. Vasakul käel ahvivagu.

Günekoloogiliselt: välissuguelundid infantilis, tupp kitsas, adneksid pole palpeeritavad; emakas infantiline, hüpoplastne.

X-kromatiinkehakesi leiti 8% põse limaskestas epiteelirakkudes, nende suurus oli tavalisest väiksem. Kromosomaalanalüüsil tehti kindlaks mosaiikne karüotüüp — 45,X/46,XXq-, mille puhul 53% rakke sisaldas 45 kromosoomi (puudus teine X-kromosoom) ja 47% rakke 46 kromosoomi, kusjuures ühe X-kromosoomi pikast õlast oli osa materjali kaduma läinud.

Tsütogeneetilised uuringud, mis on tehtud primaarse amenorröa korral, näitavad, et ligikaudu 30...50%-l juhtudel on põhjuseks X-kromosoomi arvu või struktuuri anomaalia (10, 26). Meie uurituist on kromosoomianomaaliaid olnud 30%-l. X-kromosoomi anomaaliaid on 12...13%-l naistest leitud ka sekundaarse amenorröa puhul (25). Oligomenorröa puhul on aga kromosoomianomaaliaid leitud vaid 1%-l naistest (26).

Kromosomaaluuringud steriilsete meeste hulgas on näidanud, et 2...10%-l neist on põhjuseks kromosoomi-

anomaaliad (4, 10), mille sagedus tõuseb vastavalt spermatogeneesi kahjustuse raskusele. Nii on oligospermia (spermatoosidide hulk alla 20 miljoni ml kohta) meestest kromosoomianomaaliaid avastatud 6%-l, azoospermia puhul aga isegi 15%-l meestest (4).

1.2. Geenmutatsioonidest tingitud viljatus.

Selle valdkonna tundmaõppimisel on viimastel aastatel suurt edu saavutatud. Mitmesuguste soolise arengu anomaaliade uurimine on aidanud selgitada normaalse soolise diferentseerumise mehhanisme ja tema geneetilist kontrolli. Teatakse mitmeid geenisüsteeme, mis määravad soolise arengu imetajatel ja inimesel (20). Soolise arengu anomaaliad, mis alati on seoses sigimisvõime häiretega, võivad olla tingitud mitme eri geeni defektist.

Mutatsioonid Tfm-geenis põhjustavad testikulaarse feminisatsiooni sündroomi. Normaalselt kontrollib see geen kõigi meessugutunnuste arengut peale testiste, produtseerides androgeeniretseptorit. Testikulaarse feminisatsiooni puhul androgeeniretseptor täielikult puudub (või on anormaalne retseptor), mille tõttu meessuguhormoonid ei jõua rakutuumani (20). Tagajärjeks on fenotüübilt naine, kellel on mehe karüotüüp 46,XY ja gonaadid. Sisesuguelundid puuduvad täielikult, naise välissuguelundid piirduvad umbes lõppeva tupega.

Mehe pseudohermafroditismi (*pseudohermaphroditismus masculinus*) sündroom on soolise arengu anomaalia, mis on tingitud androgeensete hormoonide sünteesi häiretest. On teada viie geeni mutatsioonid mehel, mis põhjustavad testosterooni sünteesiks vajalike ensüümide defekte. Tagajärjeks on testosterooni vähenenud produktsioon ja genitaaltrakti puudulik areng. Sellistel indiviididel on mehe karüotüüp (46,XY), kuid välissuguelundid on kas rohkem või vähem naiselikud, sisesuguelundid on küll mehele omased, kuid võivad olla tugevalt hüpoplastsed. Kliiniline pilt võib sama sündroomi piires olla väga erinev, sõltudes ensüümide puu-

dulikkuse tüübist ja raskusastmest. Kõige raskemal juhul muutub mees fenotüübilt peaaegu täiesti naiseks, kõige kergematel juhtudel võib hüpospaadia olla ainsaks täheldatavaks anomaaliaks (20).

Vähemalt 4 kortisooli sünteesis osaleva ensüümi geneetilised defektid põhjustavad adrenogenitaalsündroomi viriliseerivaid vorme naisel (24). Tegelikult on nad naised (karüotüüp 46,XX), naise sisesuguelundid on sel puhul alati olemas, kuid välissuguelundid on viriliseerunud, alates kliitori hüpertroofiast kuni peaaegu mehe välissuguelunditeni.

Adrenogenitaalsündroomi hilja algav, «pehme vorm» võib olla korduvate (habituaalsete) abortide põhjuseks. Sündroomi selle vormi puhul on kliiniline pilt tagasihoidlik — virilisatsioon on vähene või puudub see üldse, 17-kestosteroidide eritumine võib olla tõusnud väga vähe. Selliste vormide väljaselgitamine on raske ja sageli on see võimalik alles spetsiaalsete funktsionaalsete proovide kasutamisel. Iga järgneva rasedusega, mis lõpeb spontaanse abordiga, häirub neerupealiste koore funktsioon järjest rohkem: tugevneb hüpertrihoos, süvenevad menstruaaltsioonihäired, sageli lõpeb naise täieliku steriilsusega (21).

Seoses H-Y-antigeeni³ osatähtsuse väljaselgitamisega soolisel diferentseerumisel on õnnestunud selgitada ka gonadiaalse düsgeneesi XY-vormi (Swyeri sündroomi) tekke geneetilisi mehhanisme (16). Siin on tegemist mutatsioonidega H-Y-antigeeni kontrollivas geenide süsteemis, mille tõttu H-Y-antigeeni kas üldse ei teki või tekib seda liiga vähe või H-Y-antigeeni retseptorid puuduvad või on anomaalsed. Et H-Y-antigeeni toime puudub, siis vaatamata mehe kromosomaalsele konstitutsioonile (karüotüüp 46,XY), testi-

³ H-Y-antigeen on imetajate testise diferentseerumiseks vajalik tegur, mis funktsioneerib hormoonitaoliselt. Tema olemasolu tingib esialgselt indiferentse embrüonaalse gonaadi diferentseerumise testiseks, H-Y-antigeeni produktsiooni kontrollivad mitmed geenid, millest kõige olulisem lokaliseerub Y-kromosoomis (13).

kulaarset diferentseerumist ei toimu. Moodustub väärtas sidekoeline gonaad, milles sugurakke ei leidu. Selline indiviid on fenotüübilt naine, kuigi infantiline, kellel on hüpoplastsed naise sise- ja välissuguelundid.

Mutatsiooni H-Y-antigeeni kontrollivas geenide süsteemis peetakse tänapäeval kõige tõenäolisemaks seletuseks ka nn. XX-meeste jaoks (14). Need on 46,XX kromosomaalse konstitutsiooniga mehed, kes sarnanevad meestega Klinefelteri sündroomi korral, nad on viljatud.

Esmane viljatus võib tingitud olla ka geenide mutatsioonidest, mis normaalselt kontrollivad Mülleri juha involutsiooni meessoost lootel ja tema normaalset diferentseerumist naisel (munajuhad, emakas, tupe ülemine kolmandik). Naisel peaksid nad kliiniliselt avalduma nende elundite arengu isoleeritud või süsteemsete riketena. Selliste häirete geneetilisi vorme pole tänaseks veel diferentsitud (19). Tuleb arvestada ka asjaolu, et esmase viljatuse põhjuseks võib olla hüponadism, mis on üks sümptoomi mitmesuguste pärilike sündroomide korral.

2. Iseeneslike abortide geneetilised põhjused.

Sellisel juhul katkeb rasedus enne, kui loode saab eluvõimeliseks väljapool ema organismi. Loote üsasise hukkumine tuleb ilmsiks iseenesliku abordina. Raseduste iseeneslike katkemiste kohta on kirjanduses sageli kasutatud ka mõistet «infertiilsus» (selle sõna kitsamas tähenduses).

Nagu teada, võib rasedus katkeda nii loote enese mittetäisväärtuslikkuse (lootepoolsed põhjused), ema mitmesuguste haiguste (emapoolsed põhjused) kui ka ema ja loote vahelise (peamiselt immunoloogilist laadi) konflikti tõttu.

Geneetiliste tegurite osa on kõige kaalukam just lootepoolsete põhjuste hulgas. Lootest enesest lähtuvad põhjused võivad olla nii genoom-, kromosoom- kui ka geenmutatsioonid, mis kutsuvad esile häireid juba sügoodi

arengu alguses, põhjustades loote varajast üsasisesest hukkumist.

2.1.1. Loote kromosoomianomaaliate (genoom- ja kromosoommutatsioonide) osa tema üsasisesest hukkumise olulisema põhjusena on tänapäeval kindlalt tõestatud fakt. Kui rasedus katkeb I trimestril, siis on 50...60%-l juhtudest põhjuseks loote kromosoomianomaalia (2, 3, 11). Kui sealjuures on tegemist veel anomaalse embrüo või tühja lootemunaga, leitakse kromosoomianomaaliaid veelgi sagedamini — 70% (5). Kromosoomianomaaliad, mida on avastatud spontaanheidendite tsütogeneetilistel uuringutel, on enamasti arvulised. Kõige sagedam aberratsiooni tüüp (üle 50% juhtudest) on mis tahes autosoomi trisoomia⁴, järgneb triploidia⁵ (19%), sellele X-kromosoomi monosoomia, karüotüüp 45,X (17%) (2).

Haigusjuht 2. 37-aastane naine hospitaliseeriti 9. rasedusnädalal emakaverejooksu tõttu. Diagnoos: *abortus imminens*. Emakaõõne abrasiooni materjal sisaldas 30×20 mm suurust kahjustamata lootemuna, mis $\frac{3}{4}$ ulatuses oli kaetud koorioni hattudega. Lootemuna sisaldas läbipaistvat amnionivedelikku ja 4 mm pikkust matseriseerunud embrüot.

Kromosomaalanalüüsil leiti karüotüüp 47,XX,+D; siin oli üks lisakromosoom D-grupist (D-trisoomia). Kummagi vanema karüotüübid olid normaalsed. See oli viies rasedus (esimene oli lõppenud normaalse lapse sünniga, kaks järgnevat meditsiinilise aboriga, neljas iseenesliku aboriga teisel raseduskuul).

Ema vanus on oluline etioloogiline tegur kõigi trisoomiate tekkes. Trisoomiate esinemissagedus hakkab suurenema juba pärast 30. eluaastat, eriti järsk tõus aga on pärast 40. eluaastat (5, 7). Teiste kromosoomianomaaliate puhul seost ema vanusega ei ole täheldatud.

Kromosoomiaberratsiooni kandva spontaanheidendi puhul on vanemate

kromosoomid tavaliselt normaalsed, seega on kromosoomianomaalia tekkinud *de novo* ühe vanema sugurakkudes ja kromosoomianomaalia kordumise risk järgmiste raseduste puhul on väike.

2.1.2. Erandi moodustavad loote päritud kromosoomianomaaliad, kui struktuurseid kromosoomianomaaliaid on leitud spontaanse abordi korral lootel balanseeritud kujul. Sellisel juhul on aberratsiooni kordumise risk suur ja tsütogeneetilised uuringud abielupaaridel, kellel on olnud korduvaid spontaanseid aborte, on näidanud, et nende hulgas on balanseeritud translokatsioonide kandjaid⁶ 10 korda rohkem kui üldpopulatsioonis. Selliste abielupaaride kohta on kasutusel ka termin «infertiilsed abielupaarid». Selle all mõistetakse abielupaare, kellel a) kõik rasedused on katkenud iseeneslikult, on olnud vähemalt kaks spontaanseid aborti; b) liiks korduvatele spontaansetele abortidele on sündinud väärarenditega laps (või surnud laps); c) on olnud spontaanseid aborte ja on ka normaalne laps; d) on nii spontaansed abordid, väärarenditega (või surnultsündinud) kui ka normaalne laps (18).

Infertiilsete abielupaaride seeriaviisilistel tsütogeneetilistel uuringutel on kromosoomianomaalia leitud keskmiselt 6...7%-l abielupaaridest (18, 12). Me leidsime kromosoomianomaaliaid 6%-l abielupaaridest. Sagedaimaks kromosoomianomaalia tüübiks on balanseeritud translokatsioon ühel vanematest (75%-l juhtudest on selle kandjaks naine), kuid on leitud ka inversioone, mosaiiksust ja nn. kromosomaalseid mikrov variante. Kromosoomianomaaliad on sagedamad abielupaaridel, kellel kõrvuti spontaansete abortidega on sündinud ka väärarenditega või surnud laps (9, 12, 18).

⁴ trisoomia puhul on normaalsele diploidsele kromosoomigarnituurile lisandunud üks kromosoom; autosomaalse trisoomia puhul on see üks mis tahes 22 autosoomist; kromosoomide üldarv on siis 47.

⁵ triploidia puhul sisaldab rakutuum kolmekordset haploidset kromosoomigarnituuri, kromosoomide üldarv on 69,XXY(X).

⁶ balanseeritud translokatsioon on kromosoomide struktuuri muutus antud kromosoomikomplekti piires, millele on iseloomulik erinevate kromosoomide segmentide vastastikune ümberpaiknemine.

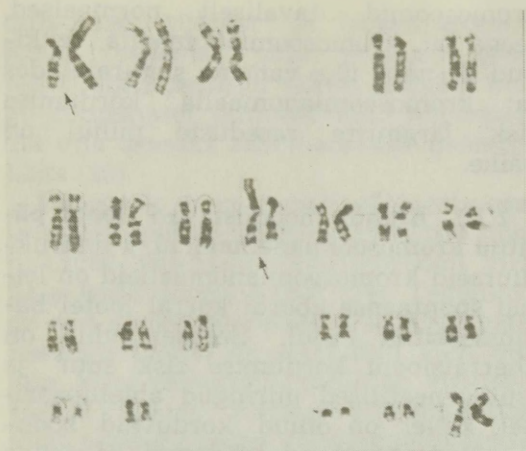


Foto. Infertiilse naise karüotüüp: balansseeritud translokatsioon 1. ja 9. kromosoomi vahel — 46,XX,t(1:9)(q12;q13).

Haigusjuht 3. Abielupaar (naine 25, mees 31 aastat vana) saadeti geneetilisele konsultatsioonile infertiilsuse tõttu. Kõik kolm rasedust olid katkenud iseeneslikult, kaks 8...9. rasedusnädalal, üks 4. rasedusnädalal. Kromosomaalanalüüsil leiti mehel normaalne karüotüüp 46,XY, naisel balansseeritud retsi-prookne translokatsioon 1. ja 9. kromosoomi vahel, karüotüüp 46,XX,t(1:9)(q12;q13) (vt. foto 1). Tõenäosus saada fenotüübilt normaalsest last oli sel abielupaaril 50%, kusjuures omakorda pooled lastest oleksid analoogse translokatsiooni kandjad nagu ema. Ülejäänud poolel juhtudel võis oodata balansseerimata karüotüüpe, mille puhul tekkivad kromosoomianomaaliad põhjustavad loote hukkumist ja raseduse katkemist juba üsna varakult. Säilivad ainult need rasedused, kui on fenotüübilt normaalne loode. Ja tõepoolest, järgneva raseduse korral, mis kulges komplikatsioonideta, sündis väliselt täiesti normaalne laps. Lapse kromosomaalanalüüsil leiti analoogne balansseeritud translokatsioon nagu emalgi — 46,XY,t(1:9)(q12;q13).

Seega võib öelda, et infertiilsete abielupaaride kromosomaalsed uuringud on igati õigustatud. Enne kui selline abielupaar saata tsütogeneetilistele uuringutele, on siiski tarvis eelnevalt teha põhjalikke uuringuid, et välja selgitada korduvate iseeneslike abortide võimalikud muud sagedamad põhjused.

2.2. Loote geenmutatsioonide osa iseeneslike abortide etioloogias on keerukas ning seda on veel vähe uuritud. Letaalsed mutatsioonid on hästi tuntud mitmesugustel laboratoorsetel katseloo-

madel. Hiirel mutatsioonid T/t-geenide süsteemis, mis normaalselt kontrollivad varajast embrüogeneesi ja sobivust emaka kudedega implantatsiooniperioodil, on letaalsed (22). Võimalik, et ka inimese puhul mõned geenmutatsioonid nagu genoom- ja kromosoommutatsioonidki põhjustavad sügoidi hukkumist raseduse nii varajases staadiumis, mil rasedust veel ei diagnoosita, vaid peetakse lihtsalt menstruaatsiooni hilinemiseks. Arvataksegi, et vahetult enne ja pärast implantatsiooni hakkub oluline osa sügoote ja et iseeneslikke aborte on inimesel tegelikult tunduvalt rohkem kui 15% (8). On isegi autoreid, kes arvavad, et diagnoositud rasedused inimesel moodustavad vähem kui 50% kõigist eostumistest (15).

2.3. Ema ja loote immunoloogiline sobimatus on hästi tuntud raseduse katkemise põhjus. On ju pooled loote antigeenid geneetiliselt määratud isa poolt ja seega võõrad ema organismile. Rohkem on tuntud konflikt AB0-veregruppide ja Rh-süsteemis, kuid konfliktide võib esineda ka mõne teise, harva esineva veregrupi puhul, samuti leukotsütaarsete antigeenide osas (21, 24).

2.4. Ema mitmesugused pärilikud või multifaktoriaalsed haigused, nagu näiteks diabeet, adrenogenitaalsündroom, epilepsia, Huntingtoni korea, müasteenia, Marfani sündroom, võivad samuti olla raseduse katkemise põhjused. Neid kõiki ei ole kirjutises võimalik üksikasjalikult käsitleda.

Kahtlemata ei ole käesolevas ülevaates võimalik ammendavalt käsitleda kõiki sigimatuse geneetilisi põhjusi. Eelnevat kokku võttes võib öelda, et inimese sigimatuse põhjuste hulgas kuulub arvestatav koht geneetilistele teguritele, mis omakorda võivad olla väga mitmesugust laadi ja sageli üsna

Informatsioon. Geneetiline konsultatsioon on võimalik Tartu Kliinilise Haigla konsultatiivse polikliiniku juures asuvas geneetikakabinetis (Puusepa t. 2). Vastuvõtt toimub igal teisipäeval 10...12.00 ja 13.30...15.00. Vastuvõtule on soovitatav eelnevalt registreerida telefoni teel (28-008 eespool nimetatud aegadel või 35-169 muul ajal).

komplitseeritud. Igal konkreettsel juhul on sigimatuse põhjuse selgitamine võimalik vaid mitme erialaspetsialisti, sealhulgas kindlasti ka geneetiku, koostöö tulemusena.

KIRJANDUS: 1. Benroth, E., Benroth, B. Die Sterilität der Frau, Leipzig, 1978. — 2. Boue, J., Boue, A., Lazar, P. Teratology, 1975, 12, 1, 11—26. — 3. Carr, D. H., Gedeon, M. M. Can. J. Genet. Cytol., 1978, 20, 415—425. — 4. Chandley, A. C. Br. Med. Bull., 1979, 35, 2, 181—186. — 5. Creasy, M. R., Crolla, J. A., Alberman, E. D. Hum. Genet., 1976, 31, 2, 177—196. — 6. Geneva conference. Bull. WHO, 1966, 34. — 7. Hecht, F., Kaiser-McCaw, M., Hecht, B. Ariz. Med., 1982, 39, 4, 246—247. — 8. Hertig, A. T., Rock, J., Adams, E. C. a.o. Pediatrics, 1959, 23, 202—211. — 9. Husslein, P., Huber, J., Wagenbichler, P. a.o. Fertil. Steril., 1982, 37, 379—383. — 10. Joseph, A., Thomas, I. Hum. Genet., 1982, 61, 2, 105—109. — 11. Kajii, T., Ferrier, A., Niikawa, N. a.o. Hum. Genet., 1980, 55, 87—98. — 12. Mulchay, M. Aust. N. Z. J. Obst. Gynaecol., 1982, 22, 1, 29—30. — 13. Müller, U. Hum. Genet., 1982, 61, 91—94. — 14. Pierella, P., Craig, J., Bobrow, M. a.o. Hum. Genet., 1981, 59, 1, 87—88. — 15. Potter, E. L. Clin. Pediatr., 1962, 1, 73—95. — 16. Simpson, J. L., Blagowidow, N., Martin, A. O. Hum. Genet., 1981, 58, 91—97. — 17. Therman, E., Denniston, C., Sarto, G. E. a.o. Hum. Genet., 1980, 54, 133—143. — 18. Turleau, C., Chavin-Colin, F., de Grouchy, J. Eur. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol., 1979, 9, 2, 65—74. — 19. Vigier, B., Picard, J.-Y., Bezaud, J. a.o. Hum. Genet., 1981, 58, 85—90. — 20. Wilson, J. D., Griffin, J. E., Leshin, M. a.o. Hum. Genet., 1981, 58, 78—84. — 21. Бодяжина В. И., Любимова А. И., Розовский И. С. Привычный выкидыш. М., 1973. — 22. Василевский С. С. Акуш. и гинеко., 1981, I, 5—9. — 23. Доклад научной группы ВОЗ. Эпидемиология бесплодия. Женева, 1977. — 24. Захаров А. Ф., Побединский Н. М. Вестн. АМН СССР, 1982, 6, 18—24. — 25. Кириллова Е. А., Розовский И. С., Вишневская Л. Г. и др. Медикогенетические исследования в акушерстве и гинекологии. М., 1977. — 26. Сазонова А. А., Сусков И. И. Генетика, 1983, I, 171—173.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 853:618.2(047)

EPILEPSIA JA RASEDUS

MATT MAGI · TARTU

epilepsia, rasedus, antikonvulsandid, teratogeensus

Epilepsia on peaaegu krooniline polüetioloogiline haigus, millele on iseloomulik korduvad epileptilised hood, s. o. peaaegu neuronite ülemääraste hüper-sünkroonsete laengute tõttu tekkivad, haiguskolde lokaliseerimisest sõltuvalt kas krampidega või krampideta ja/või psühhopaatoloogilised paroksüsmaalsed avaldused (10). Tänapäeval diagnoosivad epilepsiat ja täpsustavad tema vormi eelkõige neuroloogid, kuid selle haigusega tuleb kokku puutuda ka mitme muu eriala spetsialistil. Artiklis esitame lühiülevaate probleemidest, mida tekitab epilepsia rasedatel.

Kas epilepsiahaige võib abielluda ja rasedusta?

Juriidiliselt selleks takistusi pole, harvaks erandiks on vaid olukord, kui nõrgamõistislik või raskete psüühikamuutustega epilepsiahaige on tunnistanud teovõimetuiks ja hooldatavaks. Psühholoogiliselt peetakse abiellumist isegi soovitatavaks, sest mida normaalsemat elu epilepsiahaige elab, seda kergemini kulgeb haigus ja seda paremini alluvad hood krampidevastasele ravile (4). Haigusest peab muidugi olema informeeritud tulevane abikaasa ning abiellumisotsus tuleb teha üksmeelselt. Abiellujatele tuleb anda kõik võimalused saada nõuannet iga eludetaili kohta, samal ajal tuleb neid julgustada normaalse abielu planeerimiseks. Ainukeks asjaoluks, mille puhul tuleb soovitada abiellumisest loobuda, on see, kui epilepsiahaige soovib abielluda isikuga, kelle perekonnaanamneesis leidub epilepsiajuhte (4). Mõningatel juhtudel osutuvad vajalikuks kvalifitseeritud geneetiline uurimine ja elektroentsefaloograafia. Lapse muretsmise võimalus tuleb aga alati individuaalselt otsustada, arvestades järgmist: 1) geneetilisest

riski, 2) hoogude vormi ja sagedust ning ilmnemisaega, 3) epilepsiahaige naise vaimset seisundit, tööala, kodust olukorda, 4) korduva rasestumise puhul ka eelnenud raseduste ja sünnituste kulgu ning eelmiste laste arengut (4).

Kui suur on epilepsiasse haigestumise risk epilepsiahaigete vanemate lastel?

Üldiselt ei peeta epilepsiat pärilikuks haiguseks, kuid tänapäeval on tõestatud pärilik eelsoodumus kõrgenenud krambivalmiduseks, mis teatud tingimustes võib avalduda haigusena. Epilepsia esinemissagedus elanikkonna hulgas üldse on 0,2...0,9%, keskmiselt 0,5% (1, 4, 10). Kui üks vanemaist on epilepsiahaige, siis hinnatakse lapse haigestumise riski keskmiselt 2,5...6% (4). Oluline on vanema haiguse vorm: kindla orgaanilise etioloogiaga epilepsia puhul on risk vaid 1...2%, primaarselt generaliseerunud (nn. idiopaatilise) epilepsia puhul aga 3...6%. Kui mõlemad vanemad on haiged, siis võib risk tõusta 25%-ni (4). Geneetilisel predisponeerituse osutuvad järgmised epilepsia vormid: febrilised krambid (perekonnaanamnees 32...58%-l), tüüpilised absansid (16...46%), primaarselt generaliseerunud toonilis-kloonilised hood (4). Epilepsia eelsoodumuse pärilikkus on autosoom-dominantne.

Kuidas mõjutab epilepsia raseduse ja sünnituse kulgu ning järglaste tervist?

Usaldatavaid andmeid vastuseks sellele küsimusele annab USA-s 1959...1966. a. 12 kliiniku osavõtul korraldatud uurimine, mille puhul jälgiti 54 000 rasedat prospektiivselt alates esimesest rasedusaegsest visiidist kuni lapse seitsmeaastaseks saamiseni (6, 9). Mitteeklamptilisi krampe raseduse ajal oli uurituist 204-l (4,4:1000), eelnenud viiel aastal 206-l (4,5:1000). Febriliseid krampe lapsepõlves oli olnud 3,3:1000, muid varajasemaid täpsustamata hoogusid 6,5:1000, seega üldse leiti mingeid viiteid hoogude esinemisele 982 naisel (21,4:1000). Krambihoogudega ja -hoogudeta rasedate rühmad vanuse ja raseduste arvu poolest ei erinenud. Neil, kellel raseduse ajal või eelnenud viiel

aastal oli esinenud krampe, ilmnes sagedamini rasedustoksikoosi (vastavalt 12,0:1000 ja 8,4:1000), günekoloogilisi verejookse 1. trimestril (16,8:1000 ja 11,9:1000) ja 3. trimestril (16,8:1000 ja 13,1:1000), sünnitusjärgse perioodi komplikatsioone (8,3:1000 ja 6,7:1000), vaimset alaarengut (5,1...5,9:1000 ja 0,4:1000), seedetraktihäireid (19,3:1000 ja 14,2:1000), kuseteedehäireid (45,1:1000 ja 32,3:1000) ning kopsuhaigusi (10,7:1000 ja 6,4:1000). Krambihoogudega naistel ei olnud verejooksude esinemissageduses erinevust, sõltumata sellest, kas nad kasutasid antikonvulsivseid vahendeid või mitte.

Spontaansete abortide esinemissageduses krambihoogudega ja -hoogudeta naistel vahet ei ilmnenud, kuid surnultsündi oli enam neil naistel (40,0:1000 ja 18,8:1000), kellel olid olnud krambid. Mõlemas rühmas oli madala sündimaa-luga lapsi võrdselt, kuid esimese eluaasta lõpul oli krambihoogudega naistel väikese peaümbermõõduga lapsi märgatavalt enam (50,5:1000 ja 22,9:1000). Neonataalselt esinevate krampide esinemissageduses erinevust ei ilmnenud (5,4:1000 ja 5,3:1000).

Krambihoogudega naiste seitsmeaastastel lastel oli enam tserebraalparalüüsi (11,2:1000 ja 4,0:1000), vaimset alaarengut (65,2:1000 ja 34,0:1000) ja mittefebriliseid krampe (40,1:1000 ja 8,5:1000; $P < 0,001$). Kui emadel olid krambid olnud raseduse ajal, siis 1000 järglasest oli seitsmenda eluaastaks krampe 53,9-l. Krambihoogudega naiste lastel ilmnes märksa sagedamini ka febrilsete krampide üleminekut mittefebrilseteks (11,5:1000 ja 1,0:1000). Üldse ilmnes raseduse ebasoodsat lõpet, kui arvesse võtmata jätta abordid ja surnultsünnid, 151,7 krambihoogudega naisel 1000-st, 72,7 krambihoogudeta naisel 1000-st ($P < 0,001$), ka surmajuhtude arvessevõtmisel vastavalt 226,4:1000 ja 129,1:1000 ($P < 0,001$).

Seega võidi nentida, et epilepsiahaigetel rasedatel tekib rasedus- ja sünnituskomplicatsioon umbes kaks korda sagedamini (5, 6), nende üheaastastel lastel on neuroloogilisi häireid kuni

neli korda sagedamini. Samal ajal tuleb rõhutada, et 80% rasedaist, kellel esinesid krambid, sünnitas terved lapsed, kellel 7 jälgimisaasta jooksul ei tekkinud ühtegi komplikatsiooni (6). Raseduse ebasoodsas lõppes polnud krambihoogudega naistel olulist erinevust, sõltuvalt sellest, kas nad krampidevastaseid ravimeid kasutasid või mitte (1, 6).

Kuidas mõjutab rasedus või sünnitus epilepsia kulgu?

Viimaste aastate uurimused on näidanud, et 45%-l epilepsiahaigeist rasedaist haigushood sagesid, 5%-l jäid harvemaks, 50%-l muutusi ei toimunud (2, 5). Kui üheksal kuul enne rasedust oli vaid üks hoog, siis raseduse ajal hoodsid sagesid 25%-l, kui aga hoogusid oli kuu jooksul olnud üle ühe, siis sagesid need enam kui 60%-l (5).

Hoogude sagenemise ja/või raskenemise põhjustena võib mainida: 1) raseduspuhuseid muutusi ainevahetuses (vee- ja naatriumipeetus, hormonaalsed nihked jt.); 2) stressi ja emotsionaalse seisundi muutusi; 3) hingamise muutusi; 4) antikonvulsantide farmakokineetika muutusi (5).

Kuidas mõjub rasedus antikonvulsantide metabolismile?

Antikonvulsantravi mõju vähenemine raseduse ajal on tavaliselt tingitud antikonvulsandi plasmakontsentratsiooni langusest sama annuse juures. Seda põhjustavad raseda kehakaalu suuremine, vedelikupeetus, ravimi soolestikust absorptsiooni vähenemine, maksa ainevahetuse intensiivistumine, loote kudede ja platsenta mahu suuremine (1, 2, 5).

Milline on antikonvulsantide teratogeensus?

Kui üldpopulatsioonis on väärandite sagedus umbes 2,5%, siis ravimeid mittetarvitanud epilepsiahaigete emade järglastel on see 4,2%, ravitud emade lastel 6,5%, seega 2...3 korda suurem (3, 5, 7). Peamised epilepsiahaigete lastel täheldatud defektid on: huulelõhe, suulaelõhe, südamerikked, soolestiku atreesiad, jäsemete malformatsioonid (1, 3, 5, 7).

Väärandite ilmumine epilepsiahai-

gete järglastel võib olla tingitud geneetilise fooni muutustest, raseduspatoloogias, hoogudest raseduse ajal või muudest põhjustest — seega mitte ainult ravimitest (3). Oluline on, et ka epilepsiahaigete isade järglaste hulgas on vääranditega lapsi 1,5...2 korda enam kui elanikkonna hulgas üldse. Kuigi eksperimendis on valgetel hiirtel tavalistest terapeutilistest annustest 10...15 korda suuremate annuste kasutamise korral demonstreeritud enamiku antikonvulsantide teratogeensus (7), pole põhjalikud kliinilised uurimused seda veenvalt kinnitanud (1, 7, 9). Kõige rohkem on kahtlustatud hüdan toiinide (difeniini) teratogeensus, on isegi kirjeldatud hüdan toiinisündroomi: sõrmede ja varvaste hüpoplaasia, vaimne alaareng ja keha keskjoone defektid (3, 5, 7). USA-s korraldatud 50282 ema ja lapse uurimisel isegi teratogeensuses kõige sagedamini kahtlustatavate ravimite difeniini, fenobarbitaali ja primidooni (heksamidiini) teratogeenne toime kinnitust ei leidnud (6, 9). Ainult trimetadiooni (trimetiini) seos malformatsioonide tekkega on ilmseks osutunud (5).

Epileptoloogid on peaaegu üksmeelselt jõudnud järeldusele, et mitte epilepsia ravimine, vaid haigus ise suurendab väärandite tekke riski (1, 7, 8, 9). Et kontrollimata krambihood on tunduvalt suuremaks ohuks nii emale kui ka lootele, siis tuleb raseduse ajal antikonvulsantravi jätkata, vajaduse korral isegi annust suurendades (3, 5, 7, 8). Ravimite valikul soovitatakse võimaluse korral eelistada karbamasepiini (finlepsiini) ja valproaati (3, 7, 8). Et väärandite tekkes võib teatud osa olla K-vitamiini, foolhappe ja folaatide defitsiidil, siis soovitatakse rasedatele ordineerida 1...5 mg foolhapet päevas (3, 7).

Kas ravimeid kasutavad epilepsiahaiged emad võivad oma vastsündinuid rinnaga toita?

See sõltub ravimist ja selle annusest. Suurte annuste korral võib imikul tekkida sedatsioon, eriti fenobarbitaali, primidooni (heksamidiini), aga ka kar-

bamasepiini kasutamisel, sest nende kontsentratsioon rinnapiimas on 50... 60% ema vereplasma kontsentratsioonist (1, 3). Difeniini on rinnapiimas vaid 1/10 plasma kontsentratsioonist, seega imikuni jõuab mitteoluline hulk ravimit. Mõningatel juhtudel on rinnast võõrutatavatel imikutel täheldatav abstinentsisündroom: rahutus, halb uni, virisemine (1, 8). Kui ema tarvitab diasepaami üle 10 mg ööpäevas, tuleb laps kunstlikule toitmisele üle viia (1).

Kas antikonvulsandid mõjutavad hormonaalsete kontratseptikumide toimet?

Hüdantoiinid, fenobarbitaal, primidoon, karbamasepiin põhjustavad maksas ensüümide aktiveerumist, seega intensiivistavad ainevahetust, niiviisi vähendades paljude selliste ravimite mõjust nagu antikoagulandid, kortikosteroidid, tritsüklilised antidepressandid, fenotiasiinid, bensodiasepiinid, muu hulgas ka kontratseptikumid (4, 8).

Millised on epilepsiahaigetel raseduse katkestamise meditsiinilised näidustused?

Epilepsia kuulub haiguste hulka, mille korral raseduse katkestamine meditsiinilistel näidustustel on lubatud, kui rase seda ise soovib. Raseduse säilitamise soovi korral tuleb seda individuaalselt kaaluda. Pole õigustatud mõne arsti ligne ettevaatlikkus, mis, nagu praktikas on ilmnenud, avaldub rasedusest loobumise küllaldaselt põhjendamata soovitustes. Kindlaks raseduse kiire katkestamise või operatsiooni teel lõpetamise näidustuseks peetakse *status epilepticus*'e teket, mida ravimitega (eelkõige diasepaami või klonasepaamiga) ei ole võimalik kupeerida, või raskete seeriakrampide korduvalt tekkimist (1, 4).

Kokkuvõte. Viljakas eas epilepsiahaige naise puhul tekivad mitmesugused probleemid, mille lahendamisele peavad kaasa aitama nii akuüsoörid-günekoloogid, neuroloogid kui ka psühhiaatrid. Usalduslikus vestluses tuleb patsiendile selgitada võimalikke komplikatsioone, mida epilepsia põdemine võib tekitada rasedale ja tema oodata-

vale lapsele, sealjuures ei tohi riski ülehinnata.

Kui epilepsiahaige soovib rasedust säilitada, siis on vajalik, et teda vähemalt üks kord kuus läbi vaataks tema antikonvulsantravi korraldav neuroloog või psühhiaater. Tuleb kriitiliselt hinnata patsiendi poolt kasutatavate ravimite ja nende doseeringute vajadust, igal võimalusel üle minna ainult ühe ravimi kasutamisele. Ravimi annus peab jääma terapeutiliselt mõjusaks, vajaduse korral tuleb annust isegi suurendada, eriti raseduse 3. trimestril. Antikonvulsandi valik sõltub hoogude vormist, võimaluse korral eelistada siiski karbamasepiini, valproaati või klonasepaami. Väärarendite profülaktikaks soovitatakse anda 1... 5 mg foolhapet päevas. Et antikonvulsantide kasutamisel on ilmnenud rohket veritsust ja hüübimishäireid nii rasedal kui ka vastsündinul, soovitatakse rasedale viimasel raseduskuul määrata 5 mg K-vitamiini nädalas, vastsündinule 1 mg nädalas. Hüübimishäirete ilmnemisel tuleb rasedale 1... 2 korda manustada 200 ml värsket plasmat (3, 8).

KIRJANDUS: 1. Dooze, H., Dam, M. Gross-selbeck, G. u.o. Epilepsie, 1979. Ehe. Schwangerschaft, Geburt, genetische Beratung. Stuttgart—New York, 1980, Ref.: Москаленко В. Д. Ж. им. С. С. Корсакова, 1982, 82, 9, 146 — 147. — 2. Knight, A. H., Rhind, E. G. Epilepsia, 1975, 16, 99—110. — 3. Kutt, H., McDowell, F. Clinical Neuropharmacology. New York, Edinburgh, London, 1979. — 4. Laidlaw, J., Richens, A. (Eds.). A Textbook of Epilepsy. Edinburgh, London, New York, 1976. — 5. Montouris, G. D., Fenichel, G. M., Mc Lain Jr., L. W. Arch. Neurol., 1979, 36, 10, 601—603. — 6. Nelson, K. B., Ellenberg, J. H. Neurology, 1982, 32, 11, 1247—1254. — 7. Paulson, G. W., Paulson, R. B. Arch. Neurol., 1981, 38, 3, 140—143. — 8. Richens, A. In: Epilepsy forum No. 1. London, 1981, 2—10. — 9. Shapiro, S., Hartz, S. C., Siskind, V. a.o. Lancet, 1976, 1, 7954, 272—275.

10. Сараджишвили П. М., Геладзе Т. С. Эпилепсия. М., 1977.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateeder

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616-008.9-053.36

FRUKTOOSITALUMATUS IMIKUL

KRISTA VEHM · TALLINN

imikud, fruktoositalumatus, kliinilised nähud, diagnoosimine, ravi, prognoos

Fruktoosi ainevahetuslikku talumatust on lastel ette tulnud suhteliselt harva (2, 3, 4, 6). Haigus on autosoom-retsessiivselt pärilik. Tegemist on kaasasündinud ensüümidefektiga: fruktoos-1-fosfaataldolaasi defektiga maksas (1, 2, 3, 4, 5, 6). Esmakordselt kirjeldati haigust 1956. a. Fruktoosi kuhjumise tõttu põhjustab ensüümidefekt raku ainevahetuse raskeid muutusi maksas, neerudes ja soole limaskestas (3, 4).

Fruktoositalumatuse kliinilised nähud ilmnevad tavaliselt siis, kui imik saab fruktoosi ja sahharoosi sisaldavat toitu esmakordselt (2, 6). Kliiniliselt on iseloomulik, et 20...40 minutit pärast vastava toidu andmist tekivad hüpoglükeemia tunnused: kahvatus, higistamine, värin, iiveldus, oksendamine, teadvushäired kuni kooma või krampideni. Diagnoosimata juhtudel lisanduvad veel isutus, sedehyäired, hepatomegalia (harvem ikterus ja splenomegalia), kehakaalu ja -pikkuse defitsiit ning hüpoglükeemiast tingitud peaaugukahjustuse sümptoomid (2).

Haiguse diagnoosimisel on suur tähtsus laboratoorsetel uuringutel. Verepil-

dis on sel puhul leukotsütoos neutrofiilse granulotsütoosiga ja hüpoproteineemia. Aminotransferaaside ja leeliselise fosfataasi aktiivsus on tõusnud. Glükoosi kontsentratsioon veres ning glükoosi ja laktoosi koormusproovid on normaalsed. Osal haigetel täheldatakse vereseerumis üldbilirubiinisalduse suurenemist otsese bilirubiini fraktsiooni arvel. Sage on aeg-ajalt tekkiv proteiinuuria ja leukotsütuuria, tubulaarse kahjustuse tunnusena leitakse hüperaminoatsiduuria (1, 3, 5, 6).

Diagnoosimisel on määrav fruktoosi koormusproov: fruktoosisalduse tugev suurenemine ja glükoosisalduse vähenemine veres kinnitavad diagnoosi (4, 6).

Ravis on kõige tähtsam fruktoosita või fruktoosivaene, küll aga glükoosirikas dieet. Lubatud on ka laktoos. Keelatud on kõik puuviljad ja nende mahlad, samuti mesi. On vaja piirata kartulite, tomatite või muude köögiviljade hulka toidus (1, 2, 3, 4).

Haiguse prognoos sõltub esmajoonest diagnoosimisajast ja kulu raskusest. Prognoosi halvendavad vaimse arengu pärssumise võimalus, maksatsirroos, steatoos või neerupuudulikkus.

Prognoos on suhteliselt hea, kui haigus on diagnoositud õigel ajal ja kui on rakendatud dieetravi. Prognoosi parandab ka asjaolu, et haigel tekib vastumeelsus puuviljade ja fruktoosi sisaldava toidu vastu.

Järgnevalt kirjeldame pärilikku fruktoositalumatuse juhtu.

Haigusjuht. H. P., 10 kuud vana (haiguslugu nr. 829/1983). Ema oli sagedaid korduvaid oksendamisi märkama hakanud puuviljade ja mahlade andmise järel ja sellega kaasnevat vastumeelsust nende suhtes juba esimesel elupoolaastal. Ka lapse vanaema, kellel on diagnoositud kroonilist maksakahjustust, ei talu fruktoosi sisaldavat toitu.

20. jaanuaril 1983. a. toimetati laps Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla reanimatsiooni-osakonda. Hospitaliseerimisel laps teadvuseta, ägeda respiratoorse nakkuse tunnused, krambid.

12-päevase haiglaravi ajal süsivesikute ainevahetust ei uuritud.

Teistkordselt hospitaliseeriti laps 6. veebruaril kodus tekkinud lühiajaliste krampide

tõttu. Eelnevalt oli ema talle andnud juua fruktoosilahust. Üldseisund keskmise raskusega. Täheledatai loidust, naha kahvatust ja iiveldust. Laps oksendas korduvalt, periooditi tekkis tal kõhulahtisus ja esimesel haiglas viibimise päeval täheledatai kiiresti progresseeruvat maksa suurenemist; maksa alumine serv 6 cm allpool roidekaart.

Vereuuringutest leukotsütoos ($14,6 \cdot 10^9/l$), neutrofiilne granulotsütoos (50,5%), aminotransferaaside aktiivsuse tõus (ALT 834,0 n mol/l), AST 458,7 n mol/l), ka leeliselise fosfataasi aktiivsuse suurenemine (667,2 n mol/l), normoglükeemia. Uriini patoloogilistest muutustest: mittepüsiv proteinuuria ja leukotsütuuria.

Diagnostilisel eesmärgil anti imikule ühekorde annusena 0,3 g fruktoosi kehakaalu ühe kg kohta. Juba 15 minuti pärast muutus imik loiuks, tekkisid kahvatus, higistamine, iiveldus, profuusne oksendamine ja teadvuse hägunemine. Samal ajal glükoosisisaldus veres vähenes 5,55 n mol/l-lt 2,27 n mol/l-le.

Hüpooglükeemia kõrvaldamiseks viidi joana veeni 40%-list glükoosilahust.

Kliinilist diagnoosi — *intolerantio fructosae* — kinnitas fruktoosi koormusproov. Määrati dieetravi.

Katamnees kuus kuud pärast dieetravi: üldseisund hea, psühhomotoorne areng vastab eale, kasvu ja kehakaalu defitsiiti ei ole tekkinud, maks taandarenenud, funktsiooniproovid normaalsed. Dieetravi peab jätkuma.

Käesolevat haigusjuhtu kirjeldasime eesmärgil tutvustada pediaatrias sageli esinevat kliinilis-laboratoorsete sümptomide kompleksi, mille aluseks on fruktoosiainevahetuse pärilik ensümpaatia.

KIRJANDUS: 1. Bender, S., Vieweg, B., Passelt, H. u.o. Monatsschr. Kinderheilkd., 1982, 130, 1, 21—26. — 2. Linneweh, F. Fructose-Intoleranz im Lehrbuch der Kinderheilkunde. Stuttgart, 1971, 204. — 3. Mattes, S., Schmidt, G. Kinderärztl. Prax., 1979, 47, 1, 26—30. — 4. Patzer, H., Grobmann, P., Braun, W. Fructose-Intoleranz im Lehrbuch der Pädiatrie. Berlin, 1976, 178.

5. Бадапян Л. О., Таболин В. А., Вельтишев Ю. Е. Наследственные болезни у детей. М., 1971. — 6. Рачев Л., Тодоров Й., Старева С. В кн.: Обмен веществ в детском возрасте. София, 1967, 296—304.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla

UDK 576.858.13:616.988-053.31

KAASASÜNDINUD HERPESEVIIRUS- NAKKUS VASTSÜNDINUL

EVE RATTASEP · TALLINN LIA SILDVER
VIRVE LÄÄNE · TARTU

herpeseviirus, intranataalne infitseerumine, kliinilised vormid, hematoloogilised tunnused, laboratoorne diagnoosimine, ravi

Tänapäeval on tõestatud herpeseviiruse transplatsentaarne hematogeenne ülekande ja loote üsasise nakatumine (5, 6, 7, 8, 10). *Herpes simplex*'i põhjustatud nakkus võib vastsündinul seega olla herpeetiline fetopaatia. Herpeseviirus ei ole teratogeenne ega põhjusta embrüopaatiaid. Kõige sagedam nakatumistee on intranataalne: nakatumine sünni ajal ema genitaalides persisteerivatest herpeseviirustest (1, 3, 5, 6, 7, 9, 10). Kõige sagedam nakkusetekitaja on herpeseviiruse 2. tüüp (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10). Kaasasündinud nakkusega vastsündinute emadel on anamneesis sageli olnud retsidiveeruv lööve huulel raseduse ajal või kaks nädalat või veelgi vähem päevi enne sünnitust. Kaasasündinud herpeseviirusnakkus võib esineda generaliseerunud või lokaalse kliinilise vormina. Generaliseerunud nakkuse puhul levib viirus vere kaudu kogu organismis: kahjustub hulgaliselt siseelundeid, kahjustub ka kesknärvisüsteem. Seetõttu on generaliseerunud nakkusele iseloomulik kliiniline polümorfism.

Oma tugeva epiteliotroopsuse tõttu põhjustab herpeseviirus lokaalseid suu limaskesta ja silmade ning nahakahjustusi. Herpeetilisel nahalööbel ei ole kindlat lokaliseerumist. Vesikulaarne enanteem võib olla suu limaskestal. Silmade kahjustused avalduvad herpeetilise keratiidi ja keratokonjunktiviidina. Viirus on ka neurotroopne, mistõttu sage nakkuse lokaalne vorm on herpeetiline entsefaliit resp. meningoentsefaliit (1, 4, 5, 7). A. Arvini ja kaasautorite (1) uurimuste järgi võivad herpeetiline generaliseerunud nakkus ning entsefaliit vastsündinuil olla naha ja limaskest-

tade kahjustuseta. Herpeetiline hepatiit ikterusega või ilma on kõige sagedam lokaalne vistseraalne vorm (5, 7, 8, 10).

Sümptoomid ilmuvad sagedamini 2...9. elupäeval (3, 6, 8), kuid nahavesiikuleid võib leida juba lapse sündimise ajal (5, 9). Inkubatsiooniaeg kestab lapse intranataalsel infitseerumisel 4...20 päeva (10). Haigus võib kliiniliselt manifesteeruda kuni esimese elukuuni (5).

Kõige iseloomulikum vere muutus herpeseviirusnakkuse puhul on J. Corrigani (2) uurimuste järgi pärssimisest tingitud parainfektsioosne trombotsütopeenia. Esineb leukotsütoos neutrofiilse granulotsütoosiga või leukopeenia neutropeeniaga. Eosinofiilne granulotsütoos on sage hematoloogiline tunnus. Nakkus võib vastsündinul vallandada ka dissemineerunud intravaskulaarse koagulationi sündroomi.

Generaliseerunud nakkuse kulg on väga raske, haigus progresseerub sageli, sagedad on ka surmajuhud (5, 7, 8). Haiguse generaliseerumisel on võimalik hepatiidi fulminantne kulg hepatoadrenaalse nekroosiga, mille puhul patomorfoloogilised muutused on kõige enam väljendunud maksas, neerupealistes või ajus (1, 4, 5, 7). Generaliseerunud vormist või herpeetilisest entsefaalidist tervistatakse harva, enamasti ilmnevad jäaknähud (3). J. Novikova ja G. Poljakova (9) peavad nahavormide kulgu soodsaks. R. Whitley kaastöötajatega (4) leidis vastsündinuil isoleeritud herpeetiliste nahanähtude progresseerumist, elundite kahjustuse lisandumist ja herpeetilise lööbe sagedat retsidiveerumist imikueas.

Kaasasündinud nakkus on kliiniliselt diagnoositav tüüpiliste naha- või silmade kahjustuste alusel. Laboratoorsel diagnoosimisel on suurima tähtsusega spetsiifiline viroloogiline ja otsene immunofluorestsentsimeetod. Nahavesiikuleite sisust, ka koorikutest, silma sidekestalt, verest ja liikvorist saadud materjal viiakse viiruse isoleerimiseks eri koekultuuridesse (1, 4, 7). Otsesel immunofluorestsentsimeetodil tehakse kindlaks herpeseviiruse antigeeni ole-

masolu naha epiteelirakkudes. Ema genitaalset herpeseviirusnakkuse puhul kinnitavad diagnoosi viiruskultuurid ja otsene immunofluorestsents. Võimalik on ka ema genitaalidest võetud koetükikeste histoloogiline uurimine (1, 4, 5).

Etiotroopses ravis kasutatakse virostaatikume (3, 5, 7, 10). Idoksuriidiin toimib ainult herpeseviirusest põhjustatud nakkuse puhul, pärssides herpeseviiruse paljunemist, on aga toimetu teiste kaasasündinud viirushaiguste puhul. Idoksuriidiini määratakse 50...100 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas nelja annusena veeni süstimiseks (50 ml 5%-lises glükoosilahuses) 5...7 päeva jooksul. Idoksuriidiini immunosupressiivse toime tõttu tuleb bakteriaalse mikrofloora aktiveerumise vältimiseks määrata antibiootikume (7). Virostaatikumravis kasutatavate arabinosiidide tugev toksiline toime avaldub eriti medullaarse hematopoeesi pidurdusena, progresseeruva müelosupressioonina (3, 5). N. Šabalov (10) peab generaliseerunud nakkuse puhul kindlasti vajalikuks adeniinarabinosiidi nõristamist veeni 15 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas iga 12 tunni järel, kokku 10 päeva. Nahalööbe lokaalse ravina soovitatakse interferoonilahust ja 5%-list tebrofeenialvi, silmade herpeetilise kahjustuse korral limaskestale lokaalselt 0,1%-list idoksuriidiinilahust või 0,5%-list idoksuriidiini- ja tebrofeenialvi. D. Bobev (6) soovib patogeneetilises ravis prednisolooni 10 mg päevas. Üldiselt hoiatatakse prednisolooni ja virostaatikumide üheaegse kasutamise eest. Kaasasündinud nakkuse profülaktika on eelkõige täiskasvanute genitaalset herpesnakkuse profülaktika ja ravi.

Järgnevalt kirjeldame kaasasündinud herpeseviirusnakkust vastsündinul.

Haigusjuht. Vastsündinu A. T., 7 päeva vana (haiguslugu nr. 6083/1982). Ema oli 30-aastane, esimene rasedus, esimene ajaline sünnitus. Lapse ema suri teisel sünnitusjärgsel päeval primaarsest hüperfibrinolüüsist tingitud afibrinogeneemia tõttu. Ema oli kogu raseduse aja kirglikult suitsetanud. Raseduse lõpul oli kannatanud tugevate selja- ja kõhuvalude all, kuid arsti poole ei pöördunud. Oli



Foto 1.

kaldunud herpesviirusnakkuseks, ka raseduse ajal oli tal huultel tekkinud lööve.

Stimuleeritud sünnitusel kasutati tange. Lapsel sündimisel Apgari indeks 2. Kehakaal sünnil 3750 g, pikkus 51 cm. Juba sündimise ajal oli vanade villidena ja koorikutenä laialdane lööve jalgade ja käte nahal, vähem kehatüvel. Esimestel elupäevadel esinesid üli-erutusnähud, krambid ja lihaste hüpertoonia. Uued lööbed tekkisid jäsemetele kuuendal elupäeval. Seitsmendal elupäeval toodi vast-sündinu Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonnast Tallinna Linna Kliinilise Laste-haigla vastsündinute patoloogia osakonda. Saatediagnoos: intrauteriinne infektsioon, sünnipuhune asfüksia.

Üldseisund keskmise raskusega. Nahk kahvatuhall, nahal ulatuslik lööve (vt. foto 1): jalgade ja käte distaalselt infiltreerunud naha pinnal olid lillakaspunased laetuvad paapulid, randme ja põlve piirkonnas üksikud kuivad kollakad koorikud. Jäsemetel ja kehatüvel oli lööve kohati lineaarne. Üksikud paapulid olid ka peopesadel ja jalataldadel. Uus eksanteem tekkis 13. elupäeval, mis võttis enda alla samad piirkonnad, lisandusid veel üksikud paapulid peanahal. 15. elupäevaks arenes paapulitest villiline lööve vesiikulitena ja jalgadel laetuvate, seroosse sisaldisega kapslitena (vt. foto 2). Maks suurenes ulatusliku nahalööbimisega samal ajal. Villid kuivasid ja mõne päeva pärast moodustasid need kollakaspruunikaid koorikuid. Viimaste ärangel-misel jäi nahale pruunikas pigmentatsioon. Uusi, analoogilisi lööbeelemente tekkis jälle rohkesti 20...21. elupäeval. Lööbimisintervall oli esimese kolme elunädala jooksul seega 6...7 päeva. Lapse üldseisund ei halvenenud. Naha infiltratsioon taandus. Esimesel elukuul võttis laps kehakaalus juurde vaid 100 g. Vereanalüüs: leukotsütoos ($28,0 \cdot 10^9/l$) relatiiv-se (55%) ja absoluutse ($15,4 \cdot 10^9/l$) eosinofiilse granuloletsütoosiga, seega tekkis lapsel leuke-moidne eosinofiilne reaktsioon. Maks püsis suurenenuna, maksa funktsiooni proovid olid haiguslikult muutunud: täheldati aminotrans-feraaside ja leeliselise fosfataasi aktiivsuse tõusu ning düsproteineemiat. Dermatoloogid



Foto 2.

ja infektsionistid soovitasid last uurida luuese suhtes, need uuringud aga osutusid negatiiv-seks. Otsene immunofluorestsents oli villide põhjast kaabitud naha epiteelirakkudes her-peseviiruste suhtes positiivne. Meetodi öle-mus seisneb selles, et uuritavates rakkudes olev viiruslik antigeen annab spetsiifilise an-tigeeni-antikeha reaktsiooni vastavaid anti-kehi sisaldava luminesceeruva seerumiga, mis on värvitud fluorestsintsiotsüanaadiga. Antigeeni sisaldavad rakud annavad spetsii-filise helenduse ultraviolettkiirte väljas.

Kliinilis-laboratoorselt võis diagnoosida herpesviirusnakkuse lokaalset vormi tüüpilise retsidiveeruva herpeetilise nahalööbe, maksakahjustuse ja positiivse spetsiifilise im-munofluorestsentsiga. Et koorikud olid na-hal juba sündimise ajal, oli nakatumine ilm-selt toimunud intrauteriinselt. Kliiniline diag-noos: *infectio viralis herpetica congenita* (naha- ja vistseraalvorm). Neuroloog diagnoo-sis hüpoksiajärgset entsefalopaatiat motoor-rikahäiretega.

Parenteraalselt manustatava idoksuridiini puudumise tõttu sai laps vaid lokaalset ravi. Nahalöövet raviti interferooni- ja 0,1%-lise idoksuridiinilahusega. Lühikest aega anti ka antibiootikume ja prednisolooni. Määrati maksa funktsiooni toetav ravi. Nahanähtude edaspidine dünaamika oli soodne. Lööbimise tsüklilisust ei täheldatud teisest elukuust. Ük-sikud väikesed paapulid ja vesiikulid tekkisid periooditi peamiselt sääre painutusküljel. Kehakaalu iive oli teisel elukuul 950 g. Haig-last väljakirjutamisel oli imik 4,5 kuud vana, heas üldseisundis, vaimne areng normaalne, elundites muutusi ei leitud. Kolm kuud hil-jem oli herpeetiline lööve ägeda respiratoorse nakkuse sümptomide foonil ühel korral ret-sidiveerunud.

Haigusjuhu kirjeldamise eesmärk on neonatoloogidele ja pediaatriatele tut-vustada kaasasündinud herpesviirus-nakkuse kliinilis-laboratoorse diagnoo-simise, ravi ja profülaktika võimalusi vastsündinutel ja imikutel.

KIRJANDUS: 1. Arvin, A., Yeager, A., Bruhn, F. a.o. J. Pediatr., 1982, 100, 5, 715—722. — 2. Corrigan, J. Clin. Perinatol., 1981, 8, 3, 499—507. — 3. Ebell, W., Borchard, F., Knoll, G. u.a. Klin. Pädiatr., 1980, 6, 582—587. — 4. Whitley, R., Nahmias, A., Visintine, A. Pediatrics, 1980, 66, 4, 489—494. — 5. Whitley, R., Nahmias, A., Soong, S. Pediatrics, 1980, 66, 4, 495—501.

6. Бобев Д., Иванова И. В кн.: Болести новороденного. София, 1982, 57—58. — 7. Казанцев А. П., Попова Н. И. В кн.: Внутритробные инфекционные заболевания детей и их профилактика. Л., 1980, 74—85. — 8. Митрофанова Г. П., Посезая Т. А., Опарина Н. М. и др. Педиатрия, 1981, 6, 24—27. — 9. Новикова Е. Ч., Полякова Г. П. В кн.: Инфекционная патология плода и новороденного. М., 1979, 67—72. — 10. Шабалов Н. П. Вopr. oxp. мат., 1932, I, 16—22.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla
TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder
Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla

Hormonaalne kontratseptsioon kui sünnituste reguleerimise kõige kindlam meetod on viimase aastakümne kestel eriti laialdaselt kasutusel. Saksa DV-s kasutavad hormonaalseid kontratseptikume üle poole kõigist naistest vanuses 15...45 aastat. Kuid kõikide puhul ei ole see rasedusest hoidumise viis ohutu ning näidustatud. Suurt tähelepanu ja eriti kaalukat otsust hormonaalse kontratseptsiooni soovitamisel vajavad üle 35 aasta vanused suitsetavad naised, samuti need, kes põevad arteriaalset hüpertensiooni, ainevahetushaigusi, maksahaigusi ning kellel on kalduvus trombemboolilisteks tüsistusteks.

Die Heilberufe, 1983, 9.

Kitsad džiinid võivad rikkuda tervist. Väga kitsad džiinid võivad noormeestel pideva surve tõttu munanditele põhjustada suguelundite talitlushäireid. Tütarlastel aga on oht selles, et liiga kitsa rõiva pidev hõõrumine võib tekitada välissuguelundite põletikke. Sellest, et ka puusaliigese liikumine on tugevasti piiratud, võivad omakorda tuleneda liigesekapsli kahjustused. Kõigest sellest kõneldi kooliarstide sümposiumil Lääne-Berliinis.

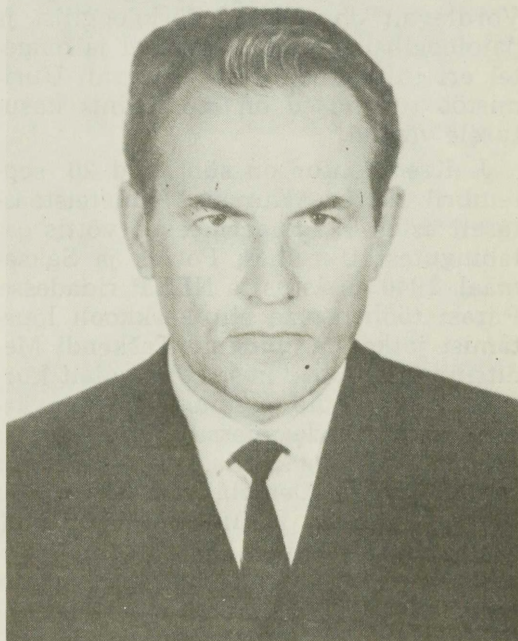
Leben u. Gesundheit, 1982, 5.

Kaadri ettevalmis- tamine

JURI KSENOFONTOV ARSTITEADUSE DOKTOR

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidium kinnitas 20. mail 1983. a. TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri dotsendile Juri Ksenofontovile arstiteaduse doktori kraadi, mille kohta väljastati ka diplom.

7. juunil 1982 kaitses J. Ksenofontov N. Pirogovi nim. Meditsiini Instituudi erialanõukogu ees doktoriväitekirja



«Inimese mõningatest allergia geneetilistest markeritest ja immunoloogiliste reaktsioonide tugevusest». Ametlikud oponendid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik A. Ado, N. Semaško nim. Stomatoloogia Instituudi rektor prof. J. Sokolov ja Moskva Meditsiini-geneetika Instituudi professor G. An-nenkov andsid väitekirjale kiitva hin-nangu.

Annotatsioonis autor märgib, et tema poolt püstitatud ja lahendatud prob-leem on üldbioloogiline, käsitledes seo-seid terve inimese organismi reaktiiv-suse päriliku eripära ja mitme somaatilise haiguse tekkimise eelsoodumuse vahel. Nende seoste põhjalik tundmine loob eeldused haiguste profülaktikaks konkreetse indiviidi puhul, võttes ar-vesse tema pärilikke omadusi. Väite-kirja autor on uurinud assotsiatsioone inimese geneetiliselt determineeritud tunnuste ja immunoloogilise reaktiiv-suse vahel. Tal on õnnestunud leida pärilikke tunnuste rühmad, kus esineb kõrgeenenud immunoloogiline reaktiiv-sus. Ta on kindlaks teinud pärilikud tunnused, mis on iseloomulikud kaldu-vusele reesuskonflikti tekkeks, ka aller-gilistesse haigustesse, suhkurtõppe ja südame isheemiatõppe haigestumisel. Võrdlevalt on uuritud füsioloogilisi ja patoloogilisi protsesse tervetel ja haige-tel eri tüüpi reaktiivsuse korral. Uuri-mistöö tulemused on meditsiinis kasu-tusele võetud.

J. Ksenofontov on sündinud 20. sep-tembril 1927. a. Kurskis. Kuueteistaas-taselt astus ta Punaarmee, võttis osa lahingutest Ukrainas, Poolas ja Saksa-maal. 1946. a. astus ta NLKP ridadesse. Pärast töölisnoorte öhtukeskkooli lõpe-tamist jätkas ta õpinguid Taškendi Me-ditsiiniinstituudis, kust kolmandalt kur-suselt viidi üle Leningradi Sõjaväe-meditsiini Akadeemiasse, mille lõpetas 1955. a. kiitusega. Edasi töötas Siberis sõjaväearstina. Demobiliseerunud, astus ta Leningradi I Meditsiiniinstituudi aspirantuuri, mille lõpetamise järel määrati TRÜ arstiteaduskonda assis-tendi kohale. 1965. a. kaitses ta kandi-daadiväitekirja «Autoimmuunsuse näi-

tajad bronhiaalastmat ja pneumooniat põdevatel haigetel», 1977. a. anti talle dotsendikutse. J. Ksenofontov on aval-danud üle 90 teadustöö, nende hulgas kolm õppevahendit.

Irene Maaroos

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidium kinnitas professorikutse kahele TRÜ õppe-jõule: 17. juunil 1983. a. (protokoll nr. 23) TRÜ teadusprorektor bioloogiadoktor **Ants Kallikormile** biokeemia erialal ning 15. juulil 1983. a. (protokoll nr. 26) operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia ka-teedri professori kt. arstiteaduse doktor **Uno Sibulale** kirurgia erialal.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegium andis dotsendikutse järgmistele TRÜ arstitea-duskonna õppejõududele: 1. juunil 1983. a. sünnitusabi ja günekoloogia kateedri assis-tent arstiteaduse kandidaat **Helje Kaarmale** sünnitusabi ja günekoloogia erialal, 6. juulil 1983. a. radioloogia ja onkoloogia kateedri dotsendi kt. arstiteaduse kandidaat **Erich Kuusile** radioloogia ja röntgenoloogia erialal ning 3. augustil 1983. a. hospitaalsisehaiguste kateedri dotsendi kt. arstiteaduse kandidaat **Reinhold Birkenfeldtile** sisehaiguse erialal.

Konverentsid ja nõupidamised

Üleliiduline sümposium teemal «Gamma-aminovõihappe derivaatide farmakoloogia» oli Tartus 25...27. mail 1983.

Sümposium toimus NSV Liidu Kõrg- ning Keskerihariduse, Ministeeriumi ning NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Farmakoloogia ja Farmaatsia Teadusliku Nõukogu plaanide alusel, korraldajateks TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia ja psühhiaatria kateeder ning TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut (psühhofarmakoloogialaboratoorium).

Gamma-aminovõihappe kui närvisüsteemis sünteesitava universaalse pidurdusprotsesside mediaatori farmakoloogia on põhjalikult läbi töötatud juba 20...25 aastat tagasi. Tema tarvitamine ravimina on aga piiratud.

10...15 aasta jooksul on kasutusele võetud mitmeid gamma-aminovõihappe derivaate ja analooge (fenibut, piratsetaam, pantogaam, pikamiloon, naatriumvalproaat, naatriumoksübutüraat, baklofeen jt.), mis hematoentsefaalbarjääri hästi läbivad. Tingituna nende ühendite mõningasest krambivastasest, valuvaigistavast ja rahustavast, eriti aga nootroopsest ja antihüpoksilisest toimest on Nõukogude keemikud ning farmakoloogid agaralt tegelnud selle aineterühma uute ühendite otsingutega, samuti on nad põhjalikumalt uurinud gamma-aminovõihappe bioloogilist tähtsust ja selgitanud molekulaarmehhanismi. Selle kõigea on aastaid tegelnud ka TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateeder. 1981. aastal koostati (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia ülesandel) üleliiduline sihtprogramm «Uute gamma-aminovõihappe derivaatide ja analoogide süntees, toimemehhanismi uurimine ning praktikasse juurutamine» aastaks 1981...1985. Allakirjutanu on sihtprogrammi koordineerimisnõukogu ja Arstiteaduse Akadeemia Presiidiumi juures asuva psühhofarmakoloogia probleemikomisjoni esimees. Sümposiumi eesmärk oli esimese kahe aasta programm-uurimise tulemustest kokkuvõtete tegemine. Nõupidamisest võttis osa 130 keemikut, farmakoloog, klinitsisti ja farmaatsiatööstuse juhtivat töötajat.

Vaeti kõiki gamma-aminovõihappe-ergiliste ainete sünteesi, keemia, bioloogilise sõeltesti, farmakoloogia ja kliinilise katsetamise ning ühendite tootmise probleeme.

Uute ühendite toimet käitumise regulatsioo-nimehhanismidesse (trankvilliseeriv toime, mälu-mehhanismid) käsitasid Tartu, Moskva, Odesa, Leningradi teadlased. Huvi pakkusid ettekanded, mis käsitlesid gamma-aminovõihappe šunti ja uute sünteetiliste ühendite toimet ainevahetusesse, sealhulgas antihüpoksilist toimemehhanismi (Arstiteaduse Akadeemia Farmakoloogia Instituut, Minski Meditsiini-instituut), samuti ettekanded, mis tutvustasid ainete toimet veresoonte toonusesse ja ajuvereringesse (Jerevani ning Volgogradi meditsiiniinstituut), krampide tekkemehhanismi ning ainete mõju krampidele. Vaatluse all olid krambivastase toime uurimise uued mudelid (Behterevi-nim. Leningradi Psühhoneuroloogia Instituut, Leningradi Pediaatria-instituut, TRÜ). Leningradi I Meditsiiniinstituu-di farmakoloogidelt oli uurimusi uute ühendite analgeetilise toime, võimaliku harjumuse tekkemehhanismi ning tolerantsuse fenomeni uurimise metodoloogia alalt. Gamma-aminovõihappe retseptorite omaduste ja nende klassifikatsiooni alaseid uuringuid esitasid Tartu ja Puštino farmakoloogid, uute ainete toime lokalisatsiooni eri retseptoritel käsitlesid L. Rägo, B. Andrejev, A. Budantsev jt.

Riia, Leningradi, Moskva ja Odessa keemikult olid ettekanded uute originaalsete ainerühmade sünteesi kohta, sealhulgas rani sisaldavate derivaatide kohta.

Kliinilistest uurimustest olulisemad olid seotud piratsetaami, aminaalooni, fenibuti jt. antineurootilise ning nootroopse toime selgitamisega (L. Mehilane, J. Saarma, M. Saarma Tartust, M. Tsaune Riist jt.), efektiivsuse selgitamisega alkoholismi ravis (H. Väre Viljandist, A. Balaklejevski jt. Minskist).

Viimasel päeval toimus viietunnine ümmarguse laua diskussioon 35 juhtiva teadlase osavõtul. Veel kord vaeti seni saavutatud gamma-aminovõihappe-ergiliste ainete keemias, farmakoloogias, kliinikus, tootmises ning tootmisse võtmisel. Põhjalikumalt käsitlesti leidis fenibuti farmakoloogia ja kasutamine kliinikus, tehti täpsustusi sel alal. Muu hulgas otsustati farmakokineetilisi uuringuid enam arendada ja tõsta kliiniliste uuringute täpsust, ühtlustades meetodikat.

Lembit Allikmets

Eesti NSV Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi XXIX konverents toimus 5. augustil 1983 Kohtla-Järvel. Põhiprobleem oli Eesti NSV tervishoiuasutuste sanitaar-epidemioloogiline režiim.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm. Ülevaate riikliku sanitaarteenistuse osast haiglasistest nakkuste vältimisel andis tervishoiuministeeriumi inspektorarst E. Vassiljeva ning desinfektsiooni-režiimi tagamisest Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama desinfektsiooniosakonna juhataja A. Aava.

Külalisena esitas konverentsil ettekande Tallinna Pelgulinna Haigla steriliseerimis-labori juhataja T. Kitsing, kes rääkis tsentraliseeritud steriliseerimise korraldusest nimetatud haiglas. Sanitaarala keskastme meditsiinitöötajailt oli kümme ettekannet, neist huvipakkuvad olid sanitaararsti abide M. Laane ja T. Mähari tööd, milles oli vaatluse all Harju ning Võru rajooni ambulatooriumide ja polikliinikute sanitaarseisund.

Järgmisel päeval toimus seltsi Põhja- ja Lõuna-Eesti nõukogu ning Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi juhataste aruande- ja valimiskonverents. Lõuna-Eesti Nõukogu esimeheks valiti A. Lepik ja auesimeheks J. Matsalu, mõlemad Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast, ning Põhja-Eesti Nõukogu esimeheks A. Avioja Vabariiklikust Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast.

Seltsi uude juhatusse valiti allakirjutanu (esimees), A. Lepik, A. Avioja (aseesimehed), K. Nestrik (sekretär), A. Saar (laekur), L. Peipsi, F. Tuvi, A. Antsmäe, N. Peri (liikmed), revisjonikomisjoni V. Lattik (esimees), E. Kruuse, M. Ploom (liikmed).

Edgar Saar

Infoteetajate VI vabariiklik nõupidamine teemal «Traditsioonilise ja automatiseeritud infoteeninduse integratsioon» peeti 22...24. augustini 1983 Vabariikliku Õpetajate Täiendustituudi õppebaasis Värskas.

Plenaaristungitel ja kolmes sektsioonis esitati ligikaudu 40 ettekannet, millest mitmed oluaksid huvitavad kuulajate laiemale ringilegi. Nii jäi S. Jõksi, G. Rajasaare, L. Gasmani, V. Mäe jt. ettekannetest kõlama nõue, et informisti ja tarbija vahel peab olema tihe side ning et pidevalt tuleb tõsta kvalifikatsiooni mitte üksnes informistil, vaid ka infotarbijal. On ju näiteks raali väljatrükkidel palju «varjatud» teavet (koodid, indeksid), mis täiendava seletusega võib tarbijale jääda täiesti kasutuks. Seega on mittekompententne infotarbija mitte üksnes informistide õnnetus, vaid ka süü (U. Agur).

Diskussiooni põhjustas Eesti Informatsiooni Instituudi töötaja M. Pakosta ettekanne, milles otsiti teid informatsiooni tarbimise väärtuse suurendamiseks. Informatsiooni kasutamise efektiivsust analüüsis esineja kahest aspektist: milline on informatsiooni kasutamise tulemus ja tagajärg. Näiteks informatsioonandmed soovitavad põlde väetada lennukitelt. Selle idee rakendamise tulemus on suurem saak põllult, tagajärg aga (tavaliselt selgub see tükk aega hiljem) vete saastamine ja siit lähtuvad suured kahjud kogu elusloodusele. Nii võivad tagajärje kahjud ühes ametkonnas isegi ületada tulemuse tulud teises ametkonnas.

Meditsiiniinformatsiooni vabariiklikust osakonnast oli päevakorras L. Gasmani ettekanne «Abonendid, valikteadistus ja informist», alla-

kirjutanu rääkis arstiteadusliku oskuskeele korraldamise kogemustest meie vabariigis. Oli meeldiv märkida, et terminoloogiale pööratakse palju tähelepanu ka Eesti Informatsiooni Instituudis eesotsas direktor U. Aguriga ja teadusliku meetodika osakonna juhataja S. Jõksiga.

Ilmar Laan

Hingamise Kliinilise Füsioloogia Euroopa Ühingu kongress toimus 20...25. juunini 1983. a. Bratislavas. Teemaks oli hingamise kontroll tervetel ja haigetel.

Sissejuhatav ettekanne oli ühingu viitsepresidendilt W. A. Karczewskilt (Poola). Seejärel toimus huvipakkuv sümposioon vast-sündinute äkksurma kohta, seda juhatasid Cl. Gaultier (Pariis) ja P. Johnson (Oxford). Sümposioonil, kus vaatluse all olid ravimid ja hingamine, oli keskne P. Barnesi (London) ettekanne endorfiini mõjust hingamisele.

Põhiinformatsioon saadi stendettekandest. Pärast mõnetunnist stendidega tutvumist vahetati mõtteid teemadel hapnik, kõha, hingamise kontroll, kopsufunktsioon, kehaliste harjutuste testid.

Eesti NSV-st võttis kongressist osa allakirjutanu, kellel koostöös Praha kolleegidega oli valminud kaks stendettekannet. Töö käsitles uuelaadse aparatuuri kasutamise võimalusi vastupidavusalade sportlaste treeningus normaalingimuste korral, imiteerides treeningut kõrgmäestikus (hüpoksia tingimustes).

Kavas olid ka arutelud sektsioonides. Hingamise modelleerimise ja andmete töötlemise sektsioonis arutasid huvi M. Rusnaki (Bratislava) ja Z. Tomori (Martin) tööd arvutite kasutamise võimalustest. Arutati ka hingamist neuroloogilisest aspektist ning allergia ja kliinilise immunoloogia probleeme.

Avatud oli näitus, kus uumat aparatuuri tutvustasid sellised kuulsad firmad nagu «Jaeger», «Boehringer Ingelheim», «Du Pont de Nemours» jt. Kongressi teesid avaldati ühingu ajakirja «Bulletin European De Physiopathologie Respiratoire — Clinical Respiratory Physiology» lisas.

Järgmine kongress otsustati korraldada 1984. a. Barcelonas.

Toivo Jürimäe

Arstide seltsides

Eesti NSV Reumatoloogide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskonverents toimus 27. mail 1983 Tallinnas. Seltsi nelja aasta tööst andis ülevaate allakirjutanu.

Seltsi asutati 1. märtsil 1979. a., mil valiti ka juhatus järgmises koosseisus: esimees O. Maimets, aseesimehed E. Müllerbek ja A. Seffer, sekretär A. Levin, laekur I. Laan, konsultantprofessor L. Pää ja kvalifikatsiooni töstmise organisaator A. Vapra. Seltsi liikmeid on praegu 50, neist kahel on arstiteaduse doktori ja 15-l kandidaadi kraad.

Selts on aruandeperioodil korraldanud üheksa üldkoosolekut, 12 juhatuse koosolekut ja ühe vabariikliku reumatoloogide konverentsi. Koosolekutel on arutatud organismi immunoloogilist reaktiivsust ning selle muutusi reuma- ja reumatoidartriidihaigetel, haigete dispanseerimist Tartu Linna Polikliiniku kogemuste põhjal, reumahaigete ajutise ja püsiva töövõimetuse ekspertiisi, Tallinna Noorukite Polikliiniku ja Tartu Linna Polikliiniku noorukite kabineti tööd ning kontakte lastereumatoloogidega. On käsitletud sanatoorse ja kuurordiravi aluseid reumahaigetel, samuti füsioteraapia, ravikehakultuuri ja mudaravi kasutamist, eriti silmas pidades ambulatoorse mudaravi võimalusi meie vabariigis. Koos Tartu Kliinilise Haigla organisatsioonilis-metoodilise kabinetiga korraldati Lõuna-Eesti arstidele koosolek ning seminar reumaatiliste haiguste ravi alal.

1982. aasta keskne sündmus oli II vabariiklik reumatoloogide konverents. 1982. a. lõpul arutati ka reumatoloogia päevaprobleeme ja arengusuundi ning kondrokaltsinoosi diagnoosimist ja ravi. 1983. a. algul peeti seltsidevaheline koosolek teemal «Artriit ja selle ravi», kus ettekandeid oli ka reumatoloogide seltsi liikmeilt, korraldaja Vabariiklik Teaduslik-Meditsiiniliste Seltside Nõukogu.

Juhatuses koosolekutel on palju tähelepanu pööratud võimaluste loomisele liigesehaigete rehabiliteerimiseks. Mitmed juhatuse koosolekud on peetud koos reuma ja liigesehaiguste probleemikomisjoniga. Juhatus on osa võtnud reumatoloogialaste täienduskursuste korraldamisest TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna juures. Rajooniarstidele on peetud loenguid mitmesugustes reumatoloogiaküsimustes (Haapsalu, Põlva jt.).

Uude juhatusse valiti O. Aakre, R. Birkenfeldt, I. Laan, E. Müllerbek, L. Pää, V. Sui ja A. Vapra.

Olev Maimets

L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse laiendatud pleenum toimus Kärklask 10...11. juunini 1983.

Pleenumist võtsid osa Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja asetäitja A. Lipand, Hiiu-maa rajooni peaarst R. Mihelson ja neuroloog H. Rajang ning Hiiu-maa Rajooni RSN Täitevkomitee esimees T. Puusepp, kes rääkis Hiiu-maa majandusest ja tervishoiust.

Pleenumit juhatas seltsi esimees prof. E. Raudam. Põhiteema oli kaelalülid osteokondroos. Prof. A.-E. Kaasik selgitas sissejuhatavas ettekandes selgroo kaelaosa anatoomiat, kaelalülid osteokondroosi ning deformeervat spondüloartroosi. Prof. A. Tikk tutvustas olulisemaid kaela osteokondroosist tingitud neuroloogilisi sündroomi. Prof. R. Zupping juhtis tähelepanu epidemioloogilistele aspektidele eespool nimetatud haiguslikest muutustest tingitud kaela- ja peavalude puhul. Oldi seisukohal, et igapäevases arstiteos hinnatakse osteokondroosi osatähtsust üle. Selgroolülid osteokondroos on degeneratiivne protsess, mille esinemissagedus koos vananemisega suureneb ning vaid väiksel osal on see vaevuste põhjuseks. Seega populaarset nn. kaelasoolade teooriat ja selle alusel sugenevaid neuroloogilisi sündroomi esineb palju harvem kui neid diagnoositakse. Diagnoos viitab tavaliselt sellele, et haige uurimisel on piirdutud üksnes selgroolülid röntgenograafiaga. Haige põhjalik uurimine aga on tihti näidanud osteokondroosi ja kliinilise leiu põhjusliku seose puudumist. Diagnoos «kaelarakuliit» on tegelikult väga polümorfse päritoluga valusündroomide kogum. Diskoogenne kaelarakuliit on suhteliselt harva esinev haigus, umbes 10 korda harvem kui samasugused haiguslikud muutused nimmestlulupiirkonnas. Rõhutati vajadust tunda valusündroomi, mis pärinevad sageli lihase- ja kõõluseaparaadi traumadest, nende degeneratsioonist või põletikest, kroonilisest lihastepingest. H. Sibula ja prof. H. Väre ettekandest tutvustasid reoentsefalograafia kasutamist Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas. Täpsustamist vajavad mitmed terminid, eeskätt termini «ajuvereringe häired» põhjalik lahtimõtestamine. Kahjuks on käibele läinud vähe põhjendatud väljend «ajuvereringe varajane mittetäisväärtuslikkus», mis täpsemal analüüsimisel osutub vaid segadust tekitavaks. Ajuvereringet ja selle patoloogilisi muutusi on I. Laasi andmeid pütud uurida ka alkoholsüühooside korral. Prof. A.-E. Kaasik mainis, et otstarbekas on saadud muutusi seostada aju ainevahetuse uuri-

misega, reoentsefalograafia üksi jääb väheinformatiivseks.

Prof. E. Raudam andis ülevaate neuroloogilisest abist 1982. a. Ta märkis ebaühtlust neuroloogiliste haigete voodikohtade ja spetsialistide jaotuses rajoonides. Mullu töötasid mitmed rajooni- ja jaoskonnahaiglad alakoormusega, kuid neuroloogiliste haigete voodikohad olid ülekoormatud. See aga osutab voodifondi mitteratsionaalsele kasutamisele ja vajadusele saada täiendavalt voodikohti nimetatud haigete tarvis. Prof. E. Raudam pani rajoonide peaneuroloogidele südamele, et nad taotleksid Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi otsuse täitmist, mille põhjal rajoonides peab olema 40 neuroloogiliste haigete voodikohta ning võimalus rajoonikeskustes anda neile reanimatoloogilist abi. Igas rajoonis peab töötama vähemalt kolm neuroloogi. Selgus ka elektroentsefalograafia vähene kättesaadavus. T. Talvik põhjendas vajadust suurema arvu lasteneuroloogide järele, ta rõhutas nende osa arengupeatuse täpsel diagnoosimisel. Kõigis rajoonides tuleb rohkem rõhku panna logopeedilisele abile ning parandada ravikehakultuuri ja massaaži võimalusi. Haapsalu haigla (endine Haapsalu Neuroloogia- ja Ortopeediahaigla) peaarst A. Lumeste rääkis sellest, et praeguste võimaluste juures ei suuda haigla tagada taastusravi veel kõigile neuroloogilistele haigetele.

Tõnu Kauba

Eesti NSV ja Läti NSV ftisiaatrite teaduslike seltside ühine koosolek toimus seekord Riias 22. juunil 1983. a. Päevakorras oli bronhiaalastma. Ettekandeid oli kolm.

Arstiteaduse doktor L. Jannus käsitles bronhiaalastma levikut meie vabariigis, ühtlasi ka selle haiguse ravi. Bronhiaalastmasse haigestunud nii laste kui ka täiskasvanute arv on Eestis aasta-aastalt suurenenud. Vaatamata sellele, et astmahaigete kompleksravis kasutatakse laialdaselt uusimaid bronholüütilisi preparaate, intaali, kortikosteroidhormoone, tsütostaatilisi preparaate jt., on surmajuhud sagenenud. Haigete dispanseerimise, intensiivravi ja reanimatsiooniga seotud probleemid ei ole kogu meie vabariigis veel lahendatud.

Allakirjutanu rääkis bronhiaalastma profülaktilises ravis kasutatava uue ravimi — ketotifeeni — kliinilise kasutamise tulemustest. Ketotifeeni on bensotsükloheptatifeeni derivaat, millel on tugev antianfülaktiline ja antihistamiinne toime. Ravimil võetakse pika aja vältel, vaid harva põhjustab ta kõrvalnähte, eeskätt ümäsust või unisust. Kolme kuulise ravi tulemusel on küllaltki soodsaks osutunud. Enamikul uurituil paranesid kliinilised ja funktsionaalsed näitajad, mille tulemusena oli võimalik bronholüütilisi preparaate tunduvalt vähem ordineerida.

N. Magalif (Riia) vaatles aspiriini kasutamise seotud võimalikku bronhiaalastma hoo

tekkimist ning analüüsis üksikuid haigusjuhte.

Koosolekust võttis osa ligikaudu paarsada arsti, eeskätt ftisiopulmonoloogi.

Heinart Sillastu

Üleliidulise Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi juhatuse pleenum toimus Doni-äärses Rostovis 5...6. septembrini. Arutati tuberkuloosi epidemioloogia, profülaktika, tuberkuloosi varajase avastamise ja diagnoosimise iseärasusi maarajoonides ning kontrollitava ambulatoorse ravi korraldust maal.

Meie vabariigist võtsid pleenumist osa seltsi juhatuse liikmed, Vabariikliku Tuberkuloosidispanseri organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja H. Pullisaar ja allakirjutanu. Ettekande «Linna dispanseri osast maaelanike tuberkuloosialasel teenindamisel» esitas Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri peaarst G. Arro. Pleenumil käsitletu on eriti aktuaalne, sest agrotööstuskoondiste edukas töö ja toitlusprogrammi täitmine on vahetult seotud maaelanike terviseliku seisundiga.

Kuigi meie vabariigis on linna- ja maaelanike kopsutuberkuloosihagistumus ühesugune, on hagistumus maaelanikel nii Nõukogude Liidus tervikuna kui ka paljudes teistes liiduvabariikides 10...40% kõrgem kui linnaelanikel. Sõnavõtjad mainisid, et maaelanike ravi tulemused on sageli halvemad kui linnaelanikel; kõikjal ei ole korraldatud elanikkonna röntgenoloogilist uurimist, kasutades kontrollkartoteeke; sageli ei vasta nõuetele keskne kontroll esmaste haigete ravi tulemuste üle; nõrk on maarajoonides ka tuberkuloosi bakterioloogiline uurimine, aeglaselt kulgeb selle tsentraliseerimine.

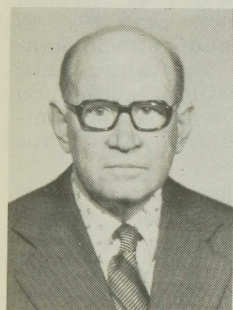
Pleenumil vastuvõetud resolutsioonis peeti vajalikuks järgmist. Täiustada maaelanike dispanseerise jälgimise organisatoorseid vorme. Maaelanike haiglaravi parendamiseks kasutada ka linnahaiglaid. Hilisema, ambulatoorse, kontrollitava, intermiteeritud kemoterapia aga peavad tagama velskri- ja ämmaemandapunktid, maajaoskonnahaiglad, ambulatooriumid. Tuberkuloosi avastamiseks kasutada enam fluorograafiaautobusse ja transportimist mittetaluvatel haigetel ning vanuritel uurida röga tuberkuloositekitaja suhtes. Kõikjal rakendada brigaadimeetodit, nii tuberkuloosi diagnoosimisel kui ka BCG-vaktsiiniga revaktsineerimisel. Maarajooni tuberkuloosidispanserist/kabinetist peab kujunema kogu kopsuhaiguste konsultatiivse ja diferentsiaaldiagnostilise töö keskus. Teadusasetused peavad teadustööde planeerimisel senisest rohkem rõhku panema tuberkuloosi diagnoosimisele ja profülaktikale agrotööstuskoondistes. Ftisiaatrite seltsidel rohkem arutada probleeme, mis on seotud tuberkuloosihagistumusega maal.

Andrus Rumm

Meie juubilar



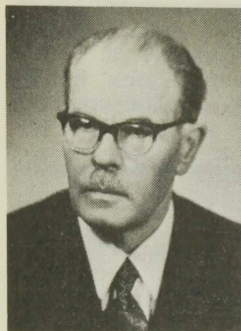
Ilse Sepp, Rakvere Rajooni Keskapteegi juhataja, kõrgema kategooria proviisor, sai 9. augustil 70-aastaseks. Sündinud Rakveres. 1931. a. lõpetas Rakvere Tütarlaste Gümnaasiumi ning 1936. a. Tartu Ülikooli farmaatsia erialal. Pärast ülikooli lõpetamist oli retseptariiks Rakveres, ajavahemikul 1944...1951 Viru rajooni apteegi juhataja asetäitja. Sõjajärgsel perioodil aitas kaasa sealse apteegivõrgu taastamisele ja väljaarendamisele. Kutsetöö kõrvalt oli õpetaja Rakvere Meditsiinikoolis kogu selle eksisteerimise vältel. Aastail 1951...1960 oli ta Rakvere apteegi nr. 58 juhatajaks. 1960. a. alates on töötanud praegusel ametikohal. I. Sepp on võimekas apteegiala organisator. Tema juhtimisel on Rakvere rajooni apteegid oma töös olnud edukad, on võidetud auhinnakohti apteekidevahelises sotsialistlikus võistluses. Juubilar on kauaaegne Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi liige. I. Sepp on autasustatud tervishoiu eesrindlase ja sotsialistliku võistluse võitja rinnamärgiga ning mitme aukirjaga. Sõbraliku ning abivalmis kolleegina on juubilar pälvinud kaastöötajate lugupidamist.



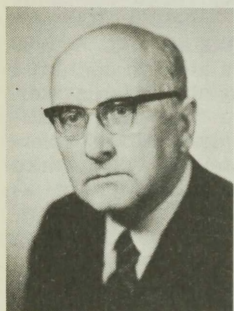
Igor Podolski, Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi proviisor, vabariikliku tähtsusega personaalpensionär, endine kauaaegne Apteekide Peavalitsuse juhataja, sai 20. augustil 70-aastaseks. Sündinud Tallinnas. 1937. a. lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna, seejärel töötas kuni 1943. a. Nõmme apteegis. Aastail 1944...1948 oli Eesti Raudtee baasapteegi juhataja, ajavahemikul 1948...1974 töötas Apteekide Peavalitsuses, algul juhataja asetäitjana, seejärel kuni pensionile siirdumiseni juhatajana. Praegusel ametikohal on olnud 1975. a. I. Podolski on väga palju teinud meie vabariigi apteegivõrgu arendamiseks. Juubilar on kõrgema kategooria proviisor. Aastaid oli ta Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuses esimees ja aseesimees, praegu kuulub juhatusse ning on seltsi auliige. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941...1945» ja «30 aastat võidust Suures Isamaasõjas aastail 1941...1945», Tööveterani medaliga ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga. Juubilarile on omane suur tööarmastus, mitmekülgsed huvid ning kollegiaalne suhtumine töökaaslastesse. NLKP ridadesse kuulub 1962. a. alates.



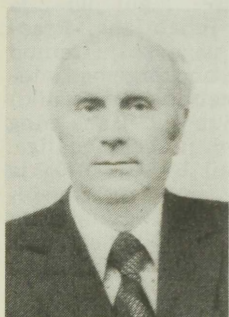
Vaike Karu, kauaaegne Tartu I Väikelastekodu peaarst, sai 15. septembril 70-aastaseks. Sündinud Tallinnas. 1934. a. lõpetas Tallinna II Tütarlaste Gümnaasiumi ning seejärel Tartus ödede kooli. 1937. a. asus ta tööle Tallinna Ühise Haigekassa Haiglas õena-ämmaemandana, 1940. a. ülemõena. Ajavahemikul 1944...1951 õppis TRÜ arstiteaduskonnas. Arstiülesandeid tuli V. Karul täitma hakata juba 1946. a., mil ta määrati Tartu I Väikelastekodu peaarstiks. 1950. a. väärilis tema juhitud kollektiiv Nõukogude Eesti preemia. Suur oli tema osa väikelastekodu reorganiseerimisel Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla psühhoneuroloogiaosakonnaks 1978. a. Selle osakonna juhatajaks ta oli pensionile siirdumiseni 1981. aastal. Juubilar on võimekas tervishoiuorganisator ning I kategooria pediaater. V. Karu on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust elust. Ta on olnud Tartu linna-nõukogu saadik ja juhtinud alalist tervishoiukomisjoni, aastail 1956...1959 oli ta Eesti NSV Ülemnõukogu saadik ja alalise tervishoiukomisjoni aseesimees. Juubilari hea töö on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning aukirju.



Elmar Rõigas, kauaaegne Eesti NSV TA Eksperimentaalbioloogia Instituudi protozooloogiaosakonna vanemteadur, arstiteaduse kandidaat, sai 13. novembril 70-aastaseks. Pärast Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetamist 1940. a. töötas E. Rõigas jaoskonnaarstina ja dermatoveneroloogina. 1957. a. alustas teaduslikku tööd Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tolaeagse mikrobioloogialaboris. E. Rõigas töötas protozooloogiaosakonnas pensionile siirdumiseni 1983. a. E. Rõigas on I kategooria dermatoveneroloog. Tema sulest on pärit 110 teadustööd, ta on esinenud paljudel konverentsidel nii meil kui ka välismaal. Arvukate loengute ja populaarteaduslike kirjutiste ning brošüüride autorina on ta teinud palju tervishoiuteadmiste selgitamisel. Protozooloogiliste uurimismeetodite täiustamise eest on talle antud kaks autoritunnistust. Kahe arstide teadusliku seltsi ning Protozooloogide Üleliidulise Ühingu Eesti osakonna liige. Juubilar tuntakse võimeka arsti ning sihikindla teadlasena, korrektse, sõbraliku ning mõnusa huumorimeelega kolleegina. E. Rõigase hea töö on pälvinud mitmeid autasusid.



Valdur Küng, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ase-direktor teadusosal, professor, sai 1. detsembril 70-aastaseks. On lõpetanud H. Treffneri gümnaasiumi ning Tartu Ülikooli põllumajandus- ja arstiteaduskonna. 1946. a. alustas tööd TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia kateedris, kus prof. A. Valdesse õpilase ja kaastöölisena kujunes teaduslike huvidega kvalifitseeritud patoanoomiks. 1950. a. kaitses kandidaadiväitekirja. Sellest aastast alates on töötanud EKMI-s, algul noorem- ja vanemteadurina, seejärel kümme aastat morfoloogialaboratooriumi juhatajana. 1964. a. alates on olnud praegusel ametikohal, seejuures ajavahemikul 1968...1974, mis oli oluline periood instituudi reorganiseerimisel, oli ta direktor. 1961. a. kaitses ta meie vabariigi esimese arstiteadlasena pärast sõda doktoriväitekirja «Пневмокониоз, вызываемый пылью кукурбитных сланцев». 87 teadusartiklit ning ühe monograafia autor, juhendanud mitmeid kandidaaditöid. Juubilar on Eesti NSV Patoanatomide Teadusliku Seltsi juhatuse ning ajakirja «Архив патологии» toimetuse kolleegiumi liige. Prof. V. Küngi korrektsus ja täpsus teadustöös, tema abivalmidus ning nõudlikkus on noorteadlaskaadri kujunemisel väga tähtsis olnud.



Ivan Kovaljov, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla peainsener, sai 18. augustil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud 1923. aastal Voroslovgradi oblasti Krimmi külas töölisperekonnas. 1956. aastal lõpetas Tallinna Polütehnilise Instituudi ehitusosakonna. Kuni 1977. aastani kuulus Nõukogude armeesse ehitusala spetsialistina, 1978. aastast alates on tegev olnud Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla ehitusega. Tootmiskoondises «Eesti Kalatööstus» töötas kapitaalosakonna tehnilise järelevalve vaneminsenerina, 1981. aastast alates praegusel ametikohal. I. Kovaljov võttis osa Suurest Isamaasõjast. Teda on autasustatud Kuulsuse III järgu ordeniga, medaliga «Vapruse eest» ja muude autasudega. Juubilar on väga hoolikas, täpne ja nõudlik, alati abivalmis, kelle tööd ja tegemistest on olnud palju kasu Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla igapäevaelus.



Nadežda Ostrovskaja, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla peaarsti asetäitja töökspertiisi alal, sai 2. septembril 60-aastaseks. Sündinud Sol-Iletski Orenburgi oblastis. 1941. aastal lõpetas Izevskis keskkooli ja jätkas õpinguid sealse meditsiiniinstituudis, mille lõpetas 1946. aastal. Ajavahemikul 1946...1954 oli Izevski Kliinilise Haigla kirurgiaosakonna ordinaator. 1955. aastast alates on töötanud Tallinna Vabariiklikus Sadamahaiglas. Alustas ordinaatorina, seejärel oli kirurgiaosakonna juhataja ja 1972. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Võimeka ja rikkalike kogemustega kirurgina ning hea kaastöötajana on N. Ostrovskaja pälvinud kollektiivi tunnustuse. Ühiskondlikus töös aktiivne. Korduvalt olnud haigla ametiühingukomitee esimees, Mererajooni Meditsiinitöötajate Ametiühingu Rajooni-komitee presiidiumi liige, haigla parteibüroo rahvakontrolli grupi ning Kalinini rajoonikomitee rahvakontrolli grupi liige. Juubilar on autasustatud tervishoiu eesrindlase, sotsialistliku võistluse võitja ning tsiviilkaitse eesrindlase rinnamärgiga.



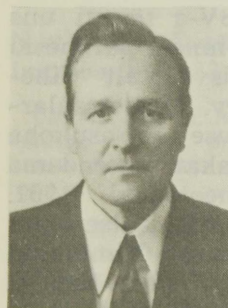
Silver Koppel, esimese kategooria psühhiaater, arstiteaduse kandidaat, dotsent, sai 29. oktoobril 60-aastaseks. Sündinud 1923. aastal Tartus, lõpetanud Tartu 4. Keskkooli, 1948. aastal Tartu Riikliku Ülikooli. Töötanud arstina vabariiklikes psühhoneuroloogiahaiglates ning õppejõuna E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi filosoofia ja poliitilise ökonomia kateedris. Uurinud skisofreeniahaigete mõtlemishäireid, diferentsinud näidustused tööravi doseerimiseks skisofreenia residuaalsündroomide puhul. Aastail 1968...1983 avaldanud artikliteseeria teadvuse anatoomilis-füsioloogilistest alustest ja käitumise tahtelisest juhtimisest, analüüsinud oma töödes tunnetuse sotsiaalsel ning emotsionaalsel regulatsiooni. Töid ka vajadusteooria, kommunistliku kasvatuselise meetodika, religioonipsühholoogia ja teadusliku ateismi alalt. Võimekas lektor ja publitsist. Autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega aktiivse ühiskondlik-poliitilise ja ajakirjandusliku tegevuse eest.



Valentina Lartseva, Tartu Kliinilise Haigla funktsionaaldiagnostika osakonna arst, sai 21. juulil 50-aastaseks. Sündinud 1933. aastal Rjazani oblastis sõjaväelase perekonnas, 1951. aastal lõpetas Rjazanis keskkooli ja 1957. aastal I. Pavlovi nimelise Rjazani Meditsiiniinstituudi. Aastail 1957...1961 oli Rjazani Linnahaiglas jaoskonnaarstiks. Ajavahemikul 1961...1965 jaoskonnapediaater Kaluga ja Moskva oblastis, 1965...1974 terapeut Moskva ja Novgorodi oblastis ning Valgevene NSV-s Bobruiskis. 1974. aastast alates on töötanud Tartus, aastail 1974...1981 terapeutina ning 1981. aastast Tartu Kliinilise Haigla funktsionaaldiagnostika osakonnas EKG-kabineti arstina. Korduvalt on ta viibinud täiendus- ja spetsialiseerumiskursustel täiendusteadustes. V. Lartseva on kõrgema kategooria terapeut. Juubilari hea töö on pärlnud mitmeid autasusid ning tänukirju.



Silvia Raave, Rapla Rajooni Keskapteegi juhataja, sai 21. augustil 50-aastaseks. Sündinud Otepääl töölis perekonnas. 1952. aastal lõpetas Otepääl Keskkooli ning 1957. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Pärast ülikooli lõpetamist suunati ta tööle Rapla apteeki retseptariiks, ajavahemikul 1958...1979 oli samas juhataja asetäitja ning 1979. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Juubilar on tõstnud korduvalt oma erialakvalifikatsiooni, on lõpetanud täienduskursused TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna ning kahel korral Moskva I Meditsiiniinstituudi juures. S. Raave on I kategooria proviisor. Palju kaasa aidanud Rapla rajooni apteekide paremale töökorraldusele. Ühiskondlikus elus aktiivne. Pikemat aega on ta täitnud Rapla Alevi RSN Täitevkomitee rahvasaadiku kohustusi alalise sotsiaalhooldus- ja tervishoiukomisjonis ning olnud ühingu «Teadus» lektor. Juubilari on hea töö eest autasustatud mitme aukirjaga.



Toomas Randvere, Tallinna Kiirabihaigla I neurokirurgiaosakonna juhataja, sai 24. oktoobril 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1952. a. lõpetas Tallinna 10. Keskkooli ning 1958. a. TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel oli Kohtla-Järve Linnahaiglas neuroloogiks. Aastail 1961...1980 töötas Tallinna Vabariiklikus Haiglas, alul ordinaatorina, seejärel peaarsti asetäitjana ning 1977. aastast neurokirurgiaosakonna juhatajana. 1980. aastast on töötanud praegusel ametikohal. 1972. a. arstiteaduse kandidaat. T. Randvere on kõrgema kategooria neurokirurg. Juubilar on L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatriate Teadusliku Seltsi juhatusel ning Üleliidulise Neurokirurgide Teadusliku Seltsi juhatusel ning TRÜ psühhiaatria- ja neuroloogiaalase spetsialiseeritud väitekirjade kaitsmise nõukogu liige. Kuulub teadlaste rühma, kes teeb koostööd Soome neuroloogide ja neurokirurgidega ajuveresoonte haiguste uurimisel. On lõpetanud EKP Tallinna Linnakomitee Marksismi-Leninismi Ülikooli. Praegu Tallinna Kiirabihaigla parteibüroo sekretäri asetäitja. NLKP ridadesse kuulub 1968. aastast alates. Juubilari on autasustatud tervishoiu eesrindlaste rinnamärgiga ning mitme aukirjaga, kannab kommunistliku töö eesrindlaste nimetust.

Mitme- sugust

UDK 616.14-089

EESTI NSV RIIKLIK PREEMIA VERESOONTEKIRURGIA ARENDAMISE EEST

VELLO LAOS · TALLINN

Tänapäeva meditsiini üks tähtsamaid valdkondi on veresoonte haiguste varajane väljaselgitamine ning tõhusate diagnoosimis- ja ravimooduste leidmine. Profülaktika huvides on tähtis teada ka riskitegureid. Veresoontekirurgia on tänapäeva kirurgia üks nooremaid ja kiiresti arenevaid meditsiiniharusid — põhiline areng kogu maailmas on toimunud vaid viimase veerandsaja aasta jooksul.

Angioloogia ja angiokirurgia probleeme algataja oli Eesti NSV teeneline teadlane, meie kirurgide nestor prof. A. Linkberg, kes koondas enda ümber palju noori kirurge, neid õpetades ja teadusradadel aidates rajas tegelikult terve kirurgide koolkonna.

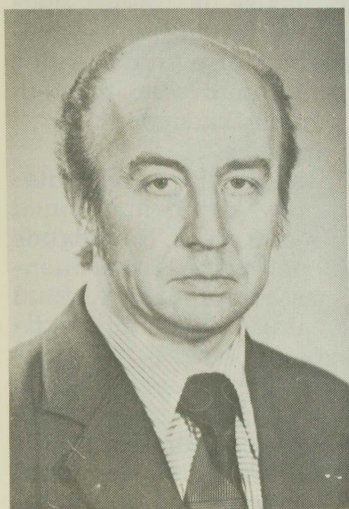
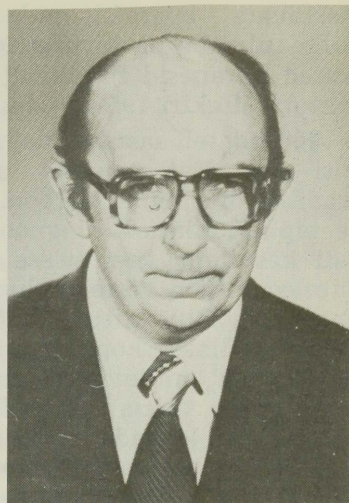
8. juulil 1983 anti Tallinnas Toompeal Eesti NSV Ülemnõukogu istungite saalis pidulikult kätte Nõukogude Eesti riiklikud preemiad väljapaistvate saavutuste eest teaduse ja tehnika alal teiste hulgas ka meie vabariigi nimeka teie veresoontekirurgia edasiviijatele, kelleks on prof. Ülo Arend, arstiteaduse doktor Jüri Männiste, professorid Kaljo Pöder, Ennu Sepp, Henno Tikko ja Endel Tünder.

Riiklikud preemiad andsid laureaatile kätte NLKP Keskkomitee liige, EKP Keskkomitee esimene sekretär K. Vaino ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimees V. Klauson.

Veresoonte haigused on väga suur haiguste rühm, mis nii etioloogialt kui ka patogeneesilt on väga erinevad ja mille ravi on üpris keerukas. Nii on veresoontekirurgia üks suuremaid valdkondi arterite okluseerivad haigused, eriti ateroskleroosist kahjustatud vereringe taastamine elutähtsais elundeis (näiteks alajäsemete arterite, neeruarterite, peajaaju varustavate aordikaare harude jm. opereerimine). Suur on ka tromboosijärgse sündroomi tõttu tehtud operatsioonide arv. Järsult on tõusnud mikrokirurgiliste meetodite rakendamine, mis võimaldab jäsemeid replanteerida. Neerude siirdamise eelduseks on meie vabariigis just veresoontekirurgia areng. See areng on olnud eelduseks ka koronaarkirurgiaalastele edusammudele meie tervishoiusüsteemis (Tallinna Kiirabihaiglas töötab edukalt ÜMPI koronaarkirurgide tööühm).

Enam kui 20 aastat viljeldud ulatuslik teaduslik uurimistöö ja samaaegne kliiniline ravipraktika on autasustatud teadlastele toonud üleliidulise ja rahvusvahelise tunnustuse.

Uurimistööde päris algus ulatub 1957. aastasse, mil TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedris hakati põhjalikult uurima alajäsemete gangreeni põhjustavaid arterite okluseerivaid haigusi (angiograafia koos ostsillograafia ja pletüsmograafiaga). Selgitati välja arterite ateroskleroosi vormid, mille puhul oli võimalik artereid ravida taastavaid operatsioonimeetodeid rakendades (E. Tünderi kandidaativäitekiri 1961. aastast). See oli Eesti NSV-s täiesti uus ravietapp. Sel viisil ravimisel paranesid ka tulemused, märkimisväärselt vähenes amputatsioonide arv. Magistraalararterite kahjustuse ulatuse ja asukoha kindlaksmääramiseks hakati rakendama aortograafilisi uurimismeetodeid. 1961. aastast on kasutatud arteriaalse rõhu otsest ja kaudset määramist. Nimetatud kompleksuuringute põhjal oli võimalik täpselt kindlaks teha aordi ja jäseseite magistraalararterite kahjustuse asukoht ning raskusaste (H. Tikko kandidaativäitekiri 1965. aastast). Täpsustati ka aordi ja alajäsemete magistraalararterite



Nõukogude Eesti riikliku preemia laureaadid 1983

Ülo Eduardi p. **Arend**, sündinud 1928, arstiteaduse doktor, professor, TRÜ arstiteaduskonna anatoomia ja histoloogia kateedri juhataja.

Jüri Elmari p. **Männiste**, sündinud 1938, arstiteaduse doktor, Tallinna Kiirabihaigla II üldkirurgiaosakonna juhataja.

Kaljo Aleksandri p. **Põder**, sündinud 1932, arstiteaduse doktor, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri professor.

Ennu Johannese p. **Sepp**, sündinud 1938, arstiteaduse doktor, professor, TRÜ arstitea-

duskonna prodekaan teadustöö alal, operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia kateedri juhataja, Rahvusvahelise Fleboloogia Ühingu tegevliige.

Henno Hermani p. **Tikko**, sündinud 1936, arstiteaduse doktor, TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna dekaan, arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri professor.

Endel Oskari p. **Tünder**, sündinud 1929, Eesti NSV teeneline arst, arstiteaduse doktor, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri juhataja, Rahvusvahelise Kirurgide Ühingu tegevliige.

taastavate operatsioonide näidustusi, mille tulemusena kirurgilise ravi tulemused paranesis tunduvalt (E. Tünderi doktoriväitekirja 1967. aastast).

1960-ndatel aastatel hakati veenihai-gusi põdevatel haigetel tegema flebo-graafilisi uuringuid. Kroonilise ja ägeda veenipuudulikkuse diagnoosimiseks ha-kati kasutama veenisisese flebograafia mitmesuguseid võtteid, fluoroflebograa-fiat, verevoolu kiiruse määramist jms. Tehti kindlaks kopsuarterite emboolia riskitegurid, millele toetudes võib õige-aegselt ära tunda emboolia tekkimise ohu ning rakendada intensiivprofülakti-ka. Järgmistel aastatel võeti kirurgias kasutusele J. Männiste kandidaadi- ja doktoriväitekirjas esitatud ravi- ja diag-noosimis skeemid ning uued operatsioo-nimeetodid nii kroonilise kui ka ägeda veenipuudulikkuse ravis.

Rekonstruktiivsete veresoonteoperat-sioonide juurutamisega kaasnes vajadus põhjalike eksperimentaaluuringute jä-rele katseloomadel. Ü. Arend on his-toloogilistel, histo- ja tsütokeemilistel, autoradiograafilistel või muudel meeto-ditel uurinud sidekude ja tema reaktiiv-sust eksperimentaalhaavades või asepti-lise põletiku koldes. Tema doktoriväite-kiiral oli praktiline väärtus, sest side-koereaktsioonid on seoses selliste täht-sate bioloogiliste protsessidega nagu haavade paranemine, põletik, immuun-reaktsioonid jne.

Samal ajal tehti ka eksperimentaal-töid katseloomadel veresoonte konser-veerimise meetodite võrdlevaks hinda-miseks (K. Põdra kandidaativäitekirja 1963. aastast). K. Põdra doktoriväitekirja käsitles veresoontekirurgia üht tähtsat küsimust — sobiva plastilise materjali leidmist ja veresooneproteeside konst-ruktsioonide täiustamist. Selles töös on kontrollitud veresoonte rekonstruktiiv-sete operatsioonide hilistulemusi ja an-tud hinnang operatsioonidel kasutatava-te plastilistele materjalidele. K. Põder on suure poorsusega sünteetilise vere-sooneproteesi looja, mille sisepind on vooderdatud bioloogilise koega — vee-niga. Niisuguse proteesi kasutamine võimaldas vähendada hilistüsistusi.

Ulatusliku eksperimentaal-morfoloogi-lise töö tulemusena tehti kindlaks or-ganismi reaktsioon konserveeritud vere-soontele, alloproteesidele ja kombinee-ritud transplantaatidele. Mitmesuguste kodumaiste kunstkiust veresoonepro-teeside ja poolbioloogiliste proteeside võrdlev hinnang on antud E. Sepa kan-didaadi- ja doktoritöodes. E. Sepp kä-sitles alajäseme süvaveenide tromboosi järgset seisundit ja ravi, andis hinnangu kombineeritud flebograafia meetoditele ja flebotonomeetriale veenikahjustuse toopiliseks diagnoosimiseks. E. Sepp võttis kasutusele veeniklapiplastika ning mitmed uued veresoonte operatsiooni tehnilised võtted.

H. Tikko kliinilis-eksperimentaalne töö, tema doktoritöö, on veresoonte-kirurgia ühe aktuaalse ja olulise ope-ratsioonimeetodi — intrombektomia — igakülgse uurimise kohta. Autor on põhjalikult selgitanud selle meetodi mitmesuguseid modifikatsioone, eriti uudset eversioonimoodust.

Tartu Kliinilise Haigla veresoonte-kirurgiaosakond on kujunenud omal erialal üheks juhtkeskuseks Nõukogude Liidus, seda just põhjalike eksperimen-taaluuringute, aastakümneid kestnud kliiniliste tööde ning meditsiiniprakti-kas kasutusele võetud kirurgiliste ravi-meetodite edukuse tulemusena. Riikliku preemiaga autasustatud veresoonteki-rurgide töö tulemusena on kliinilises praktikas kasutusel kõik tänapäeval ra-kendatavad rekonstruktiivsete vere-soonteoperatsioonide meetodid. Viima-sel kahel-kolmel aastal on edukalt teh-tud mikrokirurgilisi operatsioone väi-kesekaliibrilistel arteritel ja veenidel. Edukalt on tehtud üla- ja alajäsemete replantatsioone, mikrokirurgilisi meeto-deid on kasutatud sõrmede ja käelaba replanteerimisel.

Riikliku preemia laureaate töö tu-lemusena on meie vabariigi meditsiini-praktikas kasutusel üle 50 tänapäeva angiokirurgilise uurimis- ja ravimee-todi, mistõttu on sellel erialal tagatud kõrge kvaliteediline eriarstiabi.

Ajakirja «Nõukogude Eesti
Tervishoid» toimetis

In memoriam

BORISS PŠENITŠNIKOV

6. I 1907 ... 3. VIII 1983



Pärast pikaajalist haigust suri 3. augustil 1983 76. eluaastal Eesti revolutsioonilise liikumise ja Suure Isamaasõja veteran, kauaaegne Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees, vabariikliku tähtsusega personaal pensionär Boriss Pavel p. Pšenitšnikov.

B. Pšenitšnikov oli sündinud 6. jaanuaril 1907 Riias kooliõpetaja perekonnas. 1912. aastal sai tema vanemate elukohaks Vasknarva asula. B. Pšenitšnikovi haridustee kulges Vasknarvas ja Narvas, kus 1924. aastal lõpetas gümnaasiumi. 1930. aastal lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ning siirdus juba arstina tagasi Vasknarva.

Juba üliõpilaspõlves võttis kadunu osa revolutsioonilisest liikumisest — teda köitsid sotsialismiideed — ning jätkas seda ka tegevarstina Vasknarvas. Poliitilise tegevuse pärast saadetigi ta 1933. aastal kodanliku Eesti siseministri otsuse põhjal välja Võru maakonda Karilatsi, kus jätkas arstipraksist. 1937. aastal mõisteti noor arst kommunistlike ideede levitamise eest kümneks aastaks sunnitööle. Koos teiste poliitvangidega vabanes ta sealt 1938. aasta üldamnestia põhjal. Pärast seda pidas arstipraksist Tartu maakonnas Kiidjärvel.

Suure Isamaasõja esimestel nädalatel evakueerus B. Pšenitšnikov Sverdlovski oblastisse. Aastail 1942...1947 oli ta Eesti Laskurkorpuses arst.

NLKP ridadesse kuulus ta 1943. aastast alates.

Pärast demobiliseerimist 1947. aastal oli B. Pšenitšnikov kümme aastat Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja. 1957. aastast, kokku 24 aastat, töötas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimehena, seejärel kuni elu lõpuni presiidiumi vastutava sekretärina.

Suur oli tema töö Nõukogude Punase Risti ideede, samuti marksistliku maailmavaate propageerimisel, tohutu tema töö doonorluse edendamisel ja kvalifitseeritud punaristlaskaadri ettevalmistamisel. Nendel teemadel jõudis ta kirjutada enam kui 20 brošüüri. 1981. aastal ilmus trükist B. Pšenitšnikovi mälestusteraamat «Ja ööst sai hommik», milles on jäädvustatud tema ausalt ja südamehääle järgi elatud elu, tema kindlameelne ja sihiselge poliitiline tegevus.

Tervishoiu eesrindlast B. Pšenitšnikovi oli autasustatud Tööpunalipu ja Punatähe ordeniga, viie Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga, mitmete medalite ning kõigi Nõukogude Punase Risti autasudega.

Helge mälestus väga korrektsest, sõbralikust ja ausameelsest arstist, kindlameelsest ideelisest võitlejast Boriss Pšenitšnikovist jääb kõikide südamesse, kes teda tundsid.

Kolleegid

Uusi ravimeid

ALGIPOOR

(*Algorum*, альгипор)

Kollaka värvusega hügrokoopssed lehed, mis koosnevad algiinhappe kaltsiumi- ja naatriumisooladest furatsiliini lisandiga. Tugeva imamisvõimega poorne preparaat. Imades haava eksudaati, muutub algipoor geelitaoliseks massiks. Stimuleerides granulatsiooni ja epitelisatsiooni, soodustab ta haava paranemist.

Algipoor on näidustatud pindmiste II...III järgu põletuste, ohtra eritisega sügavate põletuste, troofiliste haavandite ja lamatiste raviks.

Algipoori leht asetatakse puhastatud haava pinnale 0,5...1 cm üle kahjustatud ala ja fikseeritakse sidemega.

Olenevalt niiskumisest vahetatakse algipoori lehti 1...3 päeva tagant.

Ravi kestus oleneb haava seisundist (1...10 sidet).

Mõnikord võib algipoor mitte lüseeeruda ja haavapinnal moodustada kooriku, mille eemaldamine on valulik. Sel puhul peab koorikut niisutama furatsiliinilahusega.

Algipoori lehed on pakitud steriilsesse kilesse (4×5 cm maksab 60 kopikat ja 6×10 cm 1 rbl. pakend).

Väljastatakse apteegist retsepti alusel. Säilitatakse valguse eest kaitstult, lehti koolutamata ja murdmata.

Uus kodumaine ravim.

Aino Jürison

SIBASOON

(*Sibasonum*, *Diazepam*, *Seduxen*, *Relanium*, *Apurin*, *Faustan*, *Valium*, сибазон)

Sibasoon on bensodiasepiiniirea trankvillisaator, mille farmakodünaamilised omadused on sarnased kloordiasepoksiidi omadustega.

Meditsiinis on kasutusel lõhnata valged sibasoonitabletid. Ravim avaldab rahustavat toimet ja alandab emotsionaalset pinget, vähendab ärevust, hirmutunnet, rahutust. Põhjustab uinutite, eeskätt barbituraatide, analgeetikumide, neuroleptikumide, ka alkoholi toimet. Sibasoon imendub kergesti ja tema metaboliidid erituvad põhiliselt uriini kaudu.

Ravimi terapeutiline toimespekter on lai. Teda kasutatakse neurooside, neurootiliste ja psühhopaatiliste seisundite korral, kui esinevad ärevus, kõrgeenenud erutuvus, pingeseisund, hirm, senestohüpohondrilised nähud, sundmõtted, unehäired jm. Kasutusel mõnedes skisofreenia ravi skeemides. Koos krampivastaste ravimitega manustatakse sibasooni mõne epilepsiaavormi korral.

Lihaste toonust alandava ravimina leiab rakendamist pea- ja seljaaju kahjustustest tulenevate spastiliste seisundite, ka haiguste korral, kus lihaskond on pingel all.

Sibasooni soovitatakse ordineerida koos muude ravimitega alkoholi abstinentsisündroomi korral, haigete operatsiooniks ettevalmistamisel, nahahaiguste ravis, millega kaasneb kihelus.

Ravimi annus sõltub näidustustest ja haige seisundist. Keskmise ühekordne annus täiskasvanuile 15...45 mg (maksimaalselt ööpäevas kuni 25 mg). Keskmised lasteannused on 2...5 mg korraga. Stacionaarse ravi korral võib ühekordse annusena manustada täiskasvanuile 15...45 mg (maksimaalselt ööpäevas kuni 60 mg). Ööpäevane ravimi kogus antakse 2...3 annusena.

Sibasoonravi alustatakse väikestest annustest, mida vähehaaval suurendatakse kuni optimaalseni.

Võimaliku ravimisõltuvuse vältimiseks ei soovitata preparaati kasutada üle kahe kuu järjest. Ravi katkestamiseks vähendatakse annuseid pikkamööda kuni ravimi täieliku ärajätmiseni. Korduskuuri alustamiseks peab jääma vähemalt kolmenädalane vaheaeg.

Kõrvaltoimena võivad sibasooni kasutamisel tekkida lihaste nõrkus, unisus, loidus, ataksia. Väga harva tuleb ette allergilist löövet. Kõrvalnähud kaovad annuste vähendamisel või ravi katkestamisel. Vastunäidustusteks on rasked maksa- ja neeruhaigused, lihaste nõrkus, rasedus.

Täiesti keelatud on ravi ajal kasutada alkoholi.

Sedatiivse toime ja liigutuste võimalike koordinatsioonihäirete tõttu ei tohi sibasooni kasutada sõidukijuhid ega isikud, kelle kutsetöö nõuab kiiret psüühilist ja kehalist reageerimist.

Sibasooni väljastatakse tablettides á 5 mg. Pakend, milles on 50 tabletti, maksab 1 rbl. 77 kop. Ravim kuulub B-nimekirja. Väljastatakse ainult retsepti alusel. Säilitatakse valguse eest kaitstult.

Aino Jürison

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

2. juunil 1983 toimus Kärklase ministeeriumi kolleegiumi laiendatud väljasõiduistung koos Hiiu- ja RSN Täitevkomiteega. Koosolekut juhatas tervishoiuminister V. Rätsep. Hiiu- ja RSN Kõrgessaares sai maa-ambulaatorium uued ruumid, uued ruumid anti ka rajooni keskhaigla lastenõuandlale, metsamajandis avati hambaravikabinett, Käinas alustati ambulaatoriumi ehitamist. Keskhaiglas on suur ruumikitsikus, on vaja juurde ehitada polikliiniline osakond, kapitaalremonti vajavad mitu ambulaatoriumi ning velskri- ja ämmaemandapunkti. Rohkem tuleb tegelda polikliinilise arstiabi täiustamise, dispanseerimise ja voodifondiga, rohkem kontrollida tervishoiuasutuste sanitaarseisundit.

Ühisel kolleegiumikoosolekul 16. juunil arutati arstiabi ja laste tervistamist Eesti NSV Kergetööstusministeeriumi koolieelsetes lasteasutustes. Arutelust võtsid osa tervishoiu-, kergetööstus- ja haridusministeeriumi ning Tekstiili- ja Kergetööstustöölise Ametiühingu Vabariikliku Komitee presiidiumi esindajad. Kergetööstussüsteemi ettevõtteil on 28 koolieelset lasteasutust, kus kohti üle 4000. See kõik nõuab suurt ja pidevat hoolt nii materiaalse heaolu kui ka meditsiinilise abi tagamise seisukohalt. Ühises otsuses on nõuded täitmiseks ettevõtete juhtkonnale, ka tervishoiu- ja haridusministeeriumile peaeesmärgi nimel — tagada lastele igakülgne heaolu ja kvaliteetne arstiabi ning hoida neid haiguste eest. Selles valdkonnas on võimalik palju ära teha, tegemata töid ei tohi põhjendada tööjõupuudusega, nagu minister V. Rätsep rõhutas.

Samal päeval arutati veel polikliinilise arstiabi täiustamist Tartus, kus polikliinikud asuvad vanades kohandatud hoonetes, kus ruumikitsikus on väga suur. Puudub isegi polikliiniline õppebaas TRÜ arstiteaduskonna üliõpilaste tarvis. Kolleegiumi otsuses peeti otstarbekaks Tartu uued polikliinikud välja ehitada etapiliselt.

Koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumiga otsustati kommunistliku töö kollektiivi nimetus anda järgmistele tervishoiuasutustele: Tallinna Nõmme Haigla, Tallinna Merimetsa Haigla, Tallinna Kliiniline Lastehaigla, Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla, Tallinna

apteegid 2, 3, 4, 6 ja 207, Ahja Jaoskonna-haigla, Kanepi Ambulaatorium ja Põlva Kesk-
apteek.

Kommunistliku töö kollektiivi nimetus kinnitati järgmistele tervishoiuasutustele: Tartu Tähed apteek, Tartu 1. mai nim. apteek, Haapsalu Rajooni Väikelaste-kodu, Tallinna Pelgulinna Haigla, Viljandi Rajooni Keskhaigla Stomatoloogiapolikliinik, Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogia-jaam, Antsla Linnahaigla, Varstu Ambulaatoorium, Võru Rajooni Keskapteek, Vastseliina ja Antsla apteek ning Võru Linnaapteek.

8. juuli koosolekul kinnitas kolleegium otsuse mittenakkuslike haiguste profülaktika-alasest pikaajalisest integreeritud programmi Eesti NSV-s osavõtu kohta, kinnitati ka 12-liikmelise koordineerimiskomitee isikkoosseis.

12. juuli ühisistungit juhatas tervishoiu-ministri esimene asetäitja E. Väärt. Koos Eesti NSV Sotsiaalhooldusministeeriumiga arutati arstlikku tööekspertiisi 1982. aastal. Ühises otsuses fikseeriti peamine: ajutise töövõimetuse vähendamiseks on vaja analüüsida ja rohkem huvi tunda töövõimetuse ekspertiisi, eriti kliinilise ja tööprognoozi vastu ning vältida invaliidisust; välja selgitada töövõimelisi pensionäre ja stimuleerida nende töötamist rahvamajanduses, sealhulgas ka ajutistel ja hooajatöödel.

28. juulil 1983 arutas kolleegium tervishoiuasutuste kapitaalehitust I poolaastal. Kuulati veel Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja E. Sassi informatsiooni suhkurtõveravimitega varustamise kohta. Tänavu on töö mitmeti paranenud, see on olnud rahuldav.

1. septembri koosoleku päevakorras oli Paide rajooni tervishoiuasutuste sanitaarseisund ja epideemiatorje nõuetest kinnipidamine. Otsuses on muu hulgas fikseeritud, et «Eesti Meditsiinitehnika» kandku rohkem hoolt põetusvahendite, kätepesuharjade ja muude vahendite saamise eest, et peaspetsialistid tundku rohkem huvi tervishoiuasutuste sanitaarseisundi kontrollimise vastu.

Koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumiga kinnitati rahvaspordi ja VTK ülevabariigilise komisjoni isikkoosseis. Komisjonil tuleb koostada oma põhimäärus ja ka tervishoiuasutuste samalaadsete komisjonide põhimäärus. Vabariikliku komisjoni esimees on ministri asetäitja E. Kedars, esimehe asetäitjad J. Ennet ja A. Kivilo, sekretär S. Laiksoo, liikmed E. Annus, A. Lipand, P. Krooni, T. Vallfisch, S. Täll ja A. Tühis.

Vello Laos

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOO LIS

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 17. mail kuulati pediaatria kateedri dotsendj kt. arstiteaduse kandidaat T. Soo *venia legendi* loengut «Imikute korduva bronhiaalsündroomi diferentsiaaldiagnoosimisest» dotsendikutse taotlemiseks. Loeng hinnati kordaläinuks, samuti andis nõukogu T. Soo senisele teaduslik-pedagoogilisele tegevusele hea hinnangu.

Prodekaan prof. E. Sepp analüüsis kateedrite tööd aspirantidega. Eelmisel viisaastakul oli teaduskonnas ligikaudu 40 aspiranti, neist 29 mittetatsionaarset. Tähtajaliselt kaitses kandidaadiväitekirja vaid 9 aspirantuuri lõpetanud. Mitterahuldava töö tõttu arvati mitmed aspirantuurist välja. Esineja avaldas rahutust seoses aspirantide vähese edukusega oftalmoloogia, sünnitusabi ja günekoloogia, kirurgia, farmaatsia ja mitmel muulgi erialal. Hea on olukord teadlaskaadri järelkasvu osas farmakoloogia, neuroloogia ja neurokirurgia, biokeemia, stomatoloogia, lastehaiguste jt. erialadel. Juhendajaist on 10 aasta jooksul edukaim olnud prof. L. Allikmets (tema juhendamisel on kaitsnud 10 kandidaadiväitekirja). Prodekaan mainis, et teadusliku kraadita õppejõudude osa on mitmel erialal (nakkushaigused, anatoomia, oftalmoloogia, kirurgia, hügieen, kohtumeditiin) suurenenud. Kõik arstiteaduskonna professorid ei tegele teadlaste järelkasvuga. Nõukogu arutas aspirantuuri töö tõhustamise viise ning planeerimist erialade järgi.

Aruande patofüsioloogia kateedri töö kohta esitas prof. R. Looga. Ühelt poolt kiideti kateedri järjekindlust õppetöö juhtimisel ja õppe- ja metoodikavahendite avaldamisel. Teiselt poolt aga märgiti kateedri teaduslikus tegevuses tagasiminekut ja avaldati rahutust seoses õppejõudude kaadri järelkasvu puudumisega, ühtlasi anti soovitusi kateedri töö tugevdamiseks.

Arstiteaduskonna parteiorganisatsiooni ja nõukogu ning Tartu Kliinilise Haigla parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 21. juunil käsitleti arstiteaduskonna ja tema kliiniliste baaside osa maarahva tervise kaitsel. Analüüsiv ettekanne oli prof. V. Saluperelt. Märkti ära tervisepäevi Lõuna- ja Kesk-Eesti rajoonides ning majandites, mida on regulaarselt korraldatud juba 20 aastat. Seda prof. A. Linkbergi algatust on jätkanud prof. K. Pöder. Analüüsiti ka teaduskonna kvalifitseeritud õppejõudude tööd Tartu konsultatsioonipoliklinikus. Peeti vajalikuks konsultatsiooni saamist rajoonikeskustes, peeti vajalikuks korraldada rohkem tervisekaitseloenguid maarahvale.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 30. augustil valiti konkursi korras dotsendi ametikohale A. Zarkovski (farmakoloogia kateeder) ja A. Ormisson (pediaatria) ning va-

nemõpetaja kohale Ü. Langel (bioorgaaniline ja bioloogiline keemia) ja L. Tanning (tervis-hoiuorganisatsioon ja hügieen).

Prodekaan prof. L. Pokk andis informatsiooni 1983. a. üliõpilaste vastuvõtu kohta. Kokku võeti teaduskonda 342 üliõpilast, neist raviosakonda 154, pediaatriaosakonda 50, farmaatsiaosakonda 50, spordimeditsiinosakonda 48 ja stomatoloogiaosakonda 40. Eelmiste aastate tulemustega võrreldes olid sisseastumiseksamite tulemused paremad ning konkurss tugevam ravi ja pediaatria erialadele.

Dekaan prof. L. Allikmets rääkis uue õppeaasta ülesannetest, rõhutamades metoodilise töö parandamise vajadust mitmes kateedris, samuti rääkis ta arstide ja farmatseutide teadmist täiendamise kohta. Õppejõudude kaadri järelkasvu küsimused ja mitme kateedri tugevdamine uute õppejõududega saab õppeaasta tähtsaks tööoliguks.

1983. aastal siirdusid pensionile mitmed kauaaegsed teenekad õppejõud (professorid E. Siirde ja A. Rulli, dotsendid L. Keres, E. Murašev, H. Lind, H. Petlem). Professorid J. Saarma ja K. Kõrge on nüüd konsultantprofessorid. Nõukogu nimel tänas dekaan neid kauaaegse kohusetruu ja eduka töö eest ning andis üle ministeeriumi aukirjad.

Ülikooli nõukogu valis 31. augustil järgmiseks tööperioodiks neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja kohale prof. E. Raudami, anatoomia ja histoloogia kateedri professori kohale Ü. Hussari ja psühhiaatria kateedri professori kohale M. Saarma.

PUNASE RISTI SELTSIS

11...13. oktoobrini peeti Viljandis vabariiklik seminar Punase Risti Seltsi linna- ja rajoonikomiteede töötajatele, revisjonikomisjoni esimeestele ning aktiivile. Eriti pöörati tähelepanu meditsiinitöötajate osale linna/rajooni konverentside korraldamisel, mis toimuvad novembris-detsembris. Ettekanded esitasid Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur, Viljandi Rajooni Kesksaigla peaarst R. Kariis ning teised. Külalastati Punase Risti Seltsi Kõpu jaoskonna komiteed (esimees J. Rebane) ja Kõpu kolhoosi algorganisatsiooni (esimees V. Papa-goi).

Erna Holster

13. oktoobril 1983 korraldati Tartu rajoonis Elva jaoskonnas doonorite austamisõhtu, millest osavõtjaid oli üle 200. Punase Risti Seltsi algorganisatsioon andis 143 doonorile üle rinnamärgid, tänukirjad ja mälestusesemed. Nõukogude Punase Risti kõrgeim autasu — Nikolai Pirogovi medal — anti Elva jaoskonna esimehele L. Hiidlale ja Elva Rajooni Kesksaigla peaarstile H. Järvele. Oma asu-

tuse doonoritele lausused tänusõnu ja pidasid neid mälestusesemetega meeles Elva EPT, Konguta sovhoos, Elva Tarbijate Kooperatiiv ning Elva sovhoos. Austamisõhtul pakkusid muusikalist külakosti Elva Muusikakooli õpilased.

10...14. oktoobrini 1983 oli Minskis üleliiduline kooliaktiivi seminarnõupidamine. Tulevikülesandeks seati parandada Punase Risti Seltsi tööd, eriti esmaabi andmise oskuse alal koolides ja kutsekoolides. Meie vabariigi maakoolide ja maakutsekoolide punaristlaste tööst jagas kogemusi allkirijutanu.

Tiiu Buschmann

10...14. oktoobrini 1983 toimus Pensas üleliiduline narkoloogide ja narkoloogiapostide nõupidamine. Peamiseks ülesandeks peeti ühiskondlike narkoloogiapostide võrgu moodustamist, narkoloogiapostide ettevalmistamist ja nende töölerakendamist narkoloogiakabinettide baasil, samuti narkoloogiapostide koostööd kohalike profülaktikanõukogudega. Meie vabariigist võtsid nõupidamisest osa Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla peaarst J. Aaso, Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla narkoloog V. Kukk ja tootmiskoondise «Norma» narkoloog T. Minka.

Maie Vilbaste

*
*
*

Aprillikuus toimunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul arutati sanitaarharidustööd ning tervise rahvaülikoolide tegevust ajutise töövõimetuse vähendamisel Kohtla-Järve linnas ja rajoonis.

Kohtla-Järve linnas ja rajoonis töötab 17 tervise rahvaülikooli peaaegu 1600 kuulajaga. Sanitaarharidustöö toimub plaani järgi, mille täitmisest võtavad osa tervishoiuasutuste peaarstid, osakonnajuhatajad, peaspetsialistid, arstid, keskaste meditsiinipersonal. Vaatamata mahukale sanitaarharidustööle ning tervise rahvaülikoolide tegevusele, on selle mõju ajutise töövõimetuse vähendamisele olnud tagasihoidlik. Vastuvõetud otsuses on öeldud, et tervishoiuosakondade juhatajad, peaarstid, ametiühingu rajooni- ja linnakomiteede töötajad peavad tegema kõik sanitaarharidustöö parandamiseks, peavad leidma võimaluse tervislike eluviiside propageerimiseks ajakirjan-duses.

12. mai presiidiumi koosolekul olid vaatluse all tootmistraumatism Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi süsteemi asutustes 1982. a. ja traumajuhtude vähendamise võimalused. 1981. aasta näitajatega võrreldes on tootmisega seotud õnnetusjuhte 8% vähem. Surmaga lõppenud tööõnnetusi oli vaid üks.

Mitme ravi- ja profülaktikaasutuse administratsioon ei ole oma töötajatele taganud ohutuid ja tervislikke töötingimusi (Vabariiklik Tuberkuloosidispanser, Kohtla-Järve 2. Linnahaigla, Pärnu Linna Tuberkuloosidispanser, Kingissepa Rajooni Keskaigla). Eriti on halvenenud töökaitse Tartu Kliinilises Haiglas ja Põlva Rajooni Keskaiglas, millele juhtida ka nimetatud haiglate peaarstide tähelepanu.

Märgiti, et traumajuhtude sagenemise põhjuseks on asjaolu, et nende asutuste juhid on vastavasisulisel määral täitnud puudulikult. Kinnitati Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi süsteemi allasutuste 1983. aasta plaan ohutute töötingimuste tagamise ja tootmistraumatismi vältimise abinõude kohta. Otsuses on fikseeritud, et tervishoiuasutuste juhid peavad tööseadusandluses ettenähtud korras karistama tootmisõnnetustes süüdi olevaid isikuid.

Presiidiumi koosolekul 24. mail andsid oma abimajandite tööst aru Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst A. Haug ja Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst H. Väre. Abimajandid on aasta-plaanid täitnud. Enamik toodangut realiseeritakse haiglatele, ülejäänud oma töötajatele ja riigile. Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla abimajandil on pooleli ehitamisel uus seafarm. Majandid on võtnud sotsialistlikud kohustused. Otsuses on fikseeritud, et abimajanditevaheline sotsialistlik võistlus tuleb organiseerida 1. juuliks 1983.

Samal koosolekul arutati tervishoiutöötajate ajutise töövõimetusega haigestumist 1982. a. ja 1983. a. I kvartalis.

Ajutise töövõimetusega haigestumine on vähenenud, moodustades 100 töötaja kohta 51,8 juhtu 991,5 päevaga. Kõige enam on haigestumuse langust mõjutanud grippi või muudesse ägedatesse respiratoorsetesse nakkushaigustesse haigestumise vähenemine. Pike-nenud aga on töövõimetuse keskmine kestus, nimelt 18,0 päevalt (1981. a.) 19,1 päevani (1982. a.). 1982. a. olid ajutise töövõimetusega haigestumise näitajad kõrged Tallinna Nõmme Haiglas (1366,8 päeva), Pelgulinna Haiglas (1366,2), Tõnismäe Haiglas (1201,3), Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas (1129,6 päeva).

1983. a. I kvartali andmeil tekitab muret tervishoiutöötajate ajutise töövõimetuse päevade arv mitmes Tallinna haiglas ja asutuses (Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla, tootmiskoondis «Eesti Meditsiinitehnika», Keskapteegiladu, Tallinna Nakkushaigla jt.). Otsuses kohustati tervishoiuosakonna juhatajaid, peaarste, ametiühingu rajooni-, linnakomiteesid tagama nõuetekohased töötingimused ja hea töökorraldus, mis on kooskõlas tervistavate ürituste kompleksplaanide ja töökaitse kokkulepetega. Tugevdada kontrolli töövõimetuse ekspertiisi ning profülaktiliste läbivaatuste ja dispanseerimise üle.

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Комплексное лечение вибрационной болезни шахтеров сланцевых шахт (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Алтров Э., Ильвест М., Лутс А., Мююрсепп Я., Родман Л., Силлам А. Таллин, 1982. III с. (На эст. яз.).

Вибрационная болезнь, гумизоль, шахтеры сланцевых шахт, нервные болезни, полиневриты, вестибулярный анализатор, аудиометрия, электронистагмография, микроциркуляция, реоэнцефалография, психодиагностика, функция психики.

Объектом исследования являются шахтеры сланцевых шахт, страдающие вибрационной болезнью.

Цель работы — изучить состояние нервной системы, микроциркуляции, вестибулярного аппарата, мозгового кровообращения и второй сигнальной системы у больных вибрационной болезнью; разработка оптимального комплекса лечения вибрационной болезни с применением препарата «Гумизоль».

Обследовано 150 шахтеров неврологическими методами (в том числе с использованием аппарата ИСЭ-01, ВТ-2, Мишука, динамографа ДМ-100, капилляроскопа), психологическими тестами и отолитическими методами (аудиометр, реоэнцефалограф — исследование последних усовершенствовано — рационализаторское предложение № 1381 от 07. 12. 1982).

Выявлен ряд неврологических синдромов, признаки воздействия шума, сдвиги в церебральной гемодинамике и психологические изменения. На основании анализа данных расценены результаты лечения. Больные подразделены на группы в зависимости от методов лечения. I гр. — лечение препаратов «Гумизоль» внутримышечно; II гр. — лечение препаратом «Гумизоль» методом электрофореза; III гр. — препаратом «Гумизоль» внутримышечно в комбинации с витаминами группы «В»; IV гр. — лечение только витаминами группы «В». В результате лечения во всех 4 группах жалобы в подавляющем большинстве уменьшились или исчезли. Эффект лечения был более выраженным при I стадии болезни. Среди изучавшихся комплексов лечения вибрационной болезни наилучшим оказался метод с применением «Гумизоля» электрофорезом, а также внутримышечно при вегетативном полиневрите и полиневрите и при ангиодистоническом синдроме.

Новизна состоит в разработке схемы лечения вибрационной болезни с учетом стадий и синдромов. При этом внедряется препарат «Гумизоль»; применение которого повышает результативность лечения, что дает определенный экономический эффект. Результаты работы внедряются в поликлиниках и стационарах сланцевого бассейна ЭССР. Изданы методические рекомендации для врачей по комплексному лечению вибрационной болезни.

Изучение распространенности ИБС и отдельных факторов риска среди жителей г. Таллина (мужчины в возрасте 35—49 лет) с целью разработки применительно к местным условиям конкретных мер первичной профилактики ИБС. (Отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Волож О. И., Мутсо Ю., Кальюсте Т. И., Паутс В. М., Солодка Э. Таллин, 1982. 59 с.

Эпидемиология, ишемическая болезнь сердца, факторы риска, артериальная гипертония, курение, повышенная масса тела, нарушение липидного обмена, недостаточная физическая активность.

Объект исследования — 20% репрезентативная выборка из неорганизованной популяции мужчин 35—59 лет в г. Таллине.

Цель работы — установить распространенность ИБС и ФР, изучить связи между ними, выявить наиболее угрожаемые по ИБС контингенты.

Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование по стандартной программе с откликом 70,2%, всего обследовано 2208 человек. Установлена высокая распространенность ИБС — $14,6 \pm 0,74\%$. Не имеют ФР 19,3%; 38,6% имеют ≥ 2 ФР. Частота отдельных ФР: К — 33,9%, АГ — 39,2%, НЛО — 22%, ПМТ — 16,6%, НФА — 9,8%. Наиболее угрожаемы по заболеванию ИБС мужчины с 45 лет при наличии двух и более ФР. Из отдельных ФР с распространенностью ИБС связаны АГ, НЛО, ПМТ. Большинство ФР связано с возрастом, образованием, квалификацией труда. ВЭМ и ФАСЛЖ информативны для верификации диагноза ИБС, выявленной при эпидемиологическом исследовании, но дают мало дополнительной информации при массовых профилактических осмотрах.

Степень внедрения — методические рекомендации по применению массовых профилактических осмотров для выявления ИБС и ФР по применению дифференцированных мер первичной профилактики, республиканский семинар кардиологов по профкардиологии, 4 статьи, использование писем-рекомендаций лицами с ФР, диспансеризация лиц с ФР в двух поликлиниках (в порядке эксперимента).

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 6, ноябрь, декабрь 1983

**К. Я. Гросс — К вопросу об охране здо-
ровья подрастающего поколения**

Охрана здоровья ребенка начинается с антенатального периода жизни. Особое значение в связи с этим приобретает развитие перинатальной медицины. В настоящее время доступными стали новые диагностические методы уточнения состояния фетоплацентарной системы, диагностики дистресса плода и выявления его факторов риска. Основным является здоровье будущей матери, обеспечивающее нормальное течение беременности и рождение здорового ребенка. Стала ясной важность подготовки к материнству, которая заключается в проведении лечебно-профилактических мероприятий. Немаловажную роль в том, чтобы дети рождались здоровыми, играют также сознательность семьи и знания будущей матери.

**В. А. Каск, К. Л. Кауэр, А. Ансип,
С. Суйтс-Корстэн — О применении рас-
ширенной клинической антропометрии
на профилактических осмотрах девочек**

В целях своевременного выявления нарушений полового развития и контингента риска их у девочек пубертатного возраста были проведены профилактические осмотры по методике, выработанной на кафедре акушерства и гинекологии ТГУ (комплексная оценка полового развития, расширенная клиническая антропометрия).

Комплексное исследование произведено у 843 девочек в возрасте с 14 по 18 лет. Установлено, что нормальное половое развитие имело место у 73,5% и нарушение полового развития у 26,5% девочек пубертатного возраста.

С применением клинической антропометрии выявлено, что при нарушении полового

развития наблюдалось отставание в физическом развитии у 30% (в норме 2%), непропорциональность телосложения — у 13,9% (в норме 12%) девочек.

Применение клинической антропометрии на профилактических осмотрах девочек вместе с комплексной оценкой полового развития позволяет своевременно выявить нарушения полового развития и контингент их риска (отставание физического развития, непропорциональность телосложения).

**Х. В. Синимаяз, К. Я. Гросс, И. К. Кыйв
— Риск беременности и родов у женщин,
перенесших гинекологические заболева-
ния.**

В работе анализируется течение беременности и родов и состояние новорожденного у 102 женщин с высоким риском беременности, перенесших сопутствующие гинекологические заболевания, а также рассматривается влияние этих заболеваний на течение данной беременности и роды. Основные факторы риска составили нарушения менструальной функции (42,2%), хронические воспаления придатков матки (21,6%), привычные выкидыши (22,5%), ранее оперированные доброкачественные опухоли яичников (6,9%) и сопутствующая миома матки (6,9%).

Выяснилось, что чаще всего беременность и роды осложнялись у женщин, страдавших нарушениями менструальной функции, в частности имели место токсикозы беременных, угрожающее прерывание беременности, аномалии родовых сил, внутриутробная асфиксия плода. Кроме того, серьезнымиотягощающими факторами следует считать привычные выкидыши и предшествующие и сопутствующие опухоли яичников и матки. На указанные факторы риска необходимо обращать большее внимание при ведении беременности и родов с целью предупреждения их осложнения.

**К. Л. Кауэр, В. А. Каск — О соотноше-
ниях между признаками полового раз-
вития и течением родов**

Определялась взаимосвязь между признаками полового развития (возраст менархе и тип женского таза, менархе и рост) и связь между менархе и течением родов у 1691 роженицы по данным Тартуского клинического родильного дома. Была выявлена вероятность большей возможности осложнения течения родов у женщин с признаками полового недоразвития и установлено, что девушки и женщины с признаками генитального инфантилизма нуждаются в специальных исследованиях и обследованиях и в специализированном наблюдении во время всего репродуктивного возраста.

Л. Н. Салусте, А. К. Тяхепылд, А. Р. Мадиссон — Белок сыворотки крови и его фракции в разные периоды беременности

В последнее время в количественном определении сывороточных белков, наряду с электрофорезом на бумаге, все чаще применяется дискэлектрофорез в полиакриламидном геле.

Задачей данной работы было выяснить изменения сывороточных белков и их фракций в полиакриламидном геле у здоровых первородящих женщин.

Исследованию были подвергнуты 93 молодые, здоровые первородящие женщины в возрасте от 17 лет до 31 года. Исследование проводилось повторно в различные сроки нормально протекающей беременности.

Выяснилось, что на протяжении беременности в сыворотке крови снизилось содержание фракции альбуминов и повысилось количество фракции глобулинов. Альбумино-глобулиновый коэффициент снизился соответственно от 0,81 в I триместре до 0,70 в III триместре. На основании этого можно прийти к выводу, что для нормально протекающей беременности характерно некоторое снижение фракции альбуминов и повышение фракции глобулинов сывороточного белка.

Л. Я. Бостон, Р. И. Унт, И. А. Мааринг — Лактозная непереносимость у детей двух первых лет жизни

Лактозная непереносимость является одной из наиболее распространенных форм малабсорбции дисахаридов. При недостаточности или полном отсутствии лактазы замедляется гидролиз лактозы в кишечнике.

Было исследовано 24 ребенка в возрасте до 2 лет. У 12 из них имелись в анамнезе и при госпитализации рецидивирующие расстройства пищеварения. Малабсорбция лактозы развилась у этих детей вторично. У 12 детей с острыми респираторными вирусными инфекциями не было жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта анамнестических и при госпитализации.

После лактозной нагрузки патологическая сахарная кривая была установлена у 9 детей с рецидивирующими поносами и у 6 детей с вирусными бронхитами и пневмониями. У данных детей не наблюдалось достоверного различия в частоте лактозной непереносимости.

Из этого следует, что при респираторных вирусных инфекциях детям необходимо давать легко перевариваемую пищу или подкисленных смесей и не назначать антибиотиков (тетрациклина, мономицина, неомицина), которые подавляют активность кишечных энзимов.

М. К. Пурде, Э. К. Хинт — О выявляемости, методике самообследования и факторах риска при раке молочной железы

В большинстве случаев женщины обнаруживают рак молочной железы сами случайно (70,3%). Роль применения методики самообследования в выявлении рака молочной железы в ЭССР пока незначительна, что обусловлено незнанием этого метода женским населением. В основном женщины знакомятся с ним через научно-популярную литературу. Возможности применения методики самообследования в комбинации с идентификацией факторов риска заболевания раком молочной железы при улучшении ранней выявляемости (т. е. клинической стадийности случаев) нуждаются в исследовании.

Т. А. Воробьева — Антитела к обкладочным клеткам желудка при язве

Антитела к обкладочным клеткам (АОК) желудка были выявлены методом прямой иммунофлюоресценции у 31 из 160 обследованных лиц. В группе больных язвой двенадцатиперстной кишки (50 человек) и язвой желудка (38 человек) АОК наблюдались в незначительном количестве случаев (соответственно 4 и 10,5 %), что статистически не отличается от их встречаемости среди здоровых лиц. В отличие от исследованных нами больных с хроническим гастритом тела желудка без язвы (24 антителоположительных лица из 40), в группе больных язвенной болезнью поражение слизистой тела желудка редко сопровождалось наличием АОК (один случай из 16). Если АОК были выявлены как в стадии язвы, так и в стадии рубца, то у одного из того же лица наличие или отсутствие антител в зависимости от фазы язвы не менялось.

Б. Н. Гур-Арье, В. А. Смирнов, Н. А. Беляков, В. В. Петраш — Характер изменений гемодинамики и вентиляции после термических ожогов в эксперименте

Методом реоплетизмографии (РПГ) на 25 белых крысах-самцах весом 190...230 г проводились динамические исследования системной легочной гемодинамики и дыхания на модели ожогового шока. Исследования выполнены на реографе 4-РГ-1А с записью на аппарате Мингограф-34. Ожоговый шок у животных вызывался путем погружения каудальной части туловища в кипящую воду на 8 с с регистрацией глыбины прогревания тканей термопарой. Площадь ожога составляла 40...42% поверхности тела. На основании данных реограмм

выделены три периода в протекании шока у подопытных животных. Описаны характерные изменения системной легочной гемодинамики и дыхания в эти периоды, которые сводятся к кратковременным угнетениям сердечно-сосудистой системы и дыхания (I период) с последующим восстановлением их функции (II период). В стадии декомпенсации (III период) происходит гибель животных на фоне нарушений дыхания и кровообращения.

С. Д. Коппель — О физиологических основах континуальности человеческой картины мира. Статья 3. Слово, образ, эмоция

Анатомо-физиологическим субстратом человеческого сознания являются: 1) континуум молекулярных процессов в головном мозге; 2) относительно дискретные интегративные единицы («функциональные системы») высшей нервной деятельности; 3) псевдоконтинуум «функциональных систем», образующийся вследствие чередующейся актуализации познавательной и коммуникативной потребностей; 4) континуум мышечной деятельности, приспособляющей глаз на оптимальную рецепцию, руку на оптимальную практику и органы речи на оптимальную артикуляцию. Эмоциональная регуляция познавательного процесса создает в конфигурации этой «субъективной практики» кинематические инварианты, репродуцирующие объективную реальность. Практическая деятельность и актуально воспроизведенная речь связывают кинематические инварианты с созданной обществом очеловеченной природой и тем самым противопоставляют их жизнедеятельности субъекта. Таким образом, система инвариантов становится функционально эквивалентной объектам отражаемой действительности. Поскольку человек обозначает свои действия и объекты своей деятельности разными языковыми выражениями, а также эмоционально оценивает их по-разному, противопоставляются друг другу инварианты, отражающие практику (поведение), и инварианты, отражающие объекты практики (поведения). Вследствие этого и сам человек раздваивается на «я» и «не-я». Временное соответствие событий в континууме поведения (в том числе и в континууме субъективной практики) и в континууме внешнего мира приводит непосредственно не взаимодействующие между собой кинематические инварианты в систему соотношений, тоже инвариантно копирующую отражаемую объективную реальность. Поскольку эта система является внутреннее не взаимодействующей, она представляет собой бытие, равное небытию, дана только субъекту сознания, т. е. является идеальной. Идеальную картину мира создаст биологическо-социальные по-

требности; следовательно, ее можно искусственно репродуцировать только на общественно организованном живом субстрате.

А. А.-Г. Ормиссон — Питание новорожденного

Единственной физиологической пищей новорожденного является грудное молоко. Доношенный новорожденный нуждается только в грудном молоке своей матери. Прикладывание ребенка к груди в течение первого часа после рождения является полезным как для ребенка, так и для матери. Поить новорожденного раствором глюкозы нецелесообразно. Питание недоношенного ребенка связано с рядом трудностей из-за высоких требований недоношенного организма к питательным веществам и, с другой стороны, из-за незрелости пищеварительного тракта. Оно должно производиться на основе точных расчетов количества пищи, калоража и питательных веществ. Способ кормления выбирается исходя из гестационного возраста, массы и общего состояния ребенка. Питание недоношенного ребенка должно быть покладистое.

М. Э. Кяосаар — Наследственные факторы в этиологии бесплодия у человека

Проблема бесплодия у человека сложна в медико-биологическом плане и важна в социальном отношении. Среди многочисленных причин бесплодия существенное место занимают наследственные факторы. В настоящей работе дается обзор роли разных генетических факторов в этиологии двух групп бесплодия: а) при первичном бесплодии, когда зачатие не наступает из-за неполноценности гаметогенеза; б) при невынашивании беременности. Более подробно описывается роль хромосомных аномалий и генных мутаций.

М. А. Мяги — Эпилепсия и беременность

В обзорной статье обсуждаются проблемы, возникающие при беременности больных эпилепсией: риск заболевания эпилепсией новорожденного, влияние эпилепсии на ход беременности и родов, а также на здоровье ребенка, влияние беременности на частоту и тяжесть эпилептических припадков, тератогенность антиконвульсивных веществ, показания к прерыванию беременности. Даются практические рекомендации по лечению больной эпилепсией во время беременности.

К. П. Вехм — Непереносимость фруктозы у грудного ребенка

В статье рассматривается непереносимость фруктозы у детей и описывается случай интолерантности фруктозы у грудного ребенка.

Э. Ю. Раттасеп, Л. М. Сильдвер, В. Я. Ляэне — Врожденная герпетическая инфекция у новорожденного

В статье рассматриваются возможности современной клинико-лабораторной диагностики, лечения и профилактики врожденной герпетической инфекции. Описывается случай лабораторно подтвержденной врожденной герпетической инфекции у новорожденного.

Подготовка кадров

Л. Х. Алликметс — Всесоюзный симпозиум на тему «Фармакология дериватов гамма-аминомасляной кислоты»

Э. В. Саар — XXIX конференция медицинских работников средней ступени санитарной службы Эстонской ССР

И. А. Лаан — VI Республиканское совещание работников информации

Т. Юримяэ — Конгресс Европейского общества клинической физиологии дыхания

О. М. Майметс — Отчетно-выборная конференция Научного общества ревматологов Эстонской ССР

Т. Ф. Кауба — Расширенный пленум правления Общества неврологов, нейрохирургов и психиатров имени Л. Пуусеппа

Х. А. Силласту — Общее собрание научных обществ фтизиатров Эстонской и Латвийской ССР

А. А. Румм — Пленум правления Всесоюзного научного общества фтизиатров

Юбилейные даты

В. А. Лаос — Государственная премия ЭССР за развитие хирургии кровеносных сосудов

Некролог

Новые лекарственные препараты

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

Завершенные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 6. November, December 1983

K. Gross — Care for a healthy progeny

Concern for the infant's health begins as far back as in the pre-natal period of life. Perinatal care also plays an important role in the child's health protection. New diagnostic methods for monitoring feto-placental system, for detecting fetal distress and risk factors have become available for obstetricians. Our maternity services make it possible to guarantee a normal course of pregnancy and childbirth. Specialized medical establishments provide appropriate care for expectant mothers through preventive-cure measures. The author points out that adequate educational opportunities for expectant mothers and for their families are important in helping to overcome difficulties and help to give birth to healthy infants.

V. Kask, K. Kauer, A. Ansip, S. Suits-Korsten — The use of detailed clinical anthropometry in preventive examinations of girls

A preventive survey was carried out among girls of pubertal age group to detect developmental diseases by using new methods elaborated at the chair of obstetrics and gynaecology of Tartu University. A more complex evaluation of sexual development and a more detailed clinical anthropometry was carried out. 843 girls, aged between 14 and 18 years, were examined. As a result, a normal sexual development was observed only in 73.5 per cent of the subjects and an impaired sexual development occurred in 26.5 per cent of the girls studied. Abnormal sexual development was observed in 30 per cent of the girls (instead of 2 per cent which is the accepted norm for girls). Disproportionate build was found in 13.9 per cent (the accepted norm is 2 per cent for girls).

It is concluded that such a profound preventive examination makes it possible to detect impairments of sexual characteristics.

H. Sinimäe, K. Gross, I. Kõiv — Some risk factors during pregnancy in women with a history of gynaecological diseases

The authors have studied a number of previous and concomitant gynaecological diseases which constituted high risks to 102 pregnant women. The main risk factors were: menstrual disturbances (42.1 per cent), adnexitis (21.6 per cent), repeated miscarriages (22.5 per cent), previous benign ovarian tumours operated on (6.9 per cent) and concomitant uterine myoma (6.9 per cent). The greatest number of complications were: toxæmia of pregnancy, imminent miscarriage, deviations from the normal course of labour, intrauterine asphyxia in patients with previous menstrual disturbances. Repeated miscarriages and previous genital tumours constituted a considerable risk to pregnant women, which should be kept in mind during the management of labour.

K. Kauer, V. Kask — The correlation between sexual development and labour

1,961 case histories of parturient women have been analysed since 1975 at Tartu Clinical Maternity Hospital.

It has been found that there exists a direct correlation between the impairment of sexual characteristics and a deteriorated course of labour. Impaired sexual development and genital infantilism often cause complications during the course of labour.

L. Saluste, A. Tähepõld, A. Madisson — Blood total protein and various protein fraction levels during pregnancy

Apart from electrophoresis on paper, polyacrylamide gel electrophoresis is widely recognized as an extremely valuable technique for quantitative analysis of blood serum proteins. In this survey 93 young, healthy primigravidas, aged between 17 and 31 years, were involved. The tests were carried out at regular intervals during pregnancy. In those pregnant women a decrease of serum albumin levels and an increase in serum globulin levels were observed. As a result, albumin-globulin coefficient dropped to 0.81 in the first trimester and to 0.70 in the third trimester.

It is concluded that such small changes in serum protein levels in healthy primigravidas are normal.

L. Boston, R. Unt, I. Maaring — Lactose intolerance in the first two years of life

The lactose intolerance was studied in 24 infants in the first two years of life. After a loading test for selective lactose malabsorption a pathological glucose curve was observed in 9 infants suffering from recurrent diarrhoea and in 6 infants with acute viral respiratory infections who had had no history of gastro-intestinal disturbances. Those two groups of infants showed no significant difference in the incidence of lactose deficiency.

It is concluded that, in cases of acute respiratory infection, the infants should be given plain food with acidified and acidulated blends. Antibiotics should be avoided because of their suppressive effect on the activity of intestinal enzymes.

M. Purde, E. Hint — Detection, self-examination and risk factors for breast cancer

A great number of breast cancer cases are occasionally detected by patients themselves (70.3 per cent). The role of breast self-examination is quite insignificant in the Estonian SSR due to a poor knowledge of self-examination techniques among females. The importance of breast self-examination was explained to our women only through popular-scientific literature. Possibilities for combining the self-examination of the breasts with the identification of risk factors and with an early detection of the disease are being studied.

T. Vorobyova — Parietal cell antibodies in cases of peptic ulcer

By using indirect immunofluorescence technique, parietal-cell antibodies (PCA) were revealed in 31 out of 160 patients studied. In persons with duodenal ulcer (50 patients) and with gastric ulcer (38 patients) PCA occurred in low percentages (in 4 and 10.5 per cent of cases respectively), which did not differ significantly from those observed in healthy persons. A simultaneous occurrence of fundal gastritis and the presence of PCA was revealed only in one in 16 patients with duodenal and gastric ulcer, whereas in patients with fundal gastritis without the ulcer PCA were present in 24 out of 40 patients studied. The results obtained suggest that PCA are rarely detected in patients with gastric or duodenal ulcer and are, in all probability, not correlated with fundal gastritis. The presence of PCA did not differ in the same patients in florid and cicatrizing ulcer phases.

B. Gur-Arye, V. Smirnov, N. Beljakov, V. Petash — Changes in haemodynamics and ventilation after scalding in a experiment

25 male albino rats, weighing from 190 to 230 grammes, were examined by rheoplethysmography (RPG) during the development of shock produced by scalding. The rheograph 4-RG-IA and the Minograph-34 were used to monitor changes in lung haemodynamics. The shock was produced by placing the caudal portion of the albino rats into boiling water for 8 seconds. The burn affected from 40 to 42 per cent of body surface. During the experiment the following three stages of shock were observed: 1) a short period of the suppression of cardio-vascular action and breathing (the first period), 2) a temporary restoration of the cardio-vascular and respiratory function (the second period) and, 3) cardio-vascular and respiratory decompensation leading to death (the third period).

S. Koppel — The physiological principles of continuous world outlook. The word, image and emotion

The anatomical-physiological substratum of conscience consists of 1) the continuum of molecular processes in the brain, 2) so-called «functional system», i.e. discrete integration units, 3) «the pseudocontinuum of the functional system» arising as a result of the actuation of cognitive and intercommunitive needs, 4) so-called «subjective practice» required for an optimum eye reception, hand practice and articulation of the speech organs. The emotional regulation of cognition brings about kinematic invariants in the configuration of subjective practice which reproduce objective reality. Practical activities and speech link those kinematic variants with socially humanized nature and thus contrast the latter with human mode of life. In this way the system of invariants becomes functionally equal to the reflected objects of reality. As a human being expresses his or her activities and objectives with different phrases and evaluates them differently, the invariants contrast with each other, such a contrast is expressed in practice (behaviour) and its objects. As a result, the human being splits into «ego» and «non-ego». The continuum of behaviour (including the continuum of subjective practice) corresponds to the events in the continuum of the outer world. Kinematic invariants do not interact with each other, but they create a regulation, which copies objective reality. As this system of relations is intrinsically uncontradictory, it constitutes an equal existence with non-existence, which is given only to the subject of conscience, so it is ideal. An ideal world outlook is created by biological, social needs, so it can be reproduced artificially only on socially organized living substratum.

A. Ormison — Infant nutrition

Human milk is considered the only physiological food for infants. The breast-fed infant should be given human milk as early as during the first hour after birth. A premature baby, however, poses a considerable problem because of higher food and calorie requirements, on the one hand, and a decreased food tolerance, on the other. The nutrition of the premature baby should be more flexible than that of a normal infant. So the amount of food intake and calories should be taken into account in the nutrition of the premature baby.

M. Käosaar — Genetic causes of infertility in human beings

The aetiology of human infertility represents a great and complicated problem which is very important from the social point of view. Genetic factors play an important role in the development of infertility. This article deals with two forms of infertility: a) primary or true infertility, i.e. inability in a woman to conceive or in a man to induce conception, and b) miscarriages.

Chromosome anomalies and gene mutations are described in detail.

M. Mägi — Epilepsy and pregnancy

In this review some important problems concerning pregnant epileptics are discussed: the risk of epilepsy to the offspring, the effects of epilepsy on the course of pregnancy and delivery and on the child's health, on the one hand, and the effects of pregnancy on the frequency of epileptic seizures, on the other. The teratogenicity of anticonvulsants is also dealt with. Some recommendations for the management of epilepsy during pregnancy are given in this article.

K. Vehm — Fructose intolerance in infants

In this article fructose intolerance in infants, in general, and in a breast-fed baby, in particular, is described.

E. Rattasep, L. Sildver, V. Lääne — Congenital herpesvirus infection in newborns

This article deals with the laboratory diagnosis, treatment and prevention of congenital herpesvirus infection.

A case of congenital herpesvirus infection, confirmed by laboratory findings, is described.

**Training of personnel
Conferences and meetings
Societies of physicians
Our heroes of the day
Necrology
New drugs
Chronicle**

*English text edited and translated by
E. Saarnok*

SISUKORD

Gross, K. — Järeltuleva põlvkonna tervise kaitseks	403
Rätsep, V. — Tervishoiuasutuste töö 1982. aastal	243
Rätsep, V. — Täiendavad abinõud rahva tervise kaitseks	91
Saarma, J. — Psühhiaatria tänapäeva ideoloogilises võitluses	323

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID 25

Saarma, J., Allikmets, L., Gross, K., Sibul, U., Ilmoja, V. — Mõtteid ja soove «Nõukogude Eesti Tervishoiu» teise vee-randsaja künnisel	85
Tamm, O. — Tagasisivaateid ja mõtteid	83
Vihalemm, P. — Kes on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» lugeja?	89

TEORIA JA PRAKTIKA

Auranen, A., Äärimaa, M. — Sukraalfaat kaksteistsõrmiku haavandtõve ravis	168
Auväär, L., Vahing, V. — Psühhiaatri ja psühholoogi koostöö kriminaalprotsessis	5
Bogovski, P., Kann, J., Rooma, M. — Inimese organismi moodustunud N-nitrosoprolini eritumine higiga	346
Boston, L., Unt, R., Maaring, I. — Laktoositulumatus esimestel eluaastatel	416
Gur-Arje, B., Smirnov, V., Beljakov, N., Petraš, V. — Hemodünaamika ja kopsude ventilatsiooni muutused pärast termilist põletust (eksperimentaalne uurimus)	424
Imelik, O. — Retikulotsüütide hulga muutused perifeerses veres lihasetöö puhul ja nende interpreteerimise võimalused	98
Jõks, U., Giva, S., Tamm, E., Margus, V. — Yersinia enterocolitica esinemine Eesti NSV-s	169
Kaasik, A.-E. — Soome ja Eesti NSV neuroloogide ning neurokirurgide teaduslik koostöö aastail 1981...1982	104
Kask, V., Kauer, K., Ansip, A., Suits-Kors-ten, S. — Kliiniline antropomeetria tütarlaste profülaktilisel läbivaatusel	405
Kauba, T., Kaasik, A.-E., Piiraja, L., Tam-mist, V. — Ajuinfarkti varajane ravi	14
Kauer, K., Kask, V. — Sugulise arengu näitajate ja sünnituskulu omavaheline seos	410
Laanes, S., Allik, E. — Mikroobikandjalt isoleeritud stafülokokkide tundlikkus faa-gide ja antibiootikumide suhtes	13
Liivamägi, J. — Vanemate alkoholism ja lapsed	334
Lövi-Kalnin, M. — Sildlappidega urano-plastika meetod kaasasündinud suulaelõhe-de kirurgilises ravis	9
Maimets, O. — Glükokortikoidid ja nende osa reumaatiliste haiguste ravis	94
Mitrofanova, H. — Ülelõlised proovid kuul-miskahjustuse diagnoosimisel	101
Pokk, L. — Peaaju metastaatilised kasva-jad	343
Purde, M., Eemois, M., Kolie, H. — Ovu-latsioon ja rinnavähirisk noortel naistel	17
Purde, M., Hint, E. — Rinnavähi avasta-mine, enesevaatluse meetod ja riskitegurid	418

Pärnat, J., Viru, A., Matsin, T., Jürimäe, T., Seppet, E. — Hapniku tarbimise maksimumi ja välise hingamise näitajate ealine dünaamika Eesti NSV elanikel	252
Rahumaa, I. — Tsentraalse hemodünaami-ka muutused südame isheemiatõbe põde-vatel haigetel pärast müokardi otsest revaskulariseerimist	246
Raudsepp, J. — Suitsetamine toksikomaan-probleemina	339
Rebane, T., Eha, J., Luha, O., Šerka, T. — Aortokoronaarse teadete verevoolu kvantitatiivne hindamine kinoaangiograafia mee-todil	170
Saarma, V., Everaus, H. — Leukeemiaanti-geeni antikehad kroonilist lümfoidset leu-keemiat põdevail haigil täpp-immunoana-lüsil	341
Saluste, L., Tähepõld, A., Madisson, A. — Vereseerumi üldvalk ja valgufraktsioonid rasedusperioodidel	413
Sinimäe, H., Gross, K., Kõiv, I. — Raseduse ja sünnituse risk günekoloogilisi haigusi põdenul	407
Soopõld, O., Maaroo, J., Uusküla, M., Alt-raja, E. — Vasaku südamevatsakese funktsiooni sõltuvus müokardi infarktijärgse kahjustuse suurusest	248
Zemtšovskij, M., Valgma, K. — Vereseerumi lipiidide ja lipoproteiidide sisalduse dü-naamika akuutse müokardiinfarkti korral	250
Tamm, O., Martin, J., Kikoš, G., Bolotovskij, V., Gelikman, B. — Tallinna 1982. aasta leetripuhangu põhjused	349
Toomaspoeg, L., Toomla, O. — Alkoholi toime organismi immuunsüsteemisse	336
Truve, R., Sibul, U. — Vagotoomia ja elun-dit säästvad operatsioonid maohaavandi-haigete ravis	163
Vaagne, E., Tinqas, A. — Tallinna haiglate üldlauatoit	19
Vorobjova, T. — Parietaalrakkude anti-kehad haavandtõve korral	422
Väärt, E., Värnik, A. — Surma põhjus — suitsiid	3

OLEVAATED

Aadamsoo, A. — Skisofreenia prognoos	360
Boston, L. — Seedetraktinähud mukovistsi-doosi puhul lastel	271
Everaus, H. — Krooniline lümfoidne leu-keemia ja organismi immunoloogiline reaktiivsus	267
Holy, B., Majass, M. — Palmo-plantaarsed hüperkeratoosid	181
Kermes, R. — Alkohoolne pankreatiit	357
Kundla, M., Liberman, B. — Veloergomeet-ria stenokardiahaige funktsionaalse sei-sundi, koronaarskleroosi ulatuse ja prog-noosi määramisel	261
Käosaar, M. — Sigimatuse geneetilised põhjused inimesel	436
Lipping, A., Fiqus, A. — Maovähi kont-septsioon	178
Mehilane, L. — Psühhofarmakoteraapia mõningaid aspekte	351
Mägi, M. — Epilepsia ja rasedus	441
Ormisson, A. — Vastsündinu toitmine	432
Poola, H., Sibul, U. — Ägeda koletsüs-tiidi kirurgilise ravi taktika	112
Salupere, V. — Alkoholi ja magu	174
Salupere, V. — Alkoholi ja maks	28
Zupping, R. — Platseeboefekt	185

Teesalu, R. — Intrakoronaarne trombolüüs.
Toomla, O. — Neuroleptikumide toime immuunsüsteemides
Täili, H., Sildver, L., Dmitriev, P. — Hemolüütilis-ureemiline sündroom lastel
Uusküla, M. — Müokardiinfarkti etiopatogeneesi, kliinilise pildi ja prognoosi mõningaid iseärasusi noores eas
Väre, H. — Depressioon — nosoloogilised vormid ja etiopatogeneesi

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

Koppel, S. — Kontinuaalse maailmapildi füsioloogilistest alustest. I. Teadvus kui vajadus
Koppel, S. — Kontinuaalse maailmapildi füsioloogilised alused. II. Emotsionaalne tegelikkusepeegeldus
Koppel, S. — Kontinuaalse maailmapildi füsioloogilised alused. III. Sõna, kujund ja emotsioon

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Jänes, V. — Statsionaarse psühhiaatrilise abi vajadus ja planeerimine
Väre, H. — Psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi areng, ülesanded ja perspektiivid

NÕUKOGUDE PUNASE RISTI SELTSIDE LIIT

Kuusik, A. — Mälestusi Punase Risti Seltsi tegevusest
Laos, V. — Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee IV pleenum
Vaaur, U. — 60 aastat NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu moodustamisest

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

Kadastik, H. — Kes tulevad seksuoloogi konsultatsioonile?
Kermes, R., Kutsar, T. — Sapikivi eemaldamine ühissapijuhast lünga abil
Lindström, S., Sepp, L., Teemusk, L. — Südamelihase infarkt ja luu aseptiline nekroos süsteemse erütematoosse luupuse korral
Maaroos, H.-I. — Whipple'i tõve kliinilised nähud ja diagnoosimine
Pokk, L., Vaopere, A. — Pahaloomulise mitmikkasvaja juht
Rattasep, E., Sildver, L., Lääne, V. — Kaasasündinud herpesviirusnakkus vast-sündinul
Raukas, E., Lillak, E., Kung, A. — Kopsude alveolaarse mikrolitiaasi juht
Salupere, V. — Mallory-Weissi sündroom
Vehm, K. — Fruktoositalumatus imikul

MÖTTEVAHETUS

Salupere, V. — Kas alkoholismi diagnoosimine meid rahuldab?
Tamm, L. — Järeilmõtteid pediaatria teemal pärast üleliidulist kongressi
Valgma, K. — Taas teemal «Quo vadis, medicina?»

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

Kutsar, K. — Loomulik resistentsus viiruste suhtes
Kuusma, M. — I vabariiklik ämmaemandate kutsevoistlus
Leet, K. — Tallinna Kiirabihaigla õdede nõukogu tööst
Lehepuu, B. — Elustamisvõtete oskustest kutsevoistlustel
Melamed, G. — Tallinna Kiirabihaigla kiirabivelskrite kutsevoistlus
Pauts, M. — Eesti NSV lääneraajoonide meditsiiniõdede kutsevoistlus
Talihärm, A. — Tallinna meditsiiniõdede neljandad kutsevoistlused

TARTU RIIKLIK ULIKOOL 1632—1982

362 Mõnda Tartu Riikliku Ülikooli juubelpäevadelt, tema mineviku ja oleviku austamise päevadelt **123**

ARSTITEADUSE AJALOOST

264 **Gustavson, H.** — 1983. aasta apteegijuu-
23 belid
Gustavson, H. — Vastseid andmeid Võru meditsiiniajaloo kohta **292**
Hauq, A., Gustavson, H. — 80 aastat Tallinna Vabariiklikku Psühhoneuroloogiahaiglat **121**
256 **Kalnin, V., Lövi-Kalnin, M.** — Eesti arstide seltisid 1919. aastani **377**
366 **Käer-Kingisepp, E.** — Eksperimentaalne seedefüsioloogia Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas möödunud sajandi keskpaiku **287**
427 **Prilimägi, L.** — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut 30-aastane **44**
Roost, A. — Kehra apteek 50-aastane **195**
Viksna, A. — Veerand sajandit P. Strandinši nimelist Meditsiiniajaloo muuseumi Riias **293**
331 **198**

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

Laos, V. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla dispanseerne osakond ja tööravi **205**

MEIE JUUBILARE

Aari Öun **381**
Aarne-Lembit Kõöp **140**
Aino Lukas **382**
Ants Rulli **300**
Armand Vardja **216**
August Goldberg **65**
August Lutsuver **140**
Ellen Lopato **216**
Ellen Talussaar **383**
Elmar Karu **65**
Elmar Rõigas **456**
Enno-Alfred Kõiv **140**
Erich Laisaar **300**
Evi Samarüütel **301**
Germina Albova **382**
Harri Tihane **140**
Harvey Tüür **215**
Heino Gustavson **66**
Heino Järv **139**
Hele-Riin Vassil **215**
Heljut Kapral **301**
Hilja Alev **382**
Igor Podolski **455**
Ilmar-Vello Novek **139**
Ilse Sepp **455**
Ivan Kovaljov **456**
Jaani Luberg **381**
Johan Sarv **66**
Kuno Kõrge **213**
Leida Eenma **382**
Livia Kirsch **215**
Magda Palts **66**
Maimu Olesk **383**
Mall-Kitty Leivalt **216**
Meeri Liivamägi **381**
Nadežda Ostrovskaja **456**
Olaf Imelik **139**
Raimu Laubre **215**
Salme Rooväli **216**
Sigrid Aru **301**
Silver Koppel **457**
Silvia Raave **457**
Tiiu Raudsepp **301**
Toomas Randvere **457**
Uuno-Arvid Sillajõe **383**
Vaike Aas **66**
Vaike Karu **455**
Valentina Kaselaid **383**
Valentina Lartseva **457**
Valdur Kung **456**
Veinart Põkk **300**

ARSTIDE SELTSIDES

Arak, E. — Tartu Farmatseutide Teadusliku Seltsi seminarkonverents

Haavel, A. — Kingisessa Arstide Teaduslik Selts aastail 1981...1983

Kahn, H. — Üleliidulise Toksikoloogide Teadusliku Seltsi I pleenum

Kainin, V. — Üleliidulise terapeutide ja meditsiinijaloolaste teaduslike seltside juhataste ühispleenum

Kauba, T. — L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi juhataste laiendatud pleenum

Laos, V. — Tallinna Akusöõride-Günekoloogide Teaduslik Selts 30-aastane

Maimets, O. — Eesti NSV Reumatoloogide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskonverents

Moks, M. — Eesti NSV Toksikoloogide Teaduslik Selts

Rebane, L. — Pärnu arstide ja õdede seltside II konverents

Rumm, A. — Üleliidulise Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi juhataste pleenum

Reinaru, J., Umanski, S. — Viie arstide seltsi ühine laiendatud plenaaristung

Silla, R. — Üleliidulise Hügienistide Teadusliku Seltsi laiendatud väljasõidupleenum

Sillastu, H. — Eesti NSV ja Läti NSV Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi ühine koosolek

Sillastu, H. — Eesti NSV ja Läti NSV Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi ühine koosolek

KONVERENTSID JA NOUPIDAMISED

Allikmets, L. — Üleliidulise sümposion teemal «Gamma-aminovõihappe derivaatide farmakoloogia»

Arak, E. — Ravimtaimede teadusliku uurimise ja kogumise alane seminarkonverents

Bošovski, S. — Kalakasvajate tekkepõhuste ja profülaktika alane sümposion

Ellamaa, A. — Neurokirurgide sümposion

Elstein, N. — Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine

Jannus, A. — Üleliidulise probleeminõukogu «Keskonnakaitse meditsiinilised aspektid» nõupidamine

Jänes, V. — NSV Liidu ja Soome psühhiaatrite V sümposion

Jürimäe, T. — Hingamise Kliinilise Füsioloogia Euroopa Ühingu kongress

Kahn, H. — Vabariiklik teaduslik-praktiline konverents «Töömeditsiini osa ja perspektiivid töövõtlakuse ning töökultuuri tõstmisel»

Kalits, I. — Ukraina NSV endokrinoloogide III kongress

Kainin, V. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi probleemkomisjoni tööstussanitaarkeemia alaseksiooni istung

Kainin, V. — S. Botkini 150. sünniaastapäevale pühendatud konverents

Kainin, V. — Üleliidulise (XIII Baltimaade) teadus- ja tehnikaajaloo konverents

Kask, V. — I üleliidulise teaduslik-praktiline konverents teemal «Laste ja alaealiste günekoloogia aktuaalsed küsimused»

Kreek, H. — Vabariiklik linnade ja rajoonide riiklike peasanitaararstide nõupidamine

Laan, I. — Infotöötajate VI vabariiklik nõupidamine

Laan, I. — Vabariiklik pediaatrite seminar

Laan, I. — Üleliidulise laste sanatoorse kuurordiravi konverents

Laos, V. — Nõukogude Liidu sanitaar-epidemioloogiatalituse 60. aastapäev

Lond, E., Pärn, H. — Gastroenteroloogia Teadusliku Uurimise Keskintituudi X sessioon

Loogna, N. — Soome ja Nõukogude Liidu teadlaste tööhügieeni- ja kutsehaigustelane ühissümposion

Loogna, N. — Üleliidulise seminar «Tööstusallergeenidest põhjustatud allergooside diagnoosimine ja profülaktika»

Lukas, A. — II üleliiduline kohtuarstide kongress

Luts, A. — VIII üleliiduline otorinolaringoloogide kongress

Pilv, I. — Üleliidulise seminar «Lastepoliikliniku profülaktilise töö organisatsioon terve lapse kasvatamisel»

Priimägi, L. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia üldkogu 49. istungjärg

Priimägi, L. — Üleliiduline gripisümposion Tallinnas

Raudam, E. — III üleliiduline neurokirurgide kongress

Rumm, A. — Eesti NSV ja Soome ftisiaatrite ning pulmonoloogide kohtumine

Rumm, A. — X üleliiduline tuberkuloosi eksperimentaalbaaside seminarnõupidamine

Saar, E. — Eesti NSV Sanitaarala Keskaastme Meditsiinitöötajate Seltsi XXIX konverents

Saarma, M. — NSV Liidu ja Tšehhoslovakkia psühhiaatrilane sümposion

Silla, R. — IV vabariiklik epidemioloogide, mikrobioloogide, infektsionistide ja hügienistide kongress

Sillastu, H. — XXV ülemaailmne tuberkuloosi ja kopsuhaiguste konverents

Sibul, U. — Tartu ja Turu ülikooli arstiteadlaste kolmas ühistöö koosolek

Tamm, A. — VII ülemaailmse Gastroenteroloogiaorganisatsiooni (OMGE) kongress

Tamm, L. — Kohtusid Eesti NSV ja Soome lastearstid

Tamm, L. — XI üleliiduline lastearstide kongress

Tamm, L. — Üleliiduline lastearstide nõupidamine

Tarum, M. — Kiievi Arstide Täiendamise Instituudi väljasõidutsikkel

Tatar, T. — IV üleliiduline konverents ravimite kõrvaltoime alal

Tikk, A., Kauba, T., Roose, M. — Vilniuse Riikliku Ülikooli neuroloogia ja psühhiaatria kateeder

Vapra, A. — Eesti NSV ja Soome reumatoloogide kohtumine

Veldre, I. — Keskonnahügieeni teaduslike aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni aastapleenum

Veldre, I. — Keskonnahügieeni teaduslike aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse seksiooni väljasõidupleenum

Villako, K. — TRÜ arstiteaduskonna ja Soome gastroenteroloogide koostöö

MITMESUGUST

Laiksoo, S. — Kehakultuurialase sotsialistliku võistluse kogemusi ja selle mõju töötajate kehakultuuriharrastusele

Laos, V. — Eesti NSV riiklik preemia vere- ja soontekirurgia arendamise eest

Tamm, O., Krooni, P. — Tervishoid ja keskkonnakaitse

VÄLISMAALT

Elstein, N. — Mõtteid pärast Šveitsi-reisi

JURIIDILIST NOUANNET

Muudatusi ja täiendusi Eesti NSV kriminaalkoodeksis

QUAESTIONES LINQUAE ESTONICAE IN MEDICINA

Bošovski, P. — Meditsiiniinterminite korras-
tamise suundadest ja ülesannetest

Kindlam, E. — Vokaalipikkuste edasiand-
misest antiikkeeltest lähtuvates terminites

Laan, I. — Meditsiiniterminoloogia ko-
misjonis

Liil, A. — «Tõbi» ja «haigus»

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Hinrikus, T. — Kaitsti kandidaadiväitekirja	204
Kohtla-Järve Meditsiiniikooli lõpetajad 1983. aastal	377
Maaroos, I. — Juri Ksenofontov arstiteaduse doktor	449
Maaroos, I. — Teaduslikke kutseid Tallinna Meditsiiniikooli lõpetajad 1983. aastal	450
Tartu Meditsiiniikooli lõpetajad 1983. aastal	204, 375
Teaduslikke kutseid TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1983. aastal	205, 376
Tähedpõld, L. — Esimene Eesti NSV teadusdoktor molekulaarbioloogia erialal	374, 372

UUSI RAVIMEID

Jürison, A. — Algipoor	462
Jürison, A. — Asparkaam	144
Jürison, A. — Bensobamüül	68
Jürison, A. — Dipromoonium	69
Jürison, A. — Glütsüraam	309
Jürison, A. — Kiofelliini silmatilgad	309
Jürison, A. — Sanasool	68
Jürison, A. — Sibasoon	462
Jürison, A. — Tiodiin	310

IN MEMORIAM

Boriss Pšenitšnikov 6. I 1907... 3. VIII 1983	461
Eesti NSV teeneline arst Harry Kanter 5. IV 1924... 21. II 1983	223
Elmiire-Helene Närska 12. VI 1899... 1. XII 1982	146
Johannes Saks 21. X 1901... 31. X 1982	145
Kira Vassiljeva 10. VII 1906... 27. I 1983	222
Maido Luts 12. VI 1931... 22. II 1983	224
Maria Valdes 30. IX 1888... 20. IV 1983	304
Professor Johan Sarv 2. II 1923... 27. VI 1983	386
Toivo Velgre 25. VIII 1940... 8. I 1983	147
Viktor Sargava 4. III 1918... 31. I 1983	148
Wolfgang Heidemaa 11. X 1924... 6. I 1983	221

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

Väre, H. — Psühhiaatria minevik ja tänapäev	387
---	-----

MEDITSIINITEHNIKA

Schotter, L., Panov, A., Mandel, O., Kuiv, R. — Krüoekstraktor-magnet hägustunud läätse ja sellesse sisenenud magnetilise killu eemaldamiseks	149
---	-----

TOIMETUSE VEERG

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1982. aasta preemiad	150
Tähistati «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 25. aastapäeva	226

KROONIKA . . . 69, 151, 228, 311, 388, 463

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal . . .	73, 156, 314, 391, 466
--	------------------------

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused	74, 235, 393, 467
---	-------------------

СОДЕРЖАНИЕ

К. Я. Гросс — К вопросу об охране здоровья подрастающего поколения	403
Рятсеп В. И. — Дополнительные мероприятия по охране здоровья населения	91
Рятсеп В. И. — Работа учреждений здравоохранения в 1982 г.	243
Саарма Ю. М. — Психиатрия в идеологической борьбе современности	3.

25 ЛЕТ ЖУРНАЛУ

«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ»

Вихалемм П. А. — Кто является читателем журнала «Здравоохранение Советской Эстонии»	89
Саарма Ю. М., Алликметс Л. Х., Гросс К. Я., Сибюль У. Ф., Ильмоя В. А. — Размышления и пожелания на пороге второго 25-летия «Здравоохранения Советской Эстонии»	85
Тамм О. М. — Размышления о прошлом и настоящем	83

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Аувяэрт Л. И., Вахинг В. А. — О сотрудничестве психиатра и психолога в уголовном процессе	5
Ауранен А., Яаримаа М. — Применение сукральфата при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки	168
Боговский П. А., Кани Ю. М., Роома М. Я. — Выделение с потом N-нитрозополиа, образовавшегося в человеческом организме	346
Бостон Л. Я., Унт Р. И., Мааринг Н. А. — Лактозная переносимость у детей двух первых лет жизни	416
Вагане Э. П., Тингас А. Ю. — О питании в больницах гор. Таллина	19
Воробьева Т. А. — Антитела к обкладочным клеткам желудка при язве	422
Вяэрт Э. А., Вяриник А. А. — Причина смерти — суицид	3
Гур-Арбе Б. Н., Смирнов В. А., Беляков Н. А., Петраш В. В. — Характер изменений гемодинамики и вентиляции после термических ожогов в эксперименте	424
Земцовский М. З., Валгма К. А. — Динамика липидов и липопротеидов сыворотки крови при остром инфаркте миокарда	250
Имелин О. И. — Изменения числа ретикулоцитов (ЧР) в периферической крови при мышечной работе и возможности их трактовки	98
Йыкс У. Л., Гива С. И., Тамм Э. Х., Маргус В. Л. — Обнаружение Yersinia enterocolitica в Эстонской ССР	169
Каасик А.-Э. А. — Научное сотрудничество между финскими и эстонскими неврологами и нейрохирургами в 1981—1982 гг.	104
Каск В. А., Кауэр К. Л., Ансип А., Суйтс-Юрстен С. — О применении расширенной клинической антропометрии на профилактических осмотрах девочек	405
Кауба Т. Ф., Каасик А.-Э. А., Пийрой Л. Э., Таммист В. П. — Неотложная терапия больных с инфарктом головного мозга — где и когда начинать?	14
Кауэр К. Л., Каск В. А. — О соотношениях между признаками полового развития и течением родов	410
Лаанес С. Х., Аллик Э. А. — Чувствительность к фагам и антибиотикам стафилококков, выделенных от микробноносителей	13
Лийвмяяги Ю. А. — Алкоголизм родителей и дети	334
Лыви-Калнин М. О. — Методика уранопластики мостовидными лоскутами в хирургическом лечении врожденных расщелин неба	9
Майметс О. М. — Гликокортикоиды и их значение при лечении ревматических заболеваний	94

Митрофанова Х. Н. — О надпороговых пробах в диагностике тугухости
Покк Л. Р. — Метастатические опухоли головного мозга
Пурде М. К., Хинт Э. К. — О выявляемости, методике самообследования и факторах риска при раке молочной железы
Пурде М. К., Зомойс М. А., Коале Х. А. — Овуляция и риск заболелания раком молочной железы у молодых женщин
Пярнат Я. П., Виру А. А., Матсин Т. А., Юрмляз Т. А., Сэппет Э. К. — Возрастная динамика внешнего дыхания и максимального потребления O_2 у обследуемых здоровых лиц в ЭССР
Раудсепп Ю. Ю. — Курение как проблема токсикомании
Рахумаа И. Э. — Об изменениях центральной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца после прямой реваскуляризации миокарда
Ребане Т. Х., Эха Я. Э., Луха О. А., Серна Т. Т. — Количественная оценка кровотока в аортокоронарных шунтах по киноангиографической методике
Саарма В. А., Эвераус Х. А. — Антитела антигена лейкоимии, выявленные у больных хронической лимфоидной лейкоимией методом точечного иммуноанализа
Салусте Л. Н., Тяхеылд А. К., Мадиссон А. Р. — Белок сыворотки крови и его фракции в разные периоды беременности
Синимяз Э. В., Гросс К. Я., Кыйв И. К. — Риск беременности и родов у женщин, перенесших гинекологические заболевания
Соопылд Ю. Х., Маароос Я. А., Уускиола М. М., Алтрая Э. М. — Насосная функция сердца и ее зависимость от величины асинергии стенки левого желудочка после инфаркта миокарда
Тамм О. М., Мартин Я. К., Кишко Г. В., Болотовский В. М., Геликман Б. Г. — Причины выпшки кори в гор. Таллине в 1982 г.
Тоомаспозг Л. Ю., Тоомла О. Х. — Действие алкоголя на иммунную систему организма
Труве Р. А., Сибуль У. Ф. — Ваготомия и органосохраняющие операции при язве желудка

ОБЗОРЫ

Аадамсоо А. М. — О прогнозе шизофрении
Бостон Л. Я. — Проявления со стороны пищеварительного тракта при муковисцидозе у детей
Вяре Х. Я. — Депрессии (нозологические формы и этиопатогенез)
Голи Б., Маяс М. — Пальмоплантарные гиперкератозы
Кермес Р. А. — Алкогольный панкреатит
Кундла М. И., Либерман Б. М. — Применение велоэргометрии при оценке функционального состояния, выраженности коронаросклероза и определения прогноза у больных стенокардией
Кюсаар М. Э. — Наследственные факторы в этиологии бесплодия у человека
Липпинг А. А., Фигуш А. И. — О концепции рака желудка
Мехилане Л. С. — О некоторых аспектах психофармакотерапии
Мяги М. А. — Эпилепсия и беременность
Ормиссон А. А.-Г. — Питание новорожденного
Поола Х. С., Сибул У. Ф. — Тактика хирургического лечения острого холецистита
Салупере В. П. — Алкоголь и желудок
Салупере В. П. — Алкоголь и печень

Тезсалу Р. В. — Интракоронарный тромбоз
Тоомла О. Х. — Действие нейрорептиков на иммунную систему
Тялли Х. Э., Сильдвер Л. М., Дмитриев П. Ю. — Гемолитико-уремический синдром у детей
Уускиола М. М. — О некоторых особенностях этиопатогенеза, клинической картины и прогноза инфаркта миокарда в молодом возрасте
Цуппинг Р. Х. — Платцебо-эффект
Эвераус Х. А. — Хроническая лимфатическая лейкоимия и иммунологическая реактивность организма

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА

Коппель С. Д. — О физиологических основах континуальности человеческой картины мира. 1. Сознание как проявление познавательной потребности
Коппель С. Д. — О физиологических основах континуальности человеческой картины мира. Статья 2. Эмоциональное отражение действительности
Коппель С. Д. — О физиологических основах континуальности человеческой картины мира. Статья 3. Слово, образ, эмоция

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Вяре Х. Я. — Развитие, задачи и перспективы психиатрической и наркологической помощи
Янес В. Х. — Потребность в стационарной психиатрической помощи и ее планирование

СОЮЗУ ОБЩЕСТВ

КРАСНОГО КРЕСТА СССР 60 ЛЕТ

Вагур У. Я. — 60 лет со времени образования Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР
Куузин А. А. — Воспоминания о деятельности Общества Красного Креста IV пленум Центрального комитета Общества Красного Креста Эстонской ССР

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

Вехм К. П. — Непереносимость фруктозы у грудного ребенка
Кадастик Х. Я. — Кто приходит на консультацию к сексологу?
Кермес Р. А., Кутсар Т. Х. — Удаление желчного камня из общего желчного протока с помощью петли
Линдстрём С. Л., Сепп Л. О., Тезмуск Л. Х. — Инфаркт миокарда и асептический некроз кости при красной системной волчанке
Маароос Х.-Я. Г. — Клинические симптомы и диагностирование болезни Уиппла
Покк Л. Р., Ваопере А. Э. — Случай первичной множественности злокачественных опухолей с тройной локализацией
Раттасеп Э. Ю., Сильдвер Л. М., Ляэне В. Я. — Врожденная герпетическая инфекция у новорожденного
Раукас Э. А., Лиллак Э. И., Кюнг А. И. — Случай альвеолярного микролитиаза легких
Салупере В. П. — Синдром Мэллори-Вейсс

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

Валгма К. А. — Еще раз на тему «Quo vadis, medicina?»
Салупере В. П. — Удовлетворяет ли нас диагностирование алкоголизма?
Тамм Л. Я. — Размышления на темы педиатрии после всесоюзного съезда

В ПОМОЩЬ ФЕЛЬДШЕРАМ И СЕСТРАМ

Куусма М. К. — I Республиканский конкурс профессионального мастерства акушеров	43
Кутсар К. К. — Естественная противовирусная резистентность	282
Лехепуу В. К. — О владении приемами реанимации на конкурсах профессионального мастерства	199
Меламед Г. М. — Конкурс профессионального мастерства фельдшеров скорой помощи Таллинской больницы скорой помощи	42
О работе совета медсестер Таллинской больницы скорой помощи	201
Паутс М. К. — Конкурс профессионального мастерства медицинских сестер западных районов Эстонской ССР	286
Талихярм А. А. — Четвертый конкурс профессионального мастерства медицинских сестер г. Таллина	287

ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ 1632...1982

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Виксма А. А. — К 25-летию Музея истории медицины им. П. Страдинша в Риге	198
Хауг А. В., Густавсон Х. А. — 80 лет со истории медицины в Выру	121
Густавсон Х. А. — Юбилейные аптеки 1983 года	292
Хауг А. В., Густавсон Х. А. — 80 лет со времени основания Таллинской республиканской психоневрологической больницы	377
Калнин В. В., Лывин-Калнин М. О. — Врачебные общества в Эстонии до 1919 г.	287
Клар-Кингисепп Э. Г. — Экспериментальная физиология пищеварения на медицинском факультете Тартуского университета в середине минувшего столетия	44
Приймаги Л. С. — Таллинскому научно-исследовательскому институту эпидемиологии, микробиологии и гигиены 30 лет	195
Роост А. Э. — Кехраской аптеке 50 лет	293

НОВЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Лаос В. А. — Диспансерное отделение Таллинской Республиканской психоневрологической больницы и трудотерапия	205
---	-----

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

Аари Ыун	381
Аарне-Лембит Кёэп	140
Август Гольдберг	65
Август Лутсувер	140
Айно Лукас	382
Антс Рулли	300
Арманд Вардя	216
Вайке Аас	66
Вайке Кару	455
Валдур Кюнг	456
Валентина Каселайд	383
Валентина Ларцева	457
Вейнарт Пыкк	300
Гермина Албова	382
Иван Ковалёв	456
Игорь Подольский	455
Ильзе Сепп	455
Ильмар-Велло Новек	139
Йохан Сарв	66
Куно Кырге	213
Лейда Ээнма	382
Ливия Кириш	215
Магда Палтс	66
Майму Олеск	383
Малл-Китти Лейвалт	216
Мёэри Лийвамяги	381
Надежда Островская	456
Олаф Имелик	139
Райму Лаубре	215

Салме Роовяли	216
Сигрид Ару	301
Сильвия Рааве	457
Сильвер Коппель	457
Тийу Раудсепп	301
Тоомас Рандвере	457
Ууно-Арвид Силлайе	383
Харвей Тююр	215
Харри Тихане	140
Хейно Густавсон	66
Хейно Ярв	139
Хеле-Рийн Вассил	215
Хелют Капрал	301
Килья Алев	382
Эви Самаркыйтел	301
Эллен Лопато	216
Эллен Талуссаар	383
Элмар Кару	65
Элмар Рыйгас	456
Энно-Альфред Кыйв	140
Эрих Лайсаар	300
Яан Луберг	381

В ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

Арак Е. Х. — Семинар-конференция Тартуского научного общества фармацевтов	299
Калнин В. В. — Всесоюзный объединенный пленум правлений научных обществ терапевтов и историков медицины	212
Кауба Т. Ф. — Расширенный пленум правления Общества неврологов, нейрохирургов и психиатров имени Л. Пуусеппа	453
Кахи Х. А. — I пленум Всесоюзного научного общества токсикологов	52
Лаос В. А. — Таллинскому научному обществу акушеров-гинекологов 30 лет	298
Майметс О. М. — Отчетно-выборная конференция Научного общества ревматологов Эстонской ССР	453
Моис М. А. — Научное общество токсикологов Эстонской ССР	212
Ребане Л. Т. — II конференция обществ пярнских врачей и медицинских сестер	51
Рейнару Й. К., Уманский С. Ш. — Объединенное расширенное пленарное заседание пяти врачебных обществ	211
Румм А. А. — Пленум правления Всесоюзного научного общества фтизиатров	454
Силла Р. В. — Расширенный выездной пленум Всесоюзного научного общества гигиенистов	51
Силласту Х. А. — Общее собрание Научного общества фтизиатров Эстонской ССР и Латвийской ССР	52
Силласту Х. А. — Общее собрание научных обществ фтизиатров Эстонской и Латвийской ССР	454
Хаавель А. А. — Научное общество врачей г. Кингисеппа в 1981...1983 гг.	210

КОНФЕРЕНЦИЯ И СОВЕЩАНИЯ

Алликетс Л. Х. — Всесоюзный симпозиум на тему «Фармакология дериватов гамма-аминомасляной кислоты»	451
Арак Э. Х. — Семинар-конференция по вопросам научного изучения и сбора лекарственных растений	134
Богоский С. П. — Симпозиум «Опухоли у рыб, разводимых в прудах и обитающих в морях и реках, — их причины и профилактика»	296
Вапра А. Н. — Тартуские, таллинские и пярнские ревматологи в Финляндии	63
Велдре И. А. — Выездной пленум секции санитарной охраны водоемов и гигиены Всесоюзной проблемной комиссии по разработке научных основ гигиены окружающей среды	62
Велдре И. А. — Годичный пленум всеоюзной проблемной комиссии, рассматривающей научные основы гигиены окружающей среды	297
Виллако К. П. — Сотрудничество гастроэнтерологов медицинского факультета	

ТГУ и Финляндии		
Калитс И. А. — III съезд эндокринологов Украинской ССР	53	Татар Т. О. — IV Всесоюзная конференция, посвященная побочному действию лекарств
Калнин В. В. — Всесоюзная (XIII Прибалтийская) конференция по истории науки и техники	60	Тики А. А., Кауба Т. Ф., Роосе М. С. — Конференция неврологов Литовской ССР
Калнин В. В. — Заседание секции промышленно-санитарной химии проблемной комиссии Института гигиены труда и профессиональных заболеваний Академии медицинских наук СССР	132	Элламаа А. Н. — Симпозиум нейрохирургов
Калнин В. В. — Конференция, посвященная 150-й годовщине со дня рождения С. Воткина	60	Эльштейн Н. В. — Всереспубликанское совещание терапевтов
Каск В. А. — I Всесоюзная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологии детей и несовершеннолетних»	134	Юримэз Т. А. — Конгресс Европейского общества клинической физиологии дыхания
Кахи Х. А. — Республиканская научно-практическая конференция «Роль и перспективы медицины труда и повышения производительности и культуры труда»	135	Янес В. Х. — V симпозиум психиатров СССР и Финляндии
Крезн Х. Я. — Республиканское совещание государственных главных санитарных врачей городов и районов		Яннус А. Э. — Совещание Всесоюзного проблемного совета «Медицинские аспекты охраны окружающей среды»
Лаан И. Ю. — Всесоюзная конференция по санитарно-курортному лечению детей		
Лаан И. Ю. — Республиканский семинар педиатров	452	РАЗНОЕ
Лаан И. А. — VI Республиканское совещание работников информации	57	Лайксоо С. М. — Опыт организации социалистического соревнования между физкультурными коллективами и его влияние на участие трудящихся в физкультурной работе
Лаос В. А. — 60-я годовщина санитарно-эпидемиологической службы Советского Союза	294	Лаос В. А. — Государственная премия ЭССР за развитие хирургии кровеносных сосудов
Лонд Е. Р., Пярн Х. М. — X сессия Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии	61	Тамм О. М., Кроони П. Э. — Здравоохранение и охрана окружающей среды
Лоогна Н. А. — Всесоюзный семинар «Диагностика и профилактика аллергозов, вызванных промышленными аллергенами»	58	
Лоогна Н. А. — Симпозиум ученых Финляндии и Советского Союза по вопросам гигиены труда и профессиональных заболеваний	452	ЗА РУБЕЖОМ
Лунаш А. А. — II Всесоюзный съезд судебных врачей	132	Эльштейн Н. В. — Размышления после поездки в Швейцарию
Лутс А. Э. — VIII Всесоюзный съезд оториноларингологов	209	ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ
Пильв И. Я. — Организация профилактической работы детской поликлиники по воспитанию здорового ребенка		Мойк Е. А. — Юридическая консультация
Приймяги Л. С. — Всесоюзный симпозиум по гриппу в Таллине	137	ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ
Приймяги Л. С. — 49-я сессия общего собрания Академии медицинских наук СССР		Боговский П. А. — О направлениях и задачах упорядочения медицинской терминологии
Раудам Э. Ю. — III Всесоюзный съезд нейрохирургов	385	Киндлам Э. К. — О передаче долготы гласных в терминах, восходящих к античным языкам
Румм А. А. — Встреча фтизиатров и пульмонологов Эстонской ССР и Финляндии	135	Лаан И. А. — В комиссии терминологии
Румм А. А. — X Всесоюзный семинар-совещание экспериментальных туберкулезных баз	136	Лилль А. Э. — «Tõbi» и «haigus»
Саар Э. В. — XXIX конференция медицинских работников средней ступени санитарной службы Эстонской ССР		ПОДГОТОВКА КАДРОВ
Саарма М. Ю. — Симпозиум по психиатрии ученых СССР и Чехословакии	209	НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
Сибуль У. Ф. — Третье общее собрание ученых-медиков Тартуского и Турского университетов	295	68, 144, 309, 462
Силла Р. В. — IV Республиканский съезд эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов		НЕКРОЛОГИ
Силласту Х. А. — XXV Всемирная конференция по туберкулезу и легочным заболеваниям	208	Борис Пшеничников 6. I 1907... 3. VIII 1983
Тамм А. О. — На форуме гастроэнтерологов	54	Виктор Сяргава 4. III 1918... 31. I 1983
Тамм Л. Я. — Всесоюзное совещание детских врачей	63	Вольфганг Хейдемаа 11. X 1924... 6. I 1983
Тамм Л. Я. — Встретились детские врачи Эстонской ССР и Финляндии		Эльмийре-Хелене Нярска 12. VI 1899... 1. XII 1982
Тамм Л. Я. — IX Всесоюзный съезд детских врачей	385	Йохан Сарв 2. II 1923... 27. VI 1983
Тарум М. М. — Выездной цикл Киевского института усовершенствования врачей	451	Кира Васильева 10. VII 1906... 27. I 1983
	62	Майдо Лутс 12. VI 1931... 22. II 1983
		Мария Валдес 30. IX 1888... 20. IV 1983
		Тойво Велгре 25. VIII 1940... 8. I 1983
		Харри Кантер 5. IV 1924... 21. II 1983
		Юханнес Сакс 21. X 1901... 31. X 1982
		КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ
	133	Вяре Х. Я. — Прошлое и настоящее психиатрии
	56	МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
	138	Шоттер Л. Х., Панов А. В., Мандель Ы. М., Куйв Р. В. — Криоэкстрактор-магнит для одновременного удаления катаракты с внедренным в хрусталик магнитным осколком
	63	
	296	ГРАНКИ РЕДАКЦИИ
	55	ХРОНИКА
	136	Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати
	295	Законченные исследования ученых Эстонской ССР

РЕФЕРАТИВНЫЙ ЖУРНАЛ

MAAILMA JUHTIVAMAID REFERAAT-
AJAKIRJU, MILLES AVALDATAKSE
INFORMATSIOONI 66 KEELES 130
MAA MONOGRAAFIATE,
KOGUMIKE, AJAKIRJADE JM. KOHTA.

Ajakiri ilmub 200 väljaandes
ning võimaldab minimaalse ajakuluga tutvuda maailma
teaduse ja tehnika uusimate saavutustega,
Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus
on ajakirja «Реферативный журнал»
järgmised väljaanded:

«Биологическая химия», «Биология», «Иммунология.
Аллергология», «Клиническая фармакология»,
«Медицинская география», «Молекулярная биология»,
«Общие вопросы патологической анатомии»,
«Онкология», «Токсикология», «Фармакология.
Химиотерапевтические средства».

ВСЕСОЮЗНЫЙ ИНСТИТУТ НАУЧНОЙ
И ТЕХНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (ВИНИТИ)



PSOBERANUM

Psoberaani kasutatakse vitiliigo ja koldelise juuste väljalangemise raviks.

Ravimit võetakse 0,01 g (1 tablett) 2...3 korda päevas pool tundi enne sööki. Samal ajal määratakse kahjustus-
koldeid 0,1%-lise psoberaanilahusega ning kiiritatakse.

Ravikuur kestab 3...3,5 kuud, seda korratakse pärast 1...1,5-kuulist vaheaga.

Komplekti kuuluvad 0,01-grammised tabletid ja 0,1%-line lahus.