TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

1963

1

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

ÄRGE UNUSTAGE ÕIGEAEGSELT PIKENDADA AJAKIRJA TELLIMIST.

AJAKIRI

„NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID"

1963. a.

SISUKORD

ЖУРНАЛ

„НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОИД"

1963 г.

СОДЕРЖАНИЕ

SARAP, A. — Saavutustest ja ülesannetest . . . . . I— 3

SARAP, A. ja MEIKAS, U. — Kommunistliku töö liikumisest vabariigi tervishoiuasutustes . . . IV— 3

SARAP, A. ja NEPOTŠATÕHH, G. — Meditsiiniasutuste ühiskondlikud nõukogud . . . . . II— 3

САРАП А. — О достижениях и задачах

САРАП А. и МЕЙКАС У. — Движение за коммунистический труд в учреждениях здравоохранения республики

САРАП А. и НЕПОЧАТЫХ Г. — Общественные советы медицинских учреждений

Teooria ja praktika

Теория и практика

DANILOVITŠ, A. — Düsenteeria ravist enteroseptooliga . . . I—14

ДАНИЛОВИЧ А. — Лечение дизентерии энтеросептолом

EITELBERG, M. — Ravimiallergiast . . . . . IV—26

ЭЙТЕЛЬБЕРГ М. — О лекарственной аллергии

ELŠTEIN, N. ja RANDVERE, A. — Elektrolüütide tasakaaluhäiretest kardiovaskulaarse puudulikkuse ravimisel . . . . . IV—21

ЭЛЬШТЕЙН Н. и РАНДВЕРЕ А. — О патологии обмена электролитов при лечении недостаточности кровообращения

FARBER, M. — Nimme-ristluu radikuliidi etioloogiast ja patogeneesist . . . . . IV—33

ФАРБЕР М. — К вопросу этиологии и патогенеза пояснично-крестцового радикулита

GRAMANN, M. — Hammaste replanteerimisest . . . . . III—23

ГРАМАНН М. — О реплантации зубов

GROSS, J. — Müokardi infarkti komplikatsioonidest . . . . III— 9

ГРОСС Ю. — Об осложнениях инфаркта миокарда

GROSS, J. — Paralleelpatoloogiast kui diferentsiaaldiagnostilisest probleemist sisehaiguste kliinikus V—18

ГРОСС Ю. — Параллельная патология как дифференциально-диагностическая проблема терапевтической клиники

GROSS, K. — Raseduse, sünnituse ning sünnitusjärgse perioodi juhtimisest struuma- ja türeotoksikoosihaigetel . . . . . II—19

ГРОСС К. — Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин с зобом и тиреотоксикозом

JANNUS, A. — ECHO-12 viiruse poolt põhjustatud soolenakkuse puhang Eesti NSV-s . . . . I—18
JANNUS, A., MÄNNIK, K. ja NÄRSKA, E. — Gripipuhang ühes Pärnu rajooni koolis . . . . I—28
JANNUS, L. ja HARJO, V. — Tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse määramise kliiniline tähtsus . . . . . III—30
JENTS, A. — Tähelepanekuid aerosoolide rakendamise kohta ülemiste hingamisteede põletikkude ravimisel . . . . . VI—21
KARAPETJAN, A. — Düsenteeriabakterite mõjust lambliakultuurile . . . . . II—38
KERES, L. ja UIBO, A. — Soole ensümopaatiatest varaealistel lastel . . . . . I—16
KIRTSI, T. ja ALLIK, E. — Heterohemaglutinatsiooni-reaktsiooni diagnostilisest väärtusest epideemilise hepatiidi puhul . . . . I—25
KIVILO, M. — Esimesed narkoosid hingamisautomaadi abil Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris . . . . . II—11
KLIIMANN, A. ja TEEÄÄR, E. — Struuma resektsiooni näidustustest . . . . . IV— 6
KOHANDI, E. ja LIIV, V. — Haimoriitidest lastel . . . . . III—14
KONSAP, O. — DDT ja heksakloraani kahjulikust mõjust . . II—31
KRUUSE, H. ja ESPAR, L. — Otoskleroosist ja selle kirurgilise ravi tulemustest . . . . . VI—17
KÕRGE, K., VALGMA, K. ja POOLAK, V. — Vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappe määramisest reuma ja reumatoidse artriidiga haigetel (Autoreferaat) . V—16
KÄÄRI, H. — Mõnedest ravitavatest oligofreeniavormidest . . V—21
LEHEPUU, B. — Tähelepanekuid elustamismeetodite kasutamisel haigete kliinilise surma staadiumis . . . . . II— 6
LIIV, E. ja TIHANE, H. — Modelleeritud kipssideme-longeti kasutamisest dislokatsioonita monomalleolaarsete murdude raviks . II—16
LUTS, M. — Aktsidentsetest süstoolsetest kahinatest lastel . . . III— 3
LÕVI, M. — Hammaste replanteerimisest lastel lõualuupõletikkude ja traumade puhul . . . . III—20
MARDNA, A. — Retikuloosi (retikuloendotelioosi) kliinilistest iseärasustest . . . . . IV—17
MASIK, I. — Sanitaarorganite ülesannetest vabariigis . . . . I— 6
MOSSIN, V. — C-reaktiivse valgu määramisest angiini ja kroonilise tonsilliidi puhul . . . . VI—28
PANDRE, A. ja RIHMA, A. — Eesti kaugesõidu kalapüügilaevade meremeeste toitlustamisest . . IV—29

ЯННУС А. — Вспышка кишечной инфекции, вызванная вирусом ECHO-12 в Эстонской ССР
ЯННУС А., МЯННИК К. и НЯРСКА Э. — О вспышке гриппа в одной из школ Пярнуского района
ЯННУС Л. и ХАРЬЮ В. — Клиническое значение определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза
ЙЕНТС А. — Опыт применения аэрозолей при лечении воспалений верхних дыхательных путей
КАРАПЕТЯН А. — О влиянии дизентерийных бактерий на культуру лямблий
КЕРЕС Л. и УЙБО А. — Об энзимопатиях кишечника у детей раннего возраста
КИРТСИ Т. и АЛЛИК Э. — О диагностической ценности реакций гетерогемагглютинации при эпидемическом гепатите
КИВИЛО М. — Первые наркозы при помощи дыхательного автомата в Таллинском республиканском онкологическом диспансере
КЛИЙМАН А. и ТЕЭЯАР Э. — О показаниях к резекции зоба
КОХАНДИ Э. и ЛИЙВ В. — О гайморитах у детей
КОНСАП О. — О вредном действии ДДТ и гексахлорана
КРУУЗЕ Х. и ЭСПАР Л. — Отосклероз и результаты его хирургического лечения
КЫРГЕ К., ВАЛГМА К. и ПООЛАК В. — Определение мукопротеидов и сиаловой кислоты в сыворотке крови больных ревматизмом и ревматоидным артритом (Автореферат)
КЯЯРИ Х. — О некоторых формах олигофрении поддающихся лечению
ЛЕХЕПУУ Б. — Данные о применении методов оживления в стадии клинической смерти
ЛИЙВ Э. и ТИХАНЕ Х. — О применении моделированной гипсовой повязки-лонгетки для лечения несмещенных мономаллеолярных переломов
ЛУТС М. — Об акцидентальных систолических шумах у детей
ЛЫВИ М. — К вопросу реплантации зубов у детей при воспалительных заболеваниях и травматических повреждениях челюстей
МАРДНА А. — О клинических особенностях ретикулеза (ретикуло-эндотелиоза)
МАЗИК И. — О задачах санитарных органов в республике
МОСИН В. — Клиническое изучение метода определения С-реактивного белка при ангине и хроническом тонзиллите
ПАНДРЕ А. и РИХМА А. — О питании моряков эстонских рыболовных траулеров дальнего плавания

PETLEM, H. — Eesnäärme adenomatoosi hormooniravist . . . IV—11

PURDE, M. — Endise Märjamaa rajooni elanike profülaktilisest läbivaatusest vähktõve suhtes . IV—14

RAPOPORT, K., CHEVALIER, A. ja LOIGE, E. — Peaaju õhkembooliaga haige eduka ravimise juht kõrgendatud atmosfäärirõhuga . . . . . III—18

REINARU, J. — Nakkusliku kollatõve kollasuseta ja pühkunud vormide sümptomatoloogia ja diagnostika . . . . . I—21

REINARU, J., BELOŠAPKINA, T., NÄRSKA, E. ja KRITŠEVSKAJA, L. — Heterohemaglutinatsiooni-reaktsioon ja nakkuslik kollatõbi . . . . . V—10

SAARMA, V. — Krooniliste hepatiitide ja maksatsirroosid ravist kortikoidhormoonidega (Kirjanduse ülevaade) . . . . . V— 3

SIBUL, S. — BCG-otiidist imikueas VI—24

SUI, V. — Tuberkuloosivastastest ravimitest põhjustatud kõrvalnähud, nende ravi ja vältimine (Kirjanduse ülevaade) . . . III—26

SÄRGAVA, V., LAAMANN, E. ja GERASSIMOVA, K. — Otoskleroosi diagnoosimisest, kirurgilise ravi näidustustest ja selle tulemustest . . . . . VI—13

SÖÖT, K. ja VINKMAN, F. — Hüaliinmembraanidest enneaegsete vastsündinute kopsudes . . . I—31

ŽELANDOVSKAJA, J., MAI, R., SIDOROV, M. ja SOKOLOVA, L. — Botkini tõve kliinikust ja ravist . . . . . V— 7

ZOBEL, P. ja PRAULINJA, I. — Kinnine süsteem destilleeritud vee juhtimiseks assisteerimislauale . . . . . I—37

TERAS, J., RÕIGAS, E. ja LAAN, I. — Urogenitaaltrakti trihhomonoosi põdevate haigete katselisest dispanseerimisest . . II—26

TRUDNIKOV, V. — Õlavarre kakspealihase nahaaluste rebendite kliiniline pilt ja kirurgiline ravi VI—31

TÄHNAS, K. — Inimeste tuberkuloosi osatähtsusest veiste tuberkuloosi haigestumisel . . . . V—25

UNGER, J. ja VIRU, A. — Ebaühtlase südamerütmi seosest laste kehalise võimekusega . . . III— 7

VALGMA, K. — Kantaridiinivilli eksudaadi proteinoloogilistest muutustest reuma ja reumatoidse artriidi puhul . . . . . V—14

VAPRA, A. — Akuutsetest kopsupõletikkudest mõnede Eesti NSV haiglate andmeil . . . . . IV—37

VASSILJEVA, K. ja SIDOROV, M. — Düsenteeriasse haigestumise vähendamisest . . . . . I— 9

ПЕТЛЕМ Х. — О лечении гормонами аденоматоза предстательной железы

ПУРДЕ М. — О профилактических осмотрах жителей бывшего Мярьямааского района с целью выявления заболеваний раком

РАПОПОРТ К., ШЕВАЛЬЕ А. и ЛОЙГЕ Э. — Случай удачного лечения воздушной эмболии головного мозга повышением атмосферного давления

РЕЙНАРУ И. — Симптоматология и диагностика безжелтушных и стертых форм инфекционного гепатита

РЕЙНАРУ И., БЕЛОШАПКИНА Т., НЯРСКА Э. и КРИЧЕВСКАЯ Л. — Реакция гетерогемагглютинации и болезнь Боткина

СААРМА В. — О лечении хронических гепатитов и циррозов печени гормонами коры надпочечников (Обзор литературы).

СИБУЛЬ С. — БЦЖ-отит в грудном возрасте

СУЙ В. — Побочные явления, вызываемые противотуберкулезными препаратами, их лечение и предупреждение (Обзор литературы)

СЯРГАВА В., ЛААМАН Э. и ГЕРАСИМОВА К. — О диагностировании отосклероза, показаниях к хирургическому лечению и результатах его

СЁЭТ К. и ВИНКМАН Ф. — Легочные гиалиновые мембраны у недоношенных новорожденных

ЖЕЛАНДОВСКАЯ Е., МАЙ Р., СИДОРОВ М. и СОКОЛОВА Л. — О клинике и лечении болезни Боткина

ЗОБЕЛЬ П. и ПРАУЛИНЯ И. — Закрытая система для подачи дистиллированной воды на ассистентский стол

ТЕРАС Ю., РЫЙГАС Э. и ЛААН И. — Опытная диспансеризация больных трихомонозом урогенитального тракта

ТРУДНИКОВ В. — Клиника и оперативное лечение подкожного разрыва двуглавой мышцы плеча

ТЯХНАС К. — Значение туберкулеза человека в заболеваемости скота туберкулезом

УНГЕР Ю. и ВИРУ А. — О связи неравномерности ритма сердечной деятельности с физическими способностями детей

ВАЛГМА К. — Об изменениях белков эксудата кантаридинового пузыря при ревматизме и ревматоидном артрите

ВАПРА А. — Об острых пневмониях по данным некоторых больниц Эстонской ССР

ВАСИЛЬЕВА К. и СИДОРОВ М. — О снижении заболеваемости дизентерией

VEERMA, I. — Aminasiiniravi tulemustest varase rasedustoksikoosi korral . . . . . II—22
VEINPALU, E. — Kurortoloogia areng Eestis . . . . . VI— 8
VELDRE, I. — Ioniseeritud vee toksikoloogilisest uurimisest . . II—35
VERNIK, L. — Pärnu kuurort 125-aastane . . . . . VI— 3
VIŠNJAKOVA, L., MEDINSKI, G. ja PIHL, H. — Tallinna tuvide uurimisest ornitoosi suhtes . . III—34

ВЕЭРМА И. — О результатах лечения аминазином раннего токсикоза беременности
ВЕЙНПАЛУ Э. — Развитие курортологии в Эстонии
ВЕЛДРЕ И. — К токсикологической характеристике ионизированной воды
ВЕРНИК Л. — 125-летие курорта Пярну
ВИШНЯКОВА Л., МЕДИНСКИЙ Г. и ПИХЛ Х. — Обследование голубей г. Таллина в отношении орнитозной инфекции

Tervishoiu organisatsioon

Организация здравоохранения

NORDBERG, A. — Maarajoonide ja rajoonihaiglate struktuuri muutmisest Eesti NSV-s . . . . V—31
PODOLSKI, I. — Vabariigi apteekide tööst 1962. aastal ja ülesannetest 1963. aastal . . . . . IV—43
REKK, T. — Elanikkonna stomatoloogilise teenindamise parandamisest . . . . . VI—36
SARAP, A. ja MARANTS, M. — Eesti NSV haiglate ja polikliinikute tegevusest 1962. aastal ning edaspidistest ülesannetest . . V—29

НОРДБЕРГ А. — Изменение структуры районов и районных больниц в Эстонской ССР
ПОДОЛЬСКИЙ И. — О работе аптек республики в 1962 году и задачах на 1963 год
РЕКК Т. — Об улучшении стоматологической помощи
САРАП А. и МАРАНЦ М. — Некоторые итоги деятельности больничнополиклинических учреждений за 1962 год и задачи здравоохранения в ЭССР

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

Обмен опытом и казуистика

AUS, M. — Moskva apteekide töökogemustest . . . . . III—44
FREIBERG, I. — Jämesoole kasvajat simuleeriv Meckeli divertiikul lapsel . . . . . I—42
FREIBERG, I. ja PIHL, H. — Salmonelloosse etioloogiaga osteomüeliidijuhud lastel . . . . VI—46
HAAVEL, A. — Kahe ussjätkega haige . . . . . IV—50
KOSAR, H. — Marmortõve juht . V—35
KUIK, E. — Haigla apteegi töö kogemustest . . . . . IV—51
LAASIK, P. — Tromboosidele kalduva haige operatiivsest ravist sapipõiejuha kivi puhul . . . III—42
LIIV, E. — Kogemusi reieluu trohanteersete murdude operatiivsest ravist . . . . . V—42
OMEL, E. — Kogemusi stenokardiaga haigete ravimisel nikotiinhappe ja suguhormoonidega . . V—37
PERMAND, E. Munasarjaraseduse juht . . . . . IV—49
PIHELGAS, D. — Strofantiini manustamisest tilkinfusiooniga . III—38
SAARE, H. — Mesenteeriumitsüstist tingitud soolesulgus . . . . II—41
SAHHAROV, I. ja KLOMPUS, M. — Ureterotseele juht rasedal . . VI—44
SALZMAN, S. — Kasvajate metastaasidest luudes . . . . . IV—47
SALZMAN, S. — Röntgenoloogilise uurimise tähtsusest mõnede kopsuhaiguste diagnoosimisel . . VI—40

АУС М. — Из опыта работы аптек г. Москвы
ФРЕЙБЕРГ И. — Меккелев дивертикул, симулирующий у ребенка опухоль толстого кишечника
ФРЕЙБЕРГ И. и ПИХЛ Х. — Случай остеомиелита салмонеллезной этиологии у детей.
ХААВЕЛЬ А. — Больной с двумя червеобразными отростками слепой кишки
КОСАР Х. — Случай мраморной болезни
КУЙК Э. — Из опыта больничной аптеки
ЛААЗИК П. — Об оперативном лечении больного склонного к тромбозам по поводу камня протока желчного пузыря
ЛИЙВ Э. — Опыт оперативного лечения вертельных переломов бедренной кости
ОМЕЛЬ Е. — Опыт лечения больных стенокардией никотиновой кислотой и половыми гормонами
ПЕРМАНД Э. — Случай яичниковой беременности
ПИХЕЛЬГАС Д. — О капельных вливаниях строфантина
СААРЕ Х. — Случай непроходимости кишечника, обусловленной мезентериальной кистой
САХАРОВ И. и КЛОМПУС М. — Случай уретероцеле у беременной
ЗАЛЬЦМАН С. — О метастазах опухолей в костях
САЛЬЦМАН С. — Значение рентгенологического исследования в диагностике некоторых заболеваний легких

SEPP, P. — Külg-küljega enteroanastomoosi tehnikast ja selle operatsiooniga seotud soolesulguse profülaktikast . . . . V—40
TOOTS, R. — Schambergi tõve juht III—40
TRUDNIKOV, V. — Mõlema reieluu lahtise murruga haige operatiivse ravi juht . . . . . II—39
VÄIN, K. — Harukordne düsgerminoomijuht . . . . . II—42

СЕПП П. — О технике энтероанастомоза «бок в бок» и профилактике кишечной непроходимости
ТООТС Р. — Случай болезни Шамберга
ТРУДНИКОВ В. — Случай оперативного лечения открытого перелома обеих бедренных костей
ВЯЙН К. — Редкий случай дисгерминомы

Abiks velskritele ja õdedele

В помощь фельдшерам и сестрам

AHU, L. — Kuulmise uurimisest ja kuulmishäirete diferentsiaaldiagnoosimisest . . . . . VI—50
ELŠTEIN, N. — Ravimite õigest kasutamisest . . . . . I—52
GROSS, K. — Basaaltemperatuuri andmete diagnostilisest tähtsusest II—49
KAHN, H. — Aneemia . . . . III—50
KAHN, H. — Krooniline hepatiit . VI—55
KERES, L. — Kuidas vältida õnnetusi lastega ja anda esmaabi . . I—48

KURVITS, E. — Meditsiiniõde — sanitari õpetaja ja juhendaja . III—54
KÖÖP, E. — Haigla vastuvõtuosakonna tööst . . . . . I—46
METSMÄE, A. — Meditsiiniõe kutse-eetikast ja käitumisest . I—44

NALJOTA, V. — Mõnede ravimite kasutamisest südame ja veresoonkonna haiguste puhul . . VI—58

PIHL, H. — Soolenakkuste vältimisest koolis . . . . . II—45
PIKKSAAR, O. — Tuberkuloosi õigeaegsest avastamisest . . . IV—59
ROOTS, H. — Mõnede haiguste ravimisest fütontsiididega (Kirjanduse andmetel) . . . . . V—53
RÄTSEP, I. — Südame piirkonnas esinevast valust . . . . . V—49
SCHAMARDIN, B. — Müokardi infarkti eelse seisundiga haigete diagnoosimine ja ravi . . . III—46
SCHAMARDIN, N. — Kutsetööst tingitud nahahaiguste profülaktikast . . . . . V—45
SÄRGAVA, V. — Kuulmise parandamise võimalustest tänapäeval . IV—54
TAIGRO, V. — Günekoloogiliste vaatluskabinettide töö parandamisest . . . . . II—52
VALVERE, Ü. — Pärasoole vähktõve varajasest avastamisest ambulatoorsel läbivaatusel . . . . IV—61
VODI, A. ja EERO, M. — Kogemusi väikelaste põetamisel . . . . V—58

АХУ Л. — Об исследовании слуха и дифференциальной диагностике нарушений слуха
ЭЛЬШТЕЙН Н. — О правильном применении некоторых медикаментов
ГРОСС К. — О диагностической ценности данных базальной температуры
КАХН Х. — Анемия
КАХН Х. Хронический гепатит
КЕРЕС Л. — О профилактике и первой помощи при несчастных случаях с детьми
КУРВИТС Е. — Медицинская сестра — учитель и руководитель санитарки
КЕЭП Э. — О работе приемного покоя больницы
МЕТСМЯЕ А. — Профессиональная этика и поведение медицинской сестры
НАЛЬОТА В. — Об использовании некоторых лекарственных веществ при заболеваниях сердца и сосудистой системы
ПИХЛ Х. — О предупреждении кишечных инфекций в школе
ПИККСААР О. — О своевременном выявлении туберкулеза
РООТС Х. — О лечении фитонцидами некоторых болезней (По данным литературы)
РЯТСЕП И. — Боли в области сердца
ШАМАРДИН Б. — Диагностика и лечение больных в прединфарктном состоянии
ШАМАРДИНА Н. — О профилактике профессиональных кожных заболеваний
СЯРГАВА В. — Возможности улучшения слуха на современном этапе
ТАЙГРО В. — Об улучшении работы смотровых гинекологических кабинетов
ВАЛЬВЕРЕ Ю. — О раннем выявлении рака прямой кишки при амбулаторных осмотрах
ВОДИ А. и ЭЕРО М. — Опыт ухода за больными детьми младшего возраста

Kaadri ettevalmistamine

Подготовка кадров

HORN, A. — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad . . . . . III—57
HORN, A. — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1963. a. . . . V—64
KUUSK, I. — Rajooni keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisest . . . . III—58

ХОРН А. — Окончившие Тартускую медицинскую школу
ХОРН А. — Окончившие в 1963 г. Тартускую медицинскую школу
КУУСК И. — О повышении квалификации средних медицинских работников района

MAAROOS, I. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajad 1963. a. . . . . V—60
SÕERDE, K. — Tallinna Meditsiiniliine Kool 20-aastane . . . . III—57
SÕERDE, K. — Uus lend Tallinna Meditsiinilisest Koolist . . . V—62

Sanitaarharidustöö

JÄNES, H. — Trükisõnast sanitaarharidustöös . . . . . III—59
RAIG, M. — Sanitaarharidustööst naiste ja laste tervise kaitsmisel . V—65

Arstiteaduse ajaloost

KONDRATJEVA, G. Lühiandmeid helmintoloogia ajaloost Eestis . IV—63
NURMAND, L. — Sada aastat hüpotermiat . . . . . VI—65
ROOTS, H. — Arstiteadusliku ajakirja «Tervis» aastakäike sirvides II—55
SIIRDE, E. — Professor Henrik Koppeli sajandaks sünnipäevaks VI—61

Konverentsid ja nõupidamised

ELŠTEIN, N. — Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi konverentsilt . . . . . III—65
JANNUS, A. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Üldkoosoleku XVII sessioon Leningradis . . III—66
JANNUS, A. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirus-Entsefaliitide Instituudi VIII teaduslik sessioon . . . VI—70
JÄNES, H. — Üleliiduline nõupidamine põlevkiviõlide dekantserogeniseerimise küsimustes . . II—69
KAHN, H. — Gerontoloogia- ja geriaatria-alane vabariiklik konverents . . . . . I—57
KALLIKORM, A. — V arstiteaduse üliõpilaste konverents Vilniuses . II—63
KALNIN, V. — Konverents Balti vabariikide ja Valgevene arstiteaduse ajaloo küsimustes . . VI—69
KONDRATJEVA, G. — Üleliidulise helmintoloogide seltsi teaduslik sessioon . . . . . II—62
KURVITS, E. — Vanem-meditsiiniõdede vabariiklikust seminarist Tartus . . . . . III—66
KUSLAP, T. — Teaduslik konverents Riias . . . . . V—69
LEHEPUU, B. — Anestesioloogia ja reanimatoloogia teaduslikult konverentsilt . . . . . V—69
LEHEPUU, B. — Sümpoosion müorelaksantide kasutamise küsimustes . . . . . II—62
LENZNER, A. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduslik konverents . . . . . III—63
LOOGNA, G. — Esimene rahvusvaheline histokeemia-alane sümpoosion . . . . . V—70

МААРООС И. — Окончившие в 1963 г. медицинский факультет Тартуского государственного университета
СЫЭРДЕ К. — 20-летие Таллинской медицинской школы
СЫЭРДЕ К. — Новый выпуск Таллинской медицинской школы

Санитарно-просветительная работа

ЯНЕС Х. — О печатном слове в санитарно-просветительной работе
РАЙГ М. — О санитарно-просветительной работе по охране материнства и детства

История медицины

КОНДРАТЬЕВА Г. — Из истории гельминтологии в Эстонии
НУРМАНД Л. — Сто лет гипотермии
РООТС Х. — Перелистывая комплекты медицинского журнала «Тервис»
СИЙРДЕ Э. — К 100-летию со дня рождения профессора Генрика Коппеля

Конференции и совещания

ЭЛЬШТЕЙН Н. — О конференции Таллинского научного общества терапевтов
ЯННУС А. — XVII сессия Общего собрания Академии медицинских наук СССР в Ленинграде
ЯННУС А. — VIII научная сессия Института полиомиелита и вирусных энцефалитов Академии медицинских наук Союза ССР
ЯНЕС Х. — Всесоюзное совещание по вопросам деканцерогенизации сланцевых смол
КАХН Х. — Республиканская конференция по геронтологии и гериатрии
КАЛЛИКОРМ А. — V конференция студентов медиков в Вильнюсе
КАЛНИН В. — Конференция по вопросам истории медицины республик Прибалтики и Белорусской ССР
КОНДРАТЬЕВА Г. — Научная сессия Всесоюзного общества гельминтологов
КУРВИТС Э. — О республиканском семинаре старших медицинских сестер в г. Тарту
КУСЛАП Т. — Научная конференция в Риге
ЛЕХЕПУУ Б. — Научная конференция по анестезиологии и реаниматологии
ЛЕХЕПУУ Б. — Симпозиум по вопросам применения миорелаксантов
ЛЕНЦНЕР А. — Научная конференция медицинского факультета Тартуского госуниверситета
ЛООГНА Г. — Первый международный симпозиум по гистохимии

LUKAŠ, A. — Eesti NSV kohtuarstide ja patoloog-anatoomide konverents . . . . . VI—68
MALVISTE, R. — Vabariiklik meditsiiniõdede konverents . . . I—57
MALVISTE, R. — Vabariiklik seminar reumatoloogia küsimustes . VI—68
MEDINSKI, G. — Puuk-entsefaliiti ja teisi arborviiruslikke nakkusi käsitlev konverents . . . . III—67
MEDINSKI, G. ja PIHL, H. — Nakkushaiguste- ja hügieenialane konverents . . . . . I—56
MIROŠNITSENKO, R. — XI üleliiduline endokrinoloogide dekaad . VI—70
NORDBERG, A. — Tervishoiutöötajate ametiühingu konverents . IV—66
PŠENITŠNIKOV, B. — Eesti NSV Punase Risti Seltsi VII erakorraline kongress . . . . . III—64
RAIG, M. — Üleliidulise sanitaarharidustöö nõukogu VII pleenumist . . . . . I—59
RAUDAM, E. — Üleliiduline neurokirurgide konverents . . . I—58
REINARU, J. — Nakkusliku kollatõve sessioonist ja sümpoosionist Moskvas . . . . . I—58
REKK, T. — Stomatoloogide ja hambaarstide konverents . . . VI—67
SAARMA, J. — Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite XI konverents . . . . . II—60
SAARMA, J. — IV üleliiduline neuropatoloogide ja psühhiaatrite kongress . . . . . VI—71
SAARMA, J. — I. M. Setšenovi teose «Peaaju refleksid» ilmumise 100. aastapäeva tähistamise konverents Tartus . . . . . VI—67
SAARMA, V. — Tartu Terapeutide Seltsi tegevusest . . . . . III—65
SALUPERE, V. — Kroonilise gastriidi probleeme käsitlev teaduslik sessioon . . . . . IV—69
SARAP, A. — Eesti NSV kirurgide VIII vabariiklik konverents . . I—55
SARAP, A. — Tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise teenindamise alasest nõupidamisest Donetskis . V—68
SCHAMARDIN, B. — Eesti NSV Vabariikliku Kardioloogia Seltsi asutav konverents . . . . . VI—68
SCHAMARDIN, B. — I Üleliiduline kardioloogia-alane asutav konverents . . . . . III—68
SCHAMARDIN, B. — Südame- ja veresoonkonna haigusi käsitlev konverents Moskvas . . . . IV—68
SÄRGAVA, V. — Eesti NSV otorinolarüngoloogide seminar . . . II—61
ZOBEL, P. — Apteegitöötajate konverents . . . . . IV—67
TERAS, L. — Vitaminoloogia-alane teaduslik sessioon . . . . . V—67
VEINPALU, E. — Eksperimentaalse kurortoloogia ja füsioteraapia teaduslik konverents . . . . I—60

ЛУКАШ Л. — Конференция судебных врачей и патолого-анатомов Эстонской ССР
МАЛЬВИСТЕ Р. — Республиканский конференция медицинских сестер
МАЛЬВИСТЕ Р. — Республиканский семинар по вопросам ревматологии
МЕДИНСКИЙ Г. — Конференция по клещевому энцефалиту и другим арборвирусным инфекциям
МЕДИНСКИЙ Г. и ПИХЛ Х. — Конференция по инфекционным болезням и гигиене
МИРОШНИЧЕНКО Р. — XI всесоюзная декада эндокринологов
НОРДБЕРГ А. — Конференция профсоюза работников здравоохранения
ПШЕНИЧНИКОВ Б. — VII внеочередный съезд Общества красного креста Эстонской ССР
РАЙГ М. — VII пленум Всесоюзного совета по санитарно-просветительной работе
РАУДАМ Э. — Всесоюзная конференция нейрохирургов
РЕЙНАРУ И. — О сессии и симпозиуме по инфекционному гепатиту в Москве
РЕКК Т. — Конференция стоматологов и зубных врачей
СААРМА Ю. — XI конференция невропатологов и психиатров Эстонской ССР
СААРМА Ю. — IV всесоюзный съезд невропатологов и психиатров
СААРМА Ю. — Конференция о взнаменование 100-летия опубликования произведения И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга»
СААРМА В. — О работе Тартуского общества терапевтов
САЛУПЕРЕ В. — Научная сессия, посвященная проблеме хронического гастрита
САРАП А. — VIII республиканская конференция хирургов Эстонской ССР
САРАП А. — О совещании в Донецке, посвященном медицинскому обслуживанию рабочих промышленных предприятий
ШАМАРДИН Б. — Учредительная конференция Эстонского республиканского общества кардиологии
ШАМАРДИН Б. — I Всесоюзная учредительная конференция по кардиологии
ШАМАРДИН Б. — Конференция по вопросам заболеваний сердечно-сосудистой системы в Москве
СЯРГАВА В. — Семинар оториноларингологов Эстонской ССР
ЦОБЕЛЬ П. — Конференция аптечных работников
ТЕРАС Л. — Научная сессия по вопросам витаминологии
ВЕЙНПАЛУ Э. — Научная конференция по экспериментальной курортологии и физиотерапии

Konsultatsioone

KALDMA, A. — Juriidilist nõuannet **II—74**

Tähtpäevad

A. Gunter 60-aastane . . . . **I—61**
A. Nordberg 60-aastane . . . . **III—70**
Eesti NSV teeneline arst Konstantin Pedussaar 80-aastane . . . **III—72**
I. Podolski 50-aastane . . . . **IV—70**
Kirill Klenski 50-aastane . . . **III—71**
LEPP, Ü. — Kuno Kõrge 50-aastane. **VI—74**
Professor Mihkel Kask 60-aastane . **VI—73**
Proviisor M. Soolo 70-aastane . . **III—72**
SAARMA, J. — Professor E. Karu 60-aastane . . . . . **II—64**

Nekroloogid

Akadeemik Alma Tomingas . . . **IV—72**
Arnold Reiman . . . . . **V—71**
Hans Sõber . . . . . **I—73**
M. Schamardini mälestuseks . . **I—74**
Professor V. Hiie . . . . . **IV—73**
Stomatoloog H. Kööp . . . . . **IV—74**

Kriitika ja bibliograafia

BOGOVSKI, P. — Rohkem tähelepanu retsenseerimisele . . . **II—65**
LIPP, L. — Vajalik käsiraamat . . **V—72**
SCHAMARDIN, N. — E. Hanniotti «Kosmeetika aabits» . . . . **VI—75**
TEDREMAA, M. — Meditsiinilise kirjanduse kasutamisest . . . **V—72**

Referaate . . . . . **I—62, III—74, IV—71, V—74**

Küsimusi ja vastuseid . . **I—63, II—69, III—73**

Mitmesugust

LAAN, I. — Eesti meditsiinitöötajate eksliibristest . . . . . **II—70**
LUIK, H. — Rahvusvahelise Punase Risti 100. aastapäevaks . . . **V—76**
PATS, J. — Uusi ravimpreparaate . **I—76**
PÕLDVERE, E. — Perfokaartide kasutamine meditsiinilise kirjanduse töötlemisel . . . . . **I—68**
SAARMA, J ja KADASTIK, H. — Mõtteid psühhohügieeni ülesannetest . . . . . **I—65**
ZOBEL, P. — Ravimtaimede varumise organiseerimisest 1963. aastal **IV—74**

Kroonika . . . . . **I—75, II—74, III—75, IV—77, V—78, VI—76**

Консультации

КАЛДМА А. — Юридическая консультация

Юбилейные даты

60-летие А. Гунтера
60-летие А. Нордберга
80-летие заслуженного врача Эстонской ССР Константина Педуссаара
50-летие И. Подольского
50-летие Кирилла Кленского
ЛЕПП Ю. — 50-летие Куно Кырге
60-летие профессора Михкеля Каска
70-летие провизора М. Сооло
СААРМА Ю. — 60-летие профессора Э. Кару

Некрологи

Академик Альма Томингас
Арнольд Рейман
Ханс Сыбер
В память о М. Шамардине
Профессор В. Хийе
Стоматолог Х. Кёэп

Критика и библиография

БОГОВСКИЙ П. — Больше внимания к рецензированиям
ЛИПП Л. — Необходимое руководство
ШАМАРДИН Н. — Э. Ханниотти «Азбука косметики»
ТЕДРЕМАА М. — Об использовании медицинской литературы

Рефераты

Вопросы и ответы

Разное

ЛААН И. — Экслибрисы эстонских медицинских работников
ЛУЙК Х. — К 100-летию международного Красного Креста
ПАТС И. — Новые лекарственные препараты
ПЫЛДВЕРЕ Э. — О применении перфокарт при обработке медицинской литературы
СААРМА Ю. и КАДАСТИК Х. — Мысли о задачах психогигиены
ЦОБЕЛЬ П. — Организация заготовки лекарственных растений в 1963 году

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

1

Jaanuar–Veebruar

6. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1963

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 24. XII 1962. Trükkimisele antud 22. II 1963. Trükiarv 4330. Paber 70×108¹/₁₆. Trükipoognaid 5+1 kleebis. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,17. Arvutuspoognaid 8,06. Tellimise nr. 10414. MB-00077.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

SAAVUTUSTEST JA ÜLESANNETEST

A. SARAP

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

1962. aasta oli suurte sündmuste ja saavutuste aasta Nõukogude Liidu rahvaste elus, kes kirjutasid uusi hiilgavaid lehekülgi kommunismi ülesehitamise ajalukku. Nõukogude inimeste töökangelaslikkus, piiritu loomisrõõm ja energia on otseseks vastuseks Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XXII kongressi ajaloolistele otsustele.

NLKP Keskkomitee novembripleenum kavandas ulatuslikud abinõud tööstuse ja põllumajanduse juhtimise ümberkorraldamiseks.

Eesti NSV Ülemnõukogu viienda koosseisu üheksandal istungjärgul märgiti suuri saavutusi meie vabariigi rahvamajanduse ja kultuurielu edasiarendamisel. Seal kinnitati vabariigi rahvamajanduse 1963. a. plaan ja eelarve, mis tagab suurt edu kõigis rahvamajandusharudes.

Märkimisväärseid saavutusi oli 1962. aastal ka meie vabariigi tervishoiualases töös. Elusvaktsiini kasutamise tulemusena ei registreeritud 1962. aastal enam ühtegi lastehalvatustõve juhtu. Üksikjuhtudeni on langenud ka difteeriasse haigestumine. Viimase 3 aasta jooksul vähenes tuberkuloosihaigete arv 31,8%, seejuures laste hulgas 53,3%. Pidevalt väheneb suremus. 1962. aastal suurenes voodikohtade arv haiglates 765 koha võrra, tuberkuloosisanatooriumides ligi 300 koha võrra. On ehitatud uued haiglad Tapal, Kallaveres, Antslas, Jämejalal ja Kohtla-Järvel. Suurt organisatsioonilist tööd on tehtud haiglavoodite profileerimise alal. Tallinna Vabariiklikus Haiglas on loodud lastekirurgia- ja rindkerekirurgia-osakonnad, Tartu haiglates uroloogia-, lastekirurgia-, traumatoloogia- ja rindkerekirurgia-osakonnad. Kohtla-Järvel on profileerimine peaaegu täies ulatuses lõpule viidud. Haigla nr. 1 baasil on organiseeritud kirurgia-, traumatoloogia-, nakkus- ja siseosakond, haigla nr. 2 baasil laste spetsialiseeritud haigla ja haigla nr. 3 baasil (Ahtme linnaosas) sünnitus- ja günekoloogia-, neuroloogia-, nakkus- ning siseosakond. Suurte profileeritud osakondade loomine on juba esimesel aastal näidanud, et see on õige tee meie vabariigi tervishoiutöö korraldamisel. Ambulatoorse-polikliinilise töö parandamiseks on moodustatud uusi territoriaalseid terapeudi-, pediaatri- ja akušöör-günekoloogijaoskondi ning viidud teenindatavate elanike arv nendes normi piirideni. On ehitatud uusi polikliinikuid ja laiendatud vanu, kus on võimalik paremini sisustada ravi- ja diagnoosimiskabinette. Elanikkonna stomatoloogilise teenindamise parandamiseks on senistele lisaks kasutusele võetud veel üks autobuss ja üle 20 liikuva stomatoloogide brigaadi. Märgatavalt on paranenud tervishoiuorganite koostöö ametiühingu, Punase Risti Seltsi ja teiste ühiskondlike organisatsioonidega tervishoiualaste ürituste alal. Möödunud aastal korraldati koos Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu ja Rahvamajanduse Nõukoguga mitu ühist nõupidamist tööstustervishoiu küsimustes Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel ja Viljandis. Nendest võtsid osa tööstusettevõtete juhatajad, ametiühinguorganisatsioonide esindajad ja meditsiinitöötajad. Nendel nõupidamistel kavandati ühised abinõud ajutise töövõime kaotusega haigestumiste vähendamiseks.

Võrdlemisi laiaulatuslikult on vabariigi linnades ja rajoonides korraldatud nn. tervisekuusid ja -dekaade. Igati tuleb hinnata ja ka edaspidi propageerida tervishoiu rahvaülikoolide tööd, mis tegutsevad edukalt peaaegu igas rajoonikeskuses.

Suurt ja vastutusrikast tööd on tehtud arstide atesteerimisel ja meditsiinikaadri kvalifikatsiooni taseme tõstmisel. 1. oktoobriks 1962 oli 87 arstile antud I, 244 arstile II ja 332 arstile III kategooria. Ligi 400 meditsiinitöötajat on viibinud spetsialiseerimis- ja täienduskursustel väljaspool vabariiki või Tallinna ning Tartu ravi- ja profülaktikaasutustes. Teadlaste kaasabil teevad 179 arsti-praktikut tõhusat teaduslikku uurimistööd.

Edusammude kõrval ei tohi mööda minna ka puudustest tervishoiuorganite ja -asutuste tegevuses. Mõned meditsiinitöötajad suhtuvad oma töösse veel formaalselt. Võrdlemisi palju esineb tööstusettevõtetes tööliste ajutise töövõime kaotust seoses haigestumisega, mis osaliselt on tingitud haiglate ja tervishoiupunktide puudulikust profülaktilisest tööst. Rahule ei saa jääda elanikkonna profülaktilise röntgenofluorograafilise läbivaatusega. Tõsiseid lünki on tervishoiupunktide ja maa-arstijaoskondade töö organiseerimisel.

Kuid peatugem ka mõningatel ülesannetel, mis tuleb käesoleval aastal lahendada. Üheks tähtsamaks eesmärgiks jääb ka edaspidi elanikkonna ambulatoorse-polikliinilise teenindamise parandamine ja täiustamine. Senisest rohkem tuleb tähelepanu pöörata dispanseerimise kvaliteedi tõstmisele ja dispanseeritavate arvu suurendamisele. Kõik kutsealised, töölisnoorukid, töölised, kes töötavad tervist kahjustavates tingimustes, Suure Isamaasõja invaliidid, tööeesrindlased, põllumajanduse mehhanisaatorid ja spetsialistid ning teatavate haigustega haiged, kes põhjustavad ajutise töövõime kaotamisega haigusjuhtumite arvu suurenemist, peavad kuuluma dispanseerse järelevalve alla. Tuleb suurendada spetsialistide, s. o. kirurgide, neuroloogide, okulistide jt. vastutustunnet dispanseerimisel. Haigla osakonnajuhatajate ülesandeks on dispanseerimise perioodiline kontrollimine. Vähemalt kord aastas tuleb neil analüüsida dispanseerimise efektiivsust. 1962. aastal said tervishoiuasutused palju ajakohaseid meditsiiniaparatuure ja instrumente, rahuldavalt oleme varustatud röntgeniaparaatide ja fluorograafilise sisseseadega, mis töö õigel organiseerimisel peaks võimaldama profülaktiliselt läbi vaadata kuni kahte kolmandikku elanikkonnast. Siinjuures tuleb erilist tähelepanu pöörata vanemaealiste ja raviasutusse esmakordselt pöördunud isikute läbivaatusele. Meie praeguseks ülesandeks on suunata vähemalt pool vabariigi elanikkonnast röntgenoloogilisele ja fluorograafilisele uurimisele ning kahe aasta jooksul viia see töö lõpule. Paljude linnade ja rajoonide, nagu Tallinna, Tartu, Paide, Võru ja Haapsalu elanikkonna polikliinilise teenindamise parandamine on otseselt sõltuv polikliiniku ruumide laiendamisest. Selles osas peavad rohkem kaasa aitama kohalike töörahva saadikute nõukogude täitevkomiteed. Seoses rajoonide suurenemisega on olemas soodsad võimalused lõplikult lahendada kitsa erialase teenindamise küsimus igas rajoonis. Selleks on vaja ette näha vähemalt üks terve ametikoht neuroloogi, okulisti, dermatoloogi, veneroloogi jm. erialadel.

Peaarstidel on tarvis koondada kõik haigla sisemised reservid polikliinilise töö parandamisele. Tuleb sisse seada selline kord, et haiguslehel viibivad haiged korduval pöördumisel oleksid teenindatud tunni aja jooksul. Erilist tähelepanu tuleb pöörata konsultatsioonide ja konsiiliumide organiseerimisele ning AKK tööle. Kõigi meditsiinitöötajate tegevuse põhieesmärgiks on ajutise töövõime kaotusega seotud haigestumuse vähendamine. Sellega aidatakse kaasa tööjõudluse tõstmisele kui sotsialistliku ühiskonna põhiülesandele. Seepärast on tervishoiuorganite ja -asutuste töö kvaliteedi ja efektiivsuse peamiseks mõõdupuuks haigestumuse vähendamine ja elanikkonna tervise parandamine. Erilist tähelepanu tuleb

pöörata tööstusettevõtete tööliste meditsiinilisele teenindamisele. Selleks on vaja ümber korraldada tervishoiupunktide töö, tunduvalt tõsta profülaktilise töö osa. Tervishoiupunktidel, mis asuvad polikliinikute ja ambulatooriumide läheduses ja kus on olemas vastavad tingimused, tuleb üle minna tsehhi teenindamise põhimõtetele.

Haigla peaarstide ja nende asetäitjate ülesandeks on tervishoiupunktide juhtimise ja kontrollimise parandamine.

Väga tähtsaks ja suureks töölõiguks jääb nakkushaiguste edasine vähendamine. Selleks tuleb kõikide meditsiinitöötajate tähelepanu mobiliseerida ägedate nakkushaiguste varasele avastamisele ja profülaktiliste kompleksabinõude õigeaegsele rakendamisele. On tarvis aktiivsemalt kaasa tõmmata ühiskondlikku sanitaaraktiivi Punase Risti Seltsi liikmete näol. 92 ravi- ja profülaktikaasutuse ning sanatooriumi juurde on moodustatud ühiskondlikud nõukogud. Paljud neist, nagu Kingissepa, Tõrva ja Tallinna lastehaigla ühiskondlikud nõukogud, töötavad hästi. Ülesanne seisab selles, et kõik ühiskondlikud nõukogud täidaksid neile pandud kohustused. Selleks peavad peaarstid ka ise rohkem initsiatiivi näitama ja suunama nõukogusid konkreetsete ülesannete lahendamisele.

Käesoleval ajal taotlevad 30 ravi- ja profülaktikaasutust kommunistliku töö kollektiivi nimetust. See arv on aga veel väga väike.

Meil on suurepärane kaader ja aastast aastasse paranevad töötingimused. Et tunduvalt suurendada eesrindlike meditsiinitöötajate arvu, peavad haiglate partei- ja ametiühingukomiteed ning peaarstid igati kaasa aitama kommunistliku töö kollektiivi liikmete arvu kasvule, mis on üheks tähtsamaks teguriks elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteedi parandamisel.

О ДОСТИЖЕНИЯХ И ЗАДАЧАХ

А. Сарап

Резюме

В 1962 году медицинские работники республики добились новых успехов в улучшении обслуживания населения. Не было зарегистрировано ни одного случая полиомиелита, почти ликвидирована дифтерия. По сравнению с 1961 годом заметно снизилась заболеваемость туберкулезом и эпидемическим гепатитом.

Сданы в эксплуатацию новые больницы в Тапа, Антсла, Кохтла-Ярве, Каллавере. Количество коек в больницах увеличилось на 765 и в туберкулезных санаториях на 300. Большая работа была проведена по профилизации больничных коек.

Внедрены новые методы диагностики и лечения заболеваний. Однако в работе отдельных медицинских учреждений имеются еще серьезные недостатки, некоторые врачи относятся к своим обязанностям формально, что вызывает справедливые нарекания и жалобы населения. Неудовлетворительно работают многие здравпункты. В ряде районов имеются серьезные недочеты в проведении противоэпидемических мероприятий.

Основной задачей органов и учреждений здравоохранения в 1963 году является улучшение работы амбулаторно-поликлинических учреждений в обслуживании населения. Необходимо улучшить качество и увеличить объем диспансеризации; полнее и целесообразнее использовать имеющиеся рентгеновские и флюорографические установки, с тем чтобы профилактически обследовать не менее 50—60% населения.

Особое внимание надо уделять улучшению медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий, расширять их обслуживание по цеховому принципу и целенаправленнее организовывать и проводить мероприятия по снижению заболеваемости с временной потерей трудоспособности. Важнейшей задачей является дальнейшее снижение и ликвидация инфекционных заболеваний.

Надо всячески развивать движение за звание отделения, больницы коммунистического труда.

SANITAARORGANITE ÜLESANNETEST VABARIIGIS

I. MASIK

Eesti NSV riiklik peasanitaarinspektor

Partei ja valitsus on viimastel aastatel vastu võtnud mitmed määrused, mis etendavad nõukogude tervishoiu arendamisel erakordselt suurt osa. Neist tähtsamaid on Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus 14. jaanuarist 1960. a. «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest».

Hügienistide kongressil Moskvas 1962. a. veebruaris arutati nimetatud määruse täitmist ja kavandati uusi ülesandeid NLKP XXII kongressi otsuste alusel.

Kõigi meditsiinitöötajate tähtsaimaks ülesandeks on nakkushaigustesse haigestumise vähendamine ja likvideerimine.

Kuigi Eesti NSV-s on nakkushaiguste vastu võitlemisel suurt edu saavutatud, on meil sel alal veel mõndagi ära teha.

1961. a. avastati tõsiseid puudusi difteeria kaitsesüstimiste tegemisel Võru ja Rakvere rajoonis ning mujal. Difteeriasse haigestumise esimesed juhud aga diagnoositi seal väga hilja ja need lõppesid koguni letaalselt. Tuleb silmas pidada, et valvsuse vähenemine difteeria kaitsesüstimiste suhtes võib põhjustada ebasoovitavaid tagajärgi. Kuigi vabariigis esineb ainult üksikuid difteeriasse haigestumise juhtumeid, on selle haiguse profülaktika küsimus aktuaalne ka neis linnades ja rajoonides, kus mitme aasta jooksul ei ole difteeriat registreeritud.

Haigestumus kõhutüüfusesse ja paratüüfustesse ei ole märgatavalt langenud; nende haiguste esinemise näitaja on ligi 2 korda madalam üleliidulisest keskmisest näitajast. Sellele vaatamata tuleb meil veel ette haigete hilist avastamist, väga harva kasutatakse kaheldavatel juhtudel verekülve, samuti rakendatakse ebaküllaldaselt abinõusid bakterikandjate suhtes.

Suuri puudusi on ilmnenud düsenteeriatõrje alal. Kõige sagedamini põevad meil düsenteeriat lapsed. Vabariigi meditsiinitöötajate, esmajärjekorras pediaatrite ja epidemioloogide ülesandeks on aktiivselt, sihipäraselt ja süstemaatiliselt võidelda soodsa sanitaarolukorra loomiseks lastekollektiivides. Selles mõttes on eeskujuks Tartu linn, kus lasteasutuste personalile korraldati õppused sanitaar-epidemioloogilise tehnilise miinimumi alal. Samuti peavad seal kõik uuesti tööle asujad sooritama arvestuse tehnilise miinimumi ulatuses. See abinõu aitab kahtlemata suuresti kaasa sanitaar-epidemioloogilise režiimi parandamisele lasteasutustes ja tõstab lasteasutuste personali vastutust. Väga oluline on, et suurendataks nakkushaiguste kabinettide osatähtsust. Nende kabinettide juhatajateks peavad olema kogenud nakkushaigustearstid, kes heade organisaatoriomaduste kõrval peavad võimelised olema ka asjatundliku konsultatsiooni andmiseks.

1961. a. lõpul organiseeriti Tallinna Linna Nakkushaigla juurde metoodikakeskus, kelle ülesandeks on anda organisatsioonilis-metoodilist abi nakkushaiguste diagnoosimise ja ravi alal, samuti kaadri ettevalmista-

mine, nakkushaiguste statsionaaride ja nakkushaiguste kabinettide töö juhendamine.

Nakkushaiguste likvideerimise ja vähendamise abinõude rakendamine kaasaja tasemel nõuab kõigis nakkushaiguste statsionaarides ja suuremates raviasutustes bakterioloogialaboratooriumide organiseerimist.

Tööstusettevõtete ja suurte elamublokkide laialdane ehitamine on muutnud erakordselt aktuaalseks tööstusettevõtete paigutamise ja asustatud punktide planeerimise. Vabrikuid ja tehaseid ümbritsevad kaitsetsoonid on vaja põhjalikult ümber korraldada. Lähemal ajal kinnitatakse uued normatiivid, mille alusel suurendatakse neid kaitsetsoone tunduvalt. Sanitaarselt ohtlike ettevõtete kaitse-vahealasid laiendatakse kuni 7 kilomeetrini.

Kooskõlas kohalike täitevkomiteedega tuleb kaaluda ümbritsevale elamurajoonile, laste- ja raviasutustele ebasoodsalt mõjuvate ettevõtete väljaviimist linna piiridest või nende tehnoloogia muutmist. Erilise aktuaalsusega on see küsimus niisugustes tööstuslinnades nagu Kohtla-Järve, Tallinn ja Narva. Et need abinõud nõuavad üsna suuri materiaalseid kulutusi, on vaja määrata nende elluviimise järjekord.

Vabariigi sanitaartöötajad on kohustatud rangemalt kontrollima tööstusettevõtete ümbruse õhku. Laboratooriumiandmetele toetudes saab esitada põhjendatud nõudmisi heitainete puhastamiseks. Nende suhtes, kes ei pea kinni puhastusseadmete ehitamise tähtpäevadest, tuleb rangelt rakendada sundabinõusid. On vajalik, et tööstusettevõtete juhtijad määraksid vastutavad isikud, kes valvavad atmosfääri saastumist vältivate seadiste õige ekspluateerimise järele.

Seoses keemial, tuumafüüsikal ning elektroonikal põhineva eesrindliku tehnika ja laialdase automatiseerimise rakendamisega tööstusettevõtteis on üles kerkinud mitmed uued hügieeni probleemid. Kõigiti tuleb laiendada sanitaar-epidemioloogia jaamade tööstussanitaaria-laboratooriumide tööd. Juurutada on vaja uusi uurimismeetodeid, mis võimaldavad töötingimusi sügavamalt tundma õppida.

Tõeline profülaktika peab algama töökohalt. Seda silmas pidades uurivad näiteks Moskva mitmed tsehhide arstid ja tervishoiupunktide töötajad koos tööstusala sanitaararstidega töötingimuste mõju vahetult töökohal.

Suure tähtsusega on vabariigi veekogude sanitaarkaitse ja asustatud punktide veevarustuse perspektiivne planeerimine. Nende ülesannete õige lahendamine sõltub sellest, kuivõrd süstemaatiliselt ja põhjalikult on uuritud veekogude ning veeallikate sanitaarset olukorda. Juhtiv osa nende küsimuste lahendamisel lasub Vabariiklikul Sanitaar-Epidemioloogia Jaamal, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudil, aga samuti Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamal ning Tartu, Pärnu, Narva ja Kohtla-Järve sanitaar-epidemioloogia jaamadel. Ka teised sanitaar-epidemioloogia jaamad ning haiglate sanitaar-epidemioloogia osakonnad peavad võimaluste piires püüdma veevarustuse olukorda parandada. Senini ei ole mõned sanitaar-epidemioloogia jaamad (näit. Kohtla-Järvel, Harju rajoonis jm.) laboratoorselt kontrollinud puhastusseadmete töö efektiivsust. Kõikjal on tarvis süstemaatiliselt jälgida reovete puhastamise seadmete ehitamist, samuti nende seadmete töö tõhusust. Kindlasti on vaja tõsta nõudlikkust sanitaareeskirjade rikkujate suhtes. Tsehhi ja tervishoiupunkti arst peab eeskätt olema spetsialist elukutsega seotud haigestumiste alal.

Kolhooside ja sovhooside majandusliku arengu tõttu on muutunud võimalikuks rakendada maal sääraseid sanitaarabinõusid, mis eramajanduse tingimustes olid täiesti kättesaamatud. Maa-asulate planeerimisel ja ehitamisel meie vabariigis tuleb taotleda võimalikult kõikjal tsentrali-

seeritud veevärgi ja kanalisatsiooni rajamist. Eesti NSV-s on kõige otstarbekam ehitada maal kahekorruselised elamud.

Tõsist tähelepanu tuleb pöörata põllumajanduslike mürkainete kasutamisele. Seejuures on tarvis jälgida, kuivõrd on võimalik nende jääkide säilimine toiduainetes. Praeguseni ei ole Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam ega ka vabariiklike haiglate metoodikakabinetid andnud juhendeid selle kohta, milliseid profülaktilisi abinõusid tuleks rakendada, et kõrvaldada nende ainete ebasoodsat toimet inimese organismisse.

Koolitervishoiu alal on keskseks küsimuseks tööõpetuse korraldamine. N. S. Hruštšov juhtis üleliidulisel õpetajate kongressil tähelepanu sellele, et õpilaste töö ei ole tähtis mitte kõigepealt oma produktsiooni poolest, vaid tööõpetus peab noortes äratama armastust töö vastu. Sanitaar- ja kooliarstid peavad kontrollima, et tööõpetus oleks õigesti korraldatud. Selleks tuleb jälgida tootva töö mõju õpilase organismile. Kooli- ja sanitaararstid peavad aitama õpilasel valida elukutset, mis vastaks kõige enam tema füüsilistele ja vaimsetele võimetele.

Suuri puudusi tervishoiu seisukohalt on koolides kasutatavatel õpikutel. Oleks soovitatav, et Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hügieenisektor lülitaks oma uurimistöö temaatikasse küsimuse, kuivõrd meie koolide õpikud vastavad tervishoiunõuetele, ja näitaks teid puuduste likvideerimiseks.

Põllumajanduse areng ja rahva heaolu pidev tõus on loonud toiduainete külluse ning võimalused toitlustamise korraldamiseks teaduslikel alustel. Toiduratsioonide detailne uurimine võimaldab toitlustamise alal teha parandusi ja täiendusi. Erakordselt tähtis on toitlustamise ratsionaalne korraldamine lasteasutustes (lastesõimedes, lasteaedades, koolides), samuti kahjulike elukutsetega isikute profülaktilise toitlustamise küsimuse lahendamine. Sanitaarorganite kohustuseks on nende rühmade toitlustamise pidev jälgimine.

Laialdasemalt tuleb juurutada massiliselt kasutatavate toiduainete (jahu, suhkru, rasvade) vitaminiseerimist.

Sanitaar- ja hügieeninõuete elluviimist soodustab ühiskondliku aktiivi kasutamine. Ühiskondlik aktiiv on suur jõud, kes aitab vajalikke tervishoiuabinõusid rakendada.

Lähtudes nõukogude meditsiini profülaktilisest suunast, peavad meie rahva tervise ja heaolu eest võitlema mitte ainuüksi sanitaararstid, vaid ka kõikide teiste erialade arstid.

О ЗАДАЧАХ САНИТАРНЫХ ОРГАНОВ В РЕСПУБЛИКЕ

И. Мазик

Резюме

Несмотря на то, что в Эстонской ССР в борьбе с инфекционными заболеваниями достигнуты некоторые успехи, перед органами здравоохранения стоят еще большие задачи.

Все еще выявляются недостатки в проведении прививок против дифтерии. Хотя в республике и отмечены только единичные случаи заболевания дифтерией, все же профилактика дифтерии является актуальным вопросом и в тех городах и районах, где в течение нескольких лет заболевания дифтерией не было.

Заболеваемость брюшным тифом и паратифами в Эстонской ССР почти в два раза ниже общесоюзной, но еще встречаются случаи позднего выявления этих заболеваний, а мероприятия по ограждению возможности заражения от бактерионосителей ведутся далеко не в достаточной мере.

Недостатки имеются и в борьбе с дизентерией. Задачей педиатров и эпидемиологов является активная, систематическая работа по созданию благоприятной санитарной обстановки.

Очень важно повысить роль кабинетов инфекционных заболеваний. Заведующими кабинетами инфекционных заболеваний должны быть опытные инфекционисты.

В 1961 г. при Таллинской гор. инфекционной больнице был создан методический центр, задачей которого является оказание организационно-методической помощи в

диагностике и лечении инфекционных заболеваний, в деле подготовки кадров, а также руководство работой инфекционных больниц и кабинетов инфекционных заболеваний.

Широкое строительство промышленных предприятий и жилищных массивов сделало чрезвычайно актуальными вопросы взаимного их размещения. Должны строго соблюдаться санитарные защитные зоны между промышленными объектами и жилыми зданиями.

Санитарные работники республики должны строго контролировать состояние воздуха вокруг промышленных предприятий. Опираясь на данные лабораторных исследований, можно предъявлять обоснованные требования к очистке выбросов. При несоблюдении сроков постройки очистных сооружений, необходимо применять строгие меры предупреждения.

Большое значение имеет санитарная защита водоемов республики и перспективная планировка водоснабжения населенных пунктов. Санитарно-эпидемиологические станции и отделения больниц республики должны оказывать активную помощь в вопросе улучшения состояния водоснабжения. Следует систематически контролировать строительство очистных сооружений и качество их эксплуатации.

При планировке и постройке населенных пунктов на селе необходимо предусматривать сооружение централизованного водопровода и канализации.

Центральным вопросом школьной гигиены является постановка производственного обучения. Школьные и санитарные врачи должны оказывать учащимся помощь в выборе профессии, которая в наибольшей мере бы соответствовала их физическим и духовным способностям.

Использование санитарного актива способствует проведению в жизнь санитарно-гигиенических требований. Общественный актив может оказать большую помощь органам здравоохранения.

Исходя из профилактического направления советской медицины, за здоровье и благополучие нашего народа должны бороться не только санитарные врачи, но и врачи всех других специальностей.

DÜSENTEERIASSE HAIGESTUMISE VÄHENDAMISEST

K. VASSILJEVA (Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog) ja *M. SIDOROV* (Vabariikliku Nakkushaiguste Organisatsioonilis-Metoodilise Kabineti juhataja)

Üheks tervishoiuorganite põhiülesandeks on nakkushaiguste leviku piiramine ja likvideerimine. Ent meie vabariigis on ägedatesse soolenakkustesse haigestumine kuni siiani vähenenud liiga aeglaselt, mõnedes linnades ja rajoonides aga on haigestumus isegi kasvanud. Tuleb veel ette düsenteeriapuhanguid, eriti eelkoolialiste laste asutustes. Epideemiliste puhangute erikaal moodustas kogu düsenteeriasse haigestumusest 1961. aastal 34,5%.

Düsenteeria osatähtsus ägedate soolenakkuste hulgas on ikka veel kõrge (1960. a. 53,7%, 1961. a. 60,1%). Bakterioloogiliselt kinnitamata jäänud düsenteeriajuhtude osatähtsust arvesse võttes võib kahtlemata väita, et ägedate soolenakkuste diferentsiaaldiagnoosimine pole veel vajalikul tasemel. Seetõttu osutub haigete ravi mõningail juhtudel vähe efektiivseks ja epidemioloogiliste abinõude suunitlus ebaõigeks.

Ägedate soolenakkuste, sealhulgas düsenteeria leviku piiramise üheks põhitingimuseks on ägedat või kroonilist düsenteeriat põdevate haigete varajane avastamine ja täisväärtuslik ravimine.

Düsenteeria õigeaegseks diagnoosimiseks tuleb meeles pidada, et selle haiguse kliinilist kulgu iseloomustab suur mitmekesisus. Tüüpiliste nähtudega düsenteeria kõrval tuleb ette ka kergemaid vorme, mille puhul paljud sümptoomid ilmnevad nõrgalt või puuduvad hoopis (atüüpilised haigusvormid).

Erilist tähelepanu väärib kroonilise düsenteeria diagnoosimine, sest kroonilise düsenteeria diagnoos pannakse teinekord ilma vastava põhjenduseta, sageli jäetakse arvesse võtmata haiguse pikaajalisus (tema kestmine üle kahe kuu).

Düsenteeria diagnoosimisvigade analüüsimine näitab, et arstid ei kasuta diagnoosi määramisel küllaldaselt epidemioloogilisi andmeid, samuti haiguse anamneesi ja haige füüsilisel läbivaatusel saadud andmeid. Samal ajal aga hindavad nad üle bakterioloogilise uurimise meetodit. Diferentsiaaldiagnoosimise alahindamise ja haigete mitteküllaldase läbivaatuse tagajärjel tehakse kaht liiki vigu: ühel juhul diagnoositakse ainult bakterioloogiliselt kindlaksmääratud düsenteeriat, teisel juhul aga pääseb domineerima «kliinilise düsenteeria» — enterokoliidi, lastel aga alimentaarse ning toksilise düspepsia kõrge protsent. See viib vältimatult esiteks düsenteeria hüpodiagnoosimisele, teiseks hüperdiagnoosimisele, mille puhul salmonelloos ja varaealiste laste kolienteriit jäävad avastamata. Kroonilise düsenteeria hüpodiagnoosimise tagajärjel jääb hulk haigeid arvele võtmata ja profülaktilised ning taudivastased abinõud osutuvad ebaefektiivseks.

Bakteriaalse düsenteeria avastamiseks rakendatakse diagnoosimismeetodite põhikompleksi. Neist meetoditest kõige tähtsamad ja tulemusrikkamad on kliiniline ja bakterioloogiline uurimine.

Kliinilise järelevaatuse tähtsus seisneb mitte ainult õige diagnoosi määramises, vaid ka haiguse õigeaegses avastamises. Haige seisundi hindamisel tuleb tähelepanu pöörata patsiendi kaebustele, haiguse algusele, selle arenemisele ning ka rooja vaatlusele. Tüüpilise kuluga düsenteeria ägeda vormi diagnoosimine ei tekita erilisi raskusi.

Haiguse kergete, eriti pühkunud — atüüpiliste vormide diagnoosimiseks tuleb peale hoolika kliinilise läbivaatuse ja jälgimise statsionaaris rakendada ka instrumentaalseid ja laboratoorseid uurimismeetodeid.

Krooniline bakteriaalne düsenteeria võib kulgeda kahe põhivormina — kas retsidiveeruvana või pidevalt kestvana. Kui haigel täheldatakse üle kahe kuu kestnud pisikutekandmist, soolehäireid, retsidiive ja patoloogilisi muutusi jämesoole limaskestas, tuleb seda isikut lugeda kroonilisse düsenteeriasse haigestunuks. Kroonilise haigusvormi kliinilised retsidiivnähud erinevad vähe ägeda düsenteeria sündroomist, kuid retsidiivide puhul puudub tavaliselt intoksikatsioon. Kroonilise düsenteeria kestvalt kulgev vorm areneb aegamööda. Sellistel juhtudel ei vii haiguse kulminatsioonijärgule järgnev paranemine lõplikule tervistumisele, kõhulahtisus võib muutuda püsivaks (roojamine 5—6 korda ööpäevas), väljaheide on kord vedel, kord puderjas mõningase lima- ja verelisandiga. Osal juhtudel võib krooniline düsenteeria alata nõrga atüüpilise protsessina, ilma et tekiks haiguse ägeda vormi sündroomi. Ilmnevad üksnes seedehäired, millega kaasnevad nõrgemad või tugevamad koolikud kõhus ning lima, harvemini vere esinemine roojas.

Ägeda düsenteeria krooniliseks muutumise peamiseks põhjuseks on organismi reaktiivsuse alanemine, s. t. tema mitteküllaldane võime mobiliseerida kaitsejõude, võidelda nakkuse vastu ja kujundada immuunsust. Organismi reaktiivsuse alanemist võivad tingida nii eksogeensed kui endogeensed tegurid või mõlemad üheaegselt.

Eksogeenseist faktoreist etendab tähtsat osa puudulik toitumine, peamiselt vitamiinide vähesus. Kaasa mõjub ka haiguse ägeda perioodi raske kulg, samuti hilinenud ja ebaratsionaalne ravi.

Endogeensete tegurite hulka kuuluvad soolenugiliste invasioon, krooonilised nakkused (tuberkuloos, krooniline tonsilliit, ninakõrvalkoobaste põletikulised protsessid jne.) ning organismi reaktiivsust vähendav intoksikatsioon.

Kõige kindlamaks düsenteeria diagnoosimise meetodiks on bakterioloogiline uurimine. See on tingimata vajalik nii selgepiirilise haiguspildiga juhtudel kui ka ainult düsenteeriakahtluse korral, aga samuti koliidi ning enterokoliidi tüüpi krooniliste soolehaiguste puhul.

Rooja tuleb uurida mitte ainult düsenteeriapisikute suhtes, vaid ka salmonellade ja kuni 2 aasta vanustel lastel veel soolekepikese patogeensete tüvede suhtes. Roojakülv tuleb teha varakult — haiguse algul, soovitav 2—3 korda esimese kahe ööpäeva jooksul. Enne proovi võtmist ei tohi haigele anda sulfaniilamiide, antibiootikume ega bakteriofaagi.

Rektoromanoskoopial on tähtis koht düsenteeria kergete ja pühkunud vormide diagnoosimisel, samuti paranenud haigete kontrollimisel statsionaarist lahkumise eel või ravi jätkamisel nakkushaiguste kabinetis.

Selgepiirilise kliinilise pildiga haiguse ägedal perioodil ei tule rektoromanoskoopiat diagnoosimismeetodina rakendada. Haigusest paranemise kontrollimisel osutub see aga tingimata vajalikuks. Alla kolme aasta vanuste laste diagnoosimisel kui ka nende tervistumise kontrollimisel rektoromanoskoopiat ei kasutata.

Bakteriaalse düsenteeria varajasel ja kiirel diagnoosimisel on vajalikuks abimeetodiks koprotsütoloogiline uurimine. Düsenteeria ägeda vormi ja kroonilise vormi ägenemise korral täheldatakse põletikulise soole limaskesta valgurikka lima ja seroosse või seroos-mädase eksudaadi eritumist. Nii täiskasvanutel kui ka lastel kinnitab üle 10—12 leukotsüüdi leidumine mikroskoobi ühes vaateväljas põletikulise protsessi esinemist jämesooles.

Et mainitud uurimismeetodid üksikult võetuina (välja arvatud bakterioloogiline meetod) ei osutu absoluutselt resultatiivseks, siis tuleb bakteriaalse düsenteeria diagnoos määrata kõigi laboratoorsete andmete ja instrumentaalsete uuringute, haiguse kliinilise pildi ja epidemioloogilise analüüsi tulemuste põhjal.

Düsenteeriasse haigestumise vähendamisel etendab erakordselt tähtsat osa düsenteeriahaigete ja pisikutekandjate efektiivne ravi.

Iga aastaga laieneb düsenteeria ravimite arv. Edukalt kasutatakse sulfaniilamiide ja antibiootikume. Ent need ei anna alati ühesugust kliinilist ja antibakteriaalset efekti. Kogemuste põhjal võib öelda, et düsenteeriahaigete ravi edukus sõltub preparaadi valikust, selle kasutamise meetodeist, haiguse staadiumist, organismi individuaalsetest iseärasustest, haige east ning haiguse kulu raskusest. Teatavat osa etendab ka düsenteeriapisikute tundlikkus.

Düsenteeriahaigete ravimisel sulfaniilamiidide ja antibiootikumidega niihästi nakkushaiglais kui ka nakkushaiguste kabinettides tuleb ära märkida järgmisi põhilisi puudusi.

Mitte alati ei valita ravimpreparaate kliiniliste näidustuste järgi. Näiteks määratakse kõhulahtisusega intoksikatsioonivabadele haigetele süntomütsiini, mis teatavasti ei anna kinnistavat efekti, vaid vastupidi — soodustab kõhulahtisust. Normaalse väljaheitega pisikutekandjatele määratakse tihtipeale sulfaniilamiide, mis haige sellise seisundi puhul ei avalda mingit mõju. Tsüklilise ravi meetodit rakendatakse paljudel juhtudel šablooniliselt, haiguse patogeneesi arvesse võtmata. Kaugeltki alati ei kasutata efektiivset kombineeritud ravi antibiootikumide ja sulfaniilamiididega.

Düsenteeriahaigete laste ravimisel manustatavad antibiootikumide ja sulfaniilamiidide vähendatud annused ei anna soovitavat terapeutilist efekti. Mitmetes statsionaarides on kasutusele võetud meditsiinilises kirjanduses soovitatavaid uusi kodu- ja välismaiseid preparaate, ilma et oleks piisavalt kontrollitud tekkivaid näidustusi ja ravi tõhusust. Kui määratakse düsenteeriapisikute tundlikkus antibiootikumide suhtes (laboratoorsetes tingimustes), jätavad arstid sageli arvesse võtmata sama preparaadi võimalikku teistsugust mõju haige organismile. Kui laboratooriumis on kindlaks tehtud, et düsenteeriatekitaja pole antibiootikumide suhtes tundlik, ei manustata viimaseid enam ning haige raviks määratakse ainult sulfaniilamiide. Mõningail juhtudel, isegi siis, kui raviasutuses on

piisavalt olemas voodikohti, viiakse läbi ainult üks ravitsükkel, mille järel haige kirjutatakse välja lõplikku tervenemist ning pisikutest vabanemist küllaldaselt kontrollimata.

Mitmed arstid püüavad eelkõige saavutada kliinilist efekti, pööramata tähelepanu haige organismi pisikutest vabastamisele. Kui on saavutatud düsenteeriahaige kliiniline tervistumine, ei rakendata enam nakkusvastast ravi, s. t. ei vabastata organismi düsenteeriatekitajaist neile kõige tugevamini mõjuvate antibiootikumide abil.

Düsenteeriat tuleb ravida kompleksselt. Selleks on vaja põhjalikult tunda iga liiki ravivahendite olemust ja toimet, arvesse võtta nii nende eeliseid kui ka puudusi.

Sulfaniilamiidide ja antibiootikumide individuaalne määramine düsenteeriahaigele peab olema põhjendatud kliiniliste näidustuste ning ravimpreparaadi terapeutilise efektiivsusega. Teatavasti avaldavad sulfaniilamiidid küllaltki head kõhulahtisuse- ja põletikuvastast toimet; süntomütsiin, levomütsetiin ja streptomütsiin on toksikoosivastased, biomütsiin ja terramütsiin antibakteriaalsed ravimid. Juhul, kui düsenteeriapisikud pole nimetatud antibiootikumide suhtes tundlikud, tuleb kasutusele võtta tugevamatoimelisi preparaate. Nendeks on biomütsiin ja terramütsiin, mis annavad peaaegu alati positiivse antibakteriaalse efekti.

Kõige edukamaks on düsenteeria ravi osutunud sulfaniilamiidide ja antibiootikumide kombineeritud kasutamisel. Esimeses ravitsüklis, kui ilmnevad intoksikatsiooni- ning tenesminähud ja sagedane vedel roojamine, on meie vaatluste kohaselt parim kombinatsioon järgmine: ftalasooli 1,0 neli korda päevas ja levomütsetiini 0,25 neli korda päevas ehk ftalasooli 1,0 neli korda päevas ja streptomütsiini 250 000 TÜ kaks korda päevas lihasesse. Lastele määratakse mainitud ravimpreparaate vastavalt nende eale ja kehakaalule.

Esimese ravitsükli kestuseks on rasketel ja keskmise raskusega haigusjuhtudel 5—6 päeva, haiguse kerge kulu korral 4—5 päeva. Selleks ajaks vaibuvad valud kõhus, normaliseeruvad kehasoojus ja roojamine.

Teise ravitsükli vältel tuleb haigele anda peamiselt tugeva antibakteriaalse ravitoimega preparaate (biomütsiin, terramütsiin). Kui haige talub esimest kombineeritud ravitsüklit hästi, võib vahetult alustada teist tsüklit.

Biomütsiini ja terramütsiini manustatakse 200 000 TÜ neli korda päevas 6—7 päeva vältel. Samal ajal tuleb kompleksravile lisaks süstida veeni glükoosi ja askorbiinhapet, samuti rakendada dieetravi ning teisi teraapiameetodeid vastavalt näidustustele. Soolenugiliste või algloomade invasiooni korral, samuti kaasnevate haiguste ja tüsistuste puhul on vajalik vastav ravi.

Tuleb meeles pidada, et liiga väikeste annustena manustatavad ravimpreparaadid vähendavad düsenteeria ravi terapeutilist efekti, üledoosimine aga võib esile kutsuda nn. ravimihaiguse. Viimasel juhul on soovitatav pärast ravimi andmise katkestamist määrata haigele dimedrooli 0,05 kolm korda päevas 3—4 päeva jooksul, samuti kaltsiumkloriidi ja gammaglobuliini.

Kui raviasutuses on küllaldaselt voodikohti, on soovitatav ägedat düsenteeriat põdevate haigete ravi jätkata seni, kuni nad on kliiniliselt täiesti tervistunud ja organism on düsenteeriapisikuist vabanenud.

Sel juhul kirjutatakse rekonvalestsent statsionaarist välja alles pärast seda, kui rektoromanoskoopia abil on kindlaks tehtud, et tema jämesoole limaskestas puuduvad destruktiivsed muutused. Peale selle on vajalik normaalse koprogrammi esinemine ja rooja bakterioloogilise uurimise negatiivne tulemus (vastavad analüüsid tehakse ülepäeviti pärast ravi lõppemist).

Düsenteeriahaigete ravi jätkamisel ambulatoorseis tingimustes (nakkushaiguste kabinettides, polikliinikutes, ambulatooriumides), samuti retsidiivivastase ravi korral tuleb arvesse võtta statsionaaris teostatud ravi, selle tulemusi ja haige tervise seisundit. Düsenteeriahaigete ambulatoorse ravi puhul määratavad ravimid antakse haigele tasuta.

Düsenteeria diagnoosimise ja ravi parandamine aitab suurel määral kaasa selle haiguse likvideerimisele.

О СНИЖЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИЗЕНТЕРИЕЙ

К. Васильева и *М. Сидоров*

Резюме

Снижение частоты острых кишечных заболеваний в республике идет медленно. Отмечаются еще вспышки дизентерии, заболевание в период вспышек в 1961 г. составило 34.5% от общей заболеваемости дизентерией. Острая дизентерия в группе острых кишечных болезней занимает высокий удельный вес (в 1960 г. — 53,7%, в 1961 г. — 60.1%), что в известной степени свидетельствует о серьезных недостатках в диагностике острых кишечных заболеваний. В связи с этим лечение больных бывает иногда неэффективным, а направленность противоэпидемических мероприятий неправильной.

Одним из обязательных условий успешного снижения частоты острых кишечных заболеваний являются раннее выявление и полноценное лечение больных острой и хронической дизентерией.

Ошибки в диагностике дизентерии объясняются недостаточно полным обследованием таких больных. Не используется в полной мере комплекс рациональных методов диагностики дизентерии: клинический, эпидемиологический, бактериологический, инструментальный, копрологический, а также другие вспомогательные методы. Отмечается недооценка клинико-эпидемиологического и некоторая переоценка бактериологического методов обследования.

С целью дифференциальной диагностики дизентерии недостаточно проводятся исследования испражнений на салмонеллы, а у детей раннего возраста — на патогенные кишечные палочки. Отмечается гиподиагностика хронической (затяжной, длительно протекающей, более 2 месяцев) дизентерии. Обострение заболеваний (рецидивы) диагностируются в большинстве как острая дизентерия, а в отдельных случаях каждый раз устанавливается новый диагноз (энтероколит, диспепсия, ламблиоз и т. д.).

Важное значение имеет рациональное лечение больных. Правильный выбор сульфаниламидных препаратов и антибиотиков, исходя из клинических показаний, а не только по чувствительности дизентерийных бактерий, как это нередко делается; достаточно полный клинический, копрологический, ректороманоскопический и бактериологический контроль излеченности в значительной мере будут способствовать снижению заболеваемости дизентерией.

При лечении больных дизентерией следует добиваться не только клинического выздоровления, но и полной ликвидации возбудителя болезни. Наиболее эффективно применение двухцикловой комбинированной терапии сульфаниламидами и антибиотиками. В качестве наилучших при первом цикле лечения, когда имеются выраженные явления интоксикации, тенезмы, частый жидкий стул, следует рекомендовать такие комбинации: фталазол по 1,0 четыре раза в день, левомицетин по 0,25 четыре раза в день или фталазол по 1,0 четыре раза в день, стрептомицин по 250 тыс. ед. два раза в день внутримышечно.

Продолжительность первого цикла в тяжелых случаях и случаях средней тяжести составляет 5—6 дней, при легком течении болезни — 4—5 дней.

При втором цикле лечения необходимо назначать препараты, обладающие главным образом сильным антибактериальным терапевтическим эффектом (биомицин, террамицин). В случае если больной хорошо переносит первый цикл комбинированного лечения, второй цикл можно начать без перерыва.

Биомицин и террамицин назначаются по 200 тыс. ед. четыре раза в день, в течение 6—7 дней. В комплекс лечения необходимо включать инъекции глюкозы и аскорбиновой кислоты. При наличии глистной инвазии, сопутствующих заболеваний или возникновении осложнений, должно быть проведено соответствующее патогенетическое лечение.

Улучшение диагностики и лечения легких атипичных и хронических форм дизентерии — путь к снижению заболеваемости ею.

DÜSENTEERIA RAVIST ENTEROSEPTOOLIGA

Arstiteaduse kandidaat *A. DANILOVITŠ*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *Z. Saar*)

Vaatamata paljudele antibakteriaalsetele ravivahenditele, mida düsenteeria raviks kasutatakse, on ravitulemused küllaltki kesised.

Jodoform ja selle mitmed derivaadid, nende hulgas ka 8-hüdrooksühinoliin, omavad tugevat bakteriostaatilist toimet mitmesugustesse mikroobidesse. 8-hüdrooksühinoliini halogeniseerimisel saadud ühendeid. nende hulgas ka kloor-joodhüdrooksühinoliini (nimetatakse enteroseptooliks ja toodetakse Ungari Rahvavabariigis) kasutatakse mitmete protosoiliste infektsioonide, samuti bakteriaalsete sooleinfektsioonide raviks. Enteroseptooli bakteriostaatilist aktiivsust seletatakse tema paralüseeriva toimega mikroobide mõnedesse ensüümidesse ja rakuvalkude hologenisatsiooniga.

Uuringud radioaktiivse joodi isotoopidega on näidanud, et enteroseptool imendub sooletraktis. Seda kinnitavad ka enteroseptooli esinemine vereseerumis ja eritumine uriiniga. Seoses ühendi täieliku imendumisega arvatakse, et kloor-joodhüdrooksühinoliini toime ulatub kaugemale kui sooles ja soole limaskestal esinevatesse mikroobidesse. Imendumisel seotakse enteroseptool peaasjalikult maksas ja eritatakse muutumatult uriiniga.

Enteroseptooli ei soovitata kasutada maksa funktsionaalse puudulikkusega haigetel.

Käesolevas töös analüüsiti enteroseptoolravi tulemusi 30 ägeda düsenteeriaga haigel, kes viibisid ravil Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas 1961. a. lõpul ja 1962. a. algul. Haigetest oli lapsi (3—12 a.) ja täiskasvanuid võrdselt. Enteroseptoolravi tulemusi võrreldi kontrollrühmaga, mille moodustasid ilma enteroseptoolita ravitud 30 ägeda düsenteeriaga haiget. Neist oli lapsi 20 (3—14 a.) ja täiskasvanuid 10. Enteroseptooliga ravitud haigetest hospitaliseeriti 1.—3. haiguspäeval 12, 4.—7. päeval 9 ja ülejäänud hiljem. Kontrollrühma haigetest hospitaliseeriti 1.—3. haiguspäeval 15, 4.—7. päeval 8, ülejäänud hiljem. Kõigil uuritud haigetel isoleeriti roojast düsenteeriatekitajaid: *Sh. newcastli* 20 juhul (kontrollrühmas 6), *Sh. sonnei* 8 (kontrollrühmas 14), *Sh. flexneri* 2 juhul (kontrollrühmas 10).

Enteroseptooliga ravitud rühmas ja kontrollrühmas olid ülekaalus keskmise raskusega haiged, kel nii kliiniliste sümptoomide esinemine kui ka intensiivsus olid võrdsed.

Enteroseptoolravi kasutati 1) düsenteeria ägedal perioodil, 2) pikaldase kuluga haigusjuhtudel, kui roe pärast antibakteriaalset ravi ei normaliseerunud, 3) kui pärast antibakteriaalset ravi esines kontrollkülvides veel düsenteeriatekitajaid.

Enteroseptooli manustati täiskasvanuile 0,25 *pro dosi* 3—4 korda päevas, lastele (vastavalt vanusele) 0,08—0,12 *pro dosi* 3—4 korda päevas. Ravikuuri pikkus oli 10—14 päeva. Enteroseptooli kasutati düsenteeria ägedal perioodil 15 haigel, kelle üldseisund paranes alates 2.—3. ravipäevast. Samaaegselt enteroseptooliga rakendati ka üld- ja sümptomaatilist ravi. Seisundi paranemisega lakkasid kõhuvalud ja tenesmid ning normaliseerus roojamissagedus.

Kontrollrühma haigetel kasutati antibakteriaalseid vahendeid (antibiootikume ja sulfaniilamiidpreparaate) erinevates kombinatsioonides koos üld- ja sümptomaatilise raviga.

Andmed patoloogilise leiu kohta roojas ja S-käärsooles enteroseptoolravil ning kontrollrühma haigetel on esitatud tabelis.

	Enteroseptoolravil	Kontrollrühmal
	ravipäevad	
Veri roojas	3	3
Lima roojas	7	12
Positiivne bakterioloogiline leid	7—8	10—11
Roe normaalne	8—9	13—14
S-käärsoole valulikkus	10—11	13—14
S-käärsool palpeeritav	12—13	15—16

Enteroseptoolravil normaliseerus roe, kadusid sigma valulikkus ja spastilisus kiiremini kui teisi ravimeid saanud haigetel. Enteroseptoolravi puhul kadusid ka düsenteeriatekitajad roojast varem. Häid tulemusi ägeda düsenteeria ravil enteroseptooliga said A. Kolobkova ja P. Rudnev (1). Nende autorite andmetel 64,2% haigetest normaliseerus roe ja 55,9% haigetest kadusid düsenteeriatekitajad juba 3. päeval.

Ka jämesoole põletikulised muutused taandusid käesoleva töö tähelepanekute kohaselt hiljem (19.—20. päeval) kui A. Kolobkova ja P. Rudnevi andmetel (10.—12. päeval). Suuri erinevusi limaskesta muutuste reparatsioonis kontrollrühmaga võrreldes me ei täheldanud.

Enteroseptooli võiks seega pidada ägedate düsenteerianähtude likvideerimise ratsionaalseks vahendiks. Haiged talusid seda ravimit hästi ja mingeid subjektiivseid vaevusi see ei tekitanud. Enteroseptooli tuleks soovitada juhtudel, kui haige teisi ravimeid ei talu või neid mingil põhjusel manustada ei saa.

Uurituist kaheksal esinesid anamneesis korduvad lühiajalised kõhulahtisused juba mõne kuu jooksul enne hospitaliseerimist. Anamneesi andmetel, kliinilise pildi ning rektoskoopilise leiu põhjal diagnoositi pikaldase kuluga ägedat düsenteeriat. Diagnoosi kinnitas düsenteeriatekitajate korduv leidumine roojakülvides.

Enamik haigeid olid saanud ravi algul ftalasooli koos süntomütsiini või mõne teise antibiootikumiga. Järgnevalt oli kasutatud tetratsükliini, erütromütsiini, biomütsiini jt. vahendeid. Et pärast antibakteriaalset ravi haigusnähud püsisid ja roe ei normaliseerunud, rakendati raviks enteroseptooli tavalistes annustes 10—14 päeva jooksul.

Enteroseptoolravi puhul normaliseerus roe 4.—10. päevaks, keskmiselt 7. päeval pärast ravi algust, millega seoses ka üldseisund paranes.

Pärast antibakteriaalset ravi olid rooja kontrolluuringud düsenteeriatekitajate suhtes positiivsed 11 haigel. Need haiged olid kliiniliselt juba paranenud ja roe normaliseerunud. Kõikidel juhtudel isoleeriti roojakülvidest *Sh. newcastli,* mis osutus 3 juhul tundlikuks streptomütsiini, 1 juhul biomütsiini ja 1 juhul levomütsetiini suhtes. Kõik ülejäänud isoleeritud tüved osutusid *in vitro* biomütsiini-, levomütsetiini- ja streptomütsiiniresistentseteks.

Enteroseptoolravi toimel muutusid roojauuringud düsenteeriatekitajate suhtes negatiivseteks 9 juhul. 2 juhul isoleeriti *Sh. newcastli* ka pärast ravi. Ühel juhul vabanes haige düsenteeriatekitajatest enteroseptoolravi kordamisel, teisel juhul süntomütsiin-sulgiinravi tulemusena.

Kokkuvõttes võib käesoleva töö andmetel öelda, et düsenteeria algperioodil kasutatud enteroseptoolravi puhul kadusid ägedad haigusnähud, normaliseerus roe ja bakterioloogilised roojauuringud muutusid düsenteeriatekitajate suhtes negatiivseteks varem kui teiste raviviiside puhul. Roe normaliseerus kiiresti ka pikaldase kuluga düsenteeria korral. Enteroseptoolravi tuleb pidada näidustatuks eriti neil juhtudel, kui haige ei talu teisi ravimeid või kui isoleeritud düsenteeriatekitajad on antibiootikumide suhtes resistentsed.

ЛЕЧЕНИЕ ДИЗЕНТЕРИИ ЭНТЕРОСЕПТОЛОМ

А. Данилович

Резюме

При лечении больных острой дизентерией энтеросептолом отмечалось более быстрое исчезновение острых явлений, нормализация стула и бактериологическое выздоровление, чем при антибиотикотерапии. Более быстрая нормализация кала отмечена и в случаях с затяжным течением болезни.

Энтеросептол рекомендуется применять особенно в тех случаях дизентерии, когда больной не переносит других препаратов или когда у него обнаруживаются антибиотикорезистентные возбудители.

SOOLE ENSÜMOPAATIATEST VARAEALISTEL LASTEL

L. KERES ja *A. UIBO*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Pikaldaste ja retsidiveeruvate seederikete üheks põhjuseks võivad olla mitmesugused soole ensümopaatiad. H. A. Weijers, J. H. van de Kamer, W. K. Dicke ja J. Ijsseling (1, 2) kirjeldasid süsivesikuid lammutavate soolefermentide puudulikkusest põhjustatud seederikkeid lastel: rinnaga toitmisel oli kõhutegevus korras, lisatoidu andmisel aga kujunes visa seederike. Süsivesikute talumise proovid, seedetrakti fermentide aktiivsuse määramine ja rooja kromatograafiline uurimine näitas, et seederikke põhjuseks olid mitmesugused ensümopaatiad. Laktaasi vähesuse puhul ei talunud lapsed piimasuhkrut, sahharaasi puudulikkuse puhul tavalist suhkrut ja diastaasi või maltaasi puudulikkuse puhul tärklist. Puuduliku seedimise tõttu satuvad ensümopaatiatega lastel di- või polüsahhariidid ileotsökaalpiirkonda, kus soolemikroobid need lammutavad. Sel puhul tekib rohkesti madalamaid rasvhappeid (äädik- ja piimhapet), mis soole seina ärritades kutsuvad esile kiire peristaltika ning lima rohke eritumise ja kahjustavad soole resorbeerimisvõimet. Kliiniliselt esines nendel lastel suur, puhitunud kõht; roe oli vedel, vahutav, tugevalt happelise reaktsiooniga ja sisaldas peenehelbelist lima; rooja kogus oli väga suur. Lapsed olid kahvatu nahavärvusega, pahurad, halva isuga, nad kõhnusid. Seederike ei allunud tavalisele ravile; vastava süsivesiku toidust ärajätmisel möödusid aga haigusnähud kiiresti ja lapsed kosusid.

Viimaseil aastail on kindlaks tehtud, et ka tsöliaakia sündroomi üheks tekkepõhjuseks on soole-ensüümi, nimelt peptidaasi vähesus. Suur osa tsöliaakiahaigeist ei talu nisusaadusi, harvem ka rukki- ja kaerasaadusi. Kahjustavalt toimivad nimetatud teraviljades leiduvad, prolamiinide hulka kuuluvad valgud — gliadiinid. Normaalselt lagunevad gliadiinid algul pepsiini ja trüpsiini toimel peptiidideks ja siis soole peptidaasi toimel amiinohapeteks. Tsöliaakia puhul on aga peptidaasi puudulikult, mistõttu gliadiinide peptiidid ei lagune ja kahjustavad organismi. Kui gliadiine enne lapsele andmist mõjutada sea soole limaskesta ekstraktiga, siis nad ei põhjusta haiguslikke nähte. See näitab, et kahjustavaks aineks on peptiidid, mitte aga nende lammutamisel vabanenud amiinohapped.

Gliadiinide kahjustava toime kohta ei ole tänapäeval veel ühtset arvamust. Osa autoreist (G. Erdmann, H. Krainick jt.) seletavad haigust intestinaalse allergia kujunemisega peptiidide suhtes, teised (H. A. Weijers, J. H. van de Kamer, S. Anderson) aga peptiidide kahjustava toimega soole limaskestasse ja kogu organismisse.

Eristatakse primaarseid ja sekundaarseid soole ensümopaatiaid. Primaarse puhul esineb ensüümi kaasasündinud puudulikkus. Sekundaarsed ensümopaatiad kujunevad aga pärast raskeid soolepõletikke.

Varases lapseeas võivad pikaldaselt kulgevat seederiket põhjustada väga mitmesugused tegurid, mistõttu neid lapsi tuleb põhjalikult uurida. Kõigepealt on vaja last uurida parasiitide, soolepõletike ja väärarengute suhtes. Kui seederikke põhjus siiski ei selgunud, tuleb uurida lapse seedetrakti fermentatiivseid võimeid. Mao ja kaksteistsõrmiksoole sisu fermentide aktiivsust saab määrata vastavate sondeerimiste abil. Peensoole sondeerimist tänapäeval kliinilises praktikas ei kasutata. Peensoole ensümopaatiate diagnoosimiseks tehakse vastavaid proove: toidust jäetakse täielikult välja kahtlusalune aine ja jälgitakse, kas seega haigus paraneb. Kui esineb tugevalt happeline, vahutav roe, siis jäetakse algul toidust välja disahhariidid, asendades need glükoosiga. Kui endiselt esineb kääriv roe, siis viiakse võimalikult madalaks toidu tärklisesisaldus. Kui aga tekib tsöliaakiakahtlus, siis proovitakse gliadiinivaba, s. o. nisu-, rukki- ja kaerasaadustevaba dieeti (eelnimetatud asendatakse riisi-, odra-, tatra-, hirsi- ja maisisaadustega). Kui mõne aine toidust väljajätmisel lapse seisund 2 nädala kestel ilmselt paraneb, siis on kahjustav komponent kindlaks tehtud. Vastaval dieedil kosuvad lapsed kiiresti ja seederikke retsidiive enam ei teki.

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas on viimase kolme aasta kestel olnud ravil 4 last, kel diagnoositi tsöliaakiat. Paranemine saavutati gliadiinivaba dieediga. Alljärgnevalt esitame ühe raske haigusjuhu kirjelduse.

Astrid P., 2 a. vana, viibis ravil Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas 15. VI 1961. — 3. XI 1961. a. (haiguslugu nr. 759). Diagnoos: *coeliakia, hypotrophia III.*

Lapsel tekkis teisel elukuul seederike, mistõttu oli korduvalt haiglates ravil; diagnoositi düsenteeriat. Laps paranes, kuid ainult ajutiselt: eale vastava toidu andmisel tekkis taas isutus, kõhulahtisus, kaal langes järsult. Laps jäi maha psühhomotoorses arengus ja ta paigutati 1 aasta 11 kuu vanuselt defektiivsete väikelaste kodusse. Et laps muutus järjest kõhnemaks, viidi ta ühe kuu pärast üle düsenteeriat põdenud väikelaste kodusse.

Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse saabus laps 2 aasta 3 kuu vanusena. III astme hüpotroofia (kehakaal 6500 g). Laps oli väga viril. Ta istus iseseisvalt, ei suutnud aga ise istukile tõusta, samuti ei suutnud ta püsti seista ega kõndida. Laps sai aru kõnest, kuid ise ei rääkinud. Tuberkuliiniproovid olid negatiivsed. Veri: SR 10 mm, hgb. 70,2 ü., erütrots. 3 620 000, leukots. 7400. Valge vere pildis eosinof. 2%, keppt. 3%, segmentt. 32%, lümfots. 59%, monots. 4%. Kõht oli meteorismi tõttu silmatorkavalt suur, jäsemed väga peened. Maks ja põrn ei olnud suurenenud. Laps roojas tavaliselt 1—3 korda ööpäevas, ajuti 1—2-päevaste vaheaegadega. Roe oli kõrtjas, beežikaskollane, roisulise haisuga; kogus väga suur.

Seederikke etioloogia kindlakstegemiseks uuriti last mitmekülgselt.

1. Soolenakkuste kahtluse tõttu tehti rooja bakterioloogilised uuringud (3 korda düsenteeria, tüüfuse ja paratüüfuse suhtes, üks kord soolekepikese patogeensete tüvede suhtes), mis osutusid negatiivseteks.

2. Kuuekordsel koproloogilisel uuringul ussnugiliste mune, lambliatsüste ega soolepõletiku tunnuseid ei leitud; ühel uuringul — üksikute tilkadena neutraalrasva.

3. Duodenaalmahla uuriti kahel korral, kuid lambliaid ega põletikutunnuseid ei leitud.

4. Sooleanomaalia kahtluse tõttu uuriti magu ja soolkonda röntgenoloogiliselt baariumsulfaadiga, kuid leid oli normaalne.

5. Kõhunäärme fermentide võimaliku puudulikkuse väljaselgitamiseks määrati diastaasi aktiivsus duodenaalmahlas ja uriinis ning röntgenifilmiprooviga trüpsiini aktiivsus roojas — tulemused normi piirides.

6. Et seederike ei allunud tavalisele ravile (ka rooja omaduste tõttu), arvestati tsöliaakia esinemise võimalust. Kolmandal ravinädalal rakendati gliadiinivaba dieet. Toidust jäeti välja kõik nisu-, rukki- ja kaerasaadused. Teraviljasaadustest kasutati riisi-, odra-, tatra- ja hirsitangu. Liha- ja piimasaadusi, rasvaineid, aedvilju jt. toiduaineid oli toidus eale vastavalt. Kahe nädala pärast täheldati lapse ilmset paranemist: roe normaliseerus, isu muutus heaks, kaal tõusis pidevalt.

Eeltoodud analüüside põhjal selgus diagnoos: *coeliakia.*

Dieediga samaaegselt rakendati üldtugevdavat ravi: plasma- ja vereülekanded, C-, B_1-, B_2-, B_{12}-, PP-, A- ja D-vitamiin, kiiritamine elavhõbe-kvartslambiga jt. Lapse aktiivsus tõusis. Viimasel ravikuul hakkas ta tugede najal kõndima ja üksikuid sõnu ütlema. Nelja ravikuu vältel oli kaaluiive 2400 g. Haiglast lahkumisel oli laps 2 aastat 7 kuud vana ja kaalus 8900 g.

Kodus jätkati gliadiinivaba dieeti. Nelja kuu kestel pärast haiglast lahkumist mingisuguseid seedehäireid ei esinenud. Viiendal kuul tekkis seoses kaitserõugete pookimisega lühiajaline seederike; samasugune seederike kaasus poliomüeliidivastasele immuniseerimisele. Lapse üldseisund oli kogu aeg hea, ta arenes kiiresti. 3 aasta 2 kuu vanuselt (s. o. 7 kuud pärast haiglast lahkumist) oli laps normaalse toitumusega (kehakaal 14 100 g), tema psühhomotoorne areng oli peaaegu eale vastav.

Kirjeldatud haigusjuhul oli tegemist soole ensümopaatiaga, mis arenes ilmselt peptidaasi puudulikkuse tõttu, sest gliadiinivaba dieet andis suurepäraseid tulemusi. Arvatavasti oli ensümopaatia sekundaarne, kujunenud düsenteeria põdemise tagajärjel.

Retsidiveeruvate ja krooniliste kõhulahtisuste esinemisel tuleb alati mõelda ka ensümopaatiale. Õige diagnoos on ravimisel äärmiselt oluline, sest haigusele vastav ravi annab suurepäraseid tulemusi ka raskesti haigetel, nagu seda ilmekalt näitas ülalkirjeldatud juht. Kõigil lastel, kel esineb kauakestev seederike, tuleb teha vastavad uuringud seedefermentide aktiivsuse ja toiduainete taluvuse kindlakstegemiseks.

KIRJANDUS

1. Weijers, H. A., van de Kamer, J. H., Dicke, W. K. and Ijsseling, J. Pediatr., 1961. 58, 6, 883—885. — 2. Weijers, H. A., van de Kamer, J. H. Kinderärztl. Praxis, 1961, 6, 256—257.

ОБ ЭНЗИМОПАТИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л. Керес и *А. Уйбо*

Резюме

Одной из причин рецидивирующих и хронических расстройств пищеварения у детей раннего возраста является недостаточность энзимов в кишечнике. При этом некоторые ингредиенты пищи полностью не расщепляются.

В современной литературе указывается, что одной из причин целиакии является недостаток энзима пептидазы. Дети, болеющие энзимопатией, не переносят пшеничных, овсяных и ржаных блюд. Находящиеся в зернах этих культур особые белки-глиадины из-за недостаточности пептидазы неполно расщепляются и поэтому повреждают организм ребенка. Различают первичные и вторичные энзимопатии. Причиной первичных энзимопатий является врожденная недостаточность энзимов, вторичные развиваются после перенесенных воспалительных процессов кишечника.

Описывается случай заболевания целиакией вследствие энзимопатии у двухгодовалого ребенка. Больной был в очень тяжелом состоянии (рецидивирующий понос, гипотрофия III стадии и резкая отсталость в развитии). Диета, свободная от глиадинов (пшеницы, овса, ржи), привела к выздоровлению (устойчивый стул, прибавка в весе 2400 г в течение 4-х месяцев).

ECHO-12 VIIRUSE POOLT PÕHJUSTATUD SOOLENAKKUSE PUHANG EESTI NSV-s

A. JANNUS

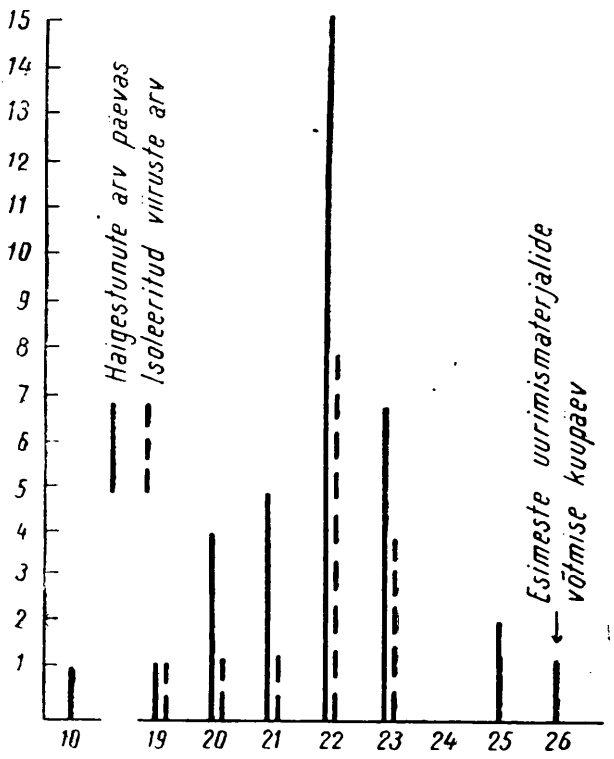
(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Kirjanduse andmeil võivad paljud enteroviirused esile kutsuda epideemilisi puhanguid, mida iseloomustavad eeskätt seedehäired. Veenvalt on tõestatud ECHO-11 ja ECHO-14 viirustüüpide osatähtsus seedehäirete patoloogias, eriti väikelastel [F. Bergamini ja F. Bonetti (2), P. Lépine, J. Samaille, J. Maurin, O. Dubois ja M. Carré (3)]. A. Šubladze (1) andmeil võivad gastroenteriite põhjustada ka ECHO-viiruste teised serotüübid, nagu 2, 7, 8, 10, 12, 18 ja 19.

Eesti NSV-s õnnestus meil diagnoosida gastroenteriidi epideemilist puhangut, mille põhjustas ECHO-12. Haigus haaras 1959. a. oktoobrikuu lõpul Türi Põllumajanduse Tehnikumi õpilasi, kes elasid ühiselamus. Haigestunute vanus oli 14—25 a. Ühtlasi haigestusid sama tehnikumi komandant M. T. (44 a. vana), tema mees (50 a. vana) ja nende 11-aastane tütar. Kokku hospitaliseeriti 36 haiget.

Epidemioloogiline analüüs näitas, et esimesena (10. oktoobril) haigestus 14-aastane L. P. Haigus algas kõhulahtisuse ja kerge palavikuga, möödus aga peatselt. Teine haigusjuht oli alles 19. oktoobril. Sellest kuupäevast edasi haigestusid kõik ülejäänud õpilased. Kõige rohkem õpilasi (arvult 15) haigestus 22. oktoobril, s. o. 12 päeva pärast esimest haigusjuhtu. Viimane haige registreeriti 26. oktoobril.

Joon. 1. Enteroviiruse ECHO-12 poolt esilekutsutud infektsiooni haigestumise dünaamika



Haigestumise ja viiruse isoleerimise kuupäev (oktoober 1959. a.)

Eeltoodust nähtub, et pärast 8-päevalist inkubatsiooniperioodi, s. o. 10.—19. oktoobrini, haigestus seitsme päeva jooksul kogu internaadi kollektiiv (vt. joonis 1).

On huvitav märkida, et esimesena haigestunud L. P.-l tekkis 25. oktoobril retsidiiv, mis avaldus kõhulahtisuses (ilma palavikuta).

Kõikidel epideemiast tabatud haigetel kulges infektsioon gastroenteriidi nähtudega. Põhilisteks kliinilisteks sümptoomideks olid järsk temperatuuri tõus (mõnedel kuni 40°), kõhulahtisus koos valudega kõhus, oksendamine ja paljudel tugevad peavalud. Kõhulahtisus püsis enamikul 2—3 päeva, iste sagedusega 3—5 korda öö-päevas. Haigus kestis keskmiselt 3—5 päeva, mõnedel juhtudel aga tunduvalt kauem. Võis täheldada ka temperatuuri kahefaasilist tõusu, mida tavaliselt saatis kõhulahtisus. Ühel haigel, E. M-l, kes haigestus teisena (19. oktoobril), esines isegi kolmefaasiline temperatuuri tõus. Esimesel haiguspäeval kaebas haige peavalu ja iiveldustunde üle ning oksendas. Temperatuur oli 37,6°. Kõhulahtisust ei esinenud ja kliiniliselt hakkas haige paranema. 26. oktoobril tõusis temperatuur uuesti kuni 40°, millele seekord kaasusid väga tugevad peavalud. Järgnevalt temperatuur langes, kuid tõusis 3. novembril järjekordselt 38,2°-le. Haigel tekkisid jälle tugevad peavalud ning nüüd esines ka kõhulahtisus.

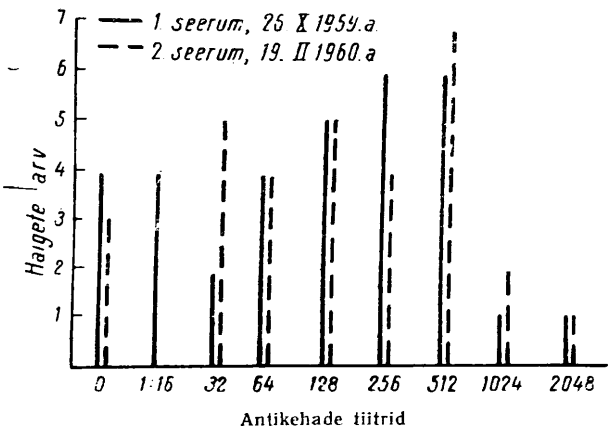
Et epideemiat iseloomustas põhiliselt kõhulahtisus, siis kahtlustati düsenteeriat. Kõiki haigeid uuriti rektoromanoskoopiliselt ja bakterioloogiliselt. Jämesoole limaskestas patoloogilisi muutusi üldiselt ei sedastatud, välja arvatud mõnel kerge hüpereemia. Bakterioloogiliselt isoleeriti neljal haigel düsenteeriatekitajad (Boyd-Novgorodskaja V tüüp). Selle põhjal diagnoositigi infektsioon düsenteeriana. Koprogrammides sedastati lima, verd ei esinenud.

Haigete ravimiseks kasutati ftalasooli, süntomütsiini ja streptomütsiini.

Et düsenteeria esinemine tundus siiski kahtlasena, saadeti 31 haige väljaheited ja 33 haige veri viroloogiliseks uurimiseks Tallinna Epi-

demioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti. Esimesed uurimismaterjalid võeti keskmiselt viiendal haiguspäeval, teistkordsed neli kuud hiljem. 31 haige esimesest väljaheitest õnnestus isoleerida 14 tsütopatogeenset agensit, mis osutusid tüpiseerimisel ECHO-12 viiruseks.

Joon. 2. Haigestunute seerumite antikehade tiitri dünaamika enteroviiruse ECHO-12 suhtes



Seroloogiliste uurimiste põhjal selgus, et uuritavate veres olid antikehade tiitrid isoleeritud viiruse suhtes kõrged; kuni 1:2048 (vt. joonis 2). See tõestab, et kirjeldatava epideemia põhjustajaks oli enteroviirus ECHO-12.

Düsenteeriatekitajate samaaegset avastamist võib seletada üksikute sporaadiliste haigusjuhtudega.

Uurimiste põhjal selgub, et ECHO-12 viirus omab Eesti NSV-s osatähtsust seedeelundite häire etioloogilise faktorina, mida tuleb arvestada sooleinfektsioonide likvideerimise ülesande lahendamisel.

Kirjeldatud infektsioon on Eesti NSV-s ühtlasi esimeseks viroloogiliselt diagnoositud ECHO-infektsiooniks.

Ei saa jätta märkimata, et ECHO- ja *Coxsackie*-viiruste poolt tekitatud epideemilisi puhanguid või sporaadilisi juhte on meie vabariigis arvatavasti võrdlemisi sageli. Kahjuks ei diagnoosi paljud meie arstid neid infektsioone ega saada haigete materjale õigeaegselt (või üldse mitte) viroloogilisteks uurimisteks.

Ebaselge kliinilise pildiga epideemiliste puhangute või üksikute haigusjuhtude korral on vajalik informeerida Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti telefonil 440—51 (aadress: Tallinn, Paldiski mnt. 52/6).

KIRJANDUS

1. Шубладзе А. К. Клинич. медицина, 1961, 10, 120—126. — 2. Bergamini F., Bonetti, F. Boll. Ist. sieroter. milan., 1960, 39, 11/12, 510—515. — 3. Lépine, P., Samaille, J., Maurin, J., Dubois, O., Carré, M. C. Ann. Inst. Pasteur, 1960, 99, 2, 161—166.

ВСПЫШКА КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ECHO-12 В ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Яннус

Резюме

В октябре 1959 г. в Эстонской ССР возникла эпидемическая вспышка острого желудочно-кишечного заболевания. Заболело 36 учащихся сельскохозяйственного техникума. Основными симптомами заболевания были: внезапное повышение температуры, острый понос с болями в животе, рвота, и у многих заболевших — сильные головные боли. Болезнь продолжалась в среднем от 3 до 5 дней, однако в ряде случаев значительно дольше. Копровирусологическими и серологическими исследованиями было установлено, что эпидемическая вспышка была вызвана энтеровирусом ECHO-12.

Описанная вспышка является первой вирусологически диагностированной ECHO-инфекцией в Эстонской ССР.

NAKKUSLIKU KOLLATÕVE KOLLASUSETA JA PÜHKUNUD VORMIDE SÜMPTOMATOLOOGIA JA DIAGNOSTIKA

Arstiteaduse kandidaat *J. REINARU*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Nakkusliku kollatõve kollasusega vormi diagnoosimine kollasuse perioodil ei põhjusta harilikult erilisi raskusi, kuid haiguse kindlakstegemine kollasuse-eelsel perioodil, samuti kollasuseta ja pühkunud vormide diagnoosimine on tänapäeval veel küllaltki raske küsimus. Kogemused näitavad, et raskusi diagnoosimisel esineb nii jaoskonnaterapeutidel kui ka infektsionistidel.

Nakkusliku kollatõve kliinilise klassifikatsiooni küsimustes ei ole täit selgust, eriti vormide terminoloogia osas. Et diagnoosi panekul on vaja täpselt kajastada kõiki haiguskulu vorme ehk iseärasusi, tuleks siin luua ühtlus. Esiteks tuleb eristada haiguskulu iseloomu ajaliselt ehk kestuselt: ägeda, alaägeda ehk pikaleveniva või kroonilise kuluga haigus. Teiseks tuleb iseloomustada haiguse raskust ehk intoksikatsiooniastet: kerge, keskmise raskusega või raske kuluga haigusvorm. Lisana viimase juurde tuleb märkida kas a) toksiline, b) äge maksadüstroofia või c) alaäge maksadüstroofia. Kolmandaks on vajalik fikseerida maksa pigmentainevahetuse häirete iseloomu. Sellel pole paralleele ega seost haiguse raskusega (intoksikatsiooniastmega). Siin tuleb eristada a) kollasuseta, b) pühkunud (vahepealne) ja c) kollasusega vormi. Neljandaks peab diagnoos kajastama haiguse prodromaalperioodi kliinilise pildi iseloomu: a) düspeptiline, b) palavikulis-düspeptiline, c) pseudogripoosne, d) pseudoreumatoidne, e) latentne sündroom. Märkida tuleb ka haiguse ajal või pärast seda tekkinud komplikatsioonid või retsidiivid. Näiteks võib esineda järgmise iseloomuga haigusjuhte: 1) äge raske toksiline kollasuseta palavikulis-düspeptiline nakkuslik kollatõbi, 2) pikaleveniv ehk alaäge keskmise raskusega pühkunud pseudoreumaatiline nakkuslik kollatõbi koos sapipõiepõletikuga, 3) krooniline, kerge (või keskmise raskusega) ägenemisega pühkunud nakkuslik kollatõbi koos algava maksatsirroosiga.

A. Butjagina ja E. Nasaretjani (1) andmetel esineb ägedaid kergeid kollasusega haigusvorme 79,2%, ägedaid keskmise raskusega 15,8 ja ägedaid raskeid toksilisi kollasusega vorme 2,9%-l juhtudest. Kroonilisi vorme retsidiividega esineb 1,5% ja tsirroosiks läheb üle 0,3% kollasusega vormidest. Nimetatud autorid kirjeldavad ühte nakkusliku kollatõve puhangut, kus nad leidsid kollasusega haigusvorme 84,2% ja kollasuseta 15,8% juhtudest.

Nakkusliku kollatõve kollasuseta ning pühkunud haigusvormid ja kollasuse-eelses perioodis haiged on epidemioloogiliselt seisukohalt lähtudes ümbruskonnale kõige ohtlikumad, sest nad on varjatud viirusekandjad ja nakkuselevitajad. Oluline on märkida, et kollasuseta haigusvormid võivad sageli kulgeda pikalevenivalt ja üle minna krooniliseks hepatiidiks ning põhjustada maksatsirroosi. Harva diagnoosivad arstid niisuguseid haigusvorme epideemilise hepatiidina. Harilikult antakse nendele haigetele töövõimetusleht mõne järgmise diagnoosiga: gripp, maokatarr, angiin, ülemiste hingamisteede katarr, enterokoliit, liigeste reuma, punetised, sapiteede- ja sapipõiepõletik jne.

E. Nasaretjan (3) näitas oma uurimustes, et polikliinikusse pöördub tunduvalt rohkem haigeid nendest korteritest, kus oli registreeritud nakkuslikku kollatõbe. Kollatõvehaigetega kokkupuutunutel oli 33%-l juhtudest aldolaasi aktiivsus kõrgenenud ja nakkuslik kollatõbi kulges sümptoomideta. E. Chouret (5) on seisukohal, et kollasuseta nakkuslik hepatiit on laialdaselt levinud haigus, mille puhul esinevad sageli ka

allergilised sümptoomid. Kirjeldatakse koguni ka kollasuseta nakkusliku kollatõve juhte komatoosse ja delirioosse seisundiga (6).

Kollasuseta nakkusliku kollatõve sümptomatoloogia

Üldistest subjektiivsetest kaebustest esinevad sageli nõrkustunne, adünaamia, väsimus, roidumus, põhjendamatu ärrituvus (konfliktid tööl või kodus), unehäired, üldine depressiivne seisund, peapööritus, peavalud, naha sügelemine, higistamine, külmavärinad, nohu, valud liigestes ja lihastes, eriti nimme piirkonnas, ja ebamäärased närvivalud.

Seedeelunditega seoses kaebavad haiged harilikult järgmist: söögiisu täielik puudumine või igasugused kõrvalaistingud toidu suhtes, kõrvetustunne suus, suu kuivamine, valud kas epigastriumi või südame ja umbsoole piirkonnas, sageli esinevad kõhulahtisus, -kinnisus või -puhitus.

Objektiivsetest kliinilistest sümptoomidest täheldatakse arteriaalset hüpotooniat, bradükardiat. Esineb minestamist, hingamissageduse vähenemist, palavikku, mitmesuguseid nahalööbeid, naha ja limaskestade kahvatust, kurgulae hüpereemiat, suurenenud või vähenenud uriinieritust, minimaalset maksa suurenemist ja selle valulikkust palpeerimisel.

Laboratoorsed analüüsid näitavad settereaktsiooni aeglustumist, leukopeeniat, eosinofiiliat. Haiguse varajases perioodis esineb monotsütoos, bilirubiini hulk veres asub normi ülemisel piiril [indirektse bilirubiini-normi piirid veres Hjimans van den Bergi järgi 0,2—0,7 mg% (0,8—1,2 mg%), Bakaltšuki järgi 1,6—6,24 mg% (0,16—0,64 mg%), Jendrassiki järgi 0,8—1,2 mg%], bilirubiini leid uriinis ühekordselt või aeg-ajalt nõrgalt positiivne, urobiliin enamasti positiivne. Kollasuseta haigusvormi ägedas perioodis bilirubiin uriinis metüleensinise proovi puhul 0,1%-lise lahusega on positiivne 5—10 tilga piires [juhul kui bilirubiini eritub uriiniga, siis metüleensinise tilga lisamisel 5 ml uriinile jääb uriini värvus roheliseks sinise asemel, tilkade lisamisel muutub roheline värvus siniseks — rohelise värvuse siniseks muutmiseks kulunud tilkade arvu järgi hindame bilirubiini sisalduse hulka uriinis (norm 1—4 tilka); 0,25%-lise lahusega on reaktsioon positiivne 4—7 tilga lisamisel (norm 1—3 tilka)]. Haiguse palavikuga või ägedas perioodis ja veidi hiljem kõrgeneb fermentide aldolaasi ning transaminaaside aktiivsus veres. Ilmnevad positiivsed allergilised testid: positiivne kupuproov, positiivne Thorni test ja Nesterovi fenomeen; pikeneb hüübimise ja veritsemise aeg. Teised harilikud maksafunktsiooni proovid on peaaegu alati normis, kuid β-globuliinide arv veres tõuseb, tümooliproov on nõrgalt positiivne, heterohemaglutinatsioonireaktsioon doonorkukkede erütrotsüütidega on positiivne 1 : 40, 1 : 80 ja enam lahjendustes (norm 1 : 5, 1 : 10, 1 : 20).

Kliinilise pildi järgi eristab J. Sipitiner (2, 4) järgmisi kollasuseta nakkusliku kollatõve sündroome: 1) gripoosne, 2) tüfoosne, 3) gastriidiline, 4) ägeda kõhu sündroom, 5) südame- ja veresoonkonna häired (kollaps, stenokardia), 6) hemorraagiline (hematuuria, ninaverejooks jt.), 7) artriitiline ehk pseudoreumaatiline, 8) turselis-astsiitiline, 9) tserebraalne (meningiidi-, entsefaliidi- või meningo-entsefaliiditaolise pildiga, maniakaalset depressiivset psühhoosi ja amentiivset seisundit ning funktsionaalset neuroosi meenutavad seisundid), 10) subjektiivsete sümptoomideta haiguskulg.

Äge kollasuseta nakkuslik kollatõbi võib kiiresti üle minna ägedaks maksaatroofiaks, pikaleveniva kuluga vorm võib üle minna krooniliseks hepatiidiks ja seejärel tsirroosiks. Protsessi üleminekul ägedaks maksaatroofiaks on sageli kõige varasemateks sümptoomideks veritsemisnähud, hemorraagiad ja verejooksud. Mõningate autorite järgi esineb ägedat kollasuseta nakkusliku kollatõve vormi kollasusega vormidega võrreldes 10% juhtudest, viimastest läheb üle krooniliseks hepatiidiks 39% ja tsirroosiks 20% (2,4).

E. Tarejevi järgi kulgeb lastel nakkusliku kollatõve kollasuseta vorm järgmiste sümptoomidega: laps on rahutu, kaebab peavalu üle, kehatemperatuur on lühiajaliselt veidi kõrgenenud, kurk on hüpereemiline, pehmel suulael nõrk kollakas varjund ja villikesed, suus esineb kõrvetav tunne, lümfisõlmed (eriti kaela ja kukla piirkonnas) on suurenenud, esinevad liigeste- ja lihastevalud, üldine nõrkus, roidumus, unisus, higistamine, isu on halb, esineb kerget lühiajalist kõhulahtisust, maks on minimaalselt suurenenud ja valulik, kuid mitte alati.

Korduvad aldolaasi ja transaminaasi aktiivsuse, heterohemaglutinatsioonireaktsiooni ja bilirubiini- ning urobiliinihulga määramised veres ja uriinis võimaldavad kollasuseta nakkusliku kollatõve diagnoosimist nii lastel kui ka täiskasvanuil.

Pühkunud nakkusliku kollatõve sümptomatoloogia

Pühkunud haigusvormi kliinilist kulgu iseloomustavad peamiselt selgemini väljakujunenud kaebused ja objektiivsed sümptoomid kui kollasuseta vormi puhul. Kõige sagedamini kaebavad haiged nõrkuse, unisuse, higistamise, peavalu, peapöörituse ja kohina üle kõrvus. Esinevad ülemiste hingamisteede katarri nähud, subfebriilne palavik, valud liigestes või lihastes, halb isu, iiveldustunne, oksendamine, kõhulahtisus. Haiguse esimestel päevadel maks suureneb ja sügaval komplemisel täheldatakse selle valulikkust, ilmub skleerade nõrk kollasus, bilirubiin veres tõuseb veidi üle normi piiri, uriiniuuringud bilirubiini ja urobiliini suhtes on haigusvormi kõige ägedamas ning raskemas pühkunud faasis positiivsed, fermentide aldolaasi ja transaminaasi aktiivsus veres on kõrgenenud. Selle vormi puhul täheldatakse paljude erinevate ainevahetusliikide häiret, seejuures kõige vähem on muutunud maksa pigmentainevahetus. Heterohemaglutinatsioonireaktsiooni tiiter teataval haigusperioodil on tõusnud. Bilirubiin uriinis metüleensinise proovi puhul 0,25%-lise lahusega haiguse ägedamas perioodis on 6 ja enama tilga, aga 0,1%-lise lahusega 10 ja enam tilga puhul positiivne. Pühkunud nakkuslik kollatõbi võib haigel kulgeda ägedalt, alaägedalt või krooniliselt.

Kollasuseta ja pühkunud nakkusliku kollatõve vormide diagnoosimisel on oluliseks tugipunktiks vastavate epidemioloogiliste andmete olemasolu. Sageli esineb juhte, kus kollasuseta, pühkunud ja kollasusega haigusvormidega haiged ei kirjelda oma subjektiivset seisundit küllalt selgelt kronoloogilises järjekorras. Näiteks nädal või paar enne kollasuse teket esinenud mõnepäevalist palavikku haiged sageli ei seosta enam käesoleva haigusega ja unustavad selle mainimata, olles arvamusel, et see palavik oli gripi või lihtsa külmetuse tagajärg.

Nakkusliku kollatõve puhangute uurimine koolides näitas, et kollasuseta haigusvormid võivad kooliõpilastel kulgeda minimaalse maksa suurenemisega ja valulikkusega, mis on sedastatav ainult sügava palpeerimisega; anamneesis aga iseloomulikud kaebused puuduvad. Mainitud variandi puhul esineb aldolaasi ja transaminaasi aktiivsuse kõrgenemine, kuid haigus võib kulgeda ka ilma fermentide aktiivsuse tõusuta. Kollasuseta vormi teise variandi puhul on maks suurenenud ja valulik, anamneesis esinevad vastavad kaebused ja kehatemperatuuri kõrgenemine. Kolmanda variandi puhul võib haigus kulgeda ainult kaebustega, kusjuures maksa suurenemist ja laboratoorsete näitajate muutust ei esine. Nende variantide diagnoosimisel tuleb eriti arvestada vastavat epidemioloogilist situatsiooni.

Nii gammaglobuliini saanud kui ka mittesaanud õpilastel (nakkusliku kollatõve puhangu tingimustes koolis) nägime ka niisugust kollasuseta haigusvormi kulgu, mille puhul puudusid anamneesi ja objektiivsed andmed, kuid esines tunduv aldolaasi ja transaminaasi aktiivsuse tõus veres.

Kollasuseta nakkuslikku kollatõbe põdejate hulka võime arvata praktiliselt terve inimese, kes on nakkusliku kollatõve viiruse kandja ja levitaja ning seejuures põeb haiguse sümptoomideta varianti. Seroloogilised, komplemendi sidumise, heterohemaglutinatsiooni- jt. reaktsioonid annavad arvatavasti lähematel aastatel vastuse viirusekandluse iseloomu kohta (nii haigetel kui ka kontaktsetel nakkuskoldes).

Kollasuseta ja pühkunud nakkusliku kollatõve diagnoosimisel tuleb hoolikalt tundma õppida haiget, tema anamneesi andmeid, subjektiivset ja objektiivset seisundit. Ühtlasi on vaja tabada õiget aega laboratoorsete uuringute tegemiseks, eriti fermentide aktiivsuse, heterohemaglutinatsiooni ja bilirubiini määramiseks veres ja uriinis. Kõne all olevate vormide puhul võivad need laboratoorsed näitajad olla positiivsed ainult 2—7 päeva, alaägeda või pikaleveninud kollasuseta vormi puhul aga ka kauema aja jooksul.

Ainult niisugused komplekssed, põhjalikud ja korduvad kontaktsete uurimised kollasuseta ning pühkunud vormide avastamiseks ning isoleerimiseks ja sanitaar-hügieeniabinõude rakendamine loovad tingimused nakkuse leviku katkestamiseks.

Arvestades kirjeldatud nakkusliku kollatõve vormide esinemist haigetega kokkupuutunutel tuleb sanitaarharidustööd nakkuskolletes teha regulaarselt ja sihipäraselt, sest haigestumise vähendamine ja isegi likvideerimine oleneb meditsiinitöötajate ja elanikkonna ühistest pingutustest. Oluline on nii elanikkonna isiklik ja ühiskondlik sanitaarkultuur kui ka meditsiinipersonali töö ja taktika nakkusliku kollatõve koldes.

KIRJANDUS

1. Бутягина А. П. и Назаретян Е. Л. В сб.: Болезнь Боткина. Под ред. проф. Е. М. Тареева и проф. А. К. Шубладзе; М., 1956, 57—63. — 2. Мусабаев И. К. Инфекционный гепатит (болезнь Боткина). Ташкент, 1961. — 3. Назаретян Е. Л. Сов. медицина, 1960, 3, 77—80. — 4. Сипитинер И. Г. В сб.: Болезнь Боткина. Под. ред. проф. Е. М. Тареева и проф. А. К. Шубладзе: М., 1956, 64—71. — 5. Chouret, E. E. Angiology, 1958, 9, 4, 228—232. — 6. Sasson, L., Goldin, H. N. Y. St. J. Med., 1961, 60, 9, 1587—1588.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА БЕЗЖЕЛТУШНЫХ И СТЕРТЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА

И. Рейнару

Резюме

Больные безжелтушными и стертыми формами болезни Боткина, а также больные в инкубационном и продромальном периодах с эпидемиологической точки зрения представляют угрозу для окружающих, поскольку они являются скрытыми распространителями инфекции. К сожалению, такие формы и периоды болезни диагностируются врачами редко.

Приводятся клинические и лабораторные признаки безжелтушных и стертых форм болезни Боткина.

Для раннего распознавания безжелтушной формы болезни необходимо тщательное изучение данных анамнеза, субъективного и объективного состояния больного и своевременная постановка лабораторных исследований, особенно определение активности ферментов альдолазы и трансаминаз, реакции гетерогемагглютинации и определение билирубина в моче с помощью метиленовой синьки. Только комплексное, глубокое и повторное обследование контактных, выявление безжелтушных форм болезни, налаживание санитарно-гигиенических мероприятий могут создать условия для прекращения распространения инфекции.

HETEROHEMAGLUTINATSIOONI-REAKTSIOONI DIAGNOSTILISEST VÄÄRTUSEST EPIDEEMILISE HEPATIIDI PUHUL

T. KIRTSI ja *E. ALLIK*

(Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast, peaarst *H. Luuri*)

Alates 1958. a. on kirjanduses ilmunud mitmesuguseid andmeid, mis iseloomustavad heterohemaglutinatsiooni-reaktsiooni (HHA) diagnostilist väärtust epideemilise hepatiidi puhul. D. Golubev (8) sai positiivse HHA (sooritatult doonorkuke erütrotsüütidega) esimesel haigestumisdekaadil 77%-l, teisel dekaadil 57%-l, kolmandal dekaadil 39%-l ja neljandal dekaadil 31%-l haigetest. Töö tulemuste alusel pidas ta reaktsiooni hinnatavaks epideemilise hepatiidi varasel diagnoosimisel ja diferentsiaaldiagnostikas. W. Havens (17) sai epideemilist hepatiiti põdevatel haigetel positiivse resultaadi seerumilahjendustes 1 : 80 kuni 1 : 1280 70%-l juhtudest, kasutades reaktsiooniks ühepäevaste kanapoegade erütrotsüüte. Ka W. Havensi arvates on seda reaktsiooni võimalik rakendada epideemilise hepatiidi diagnoosimiseks, isegi haiguse varases staadiumis. V. Ananjev kaastöötajatega (2,4) uuris epideemilise hepatiidiga haigete vereseerumite hemaglutineerivaid omadusi, kasutades reaktsiooniks oina erütrotsüüte. Ta leidis, et heterohemaglutiniinide kõrged tiitrid esinevad eriti teisest kuni neljanda haigusnädalani; kui haigus läheb üle maksatsirroosiga lõppevaks krooniliseks vormiks, püsib hemaglutiniinide tiiter pidevalt kõrgel. V. Ananjevi järgi on vaadeldaval reaktsioonil epideemilise hepatiidi puhul ka prognostiline tähtsus (4). M. Bank ja F. Bobrova (5), kes said positiivseid tulemusi tiitriga 1 : 5 kuni 1 : 40 ainult 25%-l haigetest, kasutasid reaktsiooniks valge kuke erütrotsüüte. Nad tegid järelduse, et HHA on väikese spetsiifilisusega ega oma epideemilise hepatiidi suhtes diagnostilist, samuti mitte diferentsiaaldiagnostilist väärtust. Eitavalt suhtuvad HHA diagnostilisse tähtsusse epideemilise hepatiidi puhul mõned teisedki autorid (11, 12, 13, 14).

Mõningad autorid on uurinud HHA ja aldolaasi aktiivsuse seost epideemilist hepatiiti põdevatel haigetel. Üks osa uurijaist osutab väärtuste üheaegsetele muutustele nimetatud reaktsioonide kulus (9), teine osa aga eitab seda seost (1).

Et kirjanduse teated HHA väärtuse kohta on vasturääkivad ja meile teada olevail andmeil pole Eesti NSV-s seda reaktsiooni diagnostilisel eesmärgil veel rakendatud, seati käesoleva töö ülesandeks kontrollida HHA diagnostilist väärtust.

Töö käigus sooritati vaatlusalune reaktsioon Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas 1961. a. esimeses kvartalis ravil viibinud 171-l epideemilise hepatiidiga ja 35-l muu diagnoosiga haigel, samuti 8 tervel inimesel. Kokku tehti 628 reaktsiooni. Epideemilise hepatiidiga haigeid uuriti kuni 7 korda haiguse mitmesugustel perioodidel. 154 haigel määrati paralleelselt aldolaasi aktiivsus ja vereseerumi bilirubiinisisaldus.

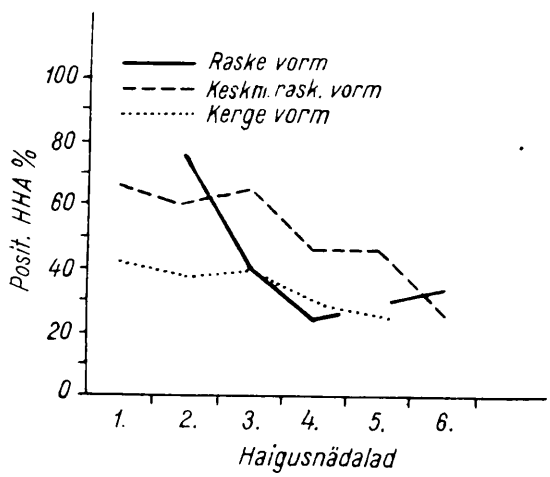
Epideemilist hepatiiti põdevatest haigetest oli mehi 81 ja naisi 90; kuni 7 a. vanuseid haigeid oli 11,1%, 8—15 a. vanuseid 55,6% ja 16-aastasi ning vanemaid 33,3%. Haiguse raskuse järgi konstateeriti kergeid vorme 64, keskmise raskusega vorme 107 ja raskeid vorme 5; 9 juhul oli tegemist kollasuseta vormiga.

HHA sooritamiseks inaktiveeriti uuritavaid vereseerumeid 56° C juures 30 minuti kestel; seejärel lahjendati vereseerumit füsioloogilise lahusega vahekorras 1 : 2,5 kuni 1 : 1280 koguses à 1 ml. Igale seerumilahjendusele lisati 1 ml kuke erütrotsüütide 1%-list suspensiooni füsioloogilises lahuses [töös ei kasutatud doonorkukkesid, nagu seda on teinud mõned

autorid (1,7)]. Seega saadi seerumite lõpplahjenduseks 1 : 5 kuni 1 : 2560. Kontrolliks kasutati erütrotsüütide suspensiooni füsioloogilises lahuses ilma seerumi lisanduseta. Reaktsioonidega polüsteroolplaadid jäeti toatemperatuuril seisma 4 tunniks, mille järel toimus hindamine palja silmaga ja luubi abil. Positiivne reaktsioon väljendus laia, sakiliste servadega erütrotsüütide sademe moodustumises. Negatiivse reaktsiooni puhul olid erütrotsüüdid sadestunud siledate servadega ketastena.

Kontrollrühma kuulunud 8 tervest isikust oli kahel positiivne HHA; 35-st muude infektsiooni- ja somaatiliste haigustega haigest sedastati 23-l positiivne reaktsioon (seerumilahjendus oli 1 : 10). Minimaalseks diagnostiliseks tiitriks loeti seerumilahjendust 1 : 10 [D. Golubevi järgi (6)].

Aldolaasi aktiivsuse määramiseks kasutati mikromeetodit (3), bilirubiini kvantitatiivne sisaldus vereseerumis määrati Hijmans van den Berghi järgi (10). Aldolaasi aktiivsust ja vereseerumi bilirubiinisisaldust uuriti igal haigel 4—6 ja enam korda. Aldolaasi aktiivsuse normi ülemiseks piiriks loeti 10 ühikut (15), bilirubiini puhul 1,0 mg% (16).



Joonis 1

Jooniselt 1 (positiivse HHA seos haiguse raskusega haigusnädalate järgi) nähtub, et positiivseid reaktsioone oli esimesel haigusnädalal 42,0% kergete vormide puhul ja 65,2% keskmise raskusega juhtudel; raskete haigusvormide korral reaktsiooni esimesel haigusnädalal ei tehtud, sest need haiged saabusid ravile alles teisel haigusnädalal. Teisel haigusnädalal saadi positiivseid tulemusi 37,7% kergete, 59,8% keskmise raskusega ja 75,0% raskete vormide puhul. Kolmandal haigusnädalal täheldati positiivset reaktsiooni kergete vormide puhul 39,2%, keskmise raskusega vormide puhul 63,3% ja raskete vormide puhul 40,0%. Neljandal haigusnädalal esines positiivne HHA kergetel juhtudel 30,0%-l, keskmise raskusega juhtudel 35,6%-l ja rasketel juhtudel 25,0%-l. Viiendal ja kuuendal haigusnädalal sedastati enamasti normaalset heterohemaglutiniinide tiitrit. Kollasuseta vormide korral oli HHA 6 haigel kogu haiguse jooksul negatiivne ja ainult 3 haigel diagnostilise tiitri piirides.

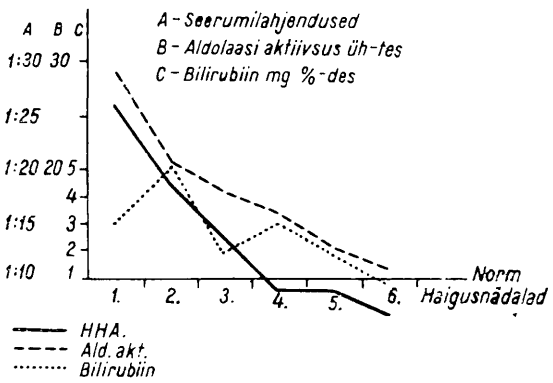
Üldse registreeriti positiivset reaktsiooni 78,3%-l epideemilise hepatiidiga haigetest, kusjuures kõige sagedamini esines see seerumilahjendustes 1 : 10 kuni 1 : 40; seerumi maksimaalseks tiitriks saadi 1 : 320. Heterohemaglutiniinide tiiter epideemilise hepatiidiga haigetel kõikus suurtes piirides, saavutades maksimumi enamasti esimesel haigusnädalal.

Aldolaasi aktiivsuse suurenemist (maksimaalse väärtusega 54 üh.) konstateeriti 87,0%-l haigetest ja bilirubineemiat (maksimaalse väärtusega 15 mg%) 85,1%-l haigetest. Seejuures täheldati kergete haigusvormide korral aldolaasi aktiivsuse suurenemist sagedamini (81,8%) kui bilirubineemiat (61,2%). Kollasuseta vormide puhul registreeriti aldolaasi aktiivsuse tõusu 6 haigel ja bilirubineemiat ainult 3 juhul.

Käesolevas töös võrreldi HHA dünaamikat aldolaasi aktiivsuse ja bilirubiinisisaldusega nende keskmistes väärtustes (joon. 2). Nagu joonisel nähtub, saavutasid HHA ja aldolaasi aktiivsus maksimaalse väärtuse juba esimesel, bilirubineemia aga teisel haigusnädalal. HHA normalisee-

rus neljandaks haigusnädalaks, kuna aldolaasi aktiivsus ja vereseerumi bilirubiinisisaldus muutusid normaalseks alles kuuendal haigusnädalal ja hiljem.

HHA tulemuste võrdlemisel haiguse raskusega täheldati positiivseid reaktsioone kergete vormide puhul harvem kui keskmise raskusega ja rasketel juhtudel; kergete vormide korral sedastati HHA normaliseerumist juba teiseks haigusnädalaks.



Joonis 2

Epideemilist hepatiiti põdevate haigete ja kontrollrühma kuulunud tervete isikute reaktsioonide võrdlemisel jõuti samale järeldusele kui mitmed muud autorid (5, 12 jt.): iseseisvalt ei ole heterohemaglutinatsiooni-reaktsioonil diagnostilist väärtust, sest positiivsed tulemused epideemilise hepatiidi puhul ilmnevad enamasti seerumi madalate lahjenduste (1 : 10 kuni 1 : 40) kasutamisel. Käesoleva töö andmete järgi puudub HHA-l praktiline väärtus kollasuseta vormide avastamisel.

Järeldused

1. HHA ja aldolaasi aktiivsuse dünaamika ei kulge haiguse eri perioodidel paralleelselt; HHA normaliseerub juba teisel kuni neljandal haigusnädalal, aldolaasi aktiivsus ei saavuta normi isegi kuuendaks haigusnädalaks.

2. Positiivset reaktsiooni täheldati 78,3%-l epideemilist hepatiiti põdevatest haigetest (seerumilahjendus 1 : 10 kuni 1 : 40).

3. HHA näib olevat väikese diagnostilise väärtusega, eriti kollasuseta vormide korral, kui reaktsiooniks ei kasutata doonorkukkede erütrotsüüte. Heterohemaglutinatsiooni-reaktsiooni saab diagnostilisel otstarbel rakendada ainult kompleksselt koos teiste laboratoorsete ja kliiniliste uurimismeetoditega.

KIRJANDUS

1. Алейник М. Д., Таранюк З. Е. Вопр. вирусол., 1960, 1, 83—87. — 2. Ананьев В. А., Баринский И. Ф., Ткачев П. Г. и др. Ж. Микробиол., 1962, 3, 36—39. — 3. Ананьев В. А., Обухова В. Р. Вопр. вирусол., 1958, 2, 119—120. — 4. Ананьев В. А. Ткачев П. Г., Назаретян Е. Л., Невраева О. Г., в кн.: Болезнь Боткина (эпидемический гепатит), под ред. Е. М. Тареева и А. К. Шубладзе. М., 1956, 221—228. — 5. Банк М. Л, Боброва Ф. Н., Ж. Микробиол., 1961, 3, 142. — 6. Голубев Д. Б. Ж. Микробиол., 1958, 4, 24—25. — 7. Он же, Там же, 1959, 6, 128. — 8. Он же. Реакция гемагглютинации с петушными эритроцитами при лабораторной диагностике болезни Боткина. Дисс. канд. мед. наук, Л., 1960. — 9. Голубев Д. Б., Скир С. Я. Сов. медицина, 1961, 5, 41. — 10. Громашевская Л. Л., Белоус Г. В., Лабор. дело, 1960, 6, 46—48. — 11. Гуменик А. Е. Экспериментальное изучение различных методов лабораторной диагностики эпидемического гепатита Боткина. Дисс. канд. мед. наук, М., 1956, цит. по I. — 12. Лобан К. М., Маркова Е. А. Ж. Микробиол., 1962, 5, 108—111. — 13. Нуромская О. А. Здравоохр. Белоруссии, 1960, 2, 37—39, реф. по Мед. реф. журн., 1960, III, 11, 11. — 14. Сегаль Л. С., Кулинин И. М. Вопр. вирусол., 1959, 3, 326—330. — 15. Danilovitš, A., Allik, E. TRÜ Toimetised, 1961, vihik 112, 227—231. — 16. Idem. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 1, 30—33. — 17. Havens, W. Arch. intern. Med., 1960, 106, 3, 327—334., ref.: Мед. реф. ж., 1961, Ш, 7, 12—13.

О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ РЕАКЦИИ ГЕТЕРОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Т. Киртси и Э. Аллик

Резюме

Реакция гетерогемагглютинации (ГГА) проводилась у 171 больного эпидемическим гепатитом, у 35 больных другими различными заболеваниями и у 8 здоровых. У большинства исследованных (154 больных эпидемическим гепатитом) параллельно были определены активность альдолазы и содержание билирубина в сыворотке крови.

Выявилось, что ГГА при эпидемическом гепатите малоспецифична в сравнении с другими параллельно проведенными пробами. Максимальные величины ГГА выявляются на первой неделе болезни, нормализуются на четвертой, при легких формах — на второй неделе болезни. Одновременно активность альдолазы, максимальные величины которой выявляются также на первой неделе, не достигает нормы даже на шестой неделе болезни.

Можно сделать вывод, что самостоятельно ГГА не имеет большой диагностической ценности при эпидемическом гепатите, особенно при безжелтушных формах, и применима только в комплексе с биохимическими методами исследования больного эпидемическим гепатитом.

GRIPIPUHANG ÜHES PÄRNU RAJOONI KOOLIS

A. JANNUS, K. MÄNNIK ja *E. NÄRSKA*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Möödunud aasta maikuu algul puhkes Pärnu rajoonis ühes algkoolis ebaselge etioloogiaga epideemia. Puhang algas äkki. 8. mail haigestus järsku 71 ning järgmisel päeval veel 36 õpilast. Õppetöö katkestati. Järgnevatel päevadel registreeriti nii õpilaste kui teiste külas elavate laste seas umbes nädala vältel 5—10 haigusjuhtu päevas. Haigestusid põhiliselt lapsed ja ainult mõned üksikud täiskasvanud. Kokku registreeriti üle 130 haigusjuhu, neist ligi viiskümmend raskemat. Et 4. ja 5. mail oli lapsi vaktsineeritud poliomüeliidi vastu, siis seoti haigestumist sellega.

Puhangu uurimiseks sõitsid kohale epidemioloog, viroloog, neuroloog ja infektsionistid.

Haiguse üldiseks kliiniliseks pildiks oli järsk temperatuuri tõus (kuni 40° C), tugevad peavalud, hingamisteede ägeda katarri nähud koos angiiniga. Enamikul olid kaela regionaarsed lümfisõlmed suurenenud ja valulikud. Mõningatel juhtudel täheldati sarlakitaolist löövet rinna piirkonnas. Suurel osal esines lühikest aega nohu. Komplikatsioonidena esines paljudel bronhioliit, kahel juhul tekkis võrdlemisi tugev verejooks ninast, ühel juhul kõrvast. Närvisüsteemi patoloogia nähud puudusid. Haigus kestis keskmiselt 7—14 päeva, mõnedel juhtudel aga ka kauem. Haiguse pikalevenimise tingis peamiselt kopsukomplikatsioonide teke. Viimane asjaolu tingis real juhtudel kahefaasilise temperatuuritõusu.

Haigeid raviti sümptomaatiliselt. Mitmetel juhtudel manustati gammaglobuliini. Rajoonihaiglasse evakueeriti üks haige.

Epidemioloogilise analüüsi põhjal selgus, et esimene haigusjuht oli 2—3 km eemal asuvas naaberkülas, kus 22. aprillil haigestus kolhoosi kassapidaja B. M. Umbes nädal aega hiljem haigestusid tema viis last, kellest kolm käivad kõne all olevas koolis. 8. mail algas koolis õpilaste massiline haigestumine. Ligi kümme päeva pärast epideemia likvideerumist nimetatud koolis tekkis analoogiline puhang naaberküla algkoolis.

mis asub eelmisest ligi 10 km kaugusel. Haigestus üle 20 õpilase. Siit selgub, et antud epideemia inkubatsiooniperioodiks oli keskmiselt 7—10 päeva.

Puhangu virolcogiliseks uurimiseks koguti haigeilt fekaale, kurgu- ja ninalima ja võeti korduvalt (kahenädalase vaheajaga) vereproove.

Enteroviirustele ja adenoviirustele omase tsütopatogeense efekti väljaselgitamiseks nakatati 60 fekaalsuspensiooniga koekultuure — H. Ep.-2, HeLa ja Sots. Nakatamisel ega ka järgmisel kahel passaažil ei ilmnenud ühelgi juhul tsütopatogeenset efekti.

Coxsackie viirusgrupi kindlakstegemiseks nakatati fekaalproovidega vastsündinud valgeid hiiri. *Coxsackie* grupi viirustele iseloomulikke patoloogilismorfoloogilisi muutusi hiirtel ei tekkinud, küll aga arenesid ilmekad nohunähud (E. Põldvere).

Gripiviiruse isoleerimiseks nakatati 15 isikult võetud kurgu- ja ninalimaga 10—11-päevaseid kanaembrüoid. Tehti kolm passaaži. Ühelgi juhul ei saadud isoleerida viirust.

33 paarisseerumis uuriti gripiviiruste antikehi hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsiooni ja komplemendi sidumise reaktsiooni abil. Kasutati järgmisi gripiviiruse tüüpe: A-PR8, A_1-Pan, A_2-Rome/60, B-Kri, C-1233 ja D-Sendai. Hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsioonis kasutati kuke erütrotsüütide 0,75%-list suspensiooni. Komplemendi sidumise reaktsioon teostati mikromeetodi järgi. Reaktsioon kulges ühe ööpäeva vältel +4° juures.

Tabel 1

Seroloogilise uurimise tulemused hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsiooni abil

Viirustüüp	Haigete arv	Antikehi		Antikehade tiitri tõus teises seerumis					Antikehade keskmine tiiter	
		ei esinenud	esines	puudub	4×	8×	16×	32×	esimeses seerumis	teises seerumis
A	27	27	—	—	—	—	—	—	—	—
A_1	27	15	12	12	—	—	—	—	7,7	7,7
A_2	27	2	25	25	—	—	—	—	45,5	45,5
B	27	12	15	3	8	3	—	1	2,2	24,6
C	23	6	17	16	—	1	—	—	31,3	33,0
D	27	16	11	10	—	—	—	1	5,9	11,8

Tabel 2

Seroloogilise uurimise tulemused komplemendi sidumise reaktsiooni abil

Viirustüüp	Haigete arv	Antikehi		Antikehade tiitri tõus teises seerumis					Antikehade keskmine tiiter	
		ei esinenud	esines	puudub	4×	8×	16×	32×	esimeses seerumis	teises seerumis
A_2 (A, A_1)	33	—	33	25	5	3	—	—	49,7	70,6
B	33	2	31	10	8	5	4	4	31,2	102,1
D	33	6	27	25	—	1	1	—	23,3	26,0
C	33	8	25	23	—	1	1	—	13,9	16,9

Seroloogilise uurimise tulemused on toodud tabelis 1 ja 2. Selgub, et suuremal osal haigeist tõusis antihemaglutiniinide ja komplementi siduvate antikehade tiiter teises seerumis gripiviiruse B-tüübi suhtes (4—32 korda). See näitab ilmekalt, et antud haigestumiste korral oli meil tegemist gripipuhanguga, mille põhjustas gripiviiruse B-tüüp.

Võrreldes seroloogilise uurimise tulemusi, mis saadi hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsiooni ja komplemendi sidumise reaktsiooni abil, võib täheldada tunduvaid erinevusi. Komplementi siduvate antikehade tiitri tõusu B-tüübi suhtes esines teises seerumis tunduvalt sagedamini, tiitrite tõus oli suurem ja tiitrite keskmised väärtused kõrgemad kui B-antihemaglutiniinidel. 12 haigel puudusid mõlemas seerumis antihemaglutiniinid B-tüübi suhtes, samal ajal aga B-komplementi siduvaid antikehi ei sedastatud ainult kahel haigel. (I seerumlahjendus oli mõlemas reaktsioonis 1 : 10.) Et komplemendi sidumise reaktsioon on gripi puhul tüübispetsiifiline, hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsioon aga sõltub tüübisisestest antigeenivariantidest, siis võib ülaltoodud erinevuste alusel järeldada, et käesoleva puhangu tekitaja erineb oma antigeense struktuuri poolest 1949. a. isoleeritud B-Kri viirusest, mille antigeeni kasutasime oma seroloogilistes uuringutes.

Leid on kooskõlas kirjanduse andmetega, mille järgi B-viirustüübil täheldatakse antigeense struktuuri pidevat muutumist, kuigi see muutumine pole nii kiire, järjestikuline ega tugev kui A-, A_1-, A_2-kompleksil (1, 2, 3, 7, 8).

Mitmetel haigetel oli teises seerumis komplementi siduvate antikehade tiiter tõusnud A_2-viirustüübi, üksikuil D- ja C-viirustüübi suhtes. Antud juhtudel polnud see tingitud nakatumisest A_2-, D- või C-viirustüübiga, vaid oli anamnestiline reaktsioon, mis kaasnes B-antikehade tiitri samaaegse tõusuga.

B-viirustüüp isoleeriti esmakordselt Ameerikas 1940. a. T. Francis'e ja T. P. Magill'i poolt. Nõukogude Liidus isoleeriti B-viirustüüp esmakordselt 1949. a. (2).

NSVL Regionaalse Gripitsentrumi andmeil on viimastel aastatel gripipuhanguid põhjustanud peamiselt A_2-viirustüüp. Möödunud aastal ei isoleeritud Nõukogude Liidus ühtegi B-viirustüüpi. B-tüübist tingitud puhanguid esines aga Jaapanis, Norras, Põhja-Koreas, Alaskas, Jamaikal, Põhja- ja Lõuna-Ameerikas (5).

Ka käesoleval juhul oli haigestunutel esinenud äsjane kontakt A_2-viirustüübiga, mida kinnitab suhteliselt sageli esinenud ja kõrge A_2-antihemaglutiniinide ja komplementi siduvate antikehade tiiter vereseerumis.

B-viirustüüp on suhteliselt raskemini adapteeritav kanaembrüole ja raskemini isoleeritav kui A_2-viirustüüp. Sellega on seletatav asjaolu, et käesoleva puhangu materjalidest viirust isoleerida ei õnnestunud. B-viirustüübist põhjustatud epideemiaid esineb harvemini (3—6 aasta järel) kui A_2-epideemiaid (1—1,5 aasta järel), immuniteet B-viirustüübi suhtes püsib kauem (2, 6). B-viirustüübi poolt põhjustatud haigestumisi kirjeldatakse peamiselt lastel ja noorukitel (nagu esines ka käesolevas puhangus), nakatumisi A_2-viirustüübist aga enam täiskasvanuil. Viimastel aastatel olid A_2-viirustüübi poolt tekitatud haigestumised raskema kliinilise kuluga, esines rohkem tüsistusi ja surmajuhte kui nakatumisel B-viirustüübist (5). V. Ždanovi jt. (2) andmeil pole erinevused eri viirustüüpide poolt tekitatud gripi kliinilises pildis tingitud mitte niivõrd viirustüübist, kui haigestunute kontingendist.

Meie vabariigis on varem isoleeritud kolm B-viirustüve 1959. a. (9) ja üks B-viirustüvi 1960. a. algul (4). Viirustüved isoleeriti kollektiividest, kus esines üksikuid haigestumisi. Sellist laialdast gripiviiruse B-tüübi poolt tekitatud puhangut diagnoositi Eesti NSV-s esmakordselt.

KIRJANDUS

1. Горбунова А. С. Вопр. вирусологии, 1960, 6, 643—648. — 2. Ждан ов В. М., Соловьев В. Д., Эпштейн Ф. Г. Учение о гриппе. М., 1958. — 3. Косяков П. Н., Ровнова З. И. Вопр. вирусологии, 1960, 6, 725—731. —

4. Нярска Э. Е. Сборник докладов третьей научной конференции Таллинского Ин-та ЭМиГ. Таллин, 1961, 178—184. — 5. Обзор Регионального Центра СССР по гриппу за IV квартал 1961 г. Академия Медицинских Наук СССР. М., 1962. — 6. Смородинцев А. А., Коровин А. А. Грипп. Л., 1961. — 7. Соловьев В. Д., Орлова Г. Г., Татаринова Ю. Н. Вопр. вирусологии, 1962, 2, 144—147. — 8. Стаханова В. М. Acta virologica, 1960, 6, 643—648. — 9. Karapetjan, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 1, 24—29.

О ВСПЫШКЕ ГРИППА В ОДНОЙ ИЗ ШКОЛ ПЯРНУСКОГО РАЙОНА

А. Яннус, К. Мянник и Э. Нярска

Резюме

В начале мая 1962 г. в одной из начальных школ Пярнуского района внезапно заболело более 100 учеников. Заболевание выражалось подъемом температуры до 40° С, головной болью, катарами верхних дыхательных путей, ангинами, увеличением и болезненностью шейных лимфатических узлов. В связи с тем что за несколько дней до начала этой вспышки проводилась прививка школьников живой вакциной против полиомиелита, у населения и местных врачей возникло подозрение, что вспышка является результатом прививки.

Для вирусологического обследования были собраны фекальные пробы, смывы из зева и парные сыворотки. Исследования проводились на энтеровирусы и вирусы гриппа. Из изученного материала не удалось выделить возбудителя, но в результате серологических исследований выяснилось, что вспышка вызвана вирусом гриппа типа *B*. Такая большая вспышка, вызванная вирусом гриппа типа *B*, диагностируется в Эстонской ССР впервые.

HÜALIINMEMBRAANIDEST ENNEAEGSETE VASTSÜNDINUTE KOPSUDES

K. SÖÖT ja *F. VINKMAN*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Vastsündinute suremuse vähendamine on nõukogude tervishoiu aktuaalseid ülesandeid. Tänapäeval on aga teada, et enneaegselt sündinute varajase surma põhjuseks on — ja seda ligi 50% juhtudest — hüaliinmembraanid kopsudes. Nõukogude erialases kirjanduses on veel vähe andmeid selle omapärase haigusseisundi kohta. Hüaliinmembraanide esinemisele viitab N. Kalugina (4).

E. Potter'i (22) andmeil sureb USA-s kopsude hüaliinmembraanide tagajärjel aastas 25 000 vastsündinut. G. Dhom ja H. Kaffarnik (11) teatavad, et 45,9% juhtudest on enneaegsete surma põhjuseks hüaliinmembraanid kopsudes. K. Kloosi ja H. Wulfi (19) andmeil suri 88,6% enneaegsetest esimese kahe ööpäeva vältel.

Esimesena kirjeldas hüaliinmembraane kopsudes K. Hochheim (15) 1903. a., nimetades neid müeliinmoodustusteks kopsude alveoolides. Uurides kopsupõletiku tagajärjel surnud vastsündinute kopse, täheldasid W. Johnson ja J. Meyer (16) «hüaliinmembraanidega pneumooniat». K. Kloos ja H. Wulf (18) tegid kindlaks, et kopsudes esinevad hüaliinmembraanid on süsivesikute ja valgu kompleksne keemiline ühend. Nimetus on tuletatud membraanide omadusest värvuda eosiini toimel roosaks — sama omadus on ka hüaliinil, kusjuures viimasel ei ole kopsude hüaliinmembraanidega midagi ühist.

Kopsude hüaliinmembraanid on väliselt tihe homogeenne mass, mis membraanidena katab tihedalt alveoolide õõnte pinda, topistades alveolaarseid käike, takistades gaasivahetust ja kutsudes esile raskekujulisi

hingamishäireid ning surma asfüksia tagajärjel. Samal ajal tekivad kopsudes laialdased atelektaasikolded ning tugevakujuline liigveresus. Membraanid esinevad sagedamini enneaegsetel vastsündinutel ja lastel, kelle emad põevad diabeeti või kellel raseduse või sünnituse vältel ilmnes haiguslikke nähte (suur verekaotus, rasedustoksikoos, mõni nakkushaigus; platsenta eesasetsus või selle enneaegne irdumine), samuti lastel, kelle emadel on varem sündinud surnud lapsi jne. [D. Bowden, A. Goodfellow, C. Snelling (10)].

Senini pole kopsude hüaliinmembraanide etioloogia ning patogenees veel lõplikult välja selgitatud. Haiguse tekke kohta on mitu teooriat: eksogeense tekke, aspiratsiooni- ning hüpokseemiateooria, hiljem asendasid neid endogeense tekke teooriad. Viimaste järgi tekivad membraanid alveoolidesse transudeeruva vere plasmast, s. o. kopsuödeemi tagajärjel. Endogeense tekke teooriat kinnitavad P. Piper ja L. Kleppe (21): nad leidsid 15 tundi pärast sündimist surnud lapsel hüaliinmembraane kopsude lisasagaras, millel polnud ühendust ei trahhea ega ka bronhidega. Järelikult ei tulnud aspiratsiooniteooria antud juhul üldse kõne alla.

Kopsuödeemi ja membraanide tekkimist põhjustab kapillaaride kõrgendatud permeaablus, eriti enneaegseil. A. Tonkihh (7) viitab sümpaatilise närvisüsteemi ja hüpofüüsi osatähtsusele toksilise kopsuödeemi tekkimisel.

Foto 1. Rinnaku sügav sissetõmbumine sissehingamisel kopsude hüaliinmembraanide puhul. (Foto U. Keuthi artiklist)

K. Znamenatšek (2) peab hüaliinmembraanide üheks põhjuseks lootevetes respiratoorse epiteeli osavõtul toimuva ainevahetusprotsessi äkilist vägivaldset katkestamist. Respiratoorse epiteeli ekskreedid, takistades kopsude järk-järgulist sirutumist, kutsuvad esile kopsude hüpertoonia ja turse. Sellele järgneb sekundaarse atelektaasi kujunemine, mis omakorda põhjustab kasvava hüpoksia ja soodustab uute membraanide tekkimist (vt. foto 1).

Kuigi teadlaste arvamused hüaliinmembraanide seosest kopsupõletikuga on lahkuminevad, on mõeldav, et enamikul juhtudel tekib kopsupõletik juba arenenud membraanide ja kopsude osalise atelektaasi taustal [B. Šulman-Satin (8)]. K. Kloos ja H. Wulf (18) sedastasid 18 lapsest ainult ühel ulatuslikku koldelist pneumooniat. Kopsude hüaliinmembraane diagnoositakse tänapäeval põhiliselt siiski ainult patoloogilis-histoloogiliselt, kuigi kliiniline pilt omab iseloomulikke diferentsiaaldiagnostilisi sümptoome. T. Polõkovsky (6) järgi on nendeks sümptoomideks «vaikne periood» (1—2 tundi), hingamishäired, eriti pindmine hingamine (teistel põhjustel — atelektaasid, ajuverevalumid jne. — tekivad hingamishäired kohe pärast sündi); edasi rinnaku ja roietevahede sissetõmbumine, sest vahelihase kokkutõmbejõud kulub rinnaku ja roietevahede sissetõmbumisel. Sama tõestas V. Keuth (17) (vt. foto 1). Lisaks eelnevale esinevad sagedased asfüksia- ja krambihood, kuulatlemisel võib sedastada kuivi ja märgi räginaid, kuid iseloomustavaks tunnuseks tuleks pidada just kuulatlemisandmete vähesust.

Hüaliinmembraanide leidumisel kopsudes esineb alati tugev tsüanoos, kusjuures nahk on tuhkjashall. S. Feinberg ja M. Goldberg (13) avastasid meetodi membraanide varaseks röntgenoloogiliseks diagnoosimiseks, mis võimaldab kliinilistest nähtudest ette jõuda. Makroskoopiliselt on hüaliinmembraanidega kopsud suurenenud, atelektaatilised, tihenenud, meenutades põrnakude [K. Kloos ja H. Wulf (19)], sageli täppverevalumitega pleura all; ujuvusproov täiesti või osaliselt negatiivne. Kopsude välispind on sile ja peegelduv, lõikepind tume, sinkjaspunase värvusega, ebamäärase joonisega. Kopsukude on vere- ja vedelikurikas ning selles puudub õhk. Kui on toimunud lootevete aspiratsioon, siis on kopsud pastoossed, lõikepind niiske ning vajutusel eritub rikkalikult vedelikku. Tavaliselt on membraanidest kahjustatud mõlemad kopsud, kuid ebaühtlaselt (vt. tahvel I., foto 1 ja 2).

Patohistoloogiliselt esinevad väljakujunenud resorptsiooniatelektaasi ja düsatelektaasi kolded (vt. tahvel I., foto 3). Sidekude on muutunud kohevaks. Esineb sidekoe venoosne hüpereemia koos kapillaaride üldise hüpereemiaga. Õhku leidub ainult bronhides. Haiguse selgete vormide juures on kollabeeruvad alveolaarkolded õhust tühjad. Alveoolides, alveooli käikudes, mõnikord ka bronhioolides leidub homogeenset massi, mis katab alveooliseinu tiheda membraanina, mille paksus on kuni 50 mikronit. Membraanid asuvad tihedalt õõnte seintel või peenesõlmeliste hüüvetena õõne valendikus ja neis võib leida täppidena leukotsüüte ning alveolaarse epiteeli rakukesi. Membraanid on hästi välja kujunenud kopsude perifeersetes osades.

Foto 2. Rinnaku elevatsioon ja fiksatsioon. Epifarüngeaalsond hapniku andmiseks. (Foto U. Keuthi artiklist)

Kuni pole saavutatud efektseid tulemusi enneaegsete sünnituste profülaktikas, tuleb kõik abinõud keskendada vastsündinute hooldamisele ja korrastamisele. Oluline on rahu, nakkusvastaste vahendite rakendamine ning atsidoosi ja hüpoksidoosi kõrvaldamine. Haige lapse elu päästmisel on äärmiselt tähtis kiirus [H. Ziegler (25)]. Toodud printsiipidele vastavalt on K. Znamenatšek ja V. Melihar (3) välja töötanud raviskeemi ja nn. pärssiva meetodi, mis taotleb lapse maksimaalset kaitsmist sünnitusjärgse aspiratsiooni, infektsiooni, dehüdratsiooni, ihusoojuse suurte kõikumiste, füüsiliste ärrituste jm. eest. Sellise režiimi tulemusena vähenes neil enneaegsete laste suremus 14% võrra.

W. Keuth (17) rakendab mitmeid sümptomaatilisi ravimenetlusi. Rinnaku märgatava sissetõmbumise korral rakendab ta R. Michelsoni (20) ettepanekul rinnaku elevatsiooni ehk fikseerimist (vt. foto 2). Rinnaku fikseerimiseks haaratakse kirurgilise õmblusega tugeva siidniidiga mõõkjätke ehk selle periost ja fikseeritakse kummipaela abil, tõstes sellega rinnakut. A. Alliaume (9) meetod on vähem traumeeriv: rinnaku traktsiooniks kasutab ta leukoplasti.

Meie tähelepanekute järgi on hüaliinmembraanide korral kliiniline pilt järgmine. Enneaegsel lapsel ei avaldu kohe pärast sündimist mingeid

haigustunnuseid: ta on aktiivne, üldseisund rahuldav, kisa tugev, nahk roosa värvusega, hingamiskahin selge, süda normaalne. Umbes 1—2—4—6 tunni pärast halveneb üldseisund järsult. Laps on rahutu, oigab, nahk muutub sinakaks, kahkjaks. Raske seisund süveneb järgneva öö-päeva vältel: esineb pindmine hingamine koos oigamisega, pulss kiire, nahk tsüanootiline. Umbes teisel-kolmandal öö-päeval tekivad jäsemete turse ja asfüksiahood, millele järgneb surm.

Kiirel sünnitusel ja sinise asfüksiaga sündinud enneaegsete laste üldseisund on ebarahuldav, sageli isegi väga raske. Esimene kisa on nõrk, oietega, jäsemetel esineb püsiv tsüanoos, hingamine pindmine, sagenenud (kuni 120 korda minutis), pikenenud väljahingamisega. Sellega kaasneb rinnaku, roietevahede ja epigastriumi sissetõmbumine. Rindkere kuulatlemisel sedastatakse kuivi ja märgi räginaid. Esinevad sagedased asfüksia- ja krambihood, nahk on üleni tsüanootiline, tuhkjashalli värvusega. Laps sureb juba mõne tunni vältel, enamasti esimesel elupäeval.

Näide 1. Sünnitaja B., 34 a. vana, raamatupidaja, 3. rasedus, 3. sünnitus (sünnituslugu nr. 2153, 1961. a.). Rasedus 30 nädalat oli naiste nõuandla järelevalve all. Raseduse kulg: esimesel poolel esines iiveldust, teine pool kaebusteta. Kaks eelmist sünnitust lõppesid surnud lastega. Saabus haiglasse enneaegselt alanud sünnitustegevusega, rahuldavas seisundis. Sünnitus toimus samal päeval, iseärasusteta, väljutusperiood 10 minutit. Sündis tütarlaps, kaal 1850 g, kasv 43 sm, nahk kergelt kahvatu, sinakas, kisa keskmise valjusega. Laps loid. Süda ja kopsud leiuta. 9 tunni pärast muutus lapse üldseisund raskeks, öö jooksul esines kolm asfüksiahoogu, nahk üleni kahvatu, sinakas, hingamine häiritud, pindmine, väljahingamine pikenenud. Umbes 13 tundi pärast sündimist seisund väga raske: üldine tsüanoos, refleksid ja lihaste toonus puuduvad, vaatamata rakendatud abinõudele. Hingamine veelgi harvenenud, nõrkade oietega, roietevahed ja rinnak sisse tõmbunud. Kopsudes oli hingamisel kuulda lume krudisemist meenutavat heli. Sissehingamine raskendatud. Bradükardia. Krambid, korduvad asfüksiahood. Ravimenetlused ei andnud tulemusi ning laps suri 16. tunnil pärast sündimist. Kliiniline diagnoos: asfüksia, hüaliinmembraanid, enneaegsus. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: asfüksia pärast sündimist, kopsude subtotaalne atelektaas, verevalumid ja koldelised hüaliinmembraanid, peaaju ödeem, enneaegsus.

Näide 2. Sünnitaja M., 28 a. vana, õmbleja, 1. rasedus, 1. sünnitus (sünnituslugu nr. 2358, 1960. a.). Rasedus 33—34 nädalat, järelevalvel naiste nõuandlas, raseduse kulg iseärasusteta. Saabus haigla vastuvõtutuppa väljutusperioodil. 15 minutit hiljem sündis enneaegne tütarlaps, kaaluga 1700 g, kasv 40 sm, nabaväät 2 korda ümber kaela keerdunud. Lootevete enneaegne puhkemine toimus kodus, veeta periood enne sünnitustegevuse algust kestis 15 tundi 15 minutit. Sünnitustegevus kestis 5 tundi 15 minutit. Diagnoos: *partus praematurus*, kiire sünnitus. Sündides lapse nahk roosa, laps aktiivne, kisa vali, üldseisund rahuldav. Veerand tundi hiljem seisund halvenes. Laps oigas pidevalt, nahk muutus tsüanootiliseks. Kaks ja pool tundi hiljem esinesid hingamishäired, väljahingamine pikenenud, laps rahutu. 8 tundi pärast sündimist üldseisund väga raske, ilmus raskekujuline asfüksiahoog koos krampidega. Vaatamata tarvitusele võetud abinõudele järgnes pool tundi hiljem surm. Laps elas 9 tundi 40 minutit. Diagnoos: sünnitrauma (ajuverevalum), enneaegsus. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: sünniaegne asfüksia, kopsude subtotaalne atelektaas, enneaegsus, hüaliinmembraanid kopsudes.

Näide 3. Sünnitaja S., 29 a. vana, koristaja, 5. rasedus, 2. sünnitus (sünnituslugu nr. 3269, 1961. a.). Rasedus 35/36 nädalat, järelevalvel naiste nõuandlas. Kodus lootevete enneaegne puhkemine. Pärast 6,5 tundi kestnud sünnitustegevust sündis enneaegne poeglaps, kaal 2300 g, kasv 46 sm. Lapse seisund oli pärast sündimist rahuldav, laps aktiivne, kisa vali, nahk roosa. Kaks tundi hiljem tekkisid üldine tsüanoos ja hingamishäired. 6 tunni pärast muutus tsüanoos tugevamaks, naha värvus tuhkjashall. Samal ajal halvenes hingamine veelgi, see oli pindmine, sagenenud, pikenenud väljahingamise ja oietega. Epigastrium sisse tõmbunud, asfüksia- ja krambihood kordusid. Vaatamata hooldamisele ja sümptomaatilisele ravile suri laps 23. tunnil pärast sündimist. Kliiniline diagnoos: sünnipärane südamekahjustus, kopsude atelektaas. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: hüaliinmembraanid kopsudes, sekundaarne asfüksia, enneaegsus. Surma põhjus: asfüksia, mis oli tingitud kopsude hüaliinmembraanidest.

Uurisime patoloogilis-histoloogiliselt kopse 66 enneaegsel vastsündinul, kes surid 1—3 päeva pärast sündi. Materjal fikseeriti 10%-lises formaliinilahuses, valati üle parafiiniga, värviti hemotoksüliineosiiniga ja ka K. Weigerti meetodil fibriini esiletoomiseks. Ühtlasi analüüsisime kliiniliselt sünnituslugusid ja vastsündinu arenemislugusid.

Foto 1.
Hüaliinmembraanid alveolaarsetes käikudes ja kollabeerunud alveoolides (sekundaarne atelektaas). (Värvitud nemotoksüliineosiiniga, ob. 20, ok. 7)

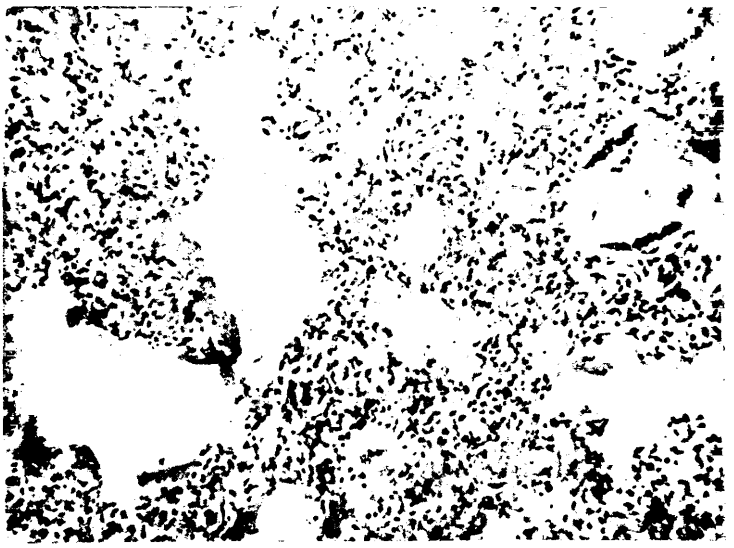


Foto 2.
Hüaliinmembraanid alveoolides ja väikestes bronhides. (Värvitud hemotoksüliin-eosiiniga, ob. 20, ok. 7).

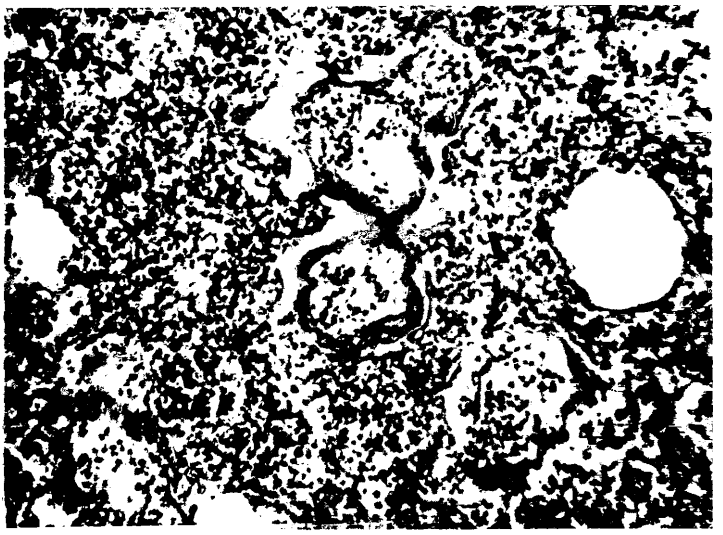
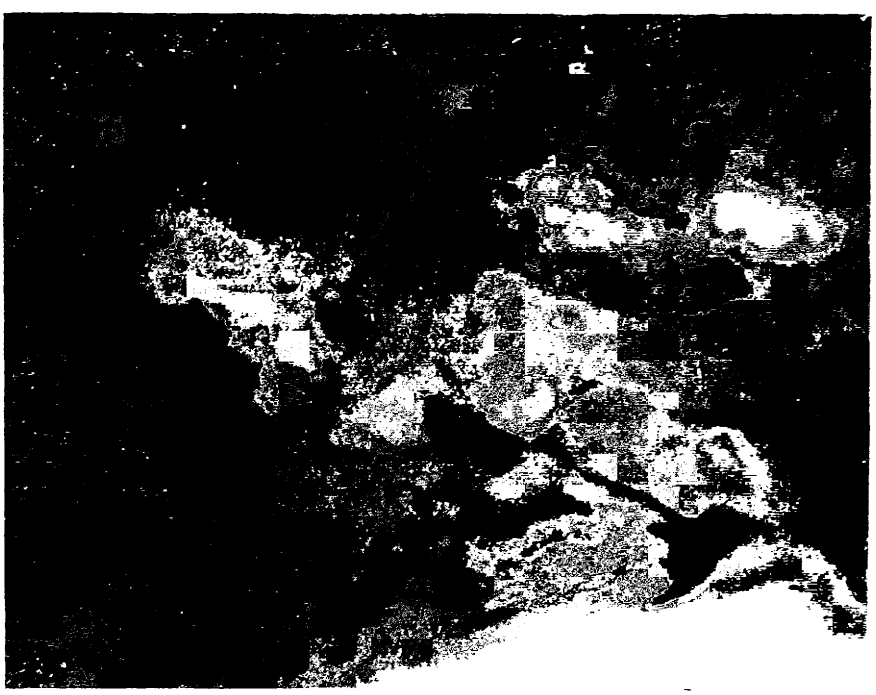


Foto 3.
Hüaliinmembraanid kopsupõletiku ja atelektaasiga. (Värvitud hemotoksüliin-eosiiniga, ob. 20, ok. 7).

TAHVEL II

I. Freiberg

Röntgenogramm 2



Röntgenogramm 1

Tüüpilised kopsude hüaliinmembraanid leiti 27 lapsel, s. o. 40,9%-l. Lapsed olid järgmise kaaluga: 1000 kuni 1500 g — 9 last; 1501 kuni 2000 g — 14 last; 2001 kuni 2500 g — 4 last. Laste emadest oli esmassünnitajaid 5, korduvsünnitajaid 22. Rasedus katkes enamasti 30—34 nädala piires. Raseduse vältel esines rasedustoksikoos — 8 juhul, verejooks raseduse ajal — 1 juhul, gripp raseduse II poolel — 1 juhul, anamneesis kopsutuberkuloos — 1 juhul, mitmikrasedus — 3 juhul, südame- ja veresoonkonna haigused — 2 juhul. Diabeeti ei esinenud. Kiireid sünnitusi oli 13, pikaleveninud sünnitusi 7. Looteveed puhkesid enneaegselt kodus 11 sünnitajal, kaks sünnitust toimus kodus. Operatiivset abi rakendati 9 korral:keisrilõiget — 1, pöördeid — 2, ekstraktsioone — 3, *solutio placentae manualis*'t — 1 ja käsitsivõtteid T. Zovjanovi järgi — 2 korral. Sündimisel lapsel esinenud patoloogia ja tüsistused: vaagna ots- ja jalgseis — 5, ristseis — 1, üsasisene asfüksia — 4 juhul; laps sündis sinises asfüksias — 19, kahkjas asfüksias 2 juhul. Laste eluiga oli: 2—10 tundi — kolmeteistkümnel, 16—25 tundi — seitsmel, 26—35 tundi — neljal, 46—70 tundi — kolmel lapsel. Seega suri 74% lastest esimese öö-päeva vältel. Uuritud lastest 51,8% olid 1500—2000 g raskused.

Mõju avaldab ka sünnituse kulu raskus ja kestus, eriti mõjub kiire sünnitus: kõigil kiire sünnitusega ilmale tulnud lastel (kokku 13) leiti hüaliinmembraanid ja kõik nad surid esimesel päeval. Ka asfüksiaga sündinud enneaegsete laste suremus on suur — 77,7%. Mitmikutest esinesid hüaliinmembraanid ainult kolmel (igast paarist ühel lapsel).

Tuleb märkida, et peaaju tugevakujuline ödeem lühendab lapse eluiga, mida iseloomustab järgmine näide.

Näide 4. Sünnitaja G., teine sünnitus (sünnituslugu nr. 3425, 1961. a.), ristseisu tõttu *per extractio*. Lootevete enneaegse puhkemise tõttu kodus kestis veeta periood 24 tundi. Sünnituse kestus 10 tundi 45 minutit; vastsündinu kaal 2050 g, kasv 46 sm. Laps sündis sinises asfüksias, kisa nõrk, oiged. Seisund raske, hingamine puudulik, krambid, bradükardia, nahk sinakasmustjas. Eluiga 2 tundi 30 minutit. Kliiniline diagnoos: sünnitrauma. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: kopsude hüaliinmembraanid, kopsude atelektaas, asfüksia, enneaegsus. Surma põhjus: tugev peaaju ödeem ja kopsude kahjustus, tingituna hüaliinmembraanidest.

Surnult sündinuil hüaliinmembraane kopsudes ei leitud. Poiss- ja tütarlaste suhe oli 4 : 3. Kopsupõletik kaasus 5 juhul: 4 juhul hüaliinmembranoosne kopsupõletik, 1 juhul kahepoolne laatunud kopsupõletik. Laste keskmine kaal oli 1720 g ning eluiga ligi 29 tundi. B. Schulman-Satin (8) arvab, et kopsupõletik esineb juba arenenud hüaliinmembraanide ja osalise atelektaasi taustal. Toodud andmed ühtivad kirjanduses avaldatud andmetega.

Kopsude hüaliinmembraanid põhjustavad sageli enneaegsete vastsündinute varajase surma. Kliiniliselt diagnoositakse seda puudulikult, sageli erineb kliiniline diagnoos patoloogilis-histoloogilisest.

Järeldused

1. Enneaegsete vastsündinute varajase surma üheks põhjuseks on hüaliinmembraanide tekkimine kopsudes. Surm järgneb enamasti esimese 24 tunni vältel asfüksiahoogude tõttu. Eriti on ohustatud enneaegsed kaaluga 1500—2000 g.

2. Kopsude hüaliinmembraanid kujutavad endast homogeenset eosinofiilset massi, mis katab alveoolide õõnte seinu, topistab alveolaarseid käike, tekitades atelektaase. Hüaliinmembraanide osa kohta teiste kopsutüsistuste tekkes pole veel ühtset arvamust.

3. Kliiniline kulg ja mikroskoopilise uurimise pilt hüaliinmembraanide puhul kopsudes on tüüpiline, kuid etioloogiat ja patogeneesi ei saa pidada lõplikult selgitatuks.

4. Küsimuse põhjalikust uurimisest peavad osa võtma akušöörid, pediaatrid ja patoloog-anatoomid — ainult sel juhul on võimalik panna õigeaegset diagnoosi.

5. Raseduse ja sünnituse juhtimisel tuleb rakendada kaasaegseid meetodeid. Enneaegselt sündinute korrastamise ja ravi meetodeid on vaja põhjalikult revideerida.

6. Hapnikku anda täpselt doseerituna, silmas pidades, et hapniku üledoseerimine kutsub esile kopsude hüpoventilatsiooni ja seega süsihappe kogunemise organismi.

7. Kopsude sirutumise ja atelektaasi kaotamise otstarbel tuleb võtta kasutusele rinnaku fikseerimine.

KIRJANDUS

1. Бычков В. И. Акушерство и гинекология. 1960, 5, 56—62. — 2. Знаменачек К. Педиатрия, 1960, 3, 48—52. — 3. Знаменачек К. и Мелихар В. Чехословацкое медицинское обозрение. 1960, IV, выпуск 1, 16—22. — 4. Калугина Н. М. В кн.: Сборник научных работ Казанского гос. мед. ин-та. Казань. 1957, 117—123. — 5. IX Международный Педиатрический Конгресс в Монреале 19—25 июля 1959 г. Педиатрия, 1960, 1, 88—91. — 6. Полыковский Т. С. Акушерство и гинекология, 1960, 5, 50—56. — 7. Тонких А. В. Нервные и гормональные факторы в происхождении пневмоний и отека легких. М., 1949. — 8. Шульман-Сатин Б. Б. Акушерство и гинекология, 1960, 5, 62—65. — 9. Alliaume, A. Semaine Hôpitaux Paris. Ann. Pédiàtr. Ref.: Мед. реф. ж., 1961, V 3, 14. — 10. Bowden, D. H., Goodfellow, A. M., Snelling, C. E. Canad. Med. Assoc. J., 1956, vol. 75, 12, 1000—1006. — 11. Dhom, G., Kaffarnik, H. Öffenti. Gesundheitsdienst, 1958, 12, 515—526. — 12. Essbach, H. Paidopathologie. Leipzig, 1961, 153—171. — 13. Feinberg, S. B., Goldberg, M. E. Radiology, 1957, vol. 68, 2, 185—192. — 14. Gregg, R. H. and Bernstein, J. Amer. J. Diseases Children, 1961, vol. 102, 6, 871—891. — 15. Hochheim, K. Tsit. 14 järgi. — 16. Johnson, W. C. and Meyer, J. R. Amer. J. of Obstetr. and Gynecol., 1925, vol. 9, 2, 151—167. — 17. Keuth, U. Z. Kinderheilkunde, 1959, bd. 82, 2, 139—146. — 18. Kloos, K., Wulf, H. Zbl. Gynäkologie, 1956, 43, 1693—1706. — 19. Kloos, K., Wulf, H. Zbl. allgem. Pathol. und pathol. Anat., 1957, 96, 1/2, 41—51. — 20. Michelson, R. P. Laryngoscope, 1953, 63, 379—388. — 21. Piper, P. G. and Kleppe, L. W. Arch. pathol., 1958, 65, 2, 131. Ref.: Мед. реф. ж., 1959, III, 7, 47. — 22. Potter, E. Tsit. 13 järgi. — 23. Ziegler, H. K. Z. Kinderheilkunde, 1957, 79, 4, 433—448. — 24. Ziegler, H. K. Geburtsh. und Frauenheilk., 1958, 11, 1325—1337. — 25. Ziegler, H. K. Z. Kinderheilkunde, 1959, 82, 1, 64—72.

ЛЕГОЧНЫЕ ГИАЛИНОВЫЕ МЕМБРАНЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

К. Сёэт и Ф. Винкман

Резюме

В настоящее время известно, что одной из причин ранней смертности недоношенных детей примерно в 50% случаев, является образование так называемых внутрилегочных гиалиновых мембран.

По предварительным данным, полученным в Таллинской республиканской больнице при патогистологическом обследовании 66 случаев недоношенных детей, умерших в 1—3 сутки, у 27, т. е. в 40,9% причиной смерти были легочные гиалиновые мембраны. Поэтому вопросы изучения этой патологии, ее профилактики, своевременной диагностики и лечения являются весьма актуальными в борьбе за снижение ранней смертности недоношенных новорожденных. Многочисленными наблюдениями установлено, что легочные гиалиновые мембраны наиболее часто обнаруживаются у детей с более выраженной степенью недоношенности, родившихся от матерей с какой-либо патологией периода беременности или родов.

Несмотря на то, что в клинической картине развития легочных гиалиновых мембран имеются характерные дифференциально-диагностические признаки («тихий период», «стонущее дыхание» и др.), диагноз этот до сих пор в основном ставится патогистологически.

Микроскопически в альвеолах и альвеолярных ходах, иногда в бронхиолах, имеются гомогенные эозинофильные массы, выстилающие внутреннюю поверхность стенки альвеол в виде плотно прилегающих к ним полос (мембран), иногда в виде глыбок.

Одновременно с этим всегда обнаруживаются большие участки ателектаза, резко выраженное полнокровие, а в полости некоторых альвеол можно увидеть белковый транссудат. Отчетливо выраженные легочные гиалиновые мембраны чаще встречаются в периферических отделах легких.

Этиология и патогенез болезни окончательно не выяснены. Предложены различные теории образования легочных гиалиновых мембран. В настоящее время наиболее вероятной является концепция о повышенной ломкости и проницаемости капилляров, особенно у недоношенных детей.

Для образования легочных гиалиновых мембран продолжительность жизни ребенка должна быть около часа и более.

Легочные гиалиновые мембраны препятствуют газообмену, закупоривая альвеолярные ходы и бронхиолы. Это ведет к образованию вторичных ателектазов, вследствие чего нарастает гипоксия и выключается значительная часть функции легких. Смерть наступает от асфиксии в первые трое суток, чаще — в первые сутки.

Клиническая картина у недоношенных детей, у которых образовались легочные гиалиновые мембраны, типична и имеет общие черты с клиникой расстройств дыхания.

В наших наблюдениях 74,0% детей умерло в первые сутки. Легочные гиалиновые мембраны обнаружены у всех 13 недоношенных детей, родившихся при быстрых родах. В пяти случаях образование легочных гиалиновых мембран сочеталось с пневмонией.

Для профилактики образования легочных гиалиновых мембран необходима совместная и целенаправленная работа акушеров, педиатров и патолого-анатомов. Чрезвычайно важно «управление» беременностью и родами на современном научном уровне. Следует коренным образом пересмотреть методы ухода за недоношенными детьми. Оксигенотерапия должна проводиться современной аппаратурой, причем строго дозированно. С целью расправления легких новорожденных следует проводить фиксацию грудины или грудино-реберную тракцию.

KINNINE SÜSTEEM DESTILLEERITUD VEE JUHTIMISEKS ASSISTEERIMISLAUALE

P. ZOBEL ja I. PRAULINJA

(Apteekide Peavalitsusest, ülem *I. Podolski*, ja Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumist, juhataja *D. Luik*)

Ravimite valmistamisel apteekides on oluline koht destilleeritud veel. Analüüsiandmete järgi on see sageli madala kvaliteediga, sisaldades nii keemilisi lisandeid kui ka mikroorganisme ja nende laguprodukte. Keemilistest lisanditest leidub destilleeritud vees tihti ammooniumiühendeid, taandavaid aineid, kloriide, raskemetalle, süsihappegaasi jne.

Suhteliselt halva kvaliteediga vett annavad ka mõned vee destilleerimise aparaadid, milles veeaurude tee katlast jahutisse on liiga lühike või vale kaldenurgaga. Sellisel juhul viib aur enesega kaasa veetilgakesi, intensiivsemal kütmisel aga satuvad jahutisse aurustamata vee pritsmed. Aastate jooksul tehtud analüüside andmete järgi saab kvaliteetset destilleeritud vett elektriküttega aparaatide PK-2 ja D-1 abil. Apteekides leidub aga teisigi aparaate, mis annavad head destilleeritud vett.

Bakterioloogiliste määramistega on destilleeritud vees avastatud hulgaliselt mikroorganisme, nii et vett tuleb pidada üheks ravimi mikroobidega saastamise allikaks. G. Baueri (2) andmetel on destilleeritud vees sageli leitud isegi rohkem mikroorganisme kui veevärgivees, millega aparaat täideti. Et mikroobid ei või destillatsiooniprotsessis üle kanduda ja jahutist väljuv destilleeritud vesi on tavaliselt steriilne, tuleb järeldada, et saastumine mikroobidega toimub edaspidi, s. o. vee vastuvõtmisel, säilitamisel ja ülevalamisel, kusjuures mikroorganismid satuvad destilleeritud vette kas õhust või anumatelt.

Neid protseduure apteegitöös vältida ei ole võimalik, seepärast otsitakse uusi teid destilleeritud vee kaitsmiseks saastumise eest. See kaitsmine aga on väga vajalik, sest mitmesuguste mikroobide endotoksiinid ja nende laguproduktid moodustavad palavikku tekitavate, nn. pürogeensete ainete hulgas kõige olulisema osa. Esialgu tuleb pidada kõige otstarbekamaks täiesti kinnist süsteemi destilleeritud vee vastuvõtmisest kuni selle kasutamiseni.

Sääraseid süsteeme on kirjeldanud mitmed autorid. Nendest kõige praktilisemaks on osutunud Läti NSV Cēsise Kontrollanalüüsi Laboratooriumi juhataja O. Kalejsi (1) poolt väljatöötatud suhteliselt lihtsa konstruktsiooniga süsteem, mis võimaldab seda apteekides üles monteerida ilma erilise kõrvalabita.

Süsteemi põhiprintsiibid on järgmised.

1) Elektriküttel töötav destilleerimisaparaat koos vastuvõtupudeliga pannakse üles assisteerimisruumis põrandast umbes 2 m kõrgusel asuvale riiulile, mis tagab destilleeritud vee liikumise isevooluteed büretti ning võimaldab lühendada vee juhtimise torude pikkust ja panna süsteemi jälgimise kutselistele töötajatele (assistentidele).

2) Süsteemil on seadeldis esimeste destilleeritud vee koguste eemaldamiseks. Destilleeritud vett hakatakse juhtima vastuvõtupudelisse alles siis, kui aparaadi jahuti on hästi läbi loputatud.

3) Destilleeritud vesi suunatakse vastuvõtupudelisse läbi hõbetatud klaasvatiga filtri. Vastuvõtupudeli ja tuubuspudeli põhja raputatakse õhuke kiht metallilise hõbeda pulbrit. Tänu hõbeda oligodünaamilisele toimele (s. o. omadusele mõjuda üliväikestes kontsentratsioonides bakteritsiidselt) saavutatakse sel teel kogu süsteemi steriilsus. Eriti oluline on see süsteemi töölerakendamisel, sest kokkumonteerimisel võib sisse pääseda õisikuid. Teatavasti ei püsi hõbe aktiivsena piiramatu aja vältel, kuid süsteemi õige töötamise korral ei saa sinna hiljem sattuda mingisuguseid mikroorganisme. Üldiselt säilitab aga hõbedaga töödeldud vesi oma steriilsuse veel mõninga aja jooksul pärast süsteemist väljumist, mis on oluline valmistatud ravimite säilitamise seisukohalt.

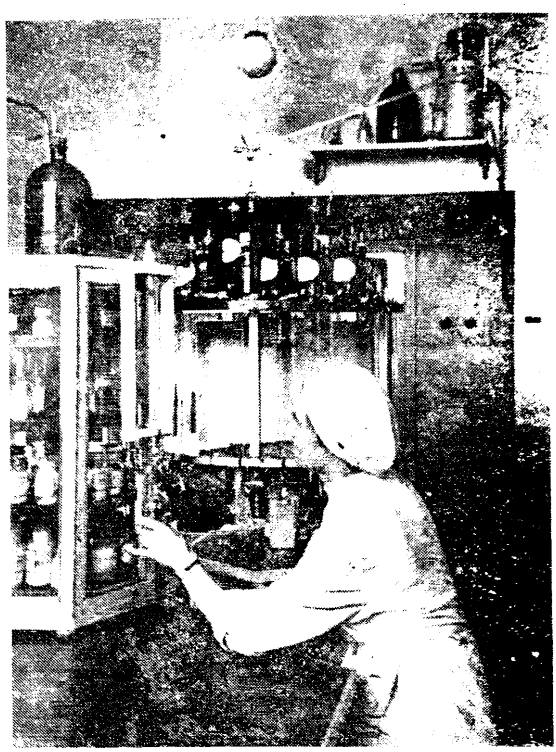


Foto. Töökorras destilleerimisseadeldis Tallinna apteegis nr. 205.

4) Vastuvõtuanumasse sattuv õhk filtreeritakse läbi 20%-lise väävelhappega niisutatud klaasvati. Niisuguse õhufiltri eelisteks on suur filtreeriv pind; sellele lisanduvad väävelhappe omadused hävitada mikroobe ja siduda ammoniaaki (viimast leidub apteegiruumides sageli).

5) Süsteemi abil võib alati saada täiesti värsket destilleeritud vett süstelahuste valmistamiseks. «NSV Liidu riikliku IX farmakopöa» järgi ei pea süstelahuste valmistamise vesi (*Aqua pro injectionibus*) enam olema kahekordselt destilleeritud.

Selline destilleeritud vee juhtimise kinnine süsteem on Läti NSV-s (peamiselt Cēsise laboratooriumi piirkonnas) üles pandud 12 apteegis. Sealjuures on 2 apteegil juba 4 aasta jooksul omandatud kogemused. Süsteemi on tulnud puhastada 1—2 korda aastas, kusjuures destilleeritud vesi on analüüsiandmetel alati olnud steriilne. Vee pürogeensust ei ole määratud, kuid valmistatud hulgaliste süstelahuste kasutamisel ei ole tekkinud mingeid palaviku nähte. Kuigi Eesti NSV farmatseute tutvustati süsteemiga juba 1959. aastal, on apteekide juhatajad seni selle vastu vähe

huvi tundnud. Praegu on Eesti NSV-s nimetatud süsteem üles seatud Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumis (et pakkuda apteekidele aparaadi monteerimisel eeskuju). Peale selle on nimetatud süsteem kasutusel apteegis nr. 90 Pärnus (1961. a. alates) ja apteekides nr. 2 ning nr. 205 Tallinnas (1962. a. peale, vt. foto). Nende vähestegi kogemuste põhjal võib julgesti öelda. et kinnine süsteem destilleeritud vee juhtimiseks assisteerimislauale õigustab end täielikult, sest ta kiirendab ravimite valmistamist steriilse destilleeritud veega. Esialgsete andmete alusel söandab isegi öelda, et klaastorude ja kummivoolikute pesemise reeglitest kinnipidamise korral võib saada steriilset vett, kasutamata metallilist hõbedat. Kui kaua niisugune destilleeritud vesi süsteemis on steriilne, seda uuritakse.

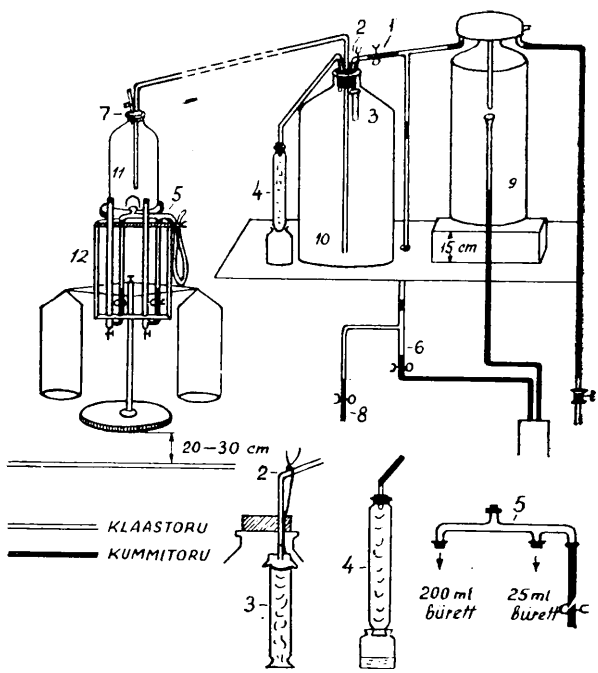
Destilleeritud vett on võimalik juhtida assisteerimislauale kas isevoolu teel, nagu vaadeldava süsteemi puhul kirjeldatud, või ka surve abil. Viimasel juhul pole aparaadi asukoht tähtis. Surve saamiseks kasutatakse tavalist auto õhukummide täitmise pumpa.

Süsteemi kirjeldus

Seinale, mis asub assisteerimislauale kõige lähemal ning kuhu saab viia veevärgi- ja kanalisatsioonitorud, paigutatakse põrandast umbes 2 m kõrgusele riiul (mõõtmed 35×60 sm). Riiuli keskel on avaus voolikute läbiviimiseks. Veevärgikraan ja kanalisatsioonitoru paiknevad riiuli all tavalisel kõrgusel.

Riiulile asetatakse 15—20 liitri mahutavusega tumedast klaasist pudel ja selle kõrvale 10—15 sm kõrgusele alusele elektriküttega destilleerimisaparaat D-1. Aparaat peab paiknema nii, et jahuti toru, mille kaudu destilleeritud vesi voolab, oleks vähemalt 5—6 sm kõrgemal pudeli kaela ülemisest äärest.

Kuum jahutusvesi juhitakse vooliku abil kanalisatsiooni.



Joonis. *1, 6, 7, 8* — Mohri näpitsad; *2* — painutatud klaastoru; *3* — hõbetatud klaasvatiga toru; *4* — õhufilter; *5* — klaastoru-jaotaja; *9* — vee destilleerimise aparaat; *10* — vastuvõtupudel; *11* — tuubuspudel; *12* — büretid destilleeritud vee tarvis.

Destilleeritud vesi liigub vastuvõtupudelisse läbi T-kujulise toru, mille vertikaalse haru abil eemaldatakse esialgne kasutamiskõlbmatu destilleeritud vesi (võib juhtida ka vooliku kaudu kanalisatsiooni, nagu joonisel näidatud). T-toru vasak õlg tuleb lõigata võimalikult lühikeseks (umbes 1 sm), et vältida esialgse destilleeritud vee kogunemist näpitsa ja toru vertikaalse osa vahele, sest näpitsa avamisel satuks see esialgne vesi destilleeritud vee kogujasse, rikkudes vee kvaliteeti. Lühikese õla külge kinnitatakse Mohri näpitsa abil kummivoolik. Edasi liigub destilleeritud vesi mööda painutatud toru (*2*) läbi kummikorgi pudelisse. Kummikorki, mis peab pudeli hästi sulgema, puuritakse 3 avaust vastavalt torude läbimõõtudele. Toru *2* ulatub korgist allapoole 1—2 sm ning tema alla on riputatud kaproonnööri abil (vt. joonis) hõbetatud klaasvatiga toru *3*, mille sisemine läbimõõt on 2—3 sm ja pikkus 15—20 sm. Hõbetatud klaasvatt surutakse torusse keskmise tihedusega,

kusjuures toru alumine ots peab olema veidi kitsam, et takistada vati väljalibisemist. Tänu metallilise hõbeda suurele pinnale on kogu pudelisse voolav destilleeritud vesi allutatud metallilise hõbeda oligodünaamilisele toimele.

Klaasvati hõbetamine toimub järgmiselt.

Keemiliselt puhtasse kolbi asetatakse vajalik kogus klaasvatti ja valatakse see üle kaaliumdikromaadi-väävelhappelahusega. Segatakse klaaspulgaga kuni õhumullikeste kadumiseni ja jäetakse pooleks tunniks seisma. Siis valatakse nõrutades ära liigne väävelhape, loputatakse vatti 2—3 korda veega, pannakse ta lehtrisse ja loputatakse korduvalt (algul tavalise, siis destilleeritud veega), kuni loputusvesi ei anna enam baariumkloriidiga reaktsiooni sulfaadi-ioonide suhtes. Pärast liigse vee eemaldamist viiakse klaasvatt tagasi enne seda hästi loputatud kolbi. Eraldi kolvis valmistatakse niisugune kogus 1%-list hõbenitraadilahust, et see kataks vati täielikult. Hõbenitraadilahusesse lisatakse pidevalt segades tilkadena 10%-list ammoniaagilahust, kuni tekkiv sade uuesti lahustub. Ammoniaagi jääk peab olema võimalikult väike, mistõttu ammoniaagilahust lisatakse aeglaselt, kogu aeg segades. Selges lahuses lahustatakse noaotsatäis glükoosi ja valatakse saadud lahus kohe klaasvatile, segades klaaspulgaga kuni õhumullikeste kadumiseni. Kolb asetatakse keeva vette ja jäetakse 1—2 tunniks seisma (selle aja jooksul vett enam ei soojendata). Siis viiakse tume klaasvatt uuesti lehtrisse ja loputatakse teda destilleeritud veega, kuni loputusvesi enam ei anna lahjendatud soolhappega reaktsiooni hõbeda suhtes.

Teiste kummikorki läbivate klaastorude monteerimine ja ülesanded selguvad juba jooniselt.

Eraldi tuleb peatuda õhufiltril (*4*). Selleks on umbes 25 sm pikkune ja 3—4 sm sisemise läbimõõduga klaastoru, mis on täidetud klaasvatiga (võib kasutada vereülekandeampulle). Toru ülemine avaus on suletud kummikorgiga, mida läbib väike klaastoru. Alumine avaus on vaba. Toru on ühendatud kummivooliku abil pudeliga. Avatud otsa alla asetatakse laia kaelaga pudel, nii et filtreeriv toru tungiks pudelisse umbes 1 sm sügavuselt. Torus olev klaasvatt niisutatakse üleni 20%-lise väävelhappega, millele on värvimise otstarbel lisatud 100 ml kohta 1 ml metüüloranži.

Klaasvatti niisutatakse järgmiselt.

Vabastamata õhufiltrit vastuvõtupudeli küljest pööratakse toru avatud ots üles ja valatakse torusse värvitud väävelhapet, kuni kogu vatt on punaseks värvunud. Siis pööratakse filtreerimistoru kiiresti esialgsesse asendisse ja viiakse avatud ots laia kaelaga pudelisse. Kui klaasvatt on torus uuesti täiesti värvituks muutunud, korratakse seda operatsiooni, valades klaasvatile pudelisse valgunud väävelhappe.

Destilleerimise vältel muutub värvitud väävelhape aegamööda lahjemaks. Kui väävelhappe hulk on kahekordistunud, tuleb hape uuendada. Selline õhufilter ei vaja pidevat jälgimist, kuid garanteerib täiesti puhta õhu sattumise süsteemi.

Et destilleeritud vee steriilsus oleks tagatud, raputatakse vastuvõtupudelisse 10,0—15,0 g puhast taandatud hõbeda pulbrit, mis kogu süsteemi töötamise vältel lasub vastuvõtupudeli põhjas õhukese korrana.

Peent hõbedapulbrit võib valmistada hõbenitraadi taandamisel metallilise tsingiga, milleks lahustatakse 50,0 g hõbenitraati umbes 500 ml destilleeritud vees ja lisatakse intensiivselt segades 25,0 g tsingitolmu. Kui kogu hõbenitraat on taandatud (kontrollitakse lahjendatud soolhappega), eemaldatakse vedelik nõrutades ja jääk valatakse üle lahjendatud soolhappega (tsingi liia lahustamiseks). Kui jäägilt enam gaasimullikesi ei eraldu, pestakse peent hõbedapulbrit destilleeritud veega, kuni tekib kloriidide suhtes eitav reaktsioon. Hiljem hõbedapulbrit kuivatatakse ja suuremad tükid peenestatakse kerge hõõrumise teel. Süsteemi põhjaliku puhastamise korral loputatakse vastuvõtupudelist välja ka hõbedapulber ja valatakse see regenereerimise otstarbel üle lahjendatud soolhappega, millele on lisatud 3% keemiliselt puhast lämmastikhapet. Sellesse vedelikku jäetakse hõbe 1 tunniks, kusjuures teda aeg-ajalt loksutatakse. Hiljem töödeldakse teda nii nagu saamise puhulgi. Regenereeritud pulber viiakse tagasi eelnevalt puhastatud pudelisse. Sel teel võib kord saadud hõbedat pikemat aega kasutada.

Assisteerimislaua destilleeritud vee bürette võib ühendada klaastoru abil otse vastuvõtupudeliga, kuid praktilisem on kasutada veel 2—3-liitrilist tuubusega pudelit (*11*), mis asetatakse destilleeritud vee bürettide statiivile. Tuubuspudel peab olema tihedalt suletud kummikorgiga, mida

läbib 2 klaastoru. Tuubuspudelit vastuvõtuanumaga ühendav klaastoru peab ulatuma anuma põhjani, et oleks välditud õhu sattumine klaastorude süsteemi. Kummikorgi teist avaust läbib sirge, 10—15 sm pikkune klaastoru, millele Mohri näpitsa abil on kinnitatud kummivoolik. Ka tuubuspudeli põhja raputatakse õhuke kiht hõbedat.

Tuubuspudelit võib bürettidega ühendada vahetoru abil, mis on büretisüsteemile tehase poolt juurde lisatud, või kasutada selleks klaasist jaotajat (5). Viimasel juhul kinnitatakse kolmandale harule kummivoolik, mis lõpeb Mohri näpitsa ja lühikese klaastoruga, ulatudes puudutama kaalukausse. Seda voolikut kasutab assistent ravimi valmistamiseks suuremas koguses (500—1000 ml). Pärast kasutamist riputatakse voolik statiivi külge kinnitatud konksu otsa.

Otstarbekohane on asetada kaalud assisteerimislaua äärest 20—25 sm kaugusele nii, et nad jäävad bürettide ja statiivi jala vahele. Bürettide lahtisi otsi on parem sulgeda kummikorkidega, millest on läbi juhitud vertikaalne vatiga täidetud kloorkaltsiumitoru (tehase poolt valmistatud klaasballoonid või -kuplid pole selleks nii soovitatavad). Kogemused näitavad, et hästi suletud büretid ei vaja nii sagedat puhastamist.

Enne säärase kinnise süsteemi kokkumonteerimist tuleb kõik klaastorud hoolikalt puhastada — esiteks mehhaaniliselt (elastse traadi otsa kinnitatud vatitampooniga), siis kaaliumdikromaadi-väävelhappelahusega (kontsentreeritud väävelhappele lisatakse umbes 10% peeneks hõõrutud $K_2Cr_2O_7$). Lühikesed torud ja torude sõlmed jäetakse pooleks tunniks lahusesse. Pikad torud asetatakse ühte otsa pidi lahusesse, teise otsa kinnitatakse 20—30 sm pikkune kummivoolik ja tõmmatakse vedelikku ettevaatlikult 3—4 korda kuni toru ülemise otsani. Siis jäetakse torud pooleks tunniks seisma, loputatakse seejärel veevärgiveega ja lõpuks steriilse destilleeritud veega. Puhtad torud suletakse steriilse vatitampooniga mõlemast otsast ja hoitakse nii kuni kokkumonteerimiseni.

Kummivoolikuid pestakse soojas seebilahuses, loputatakse hästi ja keedetakse destilleeritud vees pool tundi.

Kui süsteem on kokku monteeritud, toimitakse nagu tavaliselt uue destilleerimisaparaadi töölerakendamisel, s. o. juhitakse veeaurud jahutist läbi ilma jahutamata, seejuures suletakse näpits *1* ja avatakse näpits *6*. (Elektri abil töötavat destilleerimisaparaati ei saa kaua kütta ilma jahutamata, sest vee taseme languse tõttu võib aparaat üle kuumeneda ja läbi põleda). Kui jahuti on aurudega «läbi puhutud», lülitatakse sisse jahutusvesi ja destilleeritakse umbes 50—60 liitrit vett, juhtides seda kanalisatsiooni. Siis tehakse destilleeritud vee keemiline analüüs. Kui tulemused rahuldavad, avatakse näpits *1* ja suletakse näpits *6*, juhtides vee sel teel vastuvõtupudelisse.

Et süsteem hakkaks funktsioneerima, tuleb destilleeritud vesi juhtida assisteerimislaua tuubuspudelisse. Selleks avatakse näpits 7, asetatakse kummivoolikusse lühike klaastoru ja imetakse õhku niikaua, kuni pikk klaastoru vastuvõtupudelist kuni tuubuspudelini on veega täidetud ja vesi hakkab ise tuubuspudelisse voolama. Tuubuspudel täidetakse veega kaelani ja suletakse tihedalt näpits 7. Sellega on süsteem täidetud ja töökorras. *8*. näpitsat kasutades võib süsteemist saada värsket destilleeritud vett süstelahuste valmistamiseks.

Et tagada ekspluateerimise ajal kogu süsteemi steriilsust, tuleb kinni pidada kahest põhinõudest. Destilleerimise lõpetamisel tingimata viivitamatult sulgeda näpits *1*. Destilleerimist alustades hoida sama näpits suletud esimese 10—15 min. vältel, kuni vee destilleerimise aparaat on läbi loputatud. Alles pärast seda avatakse näpits *1* ja suletakse näpits *6*. Teiseks ei tohi unustada aeg-ajalt õhufiltri klaasvatti niisutamast värvitud väävelhappega.

Kui nendest tingimustest kinni peetakse, annab kirjeldatud süsteem pikema aja vältel steriilset destilleeritud vett.

KIRJANDUS

1. Калейс О. Ю. Закрытая система для получения дистиллированной воды и ее подача на ассистентский стол. Информ. письмо Главного аптечного Управления Латвийской ССР, № 1/27, 1962, 87—103. — 2. Bauer, I. J. Pharmazie, 1957, 3, 139–141. — 3. Sild, M. ja Tallmeister, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 1, 15—17.

ЗАКРЫТАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ПОДАЧИ ДИСТИЛЛИРОВАННОЙ ВОДЫ НА АССИСТЕНТСКИЙ СТОЛ

П. Зобель и *И. Праулиня*

Резюме

Качество употребляемой в аптеках дистиллированной воды бывает иногда плохое и нередко зависит от перегонного куба.

Бактериологические исследования показывают, что дистиллированная вода часто содержит много микроорганизмов. Поскольку загрязнение дистиллированной воды микробами происходит после процесса перегонки, необходимо искать пути для предупреждения этого. Лучше всего использовать закрытую систему для получения и хранения дистиллированной воды.

Приводится описание такой системы, предложенной О. Ю. Калейсом. Предлагаемая система довольно проста, основные принципы ее устройства следующие:

1) электрический перегонный аппарат находится в ассистентской комнате на полке высотой примерно 2 метра от пола, чтобы дистиллированная вода самотеком попадала в бюретки;

2) имеется приспособление, которое дает возможность первые порции дистиллированной воды не спускать в приемный баллон;

3) дистиллированная вода попадает в приемный баллон, фильтруясь через посеребренную стеклянную вату. На дно баллона и на дно тубусной бутылки насыпается тонкий слой порошковидного металлического серебра. Благодаря олигодинамическому действию серебра вся система остается стерильной;

4) воздух, который попадает в приемный баллон, фильтруется через стеклянную вату, смоченную 20% серной кислотой;

5) Из системы в любое время можно получить свежедистиллированную воду для приготовления инъекционных растворов.

Такая закрытая система установлена уже в 12 аптеках Латвийской ССР, в 3 аптеках и в Центральной контрольно-аналитической лаборатории ГАПУ ЭССР. Дистиллированная вода при бактериологической проверке всегда оказывалась стерильной.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

JÄMESOOLE KASVAJAT SIMULEERIV MECKELI DIVERTIIKUL LAPSEL

Arstiteaduse kandidaat *I. FREIBERG*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

1 aasta 7 kuu vanune poisslaps (haiguslugu nr. 6994) saabus Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgia osakonda 15. mail 1962. a. Laps haigestunud umbes kuu aega tagasi, sellest ajast eritus roojaga verd. Söögiisu halvenes, laps muutus loiuks ning kahvatuks ja kõhnus. Varem arenenud ta täiesti normaalselt. Et roojaga eritus värsket verd, saadeti laps düsenteeriakahtlusega nakkushaiglasse. Oletus ei leidnud kinnitust ning laps suunati Tallinna Vabariiklikku Haiglasse diagnoosi selgitamiseks ja raviks.

Saabumisel oli lapse seisund suhteliselt rahuldav, kuid esines aneemia, isu halb. Nahakatted ja limaskestad puhtad, kahvatud. Keel niiske, katteta. Rindkereelundid nähtavate patoloogiliste muutusteta. Kõht normaalse konfiguratsiooniga, hingamisest võttis osa ühtlaselt. Komplemisel kõhukatted pehmed, paremal all- ja keskkõhus ebamäärane; veidi valulik resistentsus. Maks ja põrn ei olnud suurenenud. Kõhukelme ärritusnähte ei esinenud. Päraku kaudu valulikkust ega patoloogilisi resistentsusi sedastada ei saadud. Vere uurimisel täheldati mõõdukat hüpokroomset aneemiat (hemoglobiini 54%). Valge vere pilt ja leukotsüütide arv normis. Verdumis- ja hüübimisaeg normaalne, trombotsüüte 260 000. SR 23 mm tunnis. Uriini analüüs normaalne. Rooja uuring vere leidumise suhtes tugevasti positiivne, erütrotsüüte 30—60 vaateväljas.

Haiglas viibimise ajal eritus roojaga pidevalt verd, vahel silmaga nähtaval hulgal, vahel mikroskoopiliselt määratavana. Hemoglobiini hulk veres langes 48%-ni. Et resistentsuse iseloom paremas allkõhus polnud selge, otsustati teostada irrigoskoopia. Samaaegselt alustati intensiivset üldtugevdavat ja antianeemilist ravi (vitamiinid, rauapreparaadid, korduvad vere- ja plasmaülekanded jne.).

Irrigoskoopial õnnestus jämesool kuni maksa fleksuurini hästi täita. Jämesoole reljeef normaalne. Ülenev käärsool ja pimesool ei täitunud. Anti kontrastainet suu kaudu. Endiselt ei õnnestunud täita pimesoolt ja ülenevat käärsoolt. Korduvatel röntgeniülesvõtetel täheldati pimesoole ja üleneva käärsoole ebatavalist reljeefi, esines nimetatud sooleosade seina püsiv infiltratsioon (vt. tahvel II, röntgenogramm 1 ja 2), mis on iseloomulik tuumorile.

Et kahtlustati kasvajat pimesoole piirkonnas, otsustati last opereerida. 30. mail 1962. a. teostati intratrahheaalse kombineeritud narkoosi all parempoolse pararektaallõikega laparotoomia. Operatsiooni ajal kanti üle verd ja vedelikke. Kõhukoopa avamisel selgus, et mesenteriaalsed lümfisõlmed olid tugevasti suurenenud. Pimesoole algosas asus peensoole ling, mis oli tugevasti liitunud pimesoole ja suure rasvikuga. Liidete vabastamisel selgus, et oli tegemist pimesoolde perforeerunud Meckeli divertiikuliga. Peensool vabastati pimesoolest. Viimase seinas leiti umbes 3×2 sm suurune defekt, mis suleti 3-kihilise õmblusega. Divertiikul, mis asetses laial alusel, resetseeriti kiilutaoliselt. Kõhukoopasse viidi kolimütsiini ja streptomütsiini, haav suletud kihiti.

Mikroskoopiliselt leiti Meckeli divertiikulis haavand, mille ümbruses põletikulised muutused. Pärast operatsiooni püsis lapse seisund raskena 3—4 päeva vältel. Last toideti parenteraalselt, pidevalt kanti üle plasmat ja verd, kasutati antibiootikume, vitamiine, antianeemilist ravi. Üldseisund paranes, laps hakkas hästi sööma, kõhutegevus normaliseerus. Haav paranes esmaspingsalt, laps võttis kaalus juurde, vere hemoglobiiniprotsent tõusis 60-ni. 12. päeval pärast operatsiooni kirjutati laps koju täiesti rahuldavas seisundis.

МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ, СИМУЛИРУЮЩИЙ У РЕБЕНКА ОПУХОЛЬ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Н. Фрейберг

Резюме

Приводится случай Меккелева дивертикула с перфорацией его в слепую кишку, симулирующий у ребенка 1 года 7 месяцев опухоль толстого кишечника. Клинически наблюдалось выделение крови с калом, похудание, анемия. Прощупывалась опухоль с неопределенными контурами в правой подвздошной области. На рентгенограммах отмечался стойкий дефект наполнения и инфильтрация стенки слепой и восходящей кишок.

При операции обнаружена перфорация Меккелева дивертикула в слепую кишку. Гистологически найдена язва с воспалительными изменениями в окружности. После операции ребенок выздоровел.

MEDITSIINIÕE KUTSE-EETIKAST JA KÄITUMISEST

A. METSMÄE

Tallinna Vabariikliku Haigla vanemõde

Inimese loomulikuks ja paratamatuks vajaduseks on töö. Ühiskonnas, kus töötajad ise on kõigi ühiskondlike rikkuste kollektiivsed peremehed, on töösse suhtumine inimese kõlbeliste omaduste peamisi näitajaid. Aktiivne, teadlik ja loov suhtumine töösse on meil muutunud inimese moraalseks vajaduseks.

Üldiste moraalipõhimõtete ja käitumisnormide aluseks on sotsiaalsed suhted. Nõukogude inimesed juhinduvad elukutsest sõltumatult kommunistliku moraali üldistest nõuetest. Kuid siiski kuuluvad iga tööala juurde paljude kogemuste ja üldistuste põhjal väljakujunenud käitumisnormid, mida nimetatakse kutseala eetikaks.

Kutse-eetika küsimuste käsitlemisel kerkib kõigepealt esile kutsumuse probleem. Kommunism kaotab tööala pealesundimise, sest ainult kutsumusekohast tööd tehes annab inimene oma võimed maksimaalselt ühiskonna käsutusse. Meil on kutsumusekohase elukutse valikuks juba praegu kõik võimalused olemas.

Eriti tähtis on kutsumuse küsimus meditsiinitöötaja elukutse puhul. See on tegevusala, mis ei võimalda midagi teha poolikult, ükskõikselt. Sellepärast peab inimene, kes on valinud meditsiiniõe elukutse, peale meditsiinilise tehnika laitmatu valdamise tundma ka kõiki peamisi nõudeid, mida talle esitab kutse-eetika.

Kõigepealt õe välimusest. Selles suhtes kehtib üksainus peamine ja väga lihtne nõue: välimus peab olema korralik ja vastama õe töö iseloomule. Nii nagu ühegi töörõiva juurde ei sobi ehted, ei sobi need ka õe vormiriiete juurde. Samuti ei ole lubatud lakiga maniküür. Jalanõud olgu sellised, mis ei takista liikumist ega tekita müra.

Öeldakse, et õel peab olema taipu, takti ja väga palju elurõõmu. See on õige. Eelkõige peab tal muidugi olema teadmisi. Kuid ka kõige parem spetsialist võib hästi sooritatud meditsiinilise protseduuri resultaadi oma ebasobiva käitumisega viia nullini. Haigesse tuleb suhtuda väga tähelepanelikult ja kannatlikult. Haige juures tuleb osata säilitada enesevalitsemist igas olukorras. Mitte ainult teenindava personali sõnadest, vaid ka nende ilmest püüavad haiged tihti välja lugeda vastust oma seisukorra kohta. Õel peab olema väga palju taktitunnet. Ta peab väga kiiresti oskama reageerida haige küsimustele ja mõtteavaldustele. Õe osavõtlik ja usaldav suhtumine annab haigele moraalset tuge. Haigele peab jääma mulje, et ta on õe tähelepanu keskpunktiks, et õel ei ole temaga tegeldes ainsatki kõrvalist ega segavat mõtet. Sealjuures ei tohi õde muutuda familiaarseks. Eriti nõudlikult ja taktitundeliselt tuleb osata noorel õel käituda seda liiki haigetega, kes püüavad noorte ja kogemusteta õdede kõhklevat ning ebakindlat suhtumist haigesse ära kasutada. Sel juhul peab õde väga rahulikult tegema haigele märkuse tema väljenduse või käitumise ebakorrektsuse kohta. Kui õde laskub haigega kahemõttelistesse kõnelustesse ja teeb seda koguni koketeerivas toonis, siis kaotab ta igasuguse autoriteedi.

Üks suuremaid eksimusi kutse-eetika vastu on personali isiklikud jutuajamised haigete kuuldes. Toogem näiteks järgmise juhtumi. Haige suunatakse vastuvõtutoast osakonda. Õde kõneleb samal ajal telefoni teel oma tuttavaga. Selle asemel et tööajal lubamatu erakõne lõpetada, ütleb õde hulga pahuraid ja solvavaid sõnu haige saabumise kohta. Võib kujutleda, milline mulje jääb haigele sellest õest, kes esimesest hetkest peale kohtleb teda nagu äärmiselt tülikat olendit. Ja vaevalt saab haige edaspidi rahulikult ning usaldavalt suhtuda protseduuridesse, mida nimetatud õde tema juures sooritab. Peale selle toimuvad küllaltki tihti haige saabumisel osakonda lausa vaidlused osakonna õe ja haiget saatva valvetoapersonali vahel: «Miks see haige tuleb meile?», «Jälle üks haige! Meil pole enam kohti!» jne. Nende vältimiseks on vaja, et haige paigutamise võimaluste suhtes eelnevalt kokku lepitaks. Kuivõrd ootamatult haige ülekoormusega töötavasse osakonda ka saabuks, tema paigutamine tuleb lahendada ilma igasuguste haiget häirivate arutlusteta.

Õe õigest ja oskuslikust käitumisest sõltuvad haige heaolu, toitmine, ravimite andmine, raviprotseduuride tegemine jne. Õde peab teadlik olema vähimastki muutusest haige seisundis ja sellest viivitamatult teatama arstile. Mida täielikumalt õde kõigi manipulatsioonide tehnikat valdab, seda paremini täidab ta oma tööülesandeid. Õde ei tohi olla ainult arsti käsu pime täitja, vaid ta peab teadma, milleks ta mingit protseduuri teeb. Õe töös ei ole ainsatki toimingut, mida tohiks teha hooletult, ebatäpselt või tähelepanematult. Kõige pisemgi ebatäpsus võib viia eluohtlike tagajärgedeni. Eriti tuleb seda meeles pidada ravimite manustamisel. Ravimi etiketti peab hoolikalt kontrollima enne ravimi manustamist ja tema tagasiasetamisel rohukappi. Võiks tuua mitmeid näiteid, kus hooletus ravimite manustamisel on põhjustanud raskeid tagajärgi.

Eriti oluline on õe oskuslik käitumine kirurgia-osakondades. Operatsioonihaiged vajavad erilist hoolt nii enne kui ka pärast operatsiooni. Haige, kes läheb operatsioonile rahulikult, veendununa lõikuse vajalikkuses ja kordaminekus, talub operatsiooni paremini kui haige, kes on hirmunud ja kahtleb ettevõetava sammu õnnestumises. Väga oluline on see, kuidas haiget koheldakse operatsioonitoas. Haige viiakse operatsioonituppa siis, kui seal on operatsiooniks kõik valmis. Eelmise operatsiooni jäljed peavad olema täiesti kadunud. Personal peab käituma rahulikult ja enesekindlalt.

Oluline ei ole mitte ainult see, kuidas õde kohtleb haiget, vaid ka see, milline on tema suhe kogu kollektiiviga. Töö juures allub õde arstile. On väga tähtis, et arst ja õde alati mõistaksid teineteist õigesti, et nende vahel ei tekiks mingeid arusaamatusi. Arsti ja õe vahekord peab töö juures jääma ametlikuks. Arst on oma käitumises õele eeskujuks. Ja samuti kui õde valib kohta ning tooni, kus ja kuidas teha märkusi sanitaridele, tuleks ka noortel arstidel meeles pidada, et palatites õele märkuste tegemine on taktitu. Üksteisesse peavad õed alati suhtuma sõbralikult ja nõudlikult. On ju meil kõigil ühine eesmärk — teha kõik selleks, et inimesed, kes on usaldatud meie hoole alla, võiksid kiiresti tervetena koju pöörduda. Õe üheks abiliseks on sanitar. Meile on vähe jäänud vana sanitaride kaadrit, kes oma töö, käitumise ja suhtumisega haigetesse võivad noortele õdedele eeskujuks olla. Palju on osakondades noori sanitare. Nende juhendamine ja kontrollimine on õe otseseks ülesandeks. Väga tihti sõltub just õe nõudlikkusest, kuidas noor sanitar õpib oma töösse suhtuma. Õde pidagu alati meeles, et terava tooni ja pahurate märkustega ei saavuta ta sanitaridega kunagi sõbralikku koostööd.

Ainult siis, kui kogu kollektiiv töötab täielikus üksmeeles, järgib kommunismiehitajate moraalikoodeksit ja peab lakkamatult meeles, et tema kätesse on usaldatud kõige väärtuslikum — inimese tervis —, suudab ta anda väärilise osa kommunismiehitamise suurde üritusse.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА И ПОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

А. Метсмяе

Резюме

В обществе, где трудящиеся являются коллективным хозяином общественных богатств, отношение к работе является одним из главных показателей нравственных свойств человека. Активное, сознательное и творческое отношение к работе стало у советских людей моральной необходимостью.

Социальные отношения являются основой общих принципов морали и норм поведения. Советские люди, независимо от профессии, руководствуются общими требованиями коммунистической морали.

При рассмотрении вопросов профессиональной этики сразу же возникает проблема призвания. Коммунизм отменяет выбор профессии по принуждению, так как, только работая по призванию, человек может максимально применить свои способности.

Весьма важным является вопрос призвания при выборе профессии медицинского работника. Поэтому, человек, избравший профессию медицинской сестры, кроме овладения медицинской техникой, должен знать и все основные требования, предъявляемые к нему профессиональной этикой.

HAIGLA VASTUVÕTUOSAKONNA TÖÖST

E. KÖÖP

Tallinna Vabariikliku Haigla meditsiiniõde

Haigla töös lasub raske ja vastutusrikas osa vastuvõtuosakonnal. Siia pöördub haige kõigepealt, siit saab ta esimesed muljed haiglast ja selle personalist. See osakond on kogu haigla peegliks. Sellepärast peab iga vastuvõtuosakonna töötaja suhtuma oma ülesannetesse erilise hoole, armastuse ja tähelepanelikkusega. Esimesel momendil, näiteks suurte traumade puhul, vajab haige peale arstiabi veel hellust ja lohutavat sõna. Kõike seda tuleb vastuvõtuosakonna personalil oma tegevuses silmas pidada.

Kui haige saabub haigla valvetuppa (kas pärast abmulatoorset vastuvõttu või kiirabi poolt tooduna), kohtab ta esimesena valveõde, kes vastavalt saatekirjale suunab ta kas kirurgi või terapeudi juurde.

Kõigil haigetel mõõdetakse temperatuur ja vastavalt vajadusele määratakse leukotsütoos ning tehakse uriini analüüs (näiteks apenditsiidi ja ägeda sapipõiepõletiku puhul). Kui arst on haige järele vaadanud, kindlaks teinud anamneesi ja haigusloosse kandnud vastavad märkused, hakkab valveõde haiget sisse registreerima. Selleks kirjutab ta haigusloosse passiandmed haige isikutunnistuse järgi. Kui haige on kohale toimetatud kiirabi poolt ja ta vajab viivitamatut hospitaliseerimist, täidetakse haigusloo passiosa küsitluse teel, kui haigel pole passi kaasas. Kui aga haige on raskes seisundis ja tal pole dokumente kaasas ning ta pole võimeline oma andmeid ka suuliselt andma, kantakse ta haigete vastuvõtu žurnaali tundmatu isikuna (kuni isiku kindlakstegemiseni).

Pärast vastuvõtudokumentide vormistamist läheb haige õe saatel sanitaarläbilasklasse, kus õde kontrollib haige sanitaarset seisundit (küünte puhtus, pedikuloos jm.) ja kirjutab vastava märkuse haigusloosse. Kui tehakse kindlaks pedikuloos, siis sooritab haigel sanitaarkorrastuse desinfektor, kes töötab vastuvõtuosakonna juures. Edasi läheb haige vanni või teda pestakse osaliselt. Pärast seda riietatakse haige haiglarõivastesse ja viiakse osakonda. Arsti korralduse kohaselt läheb haige sinna kas omal jalal või ta transporditakse vastava sõiduki või raamiga. Raskesti haigeid vannitab ja saadab osakonda õde koos sanitariga.

Vastuvõtuosakonnas asuva sidumistoa õe kohustuste hulka kuulub kirurgi abistamine ambulatoorsete haigete vastuvõtmisel, haavade esma-

sel kirurgilisel töötlemisel ja kipsmähiste tegemisel. Sidumistoa õde võtab osa esmaabi andmisest haigetele, kes lähevad osakondadesse. Õde süstib ka teetanuseanatoksiini ja antitoksilist teetanuseseerumit. Iga vastuvõtuosakonna õde peab oskama määrata leukotsütoosi ja diastaasi uriinis, peab tundma intraarteriaalse vereülekande ja kunstliku hingamise aparaati.

Vastuvõtuosakonna töö erineb tunduvalt tööst haigla statsionaaris või ambulatooriumis. Vastuvõtuosakonda saabuvad haiged mitmesuguste haigustega. Nende hulgas on kergelt haigestunuid kui ka agoonias olevaid isikuid, kelle elu päästmiseks on aega jäänud ainult minuteid. Kõik see nõuab vastuvõtuosakonna personalilt kiiret otsustamisvõimet ja ladusat koostööd. Raske haige saabumisel on sageli vähe ainult valvearsti ja valveõe tegutsemisest. Et haiget ohtlikust seisundist välja tuua, peab kaasa aitama kogu valvepersonal. Edukaks koostööks on vajalik püsiv kaader, kes pikema aja jooksul on olnud samal tööpostil. Siis taipab õde juba arsti vihjest, mis teha tuleb.

Tallinna Vabariikliku Haigla vastuvõtuosakond annab ööpäeva jooksul abi ligikaudu 20—30 ambulatoorsele haigele ja hospitaliseerib 40—50 haiget. On tähtis, et valvearst vaataks ambulatoorse haige otsekohe läbi. Kõik ambulatoorsed haiged tuleb registreerida vastavasse žurnaali, kuhu märgitakse haige nimi, saabumise aeg, diagnoos ja antud abi. Need andmed on sageli vajalikud (näiteks miilitsatöötajatele, samuti haigustoetuse määramisel jne.). Haiged, kes on saabunud ägedate kirurgiliste haiguste tõttu ja kellele on hospitaliseerimise näidustuste puudumisel ära öeldud, registreeritakse äraütlemiszurnaali. Järgmisel päeval teatab osakonna vanemõde nendest haigetest elukohajärgsesse polikliinikusse, kust suunatakse rajooniarst haige juurde koju.

Tervishoiutöötajate nõupidamisel Moskvas 1962. a. oktoobris rõhutati vajadust suurendada statsionaaride läbilaskevõimet. Selle saavutamiseks on oluline, et ravikorraldused tehtaks juba valvetoas. Kui plaani kohaselt haiglasse suunatud patsientidel pole kaasas analüüse ja röntgenoskoopia andmeid, tuleks vastavad menetlused sooritada enne osakonda jõudmist. Samuti on tarvis haiged, kellel peab tegema röntgenifilmi, saata enne osakonda jõudmist röntgenikabinetti.

Haigeid, kes valvetuppa on saabunud ekslikult (nad on näiteks suunatud teise haiglasse või kuuluvad elukoha järgi mujale), tuleb kohelda samuti kui teisi patsiente. Valveõde ei tohi haiget iseseisvalt ära saata, vaid peab teda näitama valvearstile, kes vastavalt haige transporditavusele saadab ta kas teise haiglasse või hospitaliseerib samasse haiglasse.

Ravimite eest vastutab osakonna vanemõde, kes hoolitseb, et vastuvõtuosakonnal oleks käepärast kõik vajalik esmaabi andmiseks. Meelemärkuseta haigetelt võtab valveõde ära väärtesemed ja dokumendid ning koostab selle kohta akti, millele kirjutavad alla valvearst, valveõde ja valvesanitar. Väärtesemed ja dokumendid võtab hoiule vastuvõtutoa vanemõde.

Vastuvõtuosakonna personali tähelepaneliku suhtumisega tagame haigete kiire abistamise ja nende paigutamise vajalikku osakonda.

О РАБОТЕ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ БОЛЬНИЦЫ

Э. Кёэп

Резюме

На приемный покой больницы возложено выполнение ответственных задач.

Медицинская сестра перевязочной приемного покоя помогает хирургу при приеме больных, при первичной хирургической обработке ран и наложении гипсовых повязок. Она же принимает участие в подаче первой помощи больным, вводит столбнячный

анатоксин и антитоксическую противостолбнячную сыворотку и выполняет многие другие обязанности.

Старшая сестра приемного покоя отвечает за правильное хранение лекарств и следит за тем, чтобы приемный покой был обеспечен всем необходимым для оказания первой помощи. Старшая сестра приемного покоя хранит документы и ценные вещи поступающих в больницу больных.

Внимательное отношение персонала приемного покоя обеспечивает быстрое оказание помощи больным и направление их на лечение в соответствующее отделение.

KUIDAS VÄLTIDA ÕNNETUSI LASTEGA JA ANDA ESMAABI

L. KERES

(TRÜ Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*)

Sõjajärgsetel aastatel on arstiteaduse edusammude tõttu suudetud tugevasti vähendada laste suremist haiguste tagajärjel. Tartu linnas moodustasid aga aastail 1952—1961 imikute surma põhjustest 6% ja 1—14-aastaste surma põhjustest isegi 34% õnnetusjuhtumid. Õnnetuse tagajärjel surnud lastest 65% olid poeglapsed.

Laste surma põhjuste analüüsimisel minnakse õnnetusjuhtumitest sageli kergelt mööda, pidades nende tekke põhjuseks vanemate hooletust või juhuslikke asjaolusid, mis ei olene meditsiinitöötajatest. Selline seisukoht on ebaõige, sest harilikult juhtub õnnetus seetõttu, et vanemad ei ole osanud seda ette näha. Patronaažiõe ülesandeks on vanemaid hoiatada ja neile lapse hooldamiseks juhiseid anda.

Kui räägitakse õnnetusjuhust alla 2-kuuse imikuga, on enamasti tegemist lapse lämbumisega kas oksemasside aspireerimise, padjale kummuli langemise või magamisel ema rinna alla jäämise tõttu. Seetõttu tuleb juba sünnitusosakonnas näidata kõikidele emadele, milline peab olema imiku ase, selgitada pehme padja ohtlikkust ja õpetada, et emad alati pärast söötmist asetaksid lapse poolkülili. Samuti tuleb hoiatada emasid, et nad ei võtaks last enda juurde magama ega uinuks imetamise ajal. Kui patronaažiõde külastab last esimest korda, peab ta tingimata kontrollima lapse aset ja veel kord selgitama, kuidas vältida lapse lämbumise ohtu.

Kui laps hakkab juba roomama või tugede najal edasi liikuma, tuleb emale õpetada, kuidas ruumid ümber korraldada. Patronaažiõde käib koos emaga läbi kogu korteri, näitab, mis tuleb õnnetuste vältimiseks ümber seada, ja jutustab, milliseid õnnetusjuhtumeid on esinenud. Kõik mööbliesemed peavad asetsema nii stabiilselt, et nad lapsele peale ei saaks kukkuda, kui ta tasakaalu kaotamisel neist kinni haarab (põrandalambid, lillelauad, suured vaasid jt.). Laudadel ei tohi olla suuri, üle serva allarippuvaid katteid, mille nurgast haarates võib laps endale kaela tõmmata laual olevaid esemeid (halvemal juhul kausi kuuma supiga, teekannu, põleva petroleumilambi vm.). Kardinapuud peavad olema tugevasti kinnitatud, et nad kardinast tõmbamisel seina küljest lahti ei tuleks. Elektripliidi ja triikraua juhtmed tuleb alati hoida lapse käeulatusest kõrgemal. Näiteks üks 2 a. vanune laps tõmbas juhetpidi endale pähe kastruli keeva pudruga. Peanaha laialdasest põletusest jäid paranemisel inetud armid, kuhu enam juukseid ei kasvanud. Elektriga töötavaid seadmeid ei tohi jätta nii, et lapsel on võimalik voolu sisse lülitada. Laps imiteerib täiskasvanu tegevust ja proovib pistikut torgata seinakontakti. Küttekolded peavad olema kinnised, nii et lapse rõivad ei saaks süttida. Kunagi ei tohi panna kuuma vedelikuga anumaid põrandale.

Kangetoimelised ained, ravimid ja teravad esemed tuleb paigutada

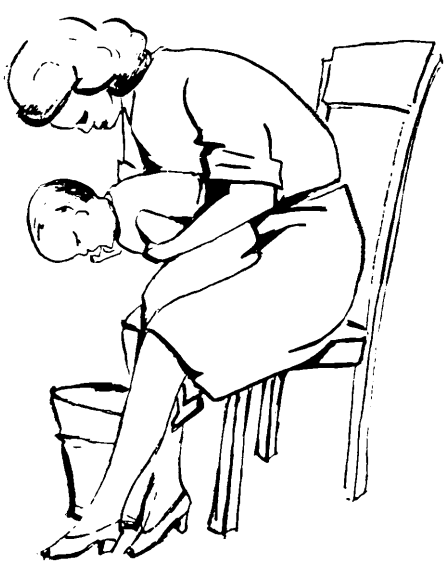
kapi kõrgematele riiulitele. Lukustamine ei ole veel kindel kaitse. Väikelaps on väga uudishimulik: kui alati lukustatud kapile korraks võti ette unustatakse, läheb ta kohe vaatama, mida huvitavat seal leidub.

Väikelapse maitse ei ole veel nii arenenud, et ta eristaks söödavat mittesöödavast. Lapsed on joonud petrooleumi, bensiini, tärpentini, nuuskpiiritust, kunstväetiselahust, desinfitseerimislahuseid jne. Sageli põhjustab ravimite sissevõtmine mürgistuse, sest laps peab tablette kompvekkideks. Nii võib laps sisse võtta välispidiseks kasutamiseks määratud ravimeid, millest osa on mürgised. Üks 2 aasta vanune laps sõi emale tupepõletiku raviks määratud gloobuleid, mida hoiti öökapi sahtlis. Laps oli sisse võtnud 1,25 g osarsooli, seega kindlalt surmava annuse. Ainult kiireloomuline maoloputus ja teised võtted päästsid lapse surmast.

Patronaažiõe ülesannete hulka kuulub ka laste mänguõue (või nurga) kontrollimine. Laste mängukoha lähedal ei tohi olla lahtist õueväravat, kust laps palli järele joostes võib tormata möödasõitva auto ette.

Lastevanematele tuleb selgitada, et ka aias ja õues kasvavad mitmed mürgised taimed. Lastel ei tohi lubada suhu võtta mittesöödavate taimede osiseid. Nii suri üks laps, kes sõi käokingajuurt (mängiti haiget, arsti ja apteekrit).

Õnnetusjuhul on äärmiselt oluline kiire esmaabi juba enne arsti või velskri saabumist. Kõikidele lastevanematele peab patronaažiõde õpetama järgmisi esmaabivõtteid.

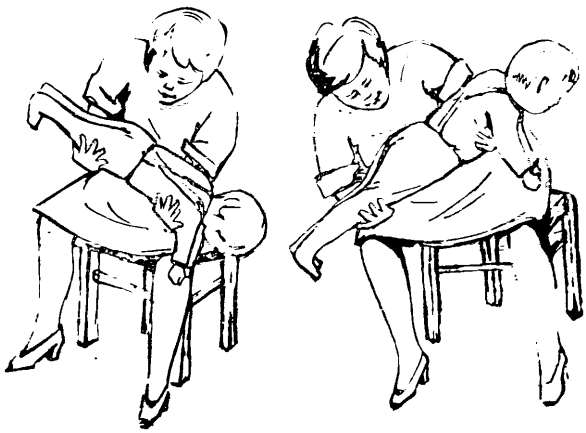


Joonis 1. Oksendamise provotseerimine

Oksendamise esilekutsumine. Kui laps on sisse võtnud mõnd kangetoimelist või tundmatut ainet, tuleb see kohe maost kõrvaldada. Ema võtab lapse sülle, nii et lapse jalad on tema reite vahel, ja painutab lapse ülakeha ämbri kohale (vt. joonis 1). Vasema käega hoiab ema lapse käed vastu tema ülakõhtu, ühtlasi sellele surudes. Parema käe teise ja kolmanda sõrmega puudutab ta lapse neelu tagaseina, et vallandada okserefleksi. Sõrmi võib enne neelu viimist määrida mõne ebameeldiva ainega, näiteks seebi või sinepiga. Pärast oksendamist antakse lapsele rohkesti juua ja siis kutsutakse uuesti esile oksendamine. Niimoodi loputatakse magu, kuni väljuv vedelik on vesiselge — siis on magu tühi.

Hingamisteede puhastamine. Kui laps on aspireerinud toitu, oksemasse või mõne võõrkeha hingamisteedesse, siis tekib tal läkastushoog ja ta muutub hingetuks. Järgnevalt hakkab ta uuesti, kuid väga lõõtsutavalt hingama. Sel puhul tuleb kohe sõrmega suu puhastada ja keel välja tõmmata. Siis haaratakse laps säärtest, tõstetakse ta õhku ja raputatakse teda rippasendis. Hea on, kui teine abistaja koputab samal ajal talle seljale abaluude piirkonda. Edasi pannakse laps kõhuli, nii et pea ja rindkere ripuvad allapoole, puhastatakse lapse suu ning surutakse tema rindkere alumine osa tugevasti kokku. Siis raputatakse last veel kord rippasendis, kuni kopsust enam midagi ei välju. Pärast seda asetatakse laps selili, pea ja rindkere allpool, suletakse lapse nina, surutakse oma suu lapse suule ja püütakse välja imeda hingamisteedesse aspireeritud ainet. Last transporditakse kõhuliasendis, nii et pea ja rindkere on tunduvalt madalamal:selline drenaažiasend soodustab võõrkehade väljumist.

Hingamise elustamine. Kui lapse hingamine ka söömise, oksendamise või mängimise ajal äkki halveneb, tuleb mõelda toidu, okse või mingi tahke keha aspiratsioonile ja puhastada kõigepealt hingamisteed. Teadvuseta haigel võib hingamine äkki halveneda või lakata, kui keel langeb taha ja katab kõri sissekäigu. Seetõttu on teadvusehäiretega haigetel vaja sageli kontrollida keele asendit. Hingamisteede valendiku lahtihoidmiseks tuleb lapse pea painutada veidi tahapoole ja hoida lõug hästi ees.



a *b*

Joonis 2. Kunstlik hingamine kiigutamise teel; *a* — väljahingamine, *b* — sissehingamine

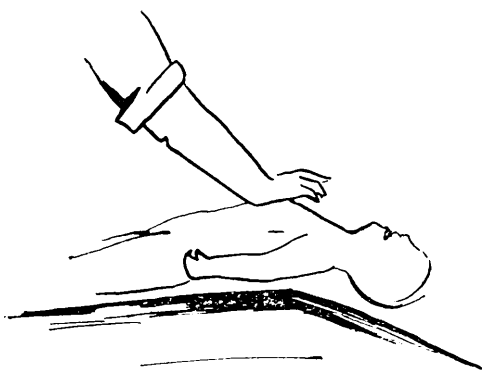
Hingamise aeglustumisel või väga pindmiseks muutumisel püütakse gaasivahetust parandada närvilõpmete erutamisega. Selleks pritsitakse lapse näole ja rinnale jahedat vett. Külma vee toimel tekib sügav sissehingamine ja pärast seda on hingamine sügavam ja sagedam. Mõnele lapsele mõjub keha järsk raputamine, nuuskpiiritusega niisutatud vati hoidmine nina all, puhumine ninasse või näole. Kui need võtted ei anna tulemusi, tuleb alustada kunstliku hingamisega. Varaealistel lastel kasutatakse kõige sagedamini Sokolovi meetodit (vt. L. Keres, H. Kääri «Juhendeid lasteaarstile», Tallinn, 1962, lk. 144). Kui valude, vigastuste või kangestusseisundi tõttu Sokolovi meetodit kasutada ei saa, võib lapsele kunstlikku hingamist teha kiigutamise teel. Laps lamab kõhuliasendis sirgelt abistaja kätel (vt. joonis 2). Ühe käe tõstmise ja teise langetamisega kiigutatakse nii, et kord on lapse pea kõrgel ning jalad madalal, kord jalad kõrgel ning pea madalal. Kiigutamisel teevad lapse pea ja jalad 90°-lise kaare. Ülakeha lastakse allapoole järsku: siis siseelundid suruvad vahelihasele ja toimub väljahingamine; ülakeha tõstmisel toimub sissehingamine. Kui laps on raskem, lastakse kiigutamisel ta kehal toetuda abistaja reitele: sissehingamisel toetuvad sinna lapse reied ja väljahingamisel lapse ülakõht.

Kui eeltoodud meetodite kasutamisel lapse seisund ei parane, või kui hingamine lakkab, siis tuleb teostada kunstlikku hingamist suu suul (vt. B. Lehepuu «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 6, 55—59). Lapse pea asetatakse kehast veidi allapoole. Ühe käega hoitakse lapse nina kinni, teise käega tõmmatakse lõug ettepoole. Abistaja surub oma suu õhukindlalt lapse suule ja puhub õhku lapse kopsudesse. Siis vabastab ta lapse suu, mispuhul lapsel teostub väljahingamine kopsu elastsuse jõul.

Imikutel puhutakse õhku kopsudesse sagedusega 30—40 korda, üle aastastel 20—30 korda minutis. Kunstlik hingamine suu suul meetodil annab häid tulemusi, sest kopsude venitamine erutab reflektoorselt hingamiskeskust (Hering-Braueri refleks). Tuleb aga arvestada, et lapse kopsumaht on väiksem ja kopsukude õrnem kui täiskasvanuil. Rahulikus olekus hingamisel on täiskasvanu hingamismaht 500 ml, 5 a. vanusel 150 ml, ühe aasta vanusel 70 ml ja ühe kuu vanusel lapsel ainult 30 ml. Seega võib täiskasvanu ainult osa oma väljahingatavast õhust suruda lapse kopsudesse. Lapse kopsudesse puhutakse väljahingamise algul väljuv õhk, sest see sisaldab enam hapnikku ja vähem süsihappegaasi kui väljahingamise lõpul väljuv õhk. Varaealistele lastele ei tohi õhku sisse

suruda tugeva rõhu all (kopsuemfüseemi oht); võib kasutada rõhku, mis vastab 13—15 mm elavhõbedasambale. Järelikult tuleb varaealiste laste abistamisel ainult kergelt puhuda (tugeval puhumisel tekitab täiskasvanu tunduvalt kõrgema rõhu). Mõnikord õnnestub hingamise lakkamisel last taaselustada keele rütmiliste väljatõmbamistega. Keelt tõmmatakse väljapoole järskude tõmmetena, kusjuures tõmmete sagedus võrdub lapse hingamissagedusega (oleneb east).

Vereringe elustamine. Kui mürgistuse või põletuse puhul laps muutub äkki kahvatuks ja jõuetuks, tuleb juba enne kiirabi kohalejõudmist teda abistada. Lapse pea ja rindkere asetatakse madalamale kui kõht ja jalad, et peaaju ja süda varustuksid paremini verega. Jalgade jahenemisel soojendatakse neid kuumaveekottidega. Lapsele pakutakse sooja jooki. Hea on anda lusikahaaval oakohvi või kanget hiina teed: imikutele 2 dessertlusikatäit, 3 a. vanustele 4 dessertlusikatäit ja 7. a. vanustele pool tassitäit korraga.



Joonis 3. Südame masseerimine

Kui õnnetusjuhtumi puhul südametegevus äkki lakkab (lihaste toonus lõtvub, teadvus kaob), tuleb proovida südant taaselustada masseerimise teel (vt. joonis 3). Laps pannakse selili kõvale alusele, pea allapoole. Keel tõmmatakse välja. Peopesa asetatakse lapse rinnaku alumise otsa kohale ja vajutatakse rütmiliselt rinnaku alumist otsa sügavamale. Seega surutakse süda rinnaku ja lülisamba vahele ja pigistatakse verest tühjemaks. Vere küllaldaseks väljasurumiseks südamest tuleb rinnaku alumine ots vajutada 3-aastastel lastel 3 sm võrra, vanematel 4—5 sm võrra lülisambale lähemale. Seejärel käsi eemaldatakse, et rindkere saaks vabalt laieneda ja süda taas täituda verega. Niimoodi surutakse sagedusega, mis vastab lapse pulsi sagedusele (oleneb vanusest). Kui vajutamisel valgub maosisu suhu, tuleb kohe suu puhastada, et vältida aspireerimist. Südametegevuse taastumisel lõpetatakse südame masseerimine.

Kui õnnetusjuhtumi puhul on lakanud nii südametegevus kui ka hingamine, siis tehakse samaaegselt kunstlikku hingamist suu suul meetodil ja masseeritakse südant.

О ПРОФИЛАКТИКЕ И ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ С ДЕТЬМИ

Л. Керес

Резюме

В 1952—1961 гг. в г. Тарту из всех смертных случаев грудных детей 6% умерло от несчастных случаев. Из всех смертных случаев детей в возрасте от 1 года до 14 лет умерло от несчастных случаев 34%. Среди пострадавших 60% были мальчики.

Для уменьшения детской смертности необходимо в патронажной работе уделять больше внимания обучению родителей, как предупредить несчастные случаи с детьми. При первом патронажном посещении сестра должна осмотреть кроватку в отношении ее безопасности для ребенка и провести разъяснительную беседу с матерью по вопросам ухода за ребенком. Когда ребенок начинает ползать, патронажная сестра объясняет, как следует убирать комнату, чтобы ребенок не мог себя повредить или случайно достать сильнодействующие вещества (щелочи, кислоты, лекарства и т. д.).

При несчастных случаях очень важно ребенку оказать первую помощь еще до прихода врача. Поэтому необходимо научить всех родителей вызывать у ребенка рвоту, проводить при аспирации (дома) очищение дыхательных путей, делать ребенку искусственное дыхание и массаж сердца.

RAVIMITE ÕIGEST KASUTAMISEST

Arstiteaduse kandidaat *N. ELŠTEIN*

(Tallinna Raudteehaiglast, peaarst *D. Migulin*)

Suu kaudu antavate ravimite toime sõltub paljuski nende manustamise metoodikast ja rakendamisest kooskõlas söögiaegadega. Muuseas, medikamentoosse ravi sellele küljele omistavad meditsiinitöötajad vähe tähelepanu. Nähtavasti põhjustavad seda eelkõige vasturääkivused farmakoloogia käsiraamatutes, millele oleme juba tähelepanu juhtinud (10). Pealegi ei põhjenda farmakoloogid oma soovitusi. Seepärast ei pruugi imestada, et ravimite väljakirjutamisel minnakse peaaegu alati neist küsimustest mööda.

On hästi teada, et haiglas on meditsiiniõde kohustatud peroraalselt manustatavad ravimid haigele ise suhu andma. Ravimit andes peab meditsiiniõde haigele seletama, kuidas ja millal seda võetakse. Tuleb arvestada, et mõned haiged võivad mõningaid (meditsiinitöötajatele elementaarsena näivaid) asjaolusid mitte teada. On esinenud juhtumeid, kus haiged on ravimküünlaid sisse võtnud või koos paberiga pärasoolde viinud. Veel sagedamini tuleb ette, et haiged mäluvad ja neelavad alla ravimeid, mida tuleb asetada keele alla. On oluline, et need ravimid imenduksid suu kaudu, millesse ei ole soovitatav lasta toimida mao- ja soolemahla. Peale selle satub suu kaudu imendunud ravim otsekohe vereringesse, minnes mööda maksast, mis võib neid ravimeid inaktiivseks muuta. Keele alla tuleb asetada metüültestosteroon, pregniin jt. Mõned ravimid avaldavad reflektoorset toimet juba limaskesta kaudu, nimelt laiendades koronaarveresooni. Seetõttu pannakse keele alla validool, nitroglütseriin, nitropentoon jt.

Enamik sooleparasiitidevastastest vahenditest (sõnajalajuureekstrakt, santoniin, sankafeen, heptüülresortsiin jt.) võetakse sisse tühja kõhuga. Üheks erandiks on piperasiin ja selle soolad, mida võetakse sisse pärast söömist [A. Bljuger, M. Turtšins (1)]. Tühja kõhuga soovitatakse võtta lahtistavaid sooli. M. Jassinovski, T. Terletskaja ja N. Rudenko (9) arvavad, et ka hüpotiasiidi on kõige parem võtta tühja kõhuga.

Ravimi sissevõtmise aeg on eriti tähtis siis, kui tahetakse mõjustada mao sekretsiooni. Näiteks I. P. Pavlovi koolkonna andmetel 40—60 minutit enne söömist võetud leelised vähendavad mao sekretsiooni, vahetult enne söömist võetud aga suurendavad sekretsiooni. Soolhape pidurdab maomahla eritumist, seepärast tuleb soolhapet (või maomahla) enne söömist võtta siis, kui on tegemist ahüüliaga või anatsiidsusega. Subatsiidsete seisundite korral on soolhappe (või maomahla) sissevõtmine enne söömist kahjulik; sel puhul tuleb seda võtta söömise ajal.

Muutunud on ka vaated mineraalvete toimele. Veel hiljuti oli levinud arvamine, et Jessentuki leelis-soolaveed suurendavad sekretsiooni, Železnovodski kuurordi veed aga vähendavad sekretsiooni. Kahtlemata on mõnedel mineraalvetel tugevam mahlaeritust ergutav toime (näiteks Jessentuki nr. 17 või nr. 4), teistel mahlaeritust pidurdav toime (näiteks Železnovodski või Boržommi vetel). Kuid rohkearvulised eksperimentaalsed ja kliinilised tööd tõestavad, et üks ja sama mineraalvesi võib, sõltuvalt tarvitamise metoodikast, toimida erinevalt. Sekretsiooni suurendamiseks tuleb mineraalvett juua 15—30 minutit enne söömist, sekretsiooni vähendamiseks aga 1,5 tundi enne söömist. Maomahla normaalse happesuse puhul juuakse mineraalvett 45—60 minutit enne söömist. Vähenenud sekretsiooniga gastriitide korral või maomahla vähenenud happesuse puhul juuakse aeglaselt, parem jahedat või külma. Ja vastupidi, suure-

nenud sekretsiooni või maomahla kõrgenenud happesuse puhul juuakse mineraalvett kiiresti, parem soojalt. Kõikide nende üksikasjade kohta leidub andmeid A. Višnevski monograafias (2).

Maomahla eritumise pidurdamiseks võetakse 30—40 minutit enne söömist belladonna- ja atropiinipreparaate, samuti ganglioblokeerivaid vahendeid — gastrobomaati ja gastripooni. Mõruaineid võetakse 15—20 minutit enne söömist. Enne söömist võetakse ka maolimaskestasse toimivaid aineid: anestesiini, vismutisooli, hõbenitraati. A. Tšerkess ja V. Melnikova (8) soovitavad enne söömist võtta ravimeid, mis on määratud üldtoimivalt ega mõju kohalikult ärritavalt. Samuti võetakse enne söömist vahendeid, mis toimivad patogeensesse soolefloorasse, näiteks enamikku antibiootikumidest — biomütsiin, terramütsiin, levomütsetiin jt. (välja arvatud erütromütsiin, mida võetakse söömise ajal), ftalasool, akrihhiin, ftivasiid, vitamiinid.

Pärast söömist sissevõtmiseks tuleb määrata eelkõige selliseid ravimeid, mis avaldavad ärritavat toimet maolimaskestasse: urotropiini ja urotropiini sisaldavaid segusid (urobesaal, urosaal), salitsüülhappe preparaate (naatriumsalitsülaat, aspiriin, PAS), arseenipreparaate (Fowleri lahus, Blaudi pillid), rauapreparaate, kamprit, joodi (välja arvatud joodhüpersool, mida võetakse enne söömist külma veega). Pärast söömist määratakse samuti allokooli, vikaliini, butamiidi, sünöstrooli, dietüülstilböstrooli, metüüldiouratsiili, reserpiini, pentoksüüli ja paljusid vahendeid, mida kasutatakse südame- ja veresoonkonna patoloogia puhul, nagu diuretiin ja diuretiini sisaldavad segud (kofeiin, eufülliin ja teofülliin).

Arvestades sõrmkübara ja adoonise saponiinide maolimaskesta ärritavat toimet antakse neid samuti pärast söömist [F. Lang (5) ja R. Mežebovski (6)]. Muuseas on sõrmkübara ja adoonise sissevõtmise kohta ka teine seisukoht. A. Kakovski (4) soovitab neid võtta enne söömist, sest pärast söömist sissevõetuna lagunevat nad soolhappe toimel. Tundub, et see vaade pole veenev, sest ka enne söömist leidub maosisaldises küllaldaselt hapet, mis võiks glükosiididesse toimida.

Lähtudes seedimise füsioloogiast ja seedimisprotsesside järgnevusest on otstarbekohane ka pankreatiini määrata pärast söömist. Seda arvab enamik autoreid. [I. Funt (7) ja O. Gordon (3)]. Samasugune soovitus leidub ka G. Kingisepa jt. retseptidekogumikus (11). Jääb arusaamatuks, miks M. Maškovski (12) soovitab pankreatiini sisse võtta enne söömist.

Rida ravimeid, nimelt sellised, mida määratakse teatud skeemi järgi üle 3—4 korra ööpäevas (näiteks sulfaniilamiidpreparaadid) võib sisse võtta söögiaegadest sõltumatult. Samuti võib söögiaegadest olenemata võtta ravimeid, mis ei avalda mõju mao ja soolte talitlusele: analgiin, efedriin, kortikosteroidhormoonid (prednisoloon, kortisoon) jt.

Käesolevas kirjutises on kõneldud ravimitest, mida kasutatakse peamiselt sisehaiguste ravimisel.

Puudutades ravimite ratsionaalset manustamist tahaks juhtida tähelepanu veel ühele küsimusele. Haigetele seletatakse küll, millal tuleb ravimit võtta, aga tihti unustatakse lisamata, kuidas on seda kõige parem teha. Näiteks tuleb öelda, et pärast soolhappe võtmist on vaja hambasööbija tekkimise vältimiseks loputada suud, et maomahla võetakse pooleks veega, et joodipreparaate on parem võtta piimaga, et sulfaniilamiidpreparaatide kasutamisel on soovitatav tarvitada rohkesti vedelikku, et pärast pankreatiini on vaja juua nõrka soodalahust jm. Viimase võtmine on düspeptiliste nähtude vähendamiseks näidustatud ka naatriumsalitsülaadi puhul.

Haigeid tuleb hoiatada ka mõnede ravimite kõrvaltoime eest. Näiteks põhjustab atropiin silma akommodatsioonihäireid, nikotiinhape kuumatunnet, urotropiin võib põhjustada tsüstiidinähte, pärast neobensi-

nooli süstimist võib tõusta temperatuur, santoniin ja rabarber värvivad kuse kollakaspruuniks või kollakaspunaseks jne.

Meditsiiniõed ja velskrid peavad tundma ravimite toime iseärasusi. Ravimite õiget rakendamist peavad pidevalt jälgima ka arstid.

KIRJANDUS

1. Блюгер А. Ф., Турчинс М. Е. Препараты пиперазина как антигельминтные средства. Рига, 1959. — 2. Вишневский А. С. Лечение минеральными водами заболеваний пищеварительного тракта. М., 1951. — 3. Гордон О. Л. Хронический гастрит и так называемые функциональные заболевания желудка. М., 1959. — 4. Каковский А. Ф. Критические замечания о назначении лекарств. М., 1950. — 5. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. (Руководство по внутренним болезням). М., 1957. — 6. Межебовский Р. Г. Лечение и профилактика сердечной недостаточности. Оренбург, 1953. — 7. Фунт И. М. Гастриты. М., 1953. — 8. Черкес А. И., Мельникова В. Ф. Пособие по фармакотерапии. Киев, 1961. — 9. Ясиновский М. А., Терлецкая Т. М., Руденко Н. Б. Врачебное дело, 1962, 1, 44—51. — 10. Elštein, N. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 1, 40—44. — 11. Kingisepp, G., Rajavee, O., Kurvits, H. Retseptide kogumik. Tallinn, 1957. — 12. Maškovski, M. D. Raviained. Tallinn, 1961.

О ПРАВИЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ НЕКОТОРЫХ МЕДИКАМЕНТОВ

Н. Эльштейн

Резюме

Говорится о правильном применении некоторых медикаментов, используемых преимущественно при внутренних болезнях, с учетом времени приема пищи.

Натощак рекомендуется принимать слабительные соли, большинство противоглистных средств, гипотиазид.

Перед едой принимают препараты красавки, горечи, акрихин, анестезин, большинство антибиотиков, витамины. Принятые непосредственно перед едой щелочи увеличивают кислотность желудочного содержимого, за 40—60 минут до еды — уменьшают. Соляную кислоту и желудочный сок принимают перед едой в случаях ахилии или анацидитас, при пониженной кислотности их следует принимать во время еды.

После еды целесообразно принимать медикаменты, раздражающие слизистую желудочно-кишечного тракта: препараты йода, железа, мышьяка, камфары, салициловой кислоты, наперстянки. Кроме того, после еды принимают викалин, уротропин, метилтиоурацил, синэстрол, диэтилстильбэстрол, диуретин, кофеин, эуфиллин, резерпин, панкреатин, аллохол, пентоксил.

Вне зависимости от приема пищи принимают большинство сульфаниламидов, кортикостероидные гормоны, антикоагулянты, пирамидон, анальгин, эфедрин.

Обращается внимание на правильное употребление минеральных вод и на побочный эффект ряда медикаментов.

Konverentsid ja nõupidamised

EESTI NSV KIRURGIDE VIII VABARIIKLIK KONVERENTS

25.—27. X 1962. a. toimus Tartus Eesti NSV kirurgide vabariiklik konverents. Konverentsi põhiprobleemid olid järgmised: 1) anestesioloogia, 2) äge pankreatiit, 3) soolesulgus, 4) äge peritoniit, 5) traumatoloogia, 6) kopsukirurgia, 7) südame- ja veresoontekirurgia, 8) mao- ja kaksteistsõrmiksoole kirurgia. Üldse esitati üle 80 ettekande.

Juhtiva ettekande tegi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Š. Gulordava, kes kõneles kirurgilise abi olukorrast Eesti NSV-s. Š. Gulordava märkis, et organisatsioonilise külje parandamiseks määrati vabariikliku alluvusega linnades ühiskondlikus korras töötavad peakirurgid. Rajoonides täidavad seda ülesannet haavaosakondade juhatajad. Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel ja Pärnus on organiseeritud kaheksa spetsialiseeritud kirurgia osakonda. Koosseisuliste kirurgikohtade arv on viimase kümne aasta jooksul kasvanud 2,5 korda. Praegu on üle 50%-l vabariigi kirurgidest I, II või III kategooria.

Kirurgilise abi parandamiseks on vajalik organisatsioonilis-metoodilise ning konsultatiivse töö tõhustamine linnade ja rajoonide peakirurgide poolt, arstiteaduse saavutuste juurutamine praktikasse ja erilise tähelepanu pööramine aladele, mis meil alles on hakanud arenema (anestesioloogia, reanimatsioon, südame- ja veresoonte kirurgia, kopsukirurgia ja taastav ning plastiline kirurgia). On vaja välja selgitada kroonilise apenditsiidi, songa, mao- ning kaksteistsõrmiksoole haavandite ja sapikivitõvega haigeid ja neid ravida. Linnade ja rajoonide peakirurgid peavad järjekindlalt analüüsima diagnoosimisvigade põhjusi kiirabis, surmajuhte, operatsioonieelset ettevalmistust, operatsioonide teostamist ja operatsioonijärgset ravi. Erilist tähelepanu väärib traumatismi vältimise abinõude väljatöötamine.

Vabariigi peaanestesioloog B. Lehepuu mainis, et möödunud aastal kasutati meie vabariigis 30,1% operatsioonidel tuimastamiseks narkoosi, kusjuures $^1/_3$ narkoosidest anti intratrahheaalselt. Raviasutustes, kus töötavad anestesioloogid, on lokaalse anesteesia osatähtsus pidevalt vähenenud kombineeritud intratrahheaalse narkoosi sagenemise arvel. Kaasaja anestesioloogia eeldab mitmesuguste aparaatide kasutamist. Anestesioloogide ja anestesistide ettevalmistust tuleb meie vabariigis laiendada.

Dots. A. Rulli rõhutas oma ettekandes tuimastusmeetodi valikut kaasaegsetel kirurgilistel operatsioonidel. Rajoonihaiglates, samuti ka teistes suuremates haiglates väärib traumade puhul senisest enam kasutamist regionaarne anesteesia kombineerituna müorelaksantide kasutamisega, mis tagab tuimastatavas piirkonnas ka lihaste lõtvumise. Kõige ohutumaks narkoosiks tuleb pidada pindmist, intubatsioonimeetodil tehtavat narkoosi.

Arstiteaduse kandidaat S. Iefuni teatas, et Moskva I Meditsiiniinstituudi hospitaalkirurgia kliinikus on välja töötatud originaalne pikemaajalise analgeetilise narkoosi meetod, mis sai ravinarkoosi nimetuse. Meetod põhineb lämmastikalahapendi ja hapniku manustamises maski kaudu poollahtises süsteemis (1—4 ööpäeva jooksul).

Arstiteaduse kandidaat O. Koljutskaja märkis, et mõõdukat hüpotermiat kasutatakse valikmeetodina operatsioonidel, kui süda lülitatakse vereringest välja 6—8 minutiks.

Huvi äratas dots. A. Rulli ja arstiteaduse kandidaadi I. Sarve ettekanne bronhiaalastma kirurgilisest ravist, mille põhimõte seisab *paraganglion caroticum*'i eemaldamises. Bronhiaalastma kirurgilise raviga on hakatud tegelema Tartu Vabariiklikus Haiglas alates 1961. aastast.

Konverentsi tööst võttis osa palju külalisi Moskvast, Leningradist ja Riiast, nende hulgas sellised tuntud teadlased nagu prof. V. Kolessov (Leningrad), prof. S. Kolesnikov (Moskva), arstiteaduse doktor I. Berjozov (Moskva), prof. A. Biezin (Riia) ja rida teisi.

Konverentsil demonstreeriti huvitavaid filme südamekirurgia kohta.

Puudusena võib märkida seda, et vabariigi rajoonidest ei olnud ühtki ettekannet. Ka sõnavõttude osas oli vähe aktiivsust.

Konverentsi lõpul toimus Eesti NSV Kirurgide Vabariikliku Seltsi aruandlus- ja valimiskoosolek.

A. Sarap

NAKKUSHAIGUSTE- JÄ HÜGIEENIALANE KONVERENTS

29. ja 30. novembril 1962. a. korraldati Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi IV konverents, mis oli pühendatud selle uurimisasutuse 10. aastapäevale. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg. Ülevaate instituudi tegevusest andis selle direktor arstiteaduse kandidaat A. Jannus.

Konverentsil esitati 65 teoreetilise ja praktilise tähtsusega ettekannet soolenakkuste, viirushaiguste ja kooli- ning kommunaalhügieeni valdkonnast.

Peale instituudi töötajate ja arstide-praktikute võtsid konverentsist aktiivselt osa ka Vene NFSV, Läti NSV ja Leedu NSV arstiteadlased, samuti arstid ning spetsialistid meie vabariigi teistest uurimisasutustest. Üldse kuulati 14 teaduslikust asutustest pärinevaid referaate. Nii oli ettekandeid L. Pasteuri nimelisest Leningradi Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudist, I. Metšnikovi nimelisest Moskva Vaktsiinide ja Seerumi Teadusliku Uurimise Instituudist, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia D. Ivanovski nimelisest Viroloogia Instituudist jm.

Konverentsi töö toimus kahes sektsioonis (nakkushaiguste ja hügieenisektsioonis).

Nakkushaiguste sektsioonis käsitleti võrdlemisi ulatuslikult nii bakteriaalse kui ka viirusliku etioloogiaga soolenakkusi. Suurt tähelepanu äratas professor E. Novgorodskaja ja kaastöötajate ettekanne kindlaksmääramata etioloogiaga soolenakkuste uurimise printsiipidest. Esitatud laialdasest materjalist selgus, et sääraseid soolenakkusi on vaja uurida kompleksselt nende etioloogia, epidemioloogia ja immunoloogia lõplikuks kindlaksmääramiseks. Nimetatud ettekandes esitatud materjale täiendasid käsitlused soolenakkuste etioloogia uurimise alalt Tallinnas (R. Sudakova, A. Svitškarjeva, H. Pihl, A. Jannus, K. Räbtšenko) ja Tartus (E. Allik).

I. Golubeva (Moskva) ettekanne andis ülevaate kolienteriidi epidemioloogiast, A. Svitškarjeva ja kaasautorite (Tallinn) ettekanne valgustas selle haiguse kliinilis-mikrobioloogilise karakteristika probleeme, J. Tumenaite (Vilnius) käsitluses vaadeldi kolienteriidi immunoloogia küsimusi, I. Golubeva (kaasautoritega) ja I. Ulisko (Moskva) tutvustasid kolienteriidi laboratoorse uurimise meetodite täiustamist.

Konverentsil märgiti ära dotsent E. Tallmeistri uurimus soolekepikese eri tüvede pürogeense toime mehhanismi alal.

Põhjaliku ülevaate kõhutüüfuse ja paratüüfuste epidemioloogiast esitasid M. Hazanov ja V. Kilesso (Moskva). Nende mitmed soovitused haigestumise vähendamiseks on rakendatavad ka Eesti NSV-s.

Tallinna Linna Sanitaar- Epidemioloogia Jaama arstide M. Ponomarjova, T. Juzbaševa ja S. Ivanjuškina materjalide kaudu tutvuti kõhutüüfuse ja salmonellooside levimisega Tallinnas. Salmonellakandlusest Vilniuse toitlustusalatöötajatel rääkis M. Gutmanene.

Toetudes kliinilis-epidemioloogilistele, viroloogilistele ja immunoloogilistele uurimistele, osutasid A. Jannus (Tallinn), M. Indulen ja I. Kanel (Riia) enteroviiruste olulisele osale soolenakkuste tekitamisel.

Mitmes ettekandes [H. Kotljarova (Leningrad), T. Kuslap, L. Priimägi] esitati andmeid poliomüeliidivastase massilise vaktsineerimise tulemuste kohta.

Nakkusliku kollatõve profülaktikat, epidemioloogiat ja diagnoosimist käsitleti 6 ettekandes (E. Paktoris, J. Reinaru, H. Kreek, K. Vassiljeva, G. Medinski jt.). Erilist tähelepanu pälvisid andmed, mis olid saadud epideemilise hepatiidi tõrjel gammaglobuliiniga. Õpilaste laialdane süstimine näitas selle preparaadi võrdlemisi kõrget profülaktilist efektiivsust.

Huvitavaid andmeid esitati respiratoorsete nakkuste probleemi alalt. Põhjapanevaks oli siin E. Fridmani (Leningrad) ettekanne. Gripi seroloogilist diagnoosimist käsitles L. Zakstelskaja kaasautoritega (Moskva). Ülevaate gripi epidemioloogiast esitas Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi vanemaid töötajaid E. Närska. K. Männik ja F. Allik näitasid, kuidas muud nakkushaigused mõjustavad gripi humoraalset immuunsust. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetajaliige professor A. Smorodintsev andis ülevaate leetrite elusvaktsiini kasutamisest. Vaktsiinil on tugev profülaktiline toime.

Mõned nakkushaiguste sektsioonis esitatud ettekanded käsitlesid ka parasitoloogia küsimusi. G. Kondratjeva kaasautoritega tõi andmeid Eesti NSV helmintofauna kohta, J. Teras kõneles urogenitaaltrakti trihhomonoosi uurimisest ja H. Kääri toksoplasmoosist.

Hügieenisektsioonis käsitleti peamiselt kooli- ja veehügieeni probleeme. Koolihügieeni küsimuste arutlemisest võtsid osa paljud kooliarstid ja pedagoogid. Õpilaste kehalist arengut mõjustavatele teguritele olid pühendatud V. Hioni, R. Silla, F. Markusase jt. ettekanded. Sooritatud uurimised näitavad väljas korraldatud võimlemistundide, füüsilise koormuse tõstmise ja karastamise soodustavat mõju õpilaste arengule.

Veehügieeni-alased uurimised on toimunud kompleksselt, koostöös Tallinna Polütehnilise Instituudi. Tartu Riikliku Ülikooli, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi jt. vahel. Konverentsil käsitleti Eesti NSV veekogude kasutamise ja kaitsmise põhisuundi (H. Velner, L. Tepaks). Eesti NSV põhjavete sanitaar-hügieenilise iseloomustuse andis L. Kuik. Andmeid Narva veehoidla kohta esitas I. Veldre kaasautoritega. Suur-Emajõe, Pedeli ja Võhandu jõe reostust ning enesepuhastust olid uurinud M. Kask jt. Iseloomustati ka Kopli lahe reostumust ja tehti ettepanekuid selle vähendamiseks (L. Kuik kaasautoritega).

Konverentsi lõpul võeti vastu üksikasjalik resolutsioon, milles määrati Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi uurimistöö perspektiivid. Ühtlasi rõhutati vajadust laialdasemalt abistada tervishoiuorganeid nakkushaiguste vähendamise ja elanikkonna tervise parandamise alal.

G. Medinski, H. Pihl

GERONTOLOOGIA- JA GERIAATRIA-ALANE VABARIIKLIK KONVERENTS

6. ja 7. detsembril 1962. a. toimus Tartus esimene vabariiklik gerontoloogia- ja geriaatria-alane konverents, mille organiseerisid Eesti NSV Poliitiliste ja Teadusalaste Teadmiste Levitamise Ühing ning Tartu Riiklik Ülikool.

Külaline Leningradist, arstiteaduse kandidaat H. Kan andis ulatusliku ülevaate gerontoloogia arengust. Professor I. Sibul kõneles sellest, et vananemine on seotud raku nukleiinhapete ainevahetuse häiretega. Sääraste häirete tekkimisele aitavad kaasa ebasoodsad väliskeskkonna mõjud ja haigused. Seepärast on vananemine mitte ainult bioloogia, vaid ka hügieeni probleem.

Professor M. Kask käsitles kesk- ja vanemaealiste hügieeni. Ta juhtis tähelepanu sellele, et vanemas eas alaneb inimeste aktiivsus, kusjuures vähenenud energiavajadus kaetakse enamikul juhtudel ühekülgse toiduga. Tegelik elu näitab, et kesk- ja vanemaealiste inimeste eluviisid ning toitumine ei vasta hügieeninõuetele. Peamiseks põhjuseks on see, et neid küsimusi on elanikkonnale väga vähe selgitatud. Ka puuduvad põhjalikumad teaduslikud uurimused vanemaealiste töökorralduse ja toitumise kohta. Vanemaealiste eraldamist vanadekodudesse ei pidanud ettekandja otstarbekohaseks.

Psüühilistest häiretest vanemas eas ja nende vältimise võimalustest rääkis professor E. Karu.

Professor P. Bogovski ettekandes «Vanadus ja vähktõbi» anti sellest probleemist ammendav ülevaade. Viidates H. Grosse andmetele, ütles esineja, et juhul, kui muud surma põhjused (eriti ateroskleroos) likvideeruksid, siis enne 150-aastase ea saavutamist sureksid kõik inimesed vähktõve tagajärjel.

Suure huviga kuulati Eesti NSV teenelist arsti M. Nõgest, kes kõrgele eale vaatamata on säilitanud hea tervise ja mõtte-erksuse. Oma head tervislikku seisundit seostas kõneleja kehaliste harjutustega, mida ta süstemaatiliselt teeb juba paljude aastate vältel.

A. Vapra ettekanne oli pühendatud krupoosse pneumoonia kulule vanemaealistel ja ateroskleroosi medikamentoossele ravile. Kõneleja teatas, et kõige paremaid tulemusi ateroskleroosi ravimisel on ta saanud korduvate novokaiinikuuride abil, eriti selle ravi kombineerimisel B_{12}-vitamiiniga.

Dieedi osast ateroskleroosi profülaktikas rääkis dotsent L. Päi. Teemal «Teadus ja usk elu pikendamisest» esines professor G. Kingisepp. Huvitavaid andmeid nahatroofika häirete ja nende vältimise võimaluste kohta esitas R. Markovitš.

Eesti NSV TA Majanduse Instituudi teaduslik töötaja V. Kaufmann näitas suure faktilise materjali abil eluea sõltuvust sotsiaal-majanduslikest tingimustest.

Kokku esitati 19 ettekannet.

Konverentsil kuuldust võib järeldada, et gerontoloogia- ja geriaatria-alased probleemid muutuvad iga aastaga aktuaalsemaks ning vajavad seetõttu järjest suuremat tähelepanu. Tahaks loota, et järgmisel konverentsil esitatakse senisest enam töid, mis põhinevad kohalikul materjalil.

H. Kahn

VABARIIKLIK MEDITSIINIÕDEDE KONVERENTS

19. ja 20. oktoobril 1962. a. toimus Tallinna Vabariiklikus Haiglas ülevabariigiline meditsiiniõdede konverents.

Konverentsi avas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. Sarap. Käsitleti küsimusi väga mitmelt alalt, nagu meditsiiniliste dokumentide vormistamist, raviasutuste sanitaarrežiimi, haigla vastuvõtu-

osakonna ja polikliiniku tööd, õdede nõukogu ülesandeid, meditsiiniõe kutse-eetikat, raskete haigete põetamist, meditsiiniõe osa vähktõvevastases võitluses, soolte nakkushaigusi, esmaabi traumade puhul ja intratrahheaalset narkoosi. Ettekannetega esinesid arstid A. Tuch, I. Hallikso o, R. Härma, E. Kolk, J. Beltšikov ja B. Lehepuu ning meditsiiniõed E. Kurvits, A. Metsmäe, V. Ploom, E. Kööp ja L. Roosmägi. Ettekannetele järgnenud rohkearvulistes sõnavõttudes räägiti uutest töökogemustest ja töös ilmnevatest puudustest. Konverentsist osavõtjad tutvusid Tallinna Vabariikliku Haigla osakondadega.

Konverentsist võttis osa üle 250 meditsiiniõe kõikidest vabariigi rajoonidest ja linnadest.

R. Malviste

ÜLELIIDULINE NEUROKIRURGIDE KONVERENTS

28. novembrist kuni 2. detsembrini 1962 toimus Moskvas üleliiduline neurokirurgide konverents, kus kaheksakümnes ettekandes käsitleti järgmisi probleeme: 1) hüpofüüsi ja kraniofarüngioomide kirurgiline ravi, 2) kiiritusravi neuroloogilises onkoloogias ja 3) vitaalsete funktsioonide häired ning nende patogenees neurokirurgias.

Akadeemik B. Jegorov kaastöölistega esitas andmeid Burdenko-nim. Instituudis opereeritud 725 hüpofüüsikasvaja kohta. Haigete rühmas, kus kasvajad paiknesid ainult intrasellaarselt, oli suremus 2—4%. Neil juhtudel, kus kasvaja oli türgi sadulast välja tunginud, tõusis operatsioonijärgne suremus 35%-ni. Seati nõue, et hüpofüüsikasvajad allutataks edaspidi varajasele kirurgilisele ravile ega oodataks ära nägemishäirete tekkimist. Intrasellaarsete kasvajate varajasel diagnoosimisel on endokriinsete häirete avastamise kõrval otsustav tähtsus röntgeniülesvõtetel, mille abil tehakse kindlaks türgi sadula kuju ja suuruse muutused.

Kõige sagedamini lapseeas esinevate ja ajupõhimiku piirkonnas paiknevate kraniofarüngioomide puhul soovitati nende osalist eemaldamist, kusjuures ka sel puhul on suremus veel 25%.

Ajusiseste kasvajate ravimisel peeti vajalikuks kombineerida kirurgilist ravi kiiritusraviga. Soovitati kasutada beetatroni ja tsüklotroni (5—30 MeV), sest need võimaldavad maksimaalse kiirguse suunata kasvajale ja kahjustavad ümbritsevat kude minimaalselt. Leningradi Neurokirurgia Instituudis viiakse 1956. aastast alates operatsiooni ajal pahaloomulistesse kasvajatesse edukalt radioaktiivset kulda (Au^{198}) kas kolloidlahusena või graanulitena.

Mõned ettekandjad soovitasid opereerimatute basaalsete kasvajate puhul viia stereotaktilisel meetodil kasvaja sisse itrium^{90}.

Konverentsi aktuaalseimaks probleemiks kujunes vitaalsete häirete patogeneesi ja ravi küsimus neurokirurgias. Põhiettekandega esines prof. V. Negovski kaastöölistega. Järgnevates ettekannetes käsitleti elutähtsate funktsioonide häiretele viivaid ajutüve pitsumise vorme ning aju-kolju akuutsete vigastuste, ajukasvajate ja akuutsete ajuverejooksude ravi. Akad. B. Jegorov kaastöölistega ja B. Dansker kaastöölistega (Leningrad) tutvustasid kodumaise lüofiliseeritud uurea kasutamist neurokirurgiakliinikus ajuturse ravimisel, kus ta on osutunud väga efektiivseks.

E. Raudam, A. Veldi, A. Tikk ja R. Paimre käsitlesid 242 eluohtlikus seisundis olnud neurokirurgilise haige ravi Tartu respiratoorses tsentrumis (1958.—1962. a.). Erilist tähelepanu pöörati sel puhul hüpoksia, akuutsete vereringehäirete, samuti vee- ja mineraalide-ainevahetuse häirete komplekssele ravile. Ettekannetest selgus, et vitaalsete funktsioonide häirete ravimine neurokirurgilistel haigetel on teaduslikult puudulikult läbi töötatud ning võitluses eluohtlike seisunditega pole neurokirurgias veel saavutatud kindlaid organisatsioonilisi vorme.

E. Raudam

NAKKUSLIKU KOLLATÕVE SESSIOONIST JA SÜMPOOSIONIST MOSKVAS

Ajavahemikus 10.—12. dets. 1962 korraldas Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia D. I. Ivanovski nimeline Viroloogia Instituut sotsialistlike maade vahelise teadusliku sessiooni, mis oli pühendatud nakkusliku kollatõve probleemile.

15. detsembril toimus samas kohas liiduvabariikide ja rahvademokraatiamaade kõigi delegatsioonide osavõtul sümpoosion, kus arutati organisatsioonilisi ning teadusliku töö koordineerimise küsimusi. Instituudi oma teadlaste kõrval esinesid sessioonil ettekannetega teadlased Krakovist, Prahast, Bukarestist, Berliinist, Kiievist, Odessast, Leningradist jm. Kokku esitati üle 80 referaadi.

Arvukalt oli ettekandeid nakkusliku kollatõve tekitaja küsimustes. Viirusetüvesid on isoleeritud nii meil (Moskvas, Bakuus, Odessas, Leningradis, Gorkis) kui ka peaaegu kõigis rahvademokraatiamaades. Viroloogia Instituudi hepatiidilaboratoo-

riumi juhataja prof. A. Šubladze ütles, et senini isoleeritud viirustüved võivad praegu ainult pretendeerida nakkusliku kollatõve tekitaja kandidaadiks. Sümpoosionil selgus, et igas riigis on oma erinevad viirusetüved, mida ei ole veel omavahel võrreldud ja lähemalt uuritud. Rahvusvahelise Tervishoiuorganisatsiooni esindaja teatas, et 1963. a. lõpul luuakse komisjon, kes lahendab rahvusvahelises ulatuses nakkusliku kollatõve tekitaja spetsiifilisuse küsimuse isoleeritud tüvede uurimise ja võrdlemise teel.

Teatavat huvi pakkus J. Markova (Moskva) uurimus. Autor oli isoleerinud nakkuslikku kollatõbe põdevate haigete verest 42%-l juhtudest streptokokke, samaaegselt oli ta saanud 76% haigetest «0» antistreptolüsiini tiitri kõrgenemise. Streptokokke ja antistreptolüsiini tiitri kõrgenemist sedastati peamiselt nendel haigetel, kellel haigus kulges eriti raskesti; surmaga lõppenud juhtudel sai uurija alati positiivse hemokultuuri.

Nakkusliku kollatõve viirusekandluse ja vastavate antikehade uurimiseks soovitati paljude autorite poolt kasutada komplemendi sidumise, pretsipitatsiooni- ja heterohemaglutinatsiooni-reaktsiooni. Sümpoosionil juhiti erilist tähelepanu viirusekandluse uurimisele nakkuskoldes. Seejuures esitati andmeid, et viirus on kolde piirkonnas küllalt levinud, olenedes peamiselt elanike sanitaarkultuurist. Sümpoosionil juhiti tähelepanu ka piisknakkuse ja parenteraalse levimisviisi küsimustele, mida soovitati veel lähemalt uurida. Põhiliseks levimisviisiks tunnistati fekaal-oraalne nakatumine. Parenteraalse nakkuse leviku vältimiseks soovitati hoiduda võimalikel juhtudel vereülekannetest, parenteraalsetest protseduuridest, rangelt kinni pidada instrumentide steriliseerimise eeskirjadest, võimaluse korral kasutada instrumentide tsentraliseeritud steriliseerimist. Epidemioloogid nõudsid, et kollasuseta nakkusliku kollatõve vormid peavad kuuluma eri arvestusse, statistilisse aruandlusse tuleb aga märkida ainult kollasusega vormid. Oma ettekandes rõhutasid nad, et kollasuseta vormide arv näitab tegelikult kohaliku tervishoiuvõrgu aktiivsust võitluses kollasusega kollatõve vormide vastu. Sümpoosionil märgiti mitteametlikus korras, et kollasusega haigusvormi põdejate hospitaliseerimine ei ole epidemioloogilises mõttes eriti vajalik, kuna haige on nakkuse levitaja peamiselt haiguse inkubatsooniperioodil. Gammaglobuliini soovitati kasutada juba epideemilise sesooni algul, kuna puhanguperioodil on tema profülaktiline efekt väiksem. Tšehhoslovakkia delegaadid panid ette valmistada gammaglobuliini ka rekonvalestsentide seerumist.

Akadeemik J. Tarejev rõhutas, et kliiniliste ja patogeneesi küsimuste uurimisel on vaja suurt tähelepanu pöörata ägeda hepatiidi tagajärgedele, seerumiga ja fekaal-oraalsel teel levinud haigestumiste kliiniliste sümptoomide ning epidemioloogiliste andmete võrdlemisele, diagnoosialaste näitajate standardiseerimisele, biopsiatele ja histokeemilistele morfoloogilistele uuringutele.

Meie vabariigis tehtud uurimistest esitati andmeid nakkusliku kollatõve epidemioloogia ja gammaglobuliini profülaktika kohta koolides (H. Kreek) ning heterohemaglutinatsiooni-reaktsiooni kasutamise tulemusi.

J. Reinaru

ÜLELIIDULISE SANITAARHARIDUSTÖÖ NÕUKOGU VII PLEENUMIST

Üleliidulise sanitaarharidustöö nõukogu VII pleenum korraldati ajavahemikus 23.--27. okt. 1962 Dnepropetrovskis. Pleenumil arutati küsimusi, mis on seoses ühiskondlike organisatsioonide tööga elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmisel.

Teiste kõrval esinesid Dnepropetrovski oblasti täitevkomitee esimees ja oblasti tervishoiuosakonna juhataja. Nad rääkisid, kuidas Dnepropetrovskis on organiseeritud võitlus kõrge sanitaarkultuuri eest. Tänu elanikkonna laialdasele kaasatõmbamisele on linnas ära tehtud suur töö heakorrastuse alal. Dnepropetrovsk on kahel korral tulnud sanitaarkultuuri-alases võistluses Harkoviga esikohale. Iga neljapäev on kuulutatud Dnepropetrovskis tervisepäevaks. Sel päeval toimuvad heakorrastustööd, mida juhib linna vastav komisjon majavalitsuse juurde loodud allkomisjonide ja ühiskondlike sanitaarinspektorite kaudu. Sanitaarkultuuri tõstmisest võtavad aktiivselt osa täitevkomitee saadikud, kes on ravi- ja profülaktikaasutuste juurde loodud sanitaarnõukogude liikmeiks. Ühiskondlike jõududega on loodud puhkepark, kuhu sanitaaraktivistid on istutanud puid ja põõsaid. Palju on rakendatud ühiskondlikule tööle pensionäre, ka meditsiinitöötajaid, kes tegutsevad nn. ühiskondlikes polikliinikutes. Linna sanitaarseisundit pasporteeritakse. Tööstusettevõtete juurde on loodud nn. tööstusesteetika-nõukogud, kes hoolitsevad oma käitise ilu ja heakorra eest. Regulaarselt korraldatakse töölistele ja kolhoosnikutele spetsiaalseid õppusi tervishoiu alal. See on aidanud töötajate teadmisi tervishoiu küsimustes suurendada ning selle tulemusena on alanenud haigestumus.

Sanitaarkultuuri tõstmise eest peetavasse võitlusse on aktiivselt lülitunud ka komsomolikomiteed ja ametiühingud, kes tegutsevad meditsiinitöötajate juhendamisel. Komsomolikomitee on loonud sanitaarpatrulli.

Paljudes kolhoosiklubides on organiseeritud ühiskondlikel alustel töötavad sanitaarharidustoad. Neis tubades leidub rohkesti näitliku agitatsiooni vahendeid

ja kirjandust. Seal korraldatakse loenguid ja kursusi, näidatakse sanitaarhariduslaseid filme jne. Toad on sisustatud kultuurimaja või kolhoosiklubi kulul.

Pleenumil jälgiti huviga ka Odessa Mikrobioloogia ja Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi teadusliku töötaja K. Leonidova ettekannet. Selles käsitleti hügieenialast selgitustööd maaelanikkonna hulgas ja pedagoogide ettevalmistamist tervishoiu küsimustes. Peatuti ka sööklate diplomeerimisel, mida tehakse selleks, et nendes sanitaarkultuuri tõsta.

Pleenumist osavõtjaid tutvustati sanitaarharidustööga mitmetes ravi- ja profülaktikaasutustes, koolis, tööstusettevõtetes ning maal. Kõigist külastatud asutustest jäi hea mulje. Suurt rõhku oli pandud näitlikule agitatsioonile. Rohkesti oli meditsiinitöötajate eneste poolt või nende kavade järgi valmistatud näitlikke vahendeid. Enamikus olid need välja pandud klaasitud vitriinidesse ja raamidesse, mis jättis meeldiva mulje. Erilist tähelepanu äratas laste ratsionaalse toitlustamise propaganda piimaköökide vahendusel. Nimelt võis iga lapsevanem teatavatel päevadel kindlatel kellaaegadel saada konsultatsiooni koos praktilise demonstratsiooniga, kuidas valmistada varaealistele lastele mitmesuguseid toitesegusid, püreesid, mahlu jm. Perioodiliselt organiseeritakse piimaköökide ooteruumis lastetoitude näitust, kus antakse ka selgitusi ja retsepte toitude valmistamiseks. Samasuguseid üritusi organiseeritakse lastesõimedes ja -aedades, kus ka emasid õpetatakse emade kooli programmi alusel.

Koolides korraldatakse järjekindlalt terviseolümpiaade, tervisekarnevale ja õhtuid, mis on pühendatud tervisekaitse teemadele.

NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja T. Nikolajeva hindas oma sõnavõtus kõrgelt dnepropetrovskilaste saavutusi sanitaarharidustöö alal.

M. Raig

EKSPERIMENTAALSE KURORTOLOOGIA JA FÜSIOTERAAPIA TEADUSLIK KONVERENTS

25.—30. septembrini 1962 toimus Jaltas üleliiduline eksperimentaalse kurortoloogia ja füsioteraapia teaduslik konverents. Konverentsi korraldasid NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium, Kurortoloogia ja Füsioteraapia Keskinstituut ning I. M. Setšenovi nimeline Meditsiinilise Klimatoloogia ja Klimatoteraapia Instituut (Jaltas). Ettekandeid oli rohkesti (üle 100).

Eesti NSV-st oli kohale sõitnud 5 inimest (Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, Pärnu kuurordist ja Tartu Riiklikust Ülikoolist).

Avaettekandega esines prof. E. Vassilenko (keskinstituudist), kes rääkis eksperimentaalse uurimistöö saavutustest ning arenguperspektiividest kurortoloogia ja füsioteraapia alal. Ta rõhutas, et lähtudes NLKP XXII kongressi otsustest, mis annavad kuurordiravile väga tähtsa koha meie elanikkonna tervise kaitsel, tuleb vastavasisulist teaduslikku uurimistööd senisest veelgi rohkem hoogustada ning süvendada. On vaja kasutusele võtta uusi, eriti biofüüsikalisi uurimismeetodeid ja rakendada teadusliku töö saavutusi operatiivsemalt praktikasse. Rohkem tuleb tähelepanu pöörata kuurordiravi faktorite spetsiifilisuse küsimustele.

Mitmes ettekandes (A. Zolnikova Moskvast, D. Karpovitš Omskist jt.) käsitleti ravimudade toimemehhanismi küsimusi. Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist esines E. Veinpalu meie meremuda raviomadusi ning toimet selgitava ettekandega. Töös näidati, et Haapsalu meremuda toime organismi immunobioloogilisele reaktiivsusseisundile sõltub suurel määral sellest, millise teise balneoteraapia liigiga (mitmesugused vannid, dušid) muda koos kasutatakse.

Mineraalvete toimet elundite mitmesugustele funktsioonidele käsitlesid paljud esinejad (A. Bakuradze Tbilisist, S. Kaplun Sotšist. S. Mirzojan Jerevanist jt.). Rõhutati vetes leiduvate orgaaniliste ühendite ning mikroelementide mõju täpse uurimise vajadust.

Rohkesti ettekandeid (G. Nevrajev Moskvast, V. Zarubin ning V. Baronenko Jaltast jpt.) oli pühendatud klimatoloogia ning klimatoteraapia küsimustele. Huvitavat tööd tutvustas autorite kollektiiv (E. Keselbrener jt.) Jaltast. Selles näidati, kuidas on võimalik küberneetikat kasutada sanatoorse ravi praktikas, ühtlasi demonstreeriti aparaati, mis võimaldab klimaatilise ravi mitmesuguste protseduuride puhul täpsemat doseerimist. A. Raik Tartu Riiklikust Ülikoolist kõneles radiatsioonirežiimi karakteristika kasutamisest ilmade tüpiseerimisel.

Füsioteraapiasektsioonis analüüsiti vastavate uuemate ravimeetodite (ultraheli, aeroionoteraapia jt.) toimet. Konverents pidas vajalikuks füsioteraapia probleemi uurimistööde mahu suurendamist.

Konverents andis palju uusi ning värskeid mõtteid.

E. Veinpalu

A. GUNTER 60-AASTANE

5. jaanuaril 1963 tähistas 60. sünnipäeva Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut A. Gunter.

Albert Peetri p. Gunter sündis 1903. a. Pärnumaal Kaisma külas kooliõpetaja perekonnas. Alghariduse sai ta Kaisma vallakoolis. 1917. a. evakueerus ta Simbirski linna, kus alustas iseseisvat elu, kuna vanemad jäid Eestisse. Ta töötas Simbirskis apteekriõpilasena ja jätkas õppimist õhtukoolis, lõpetades 1921. a. keskkooli. Pärast keskkooli lõpetamist asus A. Gunter õppima Kaasani ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1929. a. Õppimise ajal töötas arveametnikuna Tatari ANSV Apteegivalitsuses. Arstiteaduskonna lõpetamise järel suunati A. Gunter Tadžikistani, kus ta töötas jaoskonnaarstina maal. 1934. a. lõpetas ta Kaasani ülikoolis ordinatuuri ning kutsuti pärast seda sõjaväkke, kus teenis kuni 1938. a. polgu vanemarstina. Ajavahemikus 1939.—1951. a. töötas A. Gunter esialgu Kaasani Arstide Täiendusinstituudis, hiljem Kaasani Meditsiini Instituudis sisehaiguste kateedri assistendina. 1947. a. omistati talle arstiteaduse kandidaadi kraad töö eest «Põhjusliku ravi kogemusi vesiniksulfiidi (H_2S) ägedate mürgistuste puhul». 1951. a. määras NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium A. Gunteri Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeudi ametikohale, kus ta töötab kuni käesoleva ajani.

A. Gunter võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst. Ta on suurte kogemustega ja erudeeritud terapeut. Temalt on ilmunud rohkesti teaduslikke töid toksikoloogia, kutsetervishoiu ja reumatoloogia alalt. Alates 1951. a. on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiinilise Nõukogu esimees. Korduvalt on teda valitud Tallinna Linna TSN Täitevkomitee saadikuks. Juubilar on ka ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse koleegiumi liige.

A. Gunterit on autasustatud ordeniga «Austuse märk», medaliga «Töövapruse eest» ja märgiga «Tervishoiu eesrindlane». Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 4. jaanuaril 1963 anti A. Gunterile teenete eest tervishoiu alal Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

Soovime juubilarile veel pikka iga ja head tervist edaspidiseks tööks.

Kolleegid

Referaate

Maksa düstroofiast Botkini tõve puhul. В. М. Сухарев (*Дистрофия печени при болезни Боткина*). Сов. медицина, 1962, 7, 34—38.

Botkini tõve puhul esinevatest tüsistustest on kõige raskemateks maksa äge ja alaäge düstroofia. Düstroofia varajasi sümptoome aga ei panda mõnikord tähele, kuid hilinenud ravil võib puududa soodne toime.

Autor esitab andmed 30 haige kohta, kellel esines Botkini tõve puhul äge või alaäge maksa düstroofia. Haigetest oli 13 meest ja 17 naist, kes kuulusid mitmesugustesse vanuserühmadesse. 30 haigest esines 28 äge ja 8 alaäge düstroofia. Nad saabusid haiglaravile hilja, näiteks 29 haiget hospitaliseeriti alles kollasuse staadiumis. See tähendab režiimi rikkumist ja raskendab tunduvalt prognoosi isegi kergema haigusvormi puhul. Haigetest suri 22, ainult 8 haiget tervistus.

Düstroofia tekkimisel etendab olulist osa organismi üldseisund, mingisugune teise haiguse põdemine enne haigestumist epideemilisse hepatiiti. Kirjeldatud 30 haigest esines 16 haigel varem kas gripp, angiin, kopsupõletik, düspepsia, reumokardiidi ägenemine, septiline abort jms.

Düstroofia tekkimist soodustab haige ebaõige käitumine kollasuse-eelses järgus. Anamneesist selgus, et 30 haigest 18 rikkus jämedalt toidu- ja füüsilise koormuse režiimi: osa haigeist jätkas rasket kehalist tööd, teised tarvitasid alkoholi ja sõid lubamatuid toite.

Suure tähtsusega on maksa areneva düstroofia varajaste sümptoomide avastamine, mis võimaldab õigeaegselt alata energilise raviga ja nõnda vältida teatud juhtudel kooma tekkimist.

Kirjeldatud haigusjuhtude analüüsimisest selgus, et koomaeelses seisundis on esikohal areneva toksikoosi sümptoomid. Ähvardava iseloomuga on Botkini tõbe põdeval haigel esinev oksendamine, unetus ja kõhuvalud. Sageli need nähud põimuvad üksteisega. Oksendamine esineb söömisest sõltumata.

Paljud autorid viitavad raske kuluga haigusjuhtudel «maksa lõhna» esinemisele. Autor täheldas säärast lõhna eriti täiskasvanud haigetel. Düstroofia arenemisel ei esine ainuüksi maksa vähenemine, vaid ka tihkestumine. Sageli tõuseb palavik, mis nähtavasti on tingitud maksa barjäärse funktsiooni häiretest ja soojusregulatsiooni tsentrumi ärritusest ainevahetuse kahjustamatute produktide poolt. Maksa düstroofia puhul esineb ka iseloomulikke südame-vereringe häireid; haigetel täheldatakse sageli tahhükardia ja väljendunud hüpotoonia esinemist — langeb nii maksimaalne kui ka minimaalne arteriaalne rõhk.

22 haigest 15 esines koomaeelses seisundis tugev erutus koos psühhomotoorsete häiretega, mis vältas mõnest tunnist kuni 2 päevani.

Täiendavatest andmetest tuleb viidata leukotsütoosile, trombotsüütide arvu languseie ja madalale protrombiini indeksile (alla 50% üle poole haigetel); koomaseisundis haigetel ilmnes veel teravamalt avalduv protrombiiniindeksi langus (näiteks oli mõnel haigel see ainult 20%).

Tervenes 8 isikut; nendest 3 pärast ägedat ja 5 haiget pärast alaägedat maksadüstroofiat.

Raskematel juhtudel tuleb epideemilise hepatiidiga haigeid ravida kompleksselt. On vaja manustada glukoosi, vitamiine, vereplasmat, vahel ka haige veregrupiga ühtuvat verd. Tingimata tuleb kasutada kortikosteroide, mis kõrvaldab kiiresti toksikoosinähud, parandab isu ja enesetunnet, vähendab maksa piirkonna valulikkust jne. Kortisoonil on tugevam desintoksikatsiooniline toime kui glükoos-vitamiini ravil.

(Kirjeldust komatoosses seisundis oleva haige edukast ravist kortikosteroididega vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1961, 1, 46—49. Ref. märkus).

Ref. H. Pihl

Küsimusi ja vastuseid

KUIDAS TOIMIDA MAKSAKOOMA PUHUL?

Maksakooma puhul tekkinud ammoniaagi sidumiseks tuleb veeni viia tilkinfusiooniga glutamiinhapet, kasutades 25—30 ml glutamiinhappe naatriumsoola 10%-list lahust koos 500 ml 5%-lise glükoosilahusega. Infusioonilahusele on soovitatav lisada veel B-vitamiine, samuti C- ja K- vitamiini. Soolebakterite ensümaatilise ammoniaagiproduktsiooni vältimiseks rakendatakse laia toimealaga antibiootikume, näiteks terramütsiini (lihasesse või tilkinfusiooniga). Glükokortikoide, peamiselt kortisooni või prednisooni manustada suurtes annustes (kortisooni alates 300—500 mg esimesel päeval), edasi alanevates annustes, et soodustada glutamiinhappe kasutamist ja toimida põletikku pidurdavalt. Paralleelselt mainitud vahenditega tuleb rakendada šoki-, aneemia- ja hüpoproteineemiavastaseid abinõusid ning tasakaalustada elektrolüüte veres.

Koomaeelses seisundis olevate haigete dieet peab olema valguvaene, sest amiinohapete desamineerimine on neil puudulik. Teatud tingimustes võib isegi metioniin olla toksiliste nitrogeensete produktide allikaks. (Arstiteaduse kandidaat **V. Saarma**, TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder.)

MILLISED ON NAISE SUGUELUNDITE VÄHKTÕVE KLIINILISED STAADIUMID JA GRUPID?

Vähi kliiniliste staadiumide klassifikatsioon lähtub haiguse leviku ulatusest.

Emakakaelavähk. I staadium — kasvaja piirdub emakakaelaga.

II staadium — jaguneb üksikuteks variantideks: a) kasvaja haarab üht või mõlemapoolset parameetriumi, kuid pole üle läinud vaagna seinasse (parametraalne variant); b) kasvaja on üle läinud tupe ülemisele kolmandikule (tupevariant) või c) kasvaja on üle läinud emakakehasse (emakavariant).

III staadium jaotatakse samuti variantideks: a) kasvaja on andnud isoleeritud kaugsiirdeid vaagna seinasse (regionaarsete kaugsiirete variant); b) kasvaja on haaranud ühe või mõlemad parameetriumid, läheb üle vaagna seinasse (parametraalne variant) või c) kasvaja on levinud tupe alumisele kolmandikule (tupe variant);

IV staadium — a) kasvaja on üle läinud põide, see on kindlaks tehtud tsüstoskoopiliselt või fistuli tekkimisega (põievariant); b) kasvaja on levinud pärasoolde (pärasoolevariant) või c) kasvaja on andnud kaugsiirdeid maksa, kopsu, lümfisõlmedesse jm. (siirdeline variant).

Emakakehavähk. I staadium — kasvaja on piirdunud endomeetriumiga.

II staadium — a) kasvaja haarab müomeetriumi; b) kasvaja haarab parameetriumi ühe- või mõlemapoolselt, kuid ei lähe üle vaagna seinasse, või c) kasvaja on üle läinud emakakaela.

III staadium — a) kasvaja haarab parameetriumi ühe- või mõlemapoolselt ning on läinud üle vaagna seinasse; b) kasvaja on andnud siirdeid regionaarsetesse lümfisõlmedesse, emakamanustesse, tuppe või c) emakakehavähk on kasvanud läbi kõhukelme, kuid ei ole levinud naaberelunditesse.

IV staadium — a) emakakehavähk on kasvanud läbi kõhukelme ning läinud üle põide, pärasoolde, sooltesse või b) emakakehavähk kaugsiiretega.

Munasarjavähk. I staadium — protsess piirdub ühe munasarjaga ilma siireteta.

II staadium — kasvaja on väljunud munasarjast, protsess on haaranud teise munasarja, emaka või mõlemad munajuhad.

III staadium — kasvaja on levinud parietaalsesse kõhukelmesse, siirded regionaarsetes lümfisõlmedes ja suures rasvikus.

IV staadium — kasvaja haarab naaberelundeid (põit, pärasoolt), protsess väljub väikesest vaagnast, esinevad kaugsiirded lümfisõlmedes ja siseelundeis; astsiit.

Väliste suguelundite vähk. I staadium — kasvaja või haavand 2 sm läbimõõduga, asetseb naha pindmises kihis või limaskestas, siireteta.

II staadium — kasvaja haarab alumisi pehmeid kudesid või esineb suurte mõõtmetega pindmine kasvaja kubeme lümfisõlmede üksikute liikuvate siiretega.

III staadium — kasvaja infiltreerib sügavalt kudesid, on liikumatu. Kubemes esinevad kas ühepoolne piiratud liikuvusega või mõlemapoolsed liikuvad siirded.

IV staadium — kasvaja haarab naaberelundeid (tuppe, kusejuha, pärasoolt) või on andnud kaugsiirdeid.

Tupevähk I staadium — 2 sm läbimõõduga piirdunud kasvaja või haavand limaskestas, siireteta.

II staadium — suurte mõõtmetega kasvaja haarab tupeümbruse koe, kubeme lümfisõlmedes on üksikud liikuvad siirded.

III staadium — kasvaja on haaranud $^2/_3$ tupest ja on levinud vaagna seinasse. Esinevad rohked regionaarsed siirded.

IV staadium — kasvaja on üle läinud põide, pärasoolde. Siia kuuluvad ka väikeste mõõtmetega kasvajad kaugsiiretega.

Kliinilised grupid olenevad haigusprotsessi ulatusest ja määravad edasise raviviisi. Kõik vähkkasvajad jagatakse 4 kliinilisse põhigruppi, kusjuures II grupp jaguneb veel alagruppidesse.

Ib grupi moodustavad vähieelsed seisundid, mille puhul haiged kuuluvad dispanseerimisele, radikaalsele ravile ja regulaarsele kontrollile. Siia kuuluvad: 1) väliste suguelundite hüperkeratoosid — leukoplaakia ja krauroos ning piirdunud pigmentkasvajad, mis omavad tendentsi haavandumisele või kasvule, 2) tupe erütro- ja leukoplaakia, 3) emakakaela erütro- ja leukoplaakia, haavandid, polüübid, 4) emakakeha limaskesta näärmeline hüperplaasia, eriti klimakteerilises või postklimakteerilises perioodis, 5) adenomatoos, limaskesta polüübid, 6) kõik healoomulised munasarjakasvajad.

IIa grupi haiged kuuluvad radikaalsele ravile.

II grupi moodustavad haiged, kes kuuluvad eriravile, mis oma iseloomult ei ole radikaalne.

IV grupi haigete ravi on sümptomaatiline. Vajaduse korral tehakse palliatiivne operatsioon.

III grupi moodustavad tervistunud haiged pärast radikaalravi.

Toome ühe näite. Emakakaelavähiga haige, protsess on emakakaelalt levinud tupe eesmisele võlvile, parameetrium on pinge all. Kliiniliselt kuulub haigus II staadiumi. Ravi on kombineeritud: operatsioon koos järgneva kiiritusraviga. Haige kuulub IIa gruppi. Pärast radikaalravi viiakse haige üle III gruppi. Retsidiivi tekkimisel viiakse haige II gruppi ja allutatakse eriravile — kiiritusravi, kemoteraapia jm. Tulemustest olenedes viiakse haige uuesti üle kas III või IV gruppi. Viimasel juhul on ravi sümptomaatiline. (**V. Raudsepp**, Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser.)

KUIDAS DIAGNOOSIDA ÜLDVIBRATSIOONIST PÕHJUSTATUD VIBRATSIOONTÕBE?

Seadmete ja tööriistade vibratsiooni ülekandumisel töötajate organismile eristatakse nn. kohalikku ja üldvibratsiooni. Kohaliku vibratsiooni all mõistetakse tööriista (näit. käsipuuri) võnkumiste levimist ainult teatud kehaosadele, eeskätt kätele, mis on tööriistaga vahetus kontaktis. Kohaliku vibratsiooni mõjul tekkivad vibratsioonikahjustused avalduvad peamiselt labakäte tuimuse, tundlikkusehäirete jne. näol. Üldvibratsioonile allub organism seismisel vibreeriva agregaadi peal, kusjuures kogu keha vibreerib koos vibreeriva seadmega. Intensiivse üldvibratsiooni mõju all töötavad näiteks raudbetoondetailide tehaste vibratsioontihkendusplatvormide töölised, kelle seas täheldatakse kõige sagedamini vibratsioontõve allpool kirjeldatavat vormi.

Juhtivateks kliinilisteks sündroomideks on perifeersed neurovaskulaarsed ja kesknärvisüsteemi häired.

Haiguse algjärgus ilmneb asteeniline sündroom, esinevad kaebused peavalude, peapöörituse, kõrgenenud afektiivsuse (viha, agressiivne meeleolu) ja kaalulanguse üle. Objektiivsel uurimisel täheldatakse arteriaalset hüpotooniat, vasovegetatiivseid häireid (suurenenud higieritus, vasodermaalsete reaktsioonide labiilsus). Vere suhkrupeegel langeb. Peale nende nähtude esinevad neurovaskulaarsed häired jalgades: kaebused paresteesiate, valude ja krampide üle, naha tundlikkus (valu, temperatuuri ja vibratsiooni suhtes) alaneb. Need nähud võivad mööduda 2—3-nädalase ravi järel.

Haiguse arenedes peavalud süvenevad ja muutuvad pidevateks, võivad tekkida minestushood. Ilmnevad vestibulaaraparaadi muutused: labürindi ärritatavuse ühe- või mõlemapoolne langus (näit. kaloorilisel või keerutusproovil) või reaktsiooni väljalangemine. Kuulmine halveneb ja luuline helijuhtivus langeb, eriti madalate helide suhtes. Tundlikkusehäired süvenevad ja omandavad segmentaarse tüübi, levides ka kerele. Kõõluserefleksid elavnevad. Raskematel juhtudel võib ilmneda kesknärvisüsteemi orgaanilise kahjustuse nähte (ajutüve või hemisfääride koldelised kahjustused). Vahel täheldatakse üldvibratsioonist põhjustatud vibratsioontõve puhul ka endokriinseid häireid — hüpertüreoosi või *diabetes insipidus*'e nähte. Naistel võivad are-

neda menstruatsioonihäired (algodüsmenorröa, hüpermenorröa), spontaansed abordid ja steriilsus, meestel — impotentsus.

Tuleb märkida, et üldvibratsioonist põhjustatud vibratsioontõve kliiniline pilt ei ole veel küllalt põhjalikult uuritud. Varajane diagnoosimine on aga väga oluline haiguse õigeaegseks ravimiseks. Vahel on diagnoosi täpsustamiseks vajalik haige statsionaarne uurimine. Kui vibratsioontõve diagnoosimine valmistab raskusi, on soovitatav pöörduda Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Insituudi kutsehaiguste sektori poole (Tallinn, Ravi t. 18/20), kus tegeldakse vibratsioontõve uurimisega. (**B. Schamardin,** arstiteaduse kandidaat, Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.)

Mitmesugust

MÕTTEID PSÜHHOHÜGIEENI ÜLESANNETEST*

Dotsent *J. SAARMA* ja *H. KADASTIK*

Tänapäeva kultuuri, teaduse ja tehnika kõrge tase on loonud inimese vaimseks arenemiseks igakülgsed võimalused. Vaimsete võimete arenemise esmaseks eelduseks on tugev, terve ja kohanemisvõimeline närvisüsteem. Praegune aeg on aga ka rikas teguritest, mis võivad närvisüsteemi koormata või seda koguni kahjustada.

Elutempo on tänapäeval kiirem kui kunagi enne. Kiirus jälitab meid kõikjal — tööl, tänaval, isegi vaba aja veetmisel. Igal pool tajuvad meie meeleelundid kiiret liikumist, see nõuab suurt tähelepanu, ettevaatlikkust ja viivitamatut reageerimist. Viimastel aastatel on põhjendatult pööratud tähelepanu müra ja vibratsiooni kahjustavale toimele. Mürakahjustuse tagajärjel on tekkinud isegi psühhoose (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 1, 30—33). Tänuväärne samm oli tänavail ja puhkeparkides ülesseatud valjuhääldajate arvu vähendamine, autosignaalide keelamine linnades jne. Kuid meid ümbritseb ikka veel küllalt tugev müra. Lisaks sellele saastavad plahvatusmootorid, tööstusettevõtete küttekolded, samuti keskküttekolded, millede arv lakkamatult kasvab, linnade ja asulate õhku heitgaaside, tahma ja suitsuga.

Tootmise mehhaniseerimine ning automatiseerimine vähendavad inimese füüsilist koormust, tõstavad tema tööviljakust ja toodete kvaliteeti. Peame aga arvestama, et ühtlasi väheneb ja muutub ühekülgsemaks inimese kehaline liikumine. Tootmisvõimlemine suudab seda korvata kindlasti ainult osaliselt. Paraku kasutame linnades liiga palju transpordivahendeid tööle minekuks ja sealt tulekuks, kuigi jalutuskäik nii enne kui ka pärast tööd oleks tervisele palju kasulikum.

Bioloogiliste tegurite kõrval tõstavad tänapäeva inimese närvisüsteemi koormust veelgi olulisemalt mitmesugused psüühilised faktorid. Iga päev võtame tulvana vastu uusi muljeid, puutume kokku üha uute probleemidega, mis sugugi alati ei kutsu meis esile positiivseid, toniseerivaid emotsioone. Me elame tihedasti asustatud maal, kohtume ning suhtleme iga päev kümnete ja sadade inimestega. Vastastikuses suhtlemises ja käitumiskultuuris leidub aga vahel veel sellist, mis meid ärritab, solvab või vihastab.

Ühiskondlik arvamus ja emotsionaalne õhkkond ei ole määrav mitte üksnes töökollektiivis, vaid samuti iga inimese perekondlikus elus ja olustikulistes vahekordades, mis kõik nõuavad individuaalsete huvide allutamist ühishuvidele. See eeldab suurt kohanemisvõimet. Üha rohkem kajastuvad meie teadvuses kogu inimkonda haaravad probleemid, mis oma-

* Avaldatakse mõttevahetuse korras.

korda kätkevad mitmeidki traumatiseerivaid momente. Kogu maailma rahvaid hoiab ärevuses «külm sõda». Igaüks teab, milliseks võib kujuneda tuumasõda, ja niikaua, kuni püsib tuumasõjaoht, on inimese närvisüsteem lakkamatu pinge all.

Kõigest esitatust järeldub vajadus senisest sügavamalt ja süstemaatilisemalt pöörata tähelepanu psühhohügieenile. On loomulik, et arstidele langeb kõige vastutusrikkam osa psühhohügieeni printsiipide propageerimises ja elluviimises. Psühhohügieeni ülesanneteks on esiteks vähendada närvisüsteemi kahjustavate tegurite toimet ja teiseks tõsta närvisüsteemi vastupanujõudu ning kohanemisvõimet. On arusaadav, et esimese ülesande lahendamine ei sõltu alati arstidest, vaid esmajoones haldusorganeist, majandusjuhtidest ja ühiskondlikest organisatsioonidest. Arstid aga peavad aktiivselt avastama puudusi, valgustama vajadusi ja üles tõstma probleeme vastavate instantside ees.

Närvisüsteemi kohanemisvõime ja talitlusjõu arendamine peab algama juba lapseeas. Inimese iseloomu alged kujunevad enne kooli. Kodune miljöö ja vanemate eeskuju formeerivad lapse põhilise kohanemis- ja reageerimislaadi. Igati terve perekonnaelu on mitte üksnes vanemate, vaid veelgi rohkem laste psüühilise tervise tagamises äärmiselt oluline tegur. Vanemate omavahelised tülid, etteheited, vastastikune lugupidamatus ja lahkuminek — kõik see mõjub halvavalt ja kahjustavalt lapse psüühikale.

Kooliastumine tähendab lapse hingeelus suurt murrangut. Kodune kasvatus peab last selleks sammuks õigesti ette valmistama, nii et laps koolieminekut rõõmuga ootaks, mitte aga ei kardaks seda. Koolis toimuv õppe- ja kasvatustöö kujundab noore inimese iseloomu, arendab eriti tema sotsiaalseid harjumusi ja tõekspidamisi.

Psühhiaatritel tuleb küllaltki sageli kohtuda inimestega, kellel konfliktid eelduste-huvide ja tegeliku töö iseloomu vahel on neuroosi või reaktiivsete seisundite arenemisel etendanud kas peamist või kaudset osa. Meie ühiskonnas on vaja inimesi kõikidele erialadele, kõige erinevama iseloomuga töödele. Igaühel leidub kahtlemata võimalusi rakenduda temale kõige sobivamale ja meeldivamale alale. Et töö oleks mitte üksnes maksimaalse produktiivsusega, vaid samal ajal sügava rahulduse, loomisrõõmu ja innustuse allikas, selleks ei piisa töötaja kõrgest ühiskondlikust teadlikkusest ja vastutustundest kollektiivi ees, vaid eriala ja töö iseloom peavad vastama inimese huvidele, tema vaimsetele ning füsioloogilistele eeldustele ja võimetele. On aeg täie teravusega üles seada nõue, et meil hakataks teaduslikult uurima kutsevaliku probleemi ja organ seeritaks kutsevaliku-alase nõuande süsteem, esmajoones noorukite ja õpilaste tarvis. Säärane nõuandesüsteem peab funktsioneerima hakkama juba enne, kui õpilane suunatakse tootmisõppusele, sest ainult nii saaksime tagada noore inimese individuaalsete eelduste ja võimete arvestamist kutseala valikul.

Sugugi vähem oluline ei ole teine probleem. Tootmisõpetuse ülesandeks on süvendada õpilastes distsipliini ja arendada neis kommunistlikku suhtumist töösse. Aga õpilaste tootmisõpetust teostavate instruktorite ja õpetajate kaader? Küllalt sageli on noored suunatud vabrikutes ja käitistes selliste instruktorite või tööliste hoole alla, kellede isiklik töössesuhtumine, rääkimata käitumiskultuurist ja sõnavarast, on kaugel sellest, et õpilasele eeskujuks ning innustuseks olla. Niisuguse «töökasvatuse» tagajärjel võib töö muutuda noorukile vastumeelseks ja raskeks kohustuseks, mitte aga sisemiseks vajaduseks, nagu see peab olema kommunistlikus ühiskonnas. Samal ajal kui meie avalikkuse tähelepanu pööratakse korduvalt näiteks spordivõistluste halvale organiseerimisele, mis ei innustavat noori sportima, pole praktiliselt üldse käsitlemist leidnud tootmisõpetuse organiseerimine, mille tähtsus on ometi võrratult suurem. On

selge, et ka selle lünga täitmisel ning psühhohügieeni printsiipide rakendamisel töökasvatusse lasub põhiline ülesanne pedagoogide kõrval just arstidel.

Noorte kasvatuses leidub veel teine sektor, mis meil on täiesti unarusse jäetud, millel aga psühhohügieeni seisukohalt on väga suur tähtsus. Jutt on nimelt noorukite seksuaalkasvatusest. See lõik on täiesti isevoolu hoolde jäänud. Ometi võivad eksimused ja vääratused seksuaalkasvatuses olla kas otseseks või kaudseks põhjuseks väga mitmesugustele neurootilistele seisunditele ja reaktsioonidele, rääkimata seksuaalkasvatuse tähtsusest inimese moraalse tasakaalu ja eetilise palge kujundamisel.

Seksuaalküsimusi käsitlevaid kirjutisi ei ole eesti keeles viimaste aastakümnete jooksul peaaegu üldse ilmunud. 1962. aastal väljaantud brošüürid «Noorukist meheks» ja «Tütarlapsest naiseks», nii head nagu nad on, ei suuda kaugeltki seda lünka täita. On tingimata vaja, et nimelt arstid näitaksid üles suuremat aktiivsust ja järjekindlust seksuaalkasvatuse juurutamisel koolides, noortööliste hulgas ja noorte organisatsioonides. Ainult arstid on suutelised valgustama vajaliku põhjalikkusega ja asjalikkusega kõiki seksuaalelu probleeme, mille tundmine on eelduseks tervele eluviisile. Peab ühtlasi arvestama, et räpastest allikatest pärinevad «teadmised» seksuaalelu kohta mängivad kahtlemata olulist osa noorukite moraalse palge määrdumises, nende langemises seksuaalsete liialduste või vääratuste küüsi, mida üksikutel juhtudel küllaltki drastilisel kujul ette tuleb.

Puudulikult on meil organiseeritud seksuaalhäiretega inimeste ravimine. Need patsiendid pöörduvad küll veneroloogi, küll günekoloogi, neuroloogi või psühhiaatri poole, oskuslikku nõu ja abi saavad nad aga harva. Visalt fikseerunud seksuaalhäiretest kasvavad pikkamööda välja juba tõsisemad närvitalitluse häired, mis mõnikord võivad üsnagi dramaatilise kulu võtta. On vaja, et meie vabariigis suunataks vähemalt mõni arst spetsialiseeruma seksuoloogia alal, millega ühtlasi peab kaasnema põhjalik ettevalmistus psühhoteraapias. Esialgu tuleks organiseerida spetsialiseeritud seksuoloogia-alane konsultatsioon vähemalt meie vabariigi psühhoneuroloogia-dispanserites. Nagu arstide kogemused näitavad, on see psühhohügieeni alal tingimata vajalik samm.

Eespool on põgusalt puudutatud vaid mõningaid küsimusi psühhohügieeni laiast probleemistikust. Kogu meie arstkond, kõik tervishoiutöötajad peaksid vaimse tervishoiu olukorra üle sügavalt järele mõtlema ja rakendama oma jõu ning oskused, et aidata meie ühiskonnas kõrvaldada kõike häirivat ning kahjustavat ja juurutada kõike toniseerivat, elurõõmu soodustavat. Kommunismiehitajat ja homse, kommunistliku ühiskonna kodanikku peab ümbritsema mitte üksnes materiaalne ja vaimne rikkus, vaid ka päikeseline psüühilis-emotsionaalne atmosfäär.

МЫСЛИ О ЗАДАЧАХ ПСИХОГИГИЕНЫ

Ю. Саарма и *Х. Кадастик*

Резюме

Высокий уровень современной культуры, науки и техники создал все возможности для духовного развития человека. Первой предпосылкой развития духовных способностей является сильная, здоровая и способная к приспосабливаемости нервная система. В настоящее время, однако, имеется много факторов, могущих вызвать перегрузку нервной системы или нарушение ее деятельности.

Наши органы чувств везде воспринимают быстрое движение, которое требует большого внимания, осторожности и быстрой реакции. В последнее время вполне обосновано было обращено внимание на вредное действие шума и вибрации. Интенсивный шум может быть даже причиной психозов. Но нас окружает все-таки довольно сильный шум. Кроме того, двигатели внутреннего сгорания, котельные топки (котлов) промышленных предприятий, а также топки котлов центрального отопления, количество которых не-

уклонно возрастает, загрязняют атмосферу городов и населенных пунктов газообразными выбросами, сажей и дымом.

Механизация и автоматизация производства уменьшают физическую нагрузку человека, повышают производительность труда и качество продукции. Однако следует учитывать, что одновременно уменьшается и становится однообразнее физическая деятельность человека. Производственная гимнастика только частично выполняет этот пробел в деятельности человека.

Наряду с факторами биологического порядка нагрузку на нервную систему существенно увеличивают различные психические факторы.

Из вышеприведенного ясно, что необходимо более глубоко и систематично обращать внимание на психогигиену.

Естественно, что на врачей ложится наиболее ответственная роль в деле пропаганды и проведения в жизнь принципов психогигиены. Задачами психогигиены являются: во-первых, уменьшение воздействия вредных для нервной системы факторов, а во-вторых, повышение сопротивляемости и приспособляемости нервной системы. Разрешение первой задачи не всегда зависит от врачей, а от административных органов, хозяйственников и общественных организаций. Врачи же должны активно выявлять недостатки, обосновывать необходимость тех или других мероприятий и ставить вопросы перед соответствующими инстанциями.

Развитие приспособляемости и функциональной способности нервной системы должно начинаться в детском возрасте. Зачатки характера человека образуются в дошкольном возрасте. Проводимая в школе учебная и воспитательная работа формирует характер молодого человека, особенно же развивает его социальные навыки и убеждения. Задачей проводимого в школе производственного обучения является углубление дисциплины и развитие у учеников коммунистического отношения к труду. В организации производственного обучения в школах имеются еще недостатки. Основная роль в деле устранения этих недостатков и внедрения принципов психогигиены в производственное обучение наряду с учителями принадлежит именно врачам.

Сексуальное воспитание подростков проводится на недостаточном уровне. На эстонском языке издается мало материалов по половому вопросу. Необходимо, чтобы врачи проявляли больше активности и последовательности в воспитательной работе по разъяснению вопросов сексуальной жизни среди школьников, рабочих-подростков, а также в организациях молодежи.

Лечение больных сексуальными нарушениями организовано недостаточно. Для начала необходимо организовать специализированную консультацию по сексуальным вопросам в психоневрологических диспансерах. Опыт врачей показывает настоятельную необходимость этого мероприятия.

Выше были бегло затронуты только некоторые вопросы из обширной проблематики психогигиены. Строителей коммунизма и граждан завтрашнего, коммунистического общества должны окружать не только материальное и духовное богатство, но и солнечная психо-эмоциональная атмосефера.

PERFOKAARTIDE KASUTAMINE MEDITSIINILISE KIRJANDUSE TÖÖTLEMISEL

E. PÕLDVERE

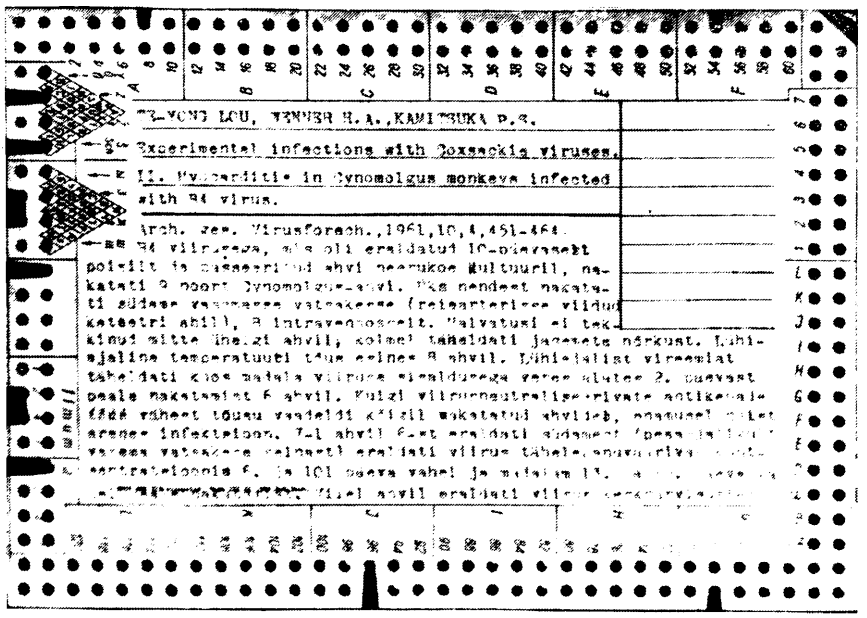
(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Teaduslike publikatsioonide, sealhulgas meditsiinialaste väljaannete hulk kasvab iga päevaga. Schröderi andmetel tõusis näiteks sisehaiguste alal ilmuvate ajakirjade arv 36 aasta jooksul (1913—1949) 800-lt 2000-ni. Analoogilist juurdekasvu võib märgata kõigil meditsiini erialadel. Tagasihoidlike arvestuste järgi ilmub praegu aasta jooksul 6000—7000 meditsiinilises ajakirjas umbes pool miljonit artiklit. Siia lisandub veel umbes 10 000 eraldi väljaantavat raamatut.

Toodud andmed näitavad, et tänapäeval oleks võimatu saada ilmunud kirjandusest head ülevaadet, kui meil puuduks laialdane rahvusvaheline süsteem teaduslike publikatsioonide refereerimiseks ja temaatika tutvustamiseks. Kasutades meil ilmuvaid refereerivaid ajakirju ning kapitalistlikes maades väljaantavaid teoseid «*Excerpta medica*» ja «*Index medicus*», võime, kuigi umbes pooleaastase hilinemisega, saada ülevaate meid huvitavast uuemast kirjandusest. Sel puhul tekitab raskusi andmete

talletamine vähe ruumi võtvas ja kirjanduse läbitöötamist kiirendavas kartoteegis. Tavaliste kartoteegikaartide töötlemine suurema materjalihulga korral on keerukas ja aeganõudev ning eeldab kaartide paigutamist vähemalt kahe erineva tunnuse järgi: autori- ja temaatilisse kartoteeki. Kõik see nõuab suurt vaeva nii kartoteegi koostamisel kui ka selle kasutamisel.

Hoopis praktilisem on kirjanduse kartoteekimisel nn. perfokaartide süsteem, mida on käsitlenud käesoleva ajakirja veergudel H. Lõiv



Joonis. Perfokaardi näidis

(vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 5, 51—54). Ühtlasi mainitagu selle kartoteegi puudusi: kaartide sorteerimine nõuab spetsiaalset hoidejа juhtvarrastega kasti; kaartide väljaotsimine on aeganõudev ning tunnuste kodeerimine piiratud. Pealegi kasutatakse sel juhul mittestandardseid perfokaarte, mille valmistamine eeldab spetsiaalset stantsi. Seetõttu pole need perfokaardid laiemalt kättesaadavad.

Käesolevas artiklis kirjeldatakse Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis kasutatavat kaardivormi, mille on valmistanud Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu Tehnilise Informatsiooni Büroo ning mis näib olevat kõige praktilisemaid ja perspektiivsemaid kartoteekimisvorme, eriti kirjanduse töötlemisel. Nimetatud kaardid on kahekordse servperforatsiooniga. Nad on valmistatud spetsiaalsest elastsest ja tihedast paberist, mis teeb nad murdumisele vastupidavaks. Perfokaardil on kokku 215 mulku, nendest nurkmisi nelja (paremas, lõigatud nurgas kolme) mulku ei soovitata sälgata. Kaardi nelja serva kasutatakse järgmiselt. Ülemine ja alumine pikk külg — tunnusservad — on ette nähtud informatsiooni pealekandmiseks otsese arvkoodi abil, milleks iga mulk on tähistatud kindla numbriga ühest kuni saja kahekümneni (kaardile on selleks märgitud paarisnumbrid, servmistele mulkudele vastavad paaritud numbrid). Numbrid on omakorda grupeeritud viie paari kaupa ja tähistatud tähtedega *A*-st kuni *L*-ni. See on vajalik tunnuste võimalike kattumiste märkimiseks (vt. allpool). Kaardi vasakule servale saab kanda autori nimetähed (kolm) ja artikli või teose ilmumisaasta. Kaardi paremal serval korduvad uuesti tähed *A*—*L* kattumiste tähistamiseks ning numbritega *1*—*7* märgitud

varumulgud. Viimaste abil võib kaardile kanda suvalist lisainformatsiooni, kuid neid võib kasutada ka kartoteegi jagamiseks mitmeks erinevaks kartoteegiks, kui ühel kaardil leiduvast 120 mulgust ei peaks piisama probleemide märkimiseks kaartidele. Kaart on formaadilt küllalt suur, et temale märkida artikli (teose) pealkirja, autori nime, ilmumisandmed ja lühireferaadi (vt. joonis). Pikema referaadi võib kirjutada eraldi lehele, mis tähistatakse jooksva numbriga, kusjuures sama number märgitakse ka perfokaardile, kuna referaadid asetatakse eraldi kartoteeki numbrilises järjekorras.

Iga refereeritavas publikatsioonis esinev tunnus kantakse vastava numbriga varustatud mulgu kohta sälguna. Sälkamiseks kasutatakse kääre või spetsiaalseid sälkamistange, mille tootmist Rahvamajanduse Nõukogu Tehnilise Informatsiooni Büroo praegu organiseerib. Kaardid asetatakse pakki (segimineku vältimiseks on kõikidel kaartidel parempoolne ülemine nurk ära lõigatud), pistetakse vastavast mulgust sorteerimisvarras läbi, perfokaartide pakk tõstetakse sorteerimisvarda otsas üles ning raputamisel kukuvadki kõik kaardid välja, millel vastava numbri juures on sälk. Kaartide paigutamisel kartoteegikasti mingisugust kindlat järjekorda ei tarvitse olla.

Kuidas aga vältida nende kaartide väljakukkumist, mida ei vajata, s. t. mis ei sisalda meie poolt otsitud informatsiooni? Selline väljakukkumisvõimalus tekib siis, kui otsime kaarte mingi tunnuse järgi, mis on sälgatud servmise mulgu juures (siin vaadeldaval juhul paaritute numbritega tunnused). Kaartide raputamisel kukuvad välja ka need, millel on tunnusena sügav sälk (paarisnumbriga tunnus). Otsides näiteks kartoteegist materjale «regeneratsiooni» kohta (sälgatud nr. 85 all), kukuvad välja ka kõik nr. 86 juures sälgatud kaardid, mis käsitlevad «metoodikat». Nende kaartide lahutamiseks piisab täiendavast vardavõttest: pistes sorteerimisvarda läbi mulgu nr. 86 juurest, jäävad kõik «regeneratsiooni» käsitlevad kaardid vardale, kuna «metoodikat» käsitlevad kaardid kukuvad välja.

Informatsiooni kandmine perfokaartidele eeldab koodi koostamist. Kood kujutab endast probleemide või küsimuste tähistamist suvaliste numbritega ühest kuni saja kahekümneni. Koodi koostamine on perfokaartide kartoteegi sisseseadmisel kõige vastutusrikkamaid töid, millest oleneb suurel määral see, kas kartoteek end õigustab või mitte. Tuleb märkida, et õigesti koostatud koodi korral annab perfokaartide kartoteek materjali läbitöötamisel kuni 90% aja kokkuhoidu. Tegelikult on koodi koostamine sama, mis koostajat huvitavate probleemide analüüsimine või lahutamine üksiktunnusteks ja meenutab algteguriteks lahutamist matemaatikas. Esitatagu siinkohal näiteid käesoleva kirjutise autori poolt kasutatavast tunnuste arvkoodist:

53 Coxsackie viirused
54 radioloogia
55 poliomüeliidiviirused
56 fotograafia
57 ECHO-viirused
58 healoomulised kasvajad
59 adenoviirused
60 pahaloomulised kasvajad
61 gripiviirused
62 innervatsioon
73 amiinohapped, valgud
74
75 nukleiinhapped
76
77 fermendid
78 statistika
79 lipoidid
80 immunoloogia
63 ornitoosiviirused
64 trauma
65 koekultuurid
66 patoloogiline füsioloogia
67 katseloomad
68 biokeemia
69 histokeemia
70
71 glükoproteiidid
72 üldpatoloogia
81 polüsahhariidid
82 transplantatsioon
83 ainevahetus
84 meeleelundid
85 regeneratsioon
86 metoodika
87 kahjustav toime
88 aparaadid ja instrumendid

Et käesoleva artikli autor töötab patoloogilise histoloogia alal, on näitena toodud koodilehe osa teiste erialade puhul ilmselt sobimatu.

Koodilehte lähemalt vaadeldes võib märgata, et numbrilise koodiga tähistatud tunnused jagunevad kahte liiki: üldisemateks, nagu «histokeemia» või «statistika», ja kitsamateks, nagu «nukleiinhapped» või «Coxsackie viirused». Selline jaotus võimaldab tunnuseid omavahel kombineerides tunduvalt laiendada perfokaartidele kantavat problemaatikat. Võtame näiteks küsimuse «Nukleiinhapete ainevahetuse häired valgete hiirte skeletilihastes infektsiooni korral Coxsackie viirustega». Antud juhul kantakse probleem kaardile järgmiste tunnuste sälkamise teel: «nukleiinhapped» — 75, «ainevahetus» — 83, «katseloomad» — 67, «lihaskude» — 29 ja «Coxsackie viirused» — 53. Selline tähistus võimaldab kiiresti üles leida kogu materjali, mis puudutab esitatud probleemi ühte tunnust, kuid mis võib kuuluda ka teiste probleemide hulka. Näiteks on võimalik kahe vardavõttega üles leida kõik katseloomadesse puutuvad andmed, edasisel sorteerimisel aga eraldada kaardid, mis käsitlevad katseloomade kohta kitsamaid probleeme, nagu operatsioonide metoodika, haigused jm., kui on sälgatud vastavad tunnused. Kui rakendada esitatud tunnuste omavahelist kombineerimist, siis ei piirdu kaartidele kantavate probleemide arv enam kaugeltki kaardi kahel serval asetseva 120 mulguga. Kui aga tunnuseid esineb siiski rohkem (näiteks haiguslugude või polikliiniliste kaartide kartoteekimisel), võib kasutusele võtta uue koodilehe 120 tunnusega, kusjuures viimase järgi sälgatud perfokaartidele lõigatakse sälk kaardi paremale servale, näiteks mulgu nr. 1 juurde. Informatsiooni otsimisel piisab kartoteegi jagamiseks vastavalt kasutatud koodilehtedele ainult ühest vardavõttest ja edasi otsitakse vajalikud andmed välja juba kummastki kaardipakist erineva koodilehe järgi. Niiviisi saab teha kuni 14 koodilehte, mis võimaldab kaartidele kanda 1680 eri tunnust. Praktilist vajadust nii suure tunnuste arvu järele ei teki peaaegu kunagi.

Koodilehe koostamisel ei ole soovitatav bibliograafilise kartoteegi jaoks võtta väga kitsaid tunnuseid, sest see raskendab informatsiooni leidmist kartoteegist. Autor on kasutanud ühe ja sama koodilehe kahte varianti. Ühele neist on tunnused kantud temaatilises, teisele numbrilises järjekorras, mis hõlbustab nende leidmist nii numbrite järgi kui ka tunnuste numbrite leidmist sälkamisel. Soovitatav on jätta osa numbreid tühjaks, millega säilitatakse mulkude tagavara, et oleks võimalik uute tunnuste ilmnemisel neid märkida.

Kirjeldatud perfokaartide kartoteegi puuduseks on asjaolu, et otsese koodi kasutamisel pole võimalik vältida tunnuste kattumist. Oletame, et meil on ühes ja samas artiklis tunnused «regeneratsioon» ja «metoodika». Sälganud kaardile tunnuse «metoodika», ei saa me tunnust «regeneratsioon» enam kaardile kanda, sest vastav mulk on juba sälgatud. On tekkinud tunnuste kattumine, mille tähistamiseks sälgatakse kaardi paremal serval kattunud tunnustega grupis esineva tähe juures madal sälk. Vaadeldaval juhul tekkis kattumine grupis *I*, seepärast tehakse sälk kaardi paremale servale tähe *I* juures asetseva mulgu juurde. Kui ühes mulkude grupis esineb enam kui üks kattumine, tehakse vastava tähe kohale sügav sälk. Niisiis lisandub kaartide sorteerimisel tunnuste järgi veel üks vardavõte, mis võimaldab kattunud kaarte eraldada. Praktiliselt oleneb kattumiste arv koodi koostamisest ja tunnuste paigutamisest tunnusservadele. Ühe mulgupaari ulatuses tuleks kokku sobitada võimalikult sellised tunnused, mille esinemine ühes ja samas artiklis oleks ebatõenäoline.

Autori nimetähed paigutatakse kaardi vasakule servale, kuhu on kantud šiffer tähtede märkimiseks mulkude abil. Šifri kasutamine on lihtne: tähed asetsevad mulkude kohal kolmnurkselt ridades, mis juhivad

kas ülemise või alumise mulgu juurde, mis siis vastavalt sälgatakse. Tähtede märkimiseks on eraldatud kolm kaheksamulgulist gruppi, mis võimaldavad märkida kolm nimetähte kas ladina või vene tähestikus (lähemalt vt. «Eesti Loodus» 1961, 4, 248—251).

Publikatsiooni ilmumise aasta märgitakse kaardi vasakule servale 1—2—4—7-süsteemis, kuhu selleks on trükitud vastavad arvumärgid. Neid kasutades võib kaardile kaheksa mulgu abil märkida kõik arvud 0-st kuni 9-ni. Et selliseid alajaotusi on kaks, siis saab kaardile kanda ilmumisaasta kaks viimast arvu. Kui aga tegemist on eelmisel sajandil ilmunud teosega, võib kasutusele võtta vasakpoolses alumises nurgas veel ühe mulgu, kus siis madal sälk tähistaks möödunud sajandit, sälgu puudumine aga käesolevat.

Seega võimaldab meie instituudis kasutusele võetud perfokaartide süsteem leida informatsiooni probleemide, ilmumisaastate ja ligilähedalt ka autorite järgi, asendades niiviisi mitut erinevat kartoteeki.

Perfokaartide meetod on hädavajalik bibliograafiliste kartoteekide koostamisel. Ühtlasi võib see meetod anda suurt aja kokkuhoidu ka sellises töös nagu andmete täpne töötlemine haiguslugude analüüsimisel nii haiglates kui ka polikliinikutes. Jääb vaid soovida, et kirjeldatud meetodi vastu hakkaksid huvi tundma laiemad ringkonnad. Meetod on perspektiivne ja kergesti rakendatav, eriti arvestades võimalust kaarte saada Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu Tehnilise Informatsiooni Büroo kaudu.

KIRJANDUS

1. Dabrowski, M. J. Eesti Loodus, 1959, 3, 184—186. — 2. Inke, Gabor. Quellen medizinischer Literaturangaben und Methodik ihrer Bearbeitung. Jena, 1960. — 3. Lõiv, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 5, 51—54. — 4. Masing, V. Eesti Loodus, 1961, 4, 248—251.

О ПРИМЕНЕНИИ ПЕРФОКАРТ ПРИ ОБРАБОТКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Э. Пылдвере

Резюме

Применение перфокарт при обработке медицинской литературы является более рациональным методом, так как работа с обычными картотеками сложна и требует много времени. В Таллинском научно-исследовательском институте эпидемнологии, микробиологии и гигиены пользуются перфокартами, изготовленными бюро технической информации СНХ ЭССР. Для обозначения информаций на перфокарте используют прямой код, который сравнительно с косвенным кодом является более удобным и экономит время. Проблемы для кодирования делят на отдельные признаки, комбинирование которых позволяет значительно расширить проблематику, отмеченную на перфокартах. Предлагаемая форма перфокарт позволяет отмечать на картах проблему, год выпуска и автора. Таким образом, эта система заменяет несколько картотек. Метод практичен и может быть использован при обработке историй болезней и поликлинических карточек.

HANS SÕBER

3. III 1890 — 5. XII 1962

5. detsembril 1962 suri 73. eluaastal Eesti NSV teeneline arst, Paide Rajooni Haigla sisehaiguste osakonna juhataja Hans Hansu p. Sõber.

Hans Sõber sündis 1890. a. Viljandimaal. Pärast Tarvastu kihelkonnakooli ja Tartu H. Treffneri eragümnaasiumi lõpetamist astus ta 1909. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1918. a.

Ülikooli lõpetamise järel töötas ta Tallinna ja Tartu sõjaväehaiglates arstina (1919.—1920. a.) ning 1920.—1921. a. Tartu Ülikooli I Sisehaiguste Kliinikus assistendina.

Alates 1927. aastast tegutses H. Sõber Tartus. 1940. a. organiseeris ta Tartus esimese polikliiniku, mille peaarstiks oli 1944. aastani. 1944. a. alates oli ta Tallinna Linna Nakkushaigla peaarstiks ja mõned kuud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülemaks.

1945. a. siirdus H. Sõber Tartusse tagasi, kus oli algul Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika- ja hiljem hospitaalsisehaiguste kateedri juhatajaks ning samal ajal töötas ka Tartu Vabariikliku II Sisehaiguste Kliiniku peaarstina.

1950. aastast kuni surmani töötas Hans Sõber Paide Rajooni Haigla sisehaiguste osakonna juhatajana. Samal ajal oli ta Arstliku Tööekspertiisi ja Arstliku Konsultatsiooni Komisjoni esimeheks.

H. Sõber on kirjutanud teaduslikke töid suhkruhaiguse, difteeria, tuberkuloosi ja malaaria küsimustes. Ta oli oma erialal suurte kogemustega tunnustatud spetsialist, kes rakendas kogu energiaga oma teadmisi inimese tervise kaitseks. Ta võttis aktiivselt osa Punase Risti Seltsi tööst ja tegeles sanitaarharidustööga. Tema populaarteaduslikud loengud tervishoiualastes küsimustes leidsid laialdastes rahvahulkades sooja poolehoidu.

Tundsime H. Sõpra otsekohese, sõbraliku, suurte kogemustega, kuid ühtlasi ka täpse ja nõudliku arstina. H. Sõbral oli kaastöötajate, tuttavate ja patsientide hulgas suur lugupidamine. Eeskujuliku töö eest avaldati H. Sõbrale korduvalt tänu Paide Rajooni Haigla peaarsti, Paide Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi poolt.

1959. a. omistati Hans Sõbrale Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

Kõigile, kes tundsid Hans Sõpra, jääb püsima mälestus sihikindlast ja väsimatust töötajast.

Kaastöötajad

M. SCHAMARDINI MÄLESTUSEKS

30. X 1897 — 4. I 1963

4. jaanuaril suri pärast rasket lühiajalist haigust 66. eluaastal Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloog, I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Hügienistide Teadusliku Seltsi liige Mihhail Vassili p. Schamardin.

M. Schamardini arstlik tegevus algas pärast Tartu ülikooli arstiteaduskonna lõpetamist 1925. aastal.

1926.—1935. aastani töötas M. Schamardin Virumaal Kuremäe maa-arstijaoskonna haigla arstina. Hiljem siirdus ta Narva, kus jätkas tööd Narva Linna Üldise Haigekassa arstina ning raudteearstina. 1944.—1945. a. määrati ta Eesti Raudtee Meditsiiniteenistuse ülema asetäitjaks.

1945. aastast alates tegutseb M. Schamardin sanitaar-epidemioloogia alal. Viis aastat töötas ta Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarstina, hiljem aga Vabariikliku Malaaria Jaama osakonnajuhatajana.

Viimastel eluaastatel töötas M. Schamardin epidemioloogina Vabariiklikus Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas.

M. Schamardin oli kõrge eruditsiooniga arst, kellel olid suurepärased organisatoorsed võimed. Tema tegevus sanitaar-epidemioloogia alal oli eriti viljakas. M. Schamardin on kirjutanud mitu teaduslikku tööd parasitoloogia küsimustes. Ta on esinenud ettekannetega teaduslikel konverentsidel, valmistanud ette noori spetsialiste parasitoloogia alal.

Peale kutsetöö võttis M. Schamardin aktiivselt osa ühiskondlikust tegevusest.

Helge mälestus M. Schamardinist kui tagasihoidlikust inimesest ja südamlikust seltsimehest jääb kauaks ajaks püsima tema sõprade, kaastöötajate ja õpilaste südameis.

Sit tibi terra levis!

Grupp seltsimehi

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 20. oktoobril 1962. a. eelkooliealiste laste asutuste teenindamist. Kuulati ära Narva TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja B. Tsitlise, Pärnu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja A. Olhovskaja, Harju Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja N. Ressi ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Laste ja Emade Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna ülema L. Lavrova ettekanded. Kolleegium märkis, et viimase kolme aasta jooksul on korraldatud mitmeid üritusi eelkooliealiste laste meditsiinilise teenindamise parandamiseks. Kuid esineb ka rida puudusi. Näiteks paljud eelkooliealiste laste asutused ei ole küllaldaselt komplekteeritud kvalifitseeritud meditsiinikaadriga. Harju rajoonis ja Narvas ei oma 50% meditsiiniõdedest lõpetatud meditsiinilist keskharidust. Ka arstide töös esineb puudusi. Maal külastavad jaoskonnaarstid vähe eelkooliealiste laste asutusi, kusjuures ei tehta õigeaegselt Pirquet' reaktsiooni ja ei peeta kinni profülaktiliste süstimiste tähtaegadest.

Mõnedes lasteasutustes ei säilitata nõuetekohaselt süstimismaterjale. Esineb nakkushaigusi. Maal asuvaid lasteasutusi külastavad peamiselt epidemioloogide abid ja sanitaararstide abid, kes tunnevad ebarahuldavalt lasteasutuste töö spetsiifikat. Esineb laste ebaõiget toitlustamist: mõnes lasteasutustes ei vitaminiseerita küllaldaselt toitu.

Kolleegium tegi tervishoiuosakondade juhatajatele ülesandeks parandada eelkoolieliste laste asutuste tööd.

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 15. novembril 1962 tuberkuloosi haigusjuhtude vähendamise võimalusi. Kolleegiumil kuulati ära Tartu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja J. Kolsari, Võru Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja H. Klingi ja Jõgeva Rajooni Haigla peaarsti O. Tormeti aruanded ja Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti E. Kama kaasaruanne tuberkuloositõrje töö olukorrast loetletud rajoonides.

Kolleegium märkis, et viimase kahe aasta jooksul on haigestumine tuberkuloosi, võrreldes 1959. aastaga, märgatavalt vähenenud Tartu linnas, Võru ja Jõgeva rajoonis.

Võru Rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseris on organiseeritud bakterioloogia-laboratoorium, kus määratakse ka tuberkuloosikepikese ravimiresistentsust. Aastaaastalt suureneb tuberkuloosivastaste vaktsineerimiste arv Tartus ja Jõgeval.

Paralleelselt saavutustega tuberkuloositõrje alal esineb selle töö korraldamisel veel rida puudusi. Vähe on tähelepanu pööratud nõukogude organite ja ühiskondlike organisatsioonide kaasatõmbamisele sellesse töösse. Tartus, Võrus ja Jõgeval on koostatud tuberkuloosivastaste revaktsineerimiste läbiviimiseks plaanid, mida peavad täitma sanitaar-epidemioloogia jaamad tuberkuloositõrje dispanserite osavõtuta.

Tuberkuloosi suhtes kohustuslikule kontrollile kuuluva kontingendi uurimine toimub mitterahuldavalt. Halvasti teostatakse Tartus kõrgemate koolide üliõpilaste uurimist ja infitseerimata kontingendi revaktsineerimist tuberkuloosi vastu.

Tartus ei kasutata nakkushaiglas 20 voodit, mis oli ette nähtud tuberkuloosihaigetele. Tartu Linna Lastehaigla tuberkuloosiosakonnas 30 voodist kasutatakse vaid 10 tuberkuloosihaigete laste hospitaliseerimiseks.

Kolleegium juhtis tähelepanu Tartu Linna TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja J. Kolsari ja Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti O. Tombergi tähelepanu tuberkuloositõrjetöös esinevatele puudustele.

Kolleegium palus Tartu Linna, Võru ja Jõgeva rajooni TSN täitevkomiteesid osutada abi tuberkuloosihaigetele elamispinna eraldamisel.

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 6. detsembril 1962 nakkushaigustesse haigestumiste vähendamist ja nende haiguste likvideerimist vabariigis. Kolleegiumil kuulati ära Pärnu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja A. Olhovskaja, Jõgeva Rajooni Haigla peaarsti E. Tormeti, Haapsalu Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja A. Lumiste ettekanded.

Kolleegium märkis, et viimase kahe aasta jooksul on nakkushaigustesse haigestumine vähenenud. Sellele vaatamata Pärnu, Haapsalu ja Jõgeva rajoonis ei teostata nõutavat analüüsi, kompleksplaanid ei ole sageli konkreetsed. Tervishoiuosakonnad ja rajoonihaiglate sanitaar- ja epidemioloogiaosakonnad ei kontrolli süstemaatiliselt kompleksplaanide täitmist.

Kolleegium tegi aruandjaile ülesandeks välja töötada 1. jaanuariks 1963 konkreetsed plaanid nakkushaiguste vähendamiseks. Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst L. Stepanova peab süstemaatiliselt kontrollima nakkushaiguste vähendamist käsitlevate Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi otsuste ja kompleksplaanide täitmist.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi meditsiinistatistika sektori ülemale M. Marantsile tehti ülesandeks varustada ravi- ja profülaktikaasutusi küllaldaselt aruandevormidega nr. 63. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna ülemale L. Barõševale tehti kohustuseks komplekteerida Jõgeva rajooni pediaatri koht ning Mustvee ja Haapsalu Linna Haigla nakkusosakonnas täita arstide kohad.

A. Kaldma

ÜLIÕPILASTE VÕISTLUSTÖÖDE VABARIIKLIKU KONKURSI TULEMUSTEST

Riikliku Kõrgema ja Keskerihariduse Komitee otsusega määrati 1962. a. valminud Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilaste võistlustöödele kaks esimest, kaks teist ja kaks kolmandat auhinda ning kolme tööd tõsteti esile.

Esimesed auhinnad anti veresoonte konserveerimise meetodeid käsitlevaile töödele. Seoses kudede konserveerimise laboratooriumi asutamisega 1961. a. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna juurde tekkis vajadus kontrollida mitmesuguseid konserveerimismeetodeid eksperimentaalselt ning seega selgitada nende kasutamist kohalikes tingimustes. Esimese auhinna vääriliseks tunnistatud S. Aluri, S. Joosti ja H. Truu võistlustöö «Sügavkülmutatud arterite homotransplantatsioonist koertel» (teaduskonna kirurgiakateeder, juhendajad prof. A. Linkberg, dotsent Ü. Ärend, ordinaator K. Põder) käsitleb südameveresoonte kirurgia üht aktuaalsemat probleemi — veresoonte transplantatsiooni. Nimetatud töös kasutati esmakordselt Eesti NSV-s veresoonte konserveerimiseks sügavkülmutusmeetodit (—79° C). Transplantaadid osutusid kontrastainele läbitavaks $^2/_3$ juhtudest.

Esimene auhind anti ka J. Idnurme, A. Kallikormi, A. Korsari ja A. Pruleri võistlustööle «Lüofiliseeritud arterite homotransplantatsioonist koertel» (teaduskonna kirurgiakateeder, juhendajad prof. A. Linkberg, dotsent Ü. Arend, ordinaator K. Põder). Esmakordselt Eesti NSV-s kasutasid autorid arterite konserveerimiseks nende külmutamist vaakuumaparaadis, nn. lüofiliseerimist. Sellisel meetodil konserveeritud kudesid on võimalik säilitada toatemperatuuri juures ja on lihtne transportida teistesse raviasutustesse. Töö tulemuste hindamiseks viidi läbi kontrastvasograafilisi ja histoloogilisi uuringuid.

Mõlemad konserveerimismeetodid, nii sügavkülmutus —79° C juures kui ka lüofiliseerimine on kogu vabariigi kliinilises praktikas kasutusele võetud.

H. Vainiku ja P. Roosaare võistlustööle «Pikkade toruluude murdude paranemise dünaamikast neuroirritatiivse düstroofia baasil» (teaduskonna kirurgiakateeder, juhendaja assistent K. Tammera) määrati teine auhind. Autorid jälgisid eksperimentaalse luumurru paranemise dünaamikat 36 küülikul ning selgitasid üht ebaliigese tekkimise põhjustest.

Teise auhinna vääriliseks tunnistati ka R. Põllumaa võistlustöö «Kusepõie reflektoorse talitluse muutustest ja selle tsüstomeetrilisest uurimisest pea- ja seljaaju traumadega haigetel» (neuroloogiakateeder, juhendajad dotsent E. Raudam ja assistent A. Tikk). Autor rõhutab parietaalse ajukoore ja hüpotalaamilise piirkonna osatähtsust kusepõie toonuse regulatsioonis ning võimalust diferentseerida vastavaid sündroome tsüstomeetria abil. Töö tulemused on praktiliselt kasutatavad ka seljaaju kahjustusest tingitud kusepõiehäirete diagnoosimisel ning võimaldavad valikulist ravi.

U. Rink võistlustöös «Naha hüdrofiilsuse muutustest ajukolju traumadega haigetel» (neuroloogiakateeder, juhendaja assistent A. Tikk) selgitab vee-ainevahetuse patoloogia dünaamikat ajukolju traumadega haigeil. Tööle määrati kolmas auhind.

Kolmanda auhinna vääriliseks osutus veel M. Kuke võistlustöö «Õliaerosoolide ja õli-elektroaerosoolide füsioloogilisest toimest isoleeritud organitele (otorinolarüngoloogia-kateeder, juhendaja dotsent E. Siirde). Ilmnes, et õlide manustamisel limaskestale langeb tavaliselt ripsepiteeli aktiivsus, kusjuures erinevad õliliigid (mineraal- ja orgaanilised õlid) avaldavad erisuunalist toimet. Autori tähelepanekud on rakendatavad ülemiste hingamisteede põletikuliste protsesside ravimisel.

Esile tõsteti V. Viirsalu võistlustööd «C-vitamiini-sisaldus organismis seoses mao soolhappe sekretsiooni ja soole mikrofloora muutustega» (sisehaiguste propedeutika kateeder, juhendaja dotsent K. Villako), H. Aarsalu ja R. Ole võistlustööd «Kopsuventilatsiooni muutustest südame vasaku vatsakese algava kroonilise puudulikkuse korral» (teaduskonna sisehaiguste kateeder, juhendaja dotsent U. Lepp) M. Sooserva võistlustööd «Venoosse paisu mõjust vereseerumi proteinogrammile» (teaduskonna sisehaiguste kateeder, juhendaja dotsent K. Kõrge).

A. Kallikorm

1963. A. ILMUVAST ARSTITEADUSLIKUST KIRJANDUSEST

NSV Liidu Riikliku Meditsiinikirjanduse Kirjastuse temaatilise plaani järgi ilmub 1963. aastal rohkem raamatuid ja brošüüre kui 1962. aastal.

Meditsiiniinstituutide üliõpilastele ja meditsiinikoolide õpilastele antakse välja arvukalt uusi õpikuid (kokku 27).

Rohkesti on töid teoreetiliste distsipliinide alalt, näiteks «Aju biokeemiast organismi suremise ja elustumise puhul», «Antibiootikumid ja immuniteet», «Autoallergilised haigused» jne.

Kliiniliste distsipliinide valdkonnast tuleks mainida teoseid «Südamelihase haigused», «Kliinilise elektrokardioloogia alused», «Kollagenoosid» jt. Üldse ilmub nendelt aladelt 236 raamatut.

Röntgenoloogia ja meditsiiniradioloogia alalt ilmub 20 raamatut, nende hulgas: «Mitraalpuudulikkuse röntgenodiagnostikast», «Kopsuinfarktide kliinilis-röntgenoloogilisest diagnoosimisest», «Võõrkehade avastamisest röntgeniga», «Ägeda kiiritustõve jääknähtudest» ja palju muud.

Ilmub töid hügieeni, sanitaaria, kutsehaiguste kohta (18 raamatut), näiteks «Elamute mikrokliima ja selle hügieenilisest normeerimisest mitmesuguse kliimaga rajoonides», «Õhu ioniseerimisest ja selle tervishoidlikust tähtsusest», «Uute tööstuslike keemiliste ainete toksikoloogia» jt.

Tervishoiuorganisatsiooni, sanitaarstatistika ja bibliograafia valdkonnast avaldatakse 15 raamatut, nende hulgas: «Elanikkonna haigestumuse komplekssе uurimise metoodikast», «Linna polikliiniku uutest töövormidest ja meetoditest», «NSV Liidu arstiteaduslik kirjandus 1960. a. I poolaastal» ja «NSV Liidu arstiteaduslik kirjandus 1960. a. II poolaastal», «NSV Liidu arstiteaduse ajalugu (1917—1962)».

Teatmeteostest on oodata järgmisi töid: «Kiirabi ja vältimatu abi käsiraamat arstile», «Uusimad raviained», «Keskharidusega meditsiinitöötaja kalender 1964. a.», «Arstikalender 1964. a.» ja palju muud.

Tõlketeoseid tšehhi, poola, saksa ja inglise keelest ilmub 19. Populaarteaduslikust ja muust kirjandusest jõuab lugejateni 84 raamatut ja brošüüri. Kokku ilmub 1963. a. plaani järgi 491 trükist.

A. Silber

VILJANDI RAJOONI APTEEGITÖÖTAJATE TEGEVUSEST

Viljandi rajooniapteegi (apteek nr. 111) juures tegutseb rajooni kõikide apteekide farmatseutilise eriharidusega töötajate kvalifikatsiooni tõstmise ring. Töökoosolekutel, mis toimuvad kord kuus, esinevad ettekannetega ringi liikmed. Näiteks novembrikuus kuulati apteegi nr. 112 abijuhataja H. Arraku ettekannet, mis käsitles NSV Liidu IX farmakopöasse võetud uusi ravimtaimi. Palju on apteegitöötajate meditsiinialaste teadmiste laiendamisele kaasa aidanud arstide loengud haiguste diagnoosimise ja ravi kohta. Huvitavate referaatidega on esinenud arstid E Soots, M. Nõges, I. Sauga jt.

Poliitilise silmaringi laiendamiseks võtavad Viljandi linna apteekide töötajad osa teoreetilisest seminarist, milles käsitletakse filosoofia aluseid. Juhendajana töötab EKP Viljandi Rajoonikomitee lektor N. Kalda. Seminaril esinevad töötajad pikemate referaatidega, mida kuulajad omapoolsete arvamustega täiendavad. Pärast ettekandeid ja sõnavõtte tehakse ühiselt lühike kokkuvõte tähtsamatest kuu jooksul asetleidnud sise- ja välispoliitilistest sündmustest. Et seminari tööd mitmekesisemaks muuta ja teooriat lähendada praktikale, organiseerib N. Kalda ekskursioone linna suurematesse tööstusettevõtetesse (näiteks käidi Viljandi Linaketramis- ja -kudumisvabrikus ning mujal).

Apteekide töötajate nõupidamistel on tutvustatud materjale ja küsimusi, mille vastu ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetus huvi tunneb, kuid sellele vaatamata pole kaastööd laekunud. Arutusel on olnud ajakirja tellimine 1963. a. Et üksiknumbreid on väga vähe müügil, otsustati ajakiri tellida kogu aastaks.

K. Narusk

TASUTA DOONORLUSEST

Viimastel aastatel on üha laiemalt levima hakanud tasuta doonorlus. Sellel alal on suure töö ära teinud Hematoloogia ja Vereülekande Keksinstituut Moskvas ning Leningradi Vereülekande Instituut. Tallinna Vabariiklikus Vereülekande Jaamas alustati tasuta doonorluse juurutamist 1959. a.

Tasuta doonorluse organiseerimine nõuab rahvahulkades laialdast propagandat. On tarvis selgitada selle ürituse tähtsust ja saavutada, et inimesed tuleksid täiesti teadlikult verd andma. Niisuguse suure tööga ei tule vereülekande alal töötajad üksi toime. On vaja, et iga meditsiinitöötaja ja Punase Risti Seltsi liige teeks tasuta doonorluse alal agitatsiooni ja tõmbaks isikliku eeskujuga kaasa laialdasi rahvahulki. Kahjuks on aga ette tulnud juhtumeid, kus isegi meditsiinitöötajad ei ole tasuta doonorluse tähtsusest küllaldaselt aru saanud.

Siiski võib selle ürituse puhul paljusid meditsiinitöötajaid teistele eeskujuks seada. Mainitagu siinkohal õmblusvabriku «Baltika» tervishoiupunkti töötajaid (H. Nei jt.).

Sageli on meile suurt abi osutanud ka juhtivad nõukogude ja parteitöötajad. Esile võiks tõsta tehase «Männiku» direktorit R. Ristlaant, kes võttis vahetult osa tasuta doonorluse organiseerimisest tehases, näidates samas isiklikku eeskuju. Lausa lubamatu olukord valitseb aga mõnes tehases, kus juhtivad töötajad plaanide täitmata jätmise kartusel takistavad doonorite lahkumist töö juurest isegi vere võtmise ajaks.

Uus doonorluse vorm nõuab uusi töömeetodeid ka vereülekande alal töötajatelt. Et mitte eemaldada doonoreid kauaks tööprotsessist, sõidab Tallinna Vabariikliku Vereülekande Jaama vastav brigaad kohapeale (tehastesse, vabrikutesse jm.). Teatavasti on veri vordlemisi tundlik bakteriaalse saastumise suhtes. On välja töötatud spetsiaalsed eeskirjad selle kohta, millised peavad olema tingimused vere võtmiseks doonoritelt (on vajalik bokseeritud ruum, see peab olema desinfitseeritud, tuleb järgida steriilsusnõudeid jne.). Väljasõidutingimustes on sellist eeskirja väga raske täita. Kui aga kohapealsed meditsiinitöötajad ruumi valikul ja korrastamisel küllaldasel määral kaasa aitavad, on tingimuste loomine vere võtmiseks tunduvalt kergem.

Tallinna Vabariikliku Vereülekande Jaama töö analüüsist selgub, et tasuta doonorite arv on aasta-aastalt kasvanud. Näiteks oli 1959. a. 786, 1961. a. aga juba 3940 tasuta doonorit. Paralleelselt sellega on tõusnud ka neilt võetud vere hulk. Vere kontrollimisel bakterioloogilise külviga ei ole bakterite kasvu konstateeritud. Samuti ei ole saabunud vastavaid signaale raviasutustelt, kes tarvitavad Tallinna Vabariiklikus Vereülekande Jaamas konserveeritud verd.

Samas ei saa jätta märkimata fakti, et kogu doonoritelt tasuta saadud veri ei sobi täies ulatuses haigetele ülekandmiseks ja verepreparaatide valmistamiseks.

Analüüsides andmeid 1350 doonori kohta selgus, et ligi 13% tasuta varutud verest oli kõlbmatu vereülekandeks ja verepreparaatide valmistamiseks, sellest ligi 4% suurenenud bilirubiini, 0,4% positiivsete seroloogiliste reaktsioonide ning ligi 9% anamneesiandmete ja objektiivsete uuringute (läbipõetud Botkini tõbi, herpes, furunkulid, mädased haavad jne.) pärast. Doonorite kaadri komplekteerimisel peaks seda olukorda arvestama.

Lõpuks võiks öelda, et tasuta vere hankimine ja selle konserveerimine väljasõidutingimustes on ennast täielikult õigustanud. Jääb oodata vaid tasuta vere andjate arvu tunduvat tõusu.

M. Veske

SISUKORD.

A. SARAP — Saavutustest ja ülesannetest 3

Teooria ja praktika

I. MASIK — Sanitaarorganite ülesannetest vabariigis 6

K. VASSILJEVA ja M. SIDOROV — Düsenteeriasse haigestumise vähendamisest 9

A. DANILOVITŠ — Düsenteeria ravist enteroseptooliga 14

L. KERES ja A. UIBO — Soole ensümopaatiatest varaealistel lastel . . 16

A. JANNUS — ECHO-12 viiruse poolt põhjustatud soolenakkuse puhang Eesti NSV-s 18

J. REINARU — Nakkusliku kollatõve kollasuseta ja pühkunud vormide sümptomatoloogia ja diagnostika . 21

T. KIRTSI ja E. ALLIK — Heterohemaglutinatsiooni-reaktsiooni diagnostilisest väärtusest epideemilise hepatiidi puhul 25

A. JANNUS, K. MÄNNIK ja E. NÄRSKA — Gripipuhang ühes Pärnu rajooni koolis 28

K. SÖÖT ja F. VINKMAN — Hüaliinmembraanidest enneaegsete vastsündinute kopsudes 31

P. ZOBEL ja I. PRAULINJA — Kinnine süsteem destilleeritud vee juhtimiseks assisteerimislauale . . . 37

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

I. FREIBERG — Jämesoole kasvajat simuleeriv Meckeli divertiikul lapsel 42

Abiks velskritele ja õdedele

A. METSMÄE — Meditsiiniõe kutseetikast ja käitumisest 44

E. KÖÖP — Haigla vastuvõtuosakonna tööst 46

L. KERES — Kuidas vältida õnnetusi lastega ja anda esmaabi . . . 48

N. ELŠTEIN — Ravimite õigest kasutamisest 52

СОДЕРЖАНИЕ

А. САРАП — О достижениях и задачах

Теория и практика

И. МАЗИК — О задачах санитарных органов в республике

К. ВАСИЛЬЕВА и М. СИДОРОВ — О снижении заболеваемости дизентерией

А. ДАНИЛОВИЧ — Лечение дизентерии энтеросептолом

Л. КЕРЕС и А. УЙБО — Об энзимопатиях у детей раннего возраста

А. ЯННУС — Вспышка кишечной инфекции, вызванная вирусом ECHO-12 в Эстонской ССР

И. РЕЙНАРУ — Симптоматология и диагностика безжелтушных и стертых форм инфекционного гепатита

Т. КИРТСИ и Э. АЛЛИК — О диагностической ценности реакции гетерогемагглютинации при эпидемическом гепатите

А. ЯННУС, К. МЯННИК и Э. НЯРСКА — О вспышке гриппа в одной из школ Пярнуского района

К. СЁЭТ и Ф. ВИНКМАН — Легочные гиалиновые мембраны у недоношенных новорожденных

П. ЦОБЕЛЬ и И. ПРАУЛИНЯ — Закрытая система для подачи дистиллированной воды на ассистентский стол

Обмен опытом и казуистика

И. ФРЕЙБЕРГ — Меккелев дивертикул, симулирующий у ребенка опухоль толстого кишечника

В помощь фельдшерам и сестрам

А. МЕТСМЯЭ — Профессиональная этика и поведение медицинской сестры

Э. КЁЭП — О работе приемного покоя больницы

Л. КЕРЕС — О профилактике и первой помощи при несчастных случаях с детьми

Н. ЭЛЬШТЕЙН — О правильном применении некоторых медикаментов

Konverentsid ja nõupidamised

A. SARAP — Eesti NSV kirurgide VIII vabariiklik konverents . . 55

G. MEDINSKI ja H. PIHL — Nakkushaiguste- ja hügieenialane konverents 56

H. KAHN — Gerontoloogia- ja geriaatria-alane vabariiklik konverents . 57

R. MALVISTE — Vabariiklik meditsiiniõdede konverents 57

E. RAUDAM — Üleliiduline neurokirurgide konverents 58

J. REINARU — Nakkusliku kollatõve sessioonist ja sümpoosionist Moskvas 58

M. RAIG — Üleliidulise sanitaarharidustöö nõukogu VII pleenumist . . 59

E. VEINPALU — Eksperimentaalse kurortoloogia ja füsioteraapia teaduslik konverents 60

Tähtpäevad

A. Gunter 60-aastane 61

Referaate . . . 62

Küsimusi ja vastuseid . . 63

Mitmesugust

J. SAARMA ja H. KADASTIK — Mõtteid psühhohügieeni ülesannetest . 65

E. PÕLDVERE — Perfokaartide kasutamine meditsiinilise kirjanduse töötlemisel 68

Nekroloogid

Hans Sõber 73

M. Schamardini mälestuseks . . . 74

Kroonika 75

Конференции и совещания

А. САРАП — VIII республиканская конференция хирургов Эстонской ССР

Г. МЕДИНСКИЙ и Х. ПИХЛ — Конференция по инфекционным болезням и гигиене

Х. КАХН — Республиканская конференция по геронтологии и гериатрии

Р. МАЛВИСТЕ — Республиканская конференция медицинских сестер

Э. РАУДАМ — Всесоюзная конференция нейрохирургов

И. РЕЙНАРУ — О сессии и симпозиуме по инфекционному гепатиту в Москве

М. РАЙГ — VII пленум Всесоюзного совета по санитарно-просветительной работе

Э. ВЕЙНПАЛУ — Научная конференция по экспериментальной курортологии и физиотерапии

Юбилейные даты

60-летие А. Гунтера

Рефераты

Вопросы и ответы

Разное

Ю. СААРМА и Х. КАДАСТИК — Мысли о задачах психогигиены

Э. ПЫЛДВЕРЕ — О применении перфокарт при обработке медицинской литературы

Некрологи

Ханс Сыбер

В память о М. Шамардине

Хроника

Õiendus.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1962. a. 6 numbris esinevad järgmised eksitavad trükivead

	On trükitud	Peab olema
lk. 13 10. rida alt	üks kord 4 päeva tagant 5 päeva jooksul	üks kord nelja päeva tagant 5. päeval
lk. 14 8. rida ülalt 27. rida ülalt	1962. a. Kogu kuu	1952. a. Kogu kuur
lk. 57 1. rida ülalt	piimanääret määrida aerooliga ja nibu briljantrohelisega	määrida piimanäärme areooli ja nibu briljantrohelisega

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

2

Märts–April

6. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1963

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 3. IV 1963. Trükkimisele antud 12. IV 1963. Trükiarv 4500. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 7,75. Tellimise nr. 2307. MB-03530.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Poligraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

MEDITSIINIASUTUSTE ÜHISKONDLIKUD NÕUKOGUD

A. SARAP ja *G. NEPOTŠATÕHH*

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem) ja (Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu usaldusarst)

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XXII kongress seadis tervishoiuorganite ette tähtsad ülesanded töötajate meditsiinilise teenindamise ja tervise kaitse alal.

Nende ulatuslike ülesannete täitmine pole mõeldav ilma laiemate rahvahulkade ja ühiskondlike organisatsioonide osavõtuta. Praegu on üldsuse osavõtuks tervishoiualastest üritustest olemas mitmesuguseid organisatsioonilisi vorme, kaasa arvatud meditsiiniasutuste ühiskondlikud nõukogud.

Meie vabariigis loodi esimesed sellised nõukogud 1960. aastal, praegu on nende arv tõusnud juba 102-ni. Ühiskondlikud nõukogud luuakse töötajate endi initsiatiivil; nende koosseisu valitakse antud meditsiiniasutuse poolt teenindatavate ettevõtete partei-, komsomoli- ja ametiühinguorganisatsiooni esindajad. Ühiskondliku nõukogu koosseis kinnitatakse kohaliku töörahva saadikute nõukogu täitevkomitee ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu poolt.

Meditsiiniasutuse profiilist ja töömahust sõltuvalt kuulub nõukogusse 7—25 inimest. Nõukogude ülesandeks on kaasa aidata ravi-profülaktika-, sanitaar-epidemioloogia ja kuurordiasutuste ning apteekide edukaks tegevuseks ja elanikkonna tervishoiu taseme tõstmiseks.

Ühiskondlikel nõukogudel on õigus teha ettepanekuid kõrgemalseisvaile partei-, nõukogude ja majandusorganitele ning ühiskondlikele organisatsioonidele tervishoiuasutuste töö parandamiseks.

Eesti NSV paljude linnahaiglate juures tegutsevad ühiskondlikud nõukogud on oma töös saavutanud silmapaistvaid tulemusi. Nii heakorrastati Narva Linna Haigla ühiskondliku nõukogu initsiatiivil ja osavõtul polikliiniku territoorium, remonditi ja varustati uue sisseseadega sünnitusosakond, haiglasse monteeriti tõstuk, lastenõuandla juurde loodi rinnapiima kogumiseks doonoripunkt. Kunda, Otepää ja Mustvee linnahaiglate ühiskondlike nõukogude kaasabil on nende linnade heakorrastus ja ettevõtete sanitaarolukord tunduvalt paranenud. Tallinna Linna Lastehaigla ühiskondliku nõukogu tegevus kiideti Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu poolt heaks. Tõrva Linna Haigla ühiskondliku nõukogu (esimees E. Luik) liikmete aktiivsel osavõtul tehti haiglale eraldatud hoonele lühikese ajaga ühiskondlikus korras kapitaalremont; sealjuures remontisid Tõrva sovhoosi töötajad põrandad, aknad ja uksed, kolhoosidevahelise ehituskontori töötajad paigutasid osaliselt ümber ja remontisid veevärgi ning kanalisatsiooni, pensionärid aga tegid ära maalritööd. Ühistööst võtsid aktiivselt osa ka haigla meditsiinitöötajad eesotsas peaarst G. Fillipsiga, kusjuures igaüks neist töötas vähemalt 30 tundi.

Kingissepa Linna Haigla ühiskondlikku nõukogusse (esimees N. Homutova) kuulub 21 liiget. Kahe aasta kestel peetud nõupidamistel on põhjalikult arutatud selliseid aktuaalseid küsimusi, nagu elanikkonna ambulatoorne teenindamine ning profülaktiline fluorograafiline uurimine, töövigastuste esinemine autobaasis nr. 11, doonorlus samas asutu-

ses jne. Ühiskondliku nõukogu taotlusel eraldas Kingissepa Rajooni TSN Täitevkomitee polikliinikule uue ruumikama hoone, mis remonditi ühiskondlike jõududega. Rajoonihaigla doonorivere vajaduse katavad täielikult oma rajooni tasuta verd andvad doonorid. Elva haigla ühiskondliku nõukogu vahetul osavõtul loodi terviseülikool, mis möödunud aastal tegutses edukalt.

Et meie vabariigi mõningate meditsiiniasutuste ühiskondlike nõukogude töö ei ole veel rahuldaval tasemel, sõltub tunduval määral peaarstide passiivsusest, kes alahindavad ühiskondliku organi kaasabi ja initsiatiivi, ning ka nõukogu juhuslikust koosseisust. Nii näiteks töötavad halvasti Haapsalu Rajooni Haigla, Elva Tuberkuloositõrje Dispanseri, Tallinna Linna Nõmme Haigla jt. ühiskondlikud nõukogud. Nõmme haigla ühiskondlikul nõukogul puudus tööplaan, nõupidamistel arutati jooksvaid küsimusi, mis sageli olid ette valmistamata. Samal ajal aga avastasid finantsorganid haigla administratiiv-majandusalases töös tõsiseid puudusi, mille tõttu peaarst B. Averbahh vallandati.

Ühiskondlikud nõukogud peavad oma tööd alustama organisatsioonilistest küsimustest: valitakse esimees, sekretär ja jagatakse kohustused liikmete vahel, tutvutakse vastava põhimäärusega. Meditsiiniasutuse juhatajal tuleb nõukogu liikmeid tutvustada olukorraga asutuses, selle meditsiini- ja majandusalase tegevusega. meditsiinikaadriga ning eelseisvate ülesannetega. Seejärel koostatakse tööplaan vastavalt meditsiiniasutuse profiilile ja selle ees seisvatele ülesannetele. Tööplaane tuleks koostada igas kvartalis ning neis peaksid esinema alljärgnevad küsimused:

1. Finants- ja majandusalased üritused, kuhu kuuluvad ehitus- ja remonttööd, kütuse varumine, sisseseade hankimine, töökaitse ja ohutustehnika küsimused jne.

2. Ravi- ja profülaktilised üritused. Elanikkonna ambulatoorse teenindamise parandamine (sealhulgas juhtivate tööstusettevõtete tööliste, põllumajanduse mehhanisaatorite ning spetsialistide jt. meditsiinilise eelisteenindamise kindlustamine), ajutist ja pikemaajalist töövõimetust põhjustavate haigestumiste vähendamine. Isamaasõja ja tööinvaliidide dispanseerimine ja tööle rakendamine. Tervishoiupunktide töö parandamine. Elanikkonna profülaktiline röntgenoloogiline ja fluorograafiline uurimine tuberkuloosi ja pahaloomuliste kasvajate varajaseks avastamiseks. Tootmisvõimlemise, organiseerimine ettevõtetes. Võitlus traumatismi, tuberkuloosi jne. vastu.

3. Sanitaaralased üritused. Sanitaaralaste kompleksplaanide elluviimine ettevõtetes. Profülaktiliste kaitsesüstimiste organiseerimine. Üksikute mikrorajoonide, kus esineb arvukalt nakkushaigustesse haigestumise juhte, sanitaarne heakorrastamine. Tervisenädalate või -kuude organiseerimine. Sanitaaralane propaganda jne.

Eespool nimetatut arvesse võttes peab tööplaan olema konkreetne, selles tuleb fikseerida mitmesugused üritused, nende täitmise tähtaeg, kes on organiseerimise ja täideviimise eest vastutav, kes esitab nõukogule vastava aruande. Ühiskondlike nõukogude tegevus peab tuginema komisjonidele ja sektsioonidele, kusjuures igaüks neist tegeleb konkreetse töölõiguga, mida ta kontrollib, ja esitab vastavad küsimused ühiskondlikule nõukogule arutamiseks ning vastava otsuse vastuvõtmiseks.

Mõningaid küsimusi on soovitatav eelnevalt kooskõlastada ja ühiselt lahendada töörahva saadikute nõukogu täitevkomitee tervishoiu ning sotsiaalkindlustuse alalise komisjoniga või vastava ametiühingu-, spordi-, Punase Risti Seltsi või mõne muu organisatsiooniga. Selline koostöö tagab kavatsetavate ürituste ja ülesannete edukama täitmise.

Soovitame rajooni- või linnahaigla ühiskondlikus nõukogus luua järgmised komisjonid — sektsioonid: 1) finants-majanduse; 2) ravi-profülaktika; 3) sanitaar-hügieeni; 4) tuberkuloositõrje: 5) traumade vastu võitlemise komisjon — sektsioon.

Sõltuvalt meditsiiniasutuse profiilist, suurusest ja ülesannetest ning konkreetsetest kohalikest oludest võib organiseerida suuremal või vähemal arvul ka teisi sektsioone. Kogu ühiskondliku nõukogu töö peab toimuma vastavalt Üleliidulise Ametiühingute Nõukogu sekretariaadi poolt 19. mail 1960. aastal kinnitatud määrusele «Meditsiiniasutuse ühiskondlikust nõukogust».

Eduka tegevuse vajalikuks eeltingimuseks on tihe kontakt kohalike partei- ja nõukogude organitega, ametiühingu jt. organisatsioonidega. Nõukogude ülesanded kujunevad välja konkreetsetest kohalikest tingimustest, kuid üldisteks eesmärkideks on nakkushaiguste, sealhulgas tuberkuloosi edasine vähendamine, ajutise ja pikemaajalise töövõime kaotusega haigestumisjuhtude piiramine profülaktiliste kompleksürituste organiseerimise ja läbiviimise tunduva parandamise teel.

Peame ühiste jõupingutustega parandama ravi-profülaktikaasutuste tööd, laialdasemalt arendama võitlust kommunistliku suhtumise eest töösse ja tervisesse.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ СОВЕТЫ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

А. Сарап и Г. Непочатых

Резюме

XXII Съезд Коммунистической партии Советского Союза поставил перед органами здравоохранения важные задачи в области медицинского обслуживания и охраны здоровья трудящихся.

Выполнение этих задач немыслимо без участия широких масс трудящихся и общественных организаций. В настоящее время имеются различные формы участия общественности в мероприятиях по здравоохранению, в том числе и общественные советы медицинских учреждений.

Первые такие советы были созданы в нашей республике в 1960 году, а число их в настоящее время достигло уже 102. Общественные советы создаются по инициативе трудящихся, в состав их избираются представители партийных, комсомольских и профсоюзных организаций предприятий, обслуживаемых данным медицинским учреждением. Состав общественного совета утверждается местным исполкомом СДТ и Советом профсоюзов ЭССР.

В зависимости от профиля и объема работы медицинского учреждения в состав совета входит от 7 до 25 человек. Совет содействует успешной деятельности лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических, курортных учреждений и аптек, а также повышению уровня здравоохранения населения.

Общественные советы имеют право вносить на рассмотрение вышестоящих партийных, советских и хозяйственных органов, а также общественных организаций вопросы улучшения работы учреждений здравоохранения.

Общественные советы, действующие в Эстонской ССР при многих городских больницах, добились в своей работе значительных успехов. По инициативе и при участии общественного совета Нарвской городской больницы было проведено благоустройство территории поликлиники, отремонтировано и снабжено новым оборудованием родильное отделение больницы, смонтирован лифт (подъемник), организован при детской консультации донорский пункт для сбора грудного молока. С помощью общественных советов городских больниц в Кунда, Отепя и Муствеэ значительно улучшилось санитарное состояние предприятий и благоустройство этих городов.

Работа общественного совета Таллинской городской детской больницы была одобрена Советом профсоюзов Эстонской ССР. При активном участии членов общественного совета Тырваской городской больницы (председатель Э. Луйк) в короткий срок на общественных началах был произведен капитальный ремонт переданного больнице здания. В ремонте приняли участие и пенсионеры, выполнившие малярные работы. Хорошо работали общественные советы Кингисеппской и Эльваской районных больниц.

Работа общественных советов некоторых медицинских учреждений не стоит еще на должной высоте. Например, недостаточно хорошо работают еще общественные советы Хаапсалуской районной больницы, Эльваского противотуберкулезного диспансера, Таллинской городской Ныммеской больницы и др.

Общественные советы должны помочь в улучшении работы лечебных и профилактических учреждений, широко развивая борьбу за коммунистическое отношение к труду и здоровью.

TÄHELEPANEKUID ELUSTAMISMEETODITE KASUTAMISEL HAIGETE KLIINILISE SURMA STAADIUMIS

B. LEHEPUU

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Kliinilise surma staadiumis on võimalik kindlustada kudedes toimuvate ainevahetusprotsesside säilitamiseks vajalik minimaalne vereringe ja gaasivahetus. Kui surma esilekutsuv patoloogiline muutus on kompenseeritav, võib vastava raviga saada täieliku elustumise. Pärast pikaajalist agooniat või suurte orgaaniliste muutuste tagajärjel surnud haigete elustamise katsed ei saa aga anda kestvat efekti. Küll võib organismi kõigi funktsioonide täieliku taastumise saavutada funktsionaalset laadi äkksurma korral. Äkksurm on ootamatus, mis kõige sagedamini järgneb organismis toimunud sügavatele biokeemilistele või endokriinsetele häiretele. Endokriinsed kõrvalekaldumised, näiteks neerupealiste funktsionaalne puudulikkus, vere kemismi ja elektrolüütide sisalduse muutused (hüpoksia, hüperkapnia, atsidoos, hüperkaleemia jne.) on kliiniliselt raskesti diagnoositavad, kuid võivad G. Grahami (12 jt.) andmetel põhjustada reflektoorset südametegevuse lakkamist. Reflektoorset südame seismajäämist mõnede manipulatsioonide ajal on kirjeldanud C. Dwyer kaasautoritega (10).

Tallinna Vabariiklikus Haiglas alustasime elustamiskatseid 1959. a. alates, toetudes Organismi Elustamise Eksperimentaalfüsioloogia Laboratooriumi poolt väljaantud instruktsioonile (3). Kui aasta hiljem esitasime Eesti NSV kirurgide VII konverentsil 12 haigusjuhtu (20), siis kuni 1962. a. novembrini püüdsime elutegevust taastada kokku 46 haigel. Ülevaate meie haigete surma põhjustest ja elustamiskatsete tulemustest annab käesolevale kirjutisele lisatud tabel.

Elustamiskatse näidustuseks oleme pidanud iga äkksurma, mil vereringe lakkamisest ei ole möödunud rohkem kui 5 minutit. Meie tähelepanekud ühtivad V. Negovski (5) ja O. Justi (16) seisukohtadega, et tavalistes temperatuuritingimustes hukkuvad ajukoore rakud ilma vereringeta esimese 5 minuti vältel. Tehes esialgu elustamiskatseid isegi lootusetutel juhtudel, ilmselt juba bioloogilise surma staadiumis, saavutasime mõnikord küll südametegevuse ja hingamise taastumise, kuid haigetel jäi püsima detserebreerimise sündroom ning nad surid teadvusele tulemata. Kirjanduses on teateid haigete kohta, kes pärast küllalt hilja toimunud elustamist on detserebreeritutena elanud aastaid [C. Bahl (7)].

Kui vereringe ja hingamine lakkavad (mis on kliinilise surma tunnuseks), siis on oluline võimalikult kiiresti taastada vereringe ja kopsude ventilatsioon. Osa autoritest, nagu O. Just (17) jt., soovitab mõlema lakanud funktsiooni taastamist alustada samaaegselt. Osa aga, näiteks J. Crosfill (9), peab etioloogilist momenti arvestades õigemaks uppunu elustamist alustada kunstliku hingamise tegemisega juba vees. Meie oleme püüdnud taastada vereringet ja hingamist samaaegselt.

Vereringe taastamiseks kasutatakse nii rindkerevälist kui ka otsest südame massaaži. Pärast W. Kouwenhoveni (18) poolt 1960. a. avaldatud artiklit, mis käsitleb rindkerevälist südame massaaži (teostatakse rütmilise surve avaldamisega rindkerele), on selle meetodi kohta kiitva hin-

nangu andnud V. Negovski kaasautoritega (6). Mõned autorid aga, nagu P. Djatšenko ja V. Vinogradov (2), hindavad südame välist massaaži kui südame nõrka mehhaanilist ärritajat, mis iseseisvalt ei suuda tsirkulatsiooni taastamist tagada. Mõned autorid, näiteks Cl. Beck, hoiatavad südame välise massaaži kasutamise kui aegaviitva ja kasutu manipulatsiooni eest [tsit. J. Stevensi (26) järgi]. Meie arvates on rindkereväline massaaž esmaabivõte, mis võib otstarbekas olla noorte haigete puhul, samuti eriolukorras väljaspool operatsioonituba ja abistajate vähesusel.

Ühesugune kliiniline pilt, nimelt vereringe lakkamine, võib tingitud olla kas südame seismajäämisest, vatsakeste fibrillatsioonist või südame liiga nõrgast talitlusest. O. Justi (16) järgi selgitab diagnoosi torakotoomia, mis võimaldab südame seisundit visuaalselt kontrollida. See loob ühtlasi eeldused vereringe efektiivseks taastamiseks südame otsese massaaži abil. Elustamiskatsete algusperioodil kasutasime instruktsiooni (3) kohaselt vasakpoolset torakotoomiat Le-Fori' järgi kokku 20 korral. Hiljem veendusime, et lihtsamini ja kiiremini on teostatav harilik vasakpoolne torakotoomia 4. või 5. roietevahemikus Lampsoni järgi, mida on tarviduse korral võimalik kergesti laiendada Johnsoni ja Kirby meetodil läbi lõigates 4. või 5. roide kõhre. Enamikul juhtudel oleme aja kokkuhoiu eesmärgil täitmata jätnud aseptikanõuded. Kõigil 46 haigel esines asüstoolia, neist 1 korral oli süda seiskunud süstolis, 45 korral diastolis. Et südame masseerimine läbi perikardi osutus vähe efektiivseks, oleme perikardi avanud 44 haigel. Adrenaliini oleme südamesse süstinud kõigil haigetel pärast visuaalselt määratava asüstoolia diagnoosimist. Vatsakeste fibrillatsiooni korral on adrenaliin vastunäidustatud, seetõttu ei ole õige adrenaliini süstida läbi rindkere. Südant oleme masseerinud, surudes ühe käega rütmiliselt vatsakesi ja paremat koda pöidla ning ülejäänud sõrmede vahel. P. Djatšenko ja V. Vinogradovi (2) jt. arvates on oluline surve paremale kojale, kuna ainult vatsakeste masseerimisel, samuti nagu rindkerevälise massaaži korralgi, tekib vere pendeldus ilma tsirkulatsioonita. Meie kõige nooremal, 3 kuud vanal haigel tegime südame massaaži L. Jacobsoni ja J. Gjessingi (15) kirjelduse kohaselt, surudes südant sõrmega vastu sternumit. Massaaži kestuseks oli kuni 15 minutit 22 haigel, kuni 30 minutit 10 haigel, kuni 1 tund 11 haigel ja kuni 2 tundi 3 haigel. Taastatud südametegevus kestis kuni 15 minutit 11 haigel, kuni 2 tundi 16 haigel ja kuni 36 tundi 5 haigel; püsiv efekt saavutati 1 haigel. 7 juhul läks taastunud südametegevus üle vatsakeste fibrillatsiooniks. Et meil varem polnud defibrillaatorit, püüdsime 4 haigel defibrillatsiooni saavutada vahetult vooluvõrgust (220 V) võetava elektri löögiga südame pinnale. Korduvate elektrilöökidega õnnestus defibrillatsioon 1 juhul, kuid peagi järgnesid südametegevuse nõrkuse nähud ja haige suri. U. Guevara kaasautoritega (13) jt. on leidnud masseeritud südametel verevalumeid nii südame pinnal kui ka müokardis; mikroskoopiliselt on täheldatud lihaskiudude fragmentatsiooni ja rebendeid. Analoogilisi vigastusi leidsime ka meie. Peale mikroskoopiliste vigastuste ilmnes makroskoopiline südamelihase rebend 5 haigel, nendest 3 müokardi infarktiga haigel, kel rebenes isheemiline lihas. Kahtlemata peab südant masseerima ettevaatlikult, hoidudes südame dislotseerimisest, masseeriva käe vahetamisest ja järsust lokaalsest survest müokardile. Abistava massaaži ajal tuleb vältida survet südamele diastolis. Rebenenud südame hermeetilisuse taastasime õmblustega, kuid korduv massaaž ei andnud enam tulemusi. Kuigi kirjanduses on teateid südame korduva massaaži efektiivsuse kohta [D. Natradze ja S. Ivanova (4)], oli meie haigetel korduva taastava massaažiga saavutatud efekt ajutine ja lühiajaline. Samuti osutus südant abistav massaaž vähem efektiivseks kui taastav massaaž.

Haige kliinilise surma staadiumis ja otsekohe pärast südametegevuse taastamist peetakse üldtuntud toniseerivate ravimite, nagu lobeliini, kofeiini jt. kasutamist vastunäidustatuks [V. Negovski (5)]. Seetõttu süs-

tisime sel perioodil intravenoosselt hüpertoonilist glükoosilahust, vitamiine ja naatrium-, kaltsium- ning kaaliumkloriidi vesilahuseid, sest F. Moore (22) omistab elustamisel tähtsat osa vee- ja elektrolüütideainevahetuse korrigeerimisele. Terminaalses seisundis olevatele haigetele saab ravimeid manustada ainult intravenoosselt, sest suu kaudu seda teha pole võimalik, rektaalselt või intramuskulaarselt viidud ravim aga deponeeruks. V. Negovski (5) jt. poolt soovitatud füüsikalist hüpotermiat elustamisjärgselt ei ole meie kasutanud.

Elustamiskatsetel on oluline aktiivse kunstliku hingamise tegemine. Võimaluse korral oleme kunstlikku hingamist sooritama hakanud samaaegselt südame massaaži algusega, viimasel ajal aga isegi varem, kasutades esmaabivõttena aktiivset kunstliku hingamise meetodit suu-suule kas klassikalisel kujul või siis autori poolt varem kirjeldatud aparaadi (20) abil. T. Grozdova (1) jt. andmetel on terminaalses seisundis viibiva haige hingamise taastamiseks vajalik hingamiskeskuse ärritus Hering-Breueri refleksina ja kopsude aktiivne ventilatsioon CO_2 väljatoomiseks. M. Holmdahli (14) tähelepanekud näitavad, et kui inimene viibib olukorras, kus ta saab ainult hapnikku (nn. difusioonhingamine), siis oksühemomeeter muutusi ei näita, kuid süsihappegaasi-sisaldus veres tõuseb. Küllaldase oksügenisatsiooni ja ventilatsiooni tagamiseks on oluline hoida ülemised hingamisteed vabad ja vähendada surnud ruumi mahtu. J. Nunni ja D. Hilli (24) jt. andmetel toimub alveolaarventilatsioon ka füsioloogilistes tingimustes ainult 68% ulatuses hingamise minutimahust. Maskimeetodil teostatud kunstliku hingamise ajal aga suureneb funktsionaalne surnud ruum maski mahu arvel veelgi, seepärast trahhea intubeerimine või kunstliku hingamise tegemine trahheostoomia kaudu, vähendades surnud ruumi, parandab tunduvalt tingimusi haige oksügeniseerimiseks ja ventileerimiseks [J. Nunn ja D. Hill (23)]. Kliinilise surmaga kaasnev reflekside puudumine ja lihaste täielik relaksatsioon kergendavad haige intubeerimist. Kõigil elustamiskatsetel on meie haiged intubeeritud ilma müorelaksantideta direktse larüngoskoopia abil, kusjuures on kasutatud obturaatoritega varustatud intratrahheaaltorusid. Haigete intubeerimisega on võimalik tagada kunstliku hingamise aparaadi tööks vajalikud tingimused ja saneerida bronhid aspiratsiooni teel, mis on eriti oluline terminaalperioodis sageli tekkiva kopsuödeemi korral. Kunstliku hingamise tegemiseks oleme kasutanud hingamisautomaate 37 korral ja gaasnarkoosiaparaate 9 korral. Positiivse rõhuga ühefaasilist kunstlikku hingamist võimaldavaid gaasnarkoosiaparaate eelistasime kopsuödeemi nähtudega haigetel. Hüperventilatsiooni, eriti hingamissageduse arvel, oleme tema ebaökonoomsuse pärast [L. Barth ja M. Meyer (8)] püüdnud vältida. Spontaanne hingamine taastus 12 haigel. Esimeste elustamiskatsete järel ilmnesid lahangul trahhea lamatiste tunnused ja nekrootiline trahheiit. Seostasime neid tüsistusi intratrahheaaltoru kauaaegse hoidmisega trahheas. Seepärast juhul, kui esinesid näidustused pikemaajaliseks kunstlikuks hingamiseks, trahheostomeerisime haiged 12 tunni möödudes.

Varem palju tähelepanu paelunud arterisisesele vereülekandele anname elustamise küsimuses abistava, kuid mitte otsustava ravivõtte osa. Näidustused arterisiseseks vereülekandeks laienevad, kui surm järgneb akuutse verekaotuse tagajärjel, me aga ei suuda verekaotust intravenoosse ülekandega kompenseerida. Arterisisest vereülekannet oleme rakendanud kui instruktsiooni (3) poolt soovitatud kompleksse elustamismeetodi osa kõigil elustamiskatsetel, kuid hüpovoleemiata juhtudel väikestes kogustes (ligi 125—250 ml rõhu all 160—220 mm Hg). Enamasti oleme arterisisese vereülekande teinud *a radialis*'esse, sest meie tähelepanekute kohaselt osutus umbes pooltel haigetel vajalikuks pärast vereülekannet arter ligeerida, *a. radialis*'e ligatuur aga ei põhjustanud perifeerseid hemodünaamika häireid. Tsitraatintoksikatsiooni vältimiseks süs-

time vereülekannete korral intravenoosselt rohkesti 10%-list kaltsiumkloriidi vesilahust, sest L. Barthi ja M. Meyeri (8) andmetel võib tsitraat suurtes kogustes põhjustada vere hüübimise häirete kõrval veel tetaanilisi seisundeid ja vereringehäireid kopsude osas.

Elustamiskatsete tegemisel veendusime, et kõige paremad tingimused selleks on operatsioonitoas. Kuid haigete transportimine ei õigusta end, sest kliinilise surma perioodi pikkus elustamisel, s. o. aeg vereringe lakkamisest kuni südame massaaži alustamiseni, on limiteeritud aju rakkude eluvõime säilivuse ajaga (=5—6 minutit), järelikult on ebaotstarbekas kulutada aega haige viimiseks operatsioonituppa. Pärast elustamist taluvad haiged transportimist halvasti ja nad peavad jääma samale kohale kuni hemodünaamika stabiliseerumiseni ja prognoosi selgumiseni.

Meie arvates peab elustamiskatset alustama arst, kes esimesena märkas äkksurma. Operatsioonitoas on südame massaaž kirurgi ülesandeks, anestesioloog teeb kunstlikku hingamist, kuna arterisisene vereülekanne jääb assistendi hooleks. Väljaspool operatsioonituba tekkinud äkksurma korral hakkab südant masseerima arst, kes diagnoosis vereringe lakkamist, esimese juurdetuleva meditsiinitöötaja ülesandeks jääb kunstliku hingamise tegemine, järgmise juurdetulnu hooleks aga arterisisene vereülekanne. Kogesime, et otsida ja oodata kedagi mõne eespool mainitud manipulatsiooni sooritamiseks ei ole õige, sest sellega ainult kaotatakse elustamiskatse puhul nii kallist aega.

Prognoosi on elustamiskatsetel raske määrata. H. Stephensoni (25) poolt kogutud rikkalikust materjalist (ta on kirjeldanud 1710 elustamiskatset) selgub, et elustamiskatse vahetut head tulemust ohustavad võimalikud hilisemad tüsistused. Elustatud võivad jääda elama ka invaliididena, näiteks C. Bahli (7) järgi detserebreeritutena ja H. Weinbergeri ning kaasautorite (27) tähelepanekutel pimedatena. J. Gordon kaasautoritega (11) on kirjeldanud elustamisele järgnevaid iseloomu muutusi jne. Kõik autorid on esimestel elustamiskatsetel saanud vähem positiivseid tulemusi kui hiljem, juba kogemustele toetudes. Meie tagasihoidlikke tulemusi, mille puhul 46 kliinilise surma staadiumis viibiva haige elustamise katsest saavutasime organismi kõigi funktsioonide täieliku ja kestva taastumise ainult 1 haigel, võib seletada osalt kogemuste vähesusega, sest esialgu kaotasime aega nii olukorra hindamisel kui ka tegutsemisel. Surma põhjuste vaatlusest selgub, et osalt oli ebaedu tingitud sellest, et enamikus oli tegemist üliraskes seisundis viibivate haigetega. Neid, kes oleksid surnud ainult funktsionaalsete muutuste tagajärjel, ilma et oleks esinenud orgaanilisi muutusi või patoloogilisi põhjusi, oli vähe. Hüpovoleemia nähtudega surnud haigetel oli sisemise verejooksu lokaliseerimine haigete üliraske seisundi tõttu takistatud ja haiged jäid vastava ravita. Müokardi infarkti tõttu surnud haigete elustamisel on häid tulemusi saavutanud W. Körner (19) jt. Meie ebaedu müokardi infarkti tagajärjel surnud haigete elustamisel võib seletada terapeutide passiivsusega, kes vereringe lakkamise tunnuste ilmnemisel otsivad kirurgi või anestesioloogi, et see hakkaks sooritama elustamiskatset. Loomulikult mööduvad olulised minutid seetõttu kasutult.

Edu saavutasime järgmisel elustamiskatsel. Noormees S., 19 a. vana (haigusLugu nr. 18471, 1961. a.), toodi haiglasse 17. XII 1961 pea ja rindkere põrutuse nähtudega. Ta oli joobnuna teiselt korruselt läbi akna välja kukkunud. Luuvigastuste tunnuseid ei ilmnenud, kuid haigel täheldati perioodiliselt hingamishäireid ja pulsi aeglustumist. Tund aega hiljem, kui haige asendit osakonda viimisel muudeti, konstateeriti äkksurma. Vereringe ja hingamise lakkamise esimese 2 minuti vältel tehti osakonna sidumistoas, ilma aseptikanõudeid täitmata, torakotoomia. Sel puhul ilmnes, et süda oli diastolis seisma jäänud. Mõneminutilise otsese südamemassaaži järel taastusid efektiivne südametegevus ja vereringe. Paralleelselt massaažiga tehti arterisisene vereülekanne koguses 250,0 ja sooritati kunstlikku hingamist (algul suusuule meetodil, hiljem haige intubeeriti ja rakendati tööle hingamisautomaat ДП-1). 3 tundi kestnud kunstliku hingamise järel taastus spontaanne hingamine. Teadvu-

sele tuli haige 8 tundi hiljem. Esimestel päevadel pärast elustamist ilmnesid psüühika labiilsus ja kõnehäired, mis varsti möödusid. Vaatamata aseptikanõuete mittetäitmisele torakotoomia ajal, võimaldasid pleuraõõne drenaaž ja antibiootikumide kasutamine vältida pleura empüeemi tekkimist. Kui esimesel nädalal avastati pleuraõõne vedeliku külvil soolekepikesi ja stafülokokke, siis teise nädala lõpust alates osutus külv steriilseks ja posttraumaatilise pleuriidi tunnused möödusid peatselt. Haige lahkus haiglast paranenuna 29. haiguspäeval. 9 kuud hiljem toimunud läbivaatusel ei kaevanud ta millegi üle. Töötab endisel füüsilist pingutust nõudval tööalal. Asjaolu, et haige vastuvõtmisel, elustamiskatse ajal ega ka paranemisperioodil ei ilmnenud luuvigastusi ega siseelundite patoloogilisi muutusi, lubab arvata, et äkksurm oli reflektoorne. Pärast rindkere ja pea põrutust ilmnenud hingamishäired võisid põhjustada hüpoksia ja hüperkapnia. Hüperkapnia korral on vagovagaalsed refleksid elavnenud ja ilmselt oligi see vaadeldaval juhul südame seismajäämise põhjuseks. Õigeaegselt alustatud kompleksne ravi taastas vereringe, hingamise ja kõik organismi elulised funktsioonid.

Surma põhjus	Haigete arv	Südametegevuse taastumine	Spon taanse hingamise taastumine	Täielik clustumine
1. Müokardi infarkt	8	7	4	—
2. Intoksikatsioon (peritoniit, ureemia jt.)	6	4	1	—
3. Suurte veresoonte emboolia (õhk-, rasv-, trombemboolia)	5	3	—	—
4. Sisemine verejooks, äge aneemia	4	4	—	—
5. Äge neerupealiste puudulikkus	4	4	1	—
6. Äge mürgistus (barbamüül-, karbokoliin- ja pahhükarpiinmürgistus)	3	2	1	—
7. Aju trauma, aju verevalum	3	2	1	—
8. Asfüksia (aspiratsioon, poomine, uppumine)	3	2	1	—
9. Hulgalised vigastused	3	2	1	—
10. Reflektoorne	2	2	2	1
11. Elektritrauma	2	—	—	—
12. Südame ja suurte veresoonte traumaatiline rebend	2	—	—	—
13. Äge südametegevuse nõrkus	1	1	—	—
	46	33	12	1

Meie esimesed elustamiskatsed ergutasid valvepersonali, arendasid tema initsiatiivi ja koostööd, luues niiviisi eeldused eduks. Jagame täielikult W. Körneri (19) seisukohta, et elustamiskatset ei tule kahetseda, ebaõnnestumist aga ei tohi pidada arsti veaks. Olulisteks teguriteks elustamiskatsetel on entusiasm, otsustavus, kiire tegutsemine ja kollektiivne töö. Kõik eespool loetletud omadused on iseloomulikud kirurgilise kallakuga osakondade töötajaile, seepärast võime öelda, et igas sellises osakonnas on kõik vajalik olemas. Ja kui olemasolevatele eeldustele lisandub kogu kollektiivi moraalne toetus, siis ei lase positiivsed tulemused end kaua oodata.

KIRJANDUS

1. Гроздова Т. Н. В сб.: Механизмы заболевания и выздоровления. Измененная реактивность и терминальные состояния. Новосибирск, 1960, 218—223. — 2. Дьяченко П. К., Виноградов В. М. Частная анестезиология. Л., 1962, 322—329. — 3. Инструкция по применению методов восстановления жизненных функций больных находящихся в терминальных состояниях. М., 1959. — 4. Натрадзе Д. А., Иванова С. В. Эксперим. хирургия и анестезиол. 1962, 2, 44—45. — 5. Неговский В. А. Оживление организма и искусственная гипотермия. М., 1960. — 6. Неговский В. А.,

Мильо А., Гурвич Н. Л., Золотокрылина Э. С. Эксперим. хирургия и анестезиол. 1962, 5, 3—11. — 7. Bahl, C. P. Brit. J. Anaesthesia, 1960, vol. 32, 9, 427—428. — 8. Barth, L., Meyer, M. Moderne Narkose. Jena, 1962. — 9. Crosfill, J. W. L. Proc. Roy. Soc. Med., 1956, vol. 49, 12, 1051—1058. — 10. Dwyer, Cl. S., Thomas, Ph. B., Strout, W. G. Current Res. Anaesthesia and Analgesia, 1953, vol. 32, 2, 123—128. — 11. Gordon, J. N., Sternlicht, I., Weaver, O. M. U. S. Armed Forces Med. J., 1952, vol. 3, no 10, 1469—1473. — 12. Graham, G. R. Brit. J. Anaesthesia, 1961, vol. 33, 10, 480—489. — 13. Guevara, U., Greenberg, H., Hetzog, A. Surgery, 1962, vol. 51, 2, 211—215. — 14. Holmdahl, M. Pulmonary uptake of oxygen, acid-base metabolism and circulation during prolonged apnoea. Stockholm, 1956. — 15. Jacobson, L., Gjessing, J. Acta anaesthesiol. scandinavica, 1960, vol. 4, 2, 67—74. — 16. Just, O. Reanimation. Symposion über aktuelle Fragen der Anästhesiologie. Berlin, 1959, 55—65. — 17. Just, O. Verhandl. Dtsch. Ges. Unfallheilk. Versicherungs, Versorgungs und Verkehrsmed. Berlin, 1960, 23, 100—110. — 18. Kouwenhoven, W. B., Jude, J. R., Knickerbocker, G. G. J. Amer. Med. Assoc., 1960, vol. 173, 1064—1067. — 19. Körner, W. Zbl. Chirurg., 1962, 9, 356—359. — 20. Lehepuu, B. Eesti NSV XX aastapäevale pühendatud kirurgide VII vabariikliku konverentsi ettekannete teesid. Tallinn, 1960. — 21. Lehepuu, B. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 6, 55—59. — 22. Moore, F. D. Metabolic care of the surgical patient. Philadelphia and London, 1960. 708—711. — 23. Nunn, J., Campbell, E., Peckett, B. J. Appl. Physiol., 1959, vol. 14, 174—176. — 24. Nunn, J., Hill, D. J. Appl. Physiol., 1960, vol. 15, 383—386. — 25. Stephenson, H. Cardiac arrest and resuscitation. St. Louis, 1958. — 26. Stevens, J. M. Anesth. and Analg., 1960, vol. 39, 1, 23—27. Weinberger, H. A., Rients van der Woude, Maier, H. C. J. American Med. Assoc., 1962, vol. 179, 2, 126—129.

ДАННЫЕ О ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДОВ ОЖИВЛЕНИЯ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

В. Лехепуу

Резюме

При внезапной смерти в Таллинской республиканской больнице применяется комплексный метод оживления, который состоит из следующих элементов: 1. прямого массажа сердца; 2. адекватного искусственного дыхания; 3. внутриартериального нагнетания крови; 4. дефибрилляции сердца.

С 1959 по 1962 год предпринято 46 попыток оживления больных в стадии клинической смерти. Сердечная деятельность была восстановлена у 33-х, спонтанное дыхание у 12-и, полное восстановление всех жизненных функций организма у 1 больного. Причинами неудач являются запоздалое начало применения элементов оживления и тяжелая патология, которая являлась непосредственной причиной смерти у части умерших.

Решительность и быстрота действий коллектива медработников являются необходимыми условиями и залогом успеха в борьбе с клинической смертью.

ESIMESED NARKOOSID HINGAMISAUTOMAADI ABIL TALLINNA VABARIIKLIKUS ONKOLOOGIA DISPANSERIS

M. KIVILO

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst ENSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

1961. a. algul avaldas J. Šanin (16) metoodika pindmise eeternarkoosi andmiseks hingamisautomaadi vahendusel. Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on senini kasutatud narkoosi automaatselt juhitava hingamisega 86 operatsiooni puhul (ajavahemikus 21. augustist 1961. a. kuni 20. juunini 1962. a.). Kuigi materjal on vähene, loeme küsimuse aktuaalsuse ja tulemuste ilmse ühesuunalisuse tõttu meie kogemuste avaldamise õigustatuks.

Aparatuur. Kaasaja nõuetele ja võimalustele vastavaim anesteesiaviis on pindmine narkoos juhitava hingamisega täieliku relaksatsiooni

foonil [T. Darbinjan (5), P. Djatšenko (6, 7), S. Gadžijev (4), F. Uglov ja I. Rassvetajev (13), F. Tšernjahhovski (14)]. Juhitav hingamine tagab kõige paremini küllaldase gaasivahetuse narkoosi ajal [G. Sanin (15), F. Uglov ja I. Rassvetajev (13)] ning on koos relaksatsioonist tuleneva energiatarviduse ja südame ning veresoonkonna koormuse vähenemisega parimaks garantiiks operatsioonišoki vastu [P. Djatšenko (6, 7)].

Vahelduva positiivse rõhuga läbiviidav juhitav hingamine suurendab keskmist rindkeresisest rõhku. See halvendab venoosse vere voolu südamesse, põhjustades ühtlasi hemodünaamika häirumist. Passiivse väljahingamisfaasi tõttu võib süsihappegaasi eritumine olla mitteküllaldane kuni hüperkapnia tekkimiseni. Seevastu kahefaasiline vahelduva rõhuga juhitav hingamine loob parimad tingimused gaasivahetuseks ja hemodünaamikaks, sest nii sisse- kui ka väljahingamine on aktiivsed faasid. Sellist ventilatsioonirežiimi võimaldab rakendada hingamisautomaat DP-1, mida kasutasime. Loomulikult on eduga rakendatavad ka teised hingamisautomaadid, mis töötavad kahefaasilise aktiivse ventilatsiooni printsiibil (DP-2, Gornospassatel-2 jt.). Nende puudumisel tulevad arvesse ka passiivse väljahingamisfaasiga hingamisautomaadid (DP-4, AID jt.), sest ka need tagavad stabiilsema hingamissageduse ning ventilatsiooniastme kui käsitsi juhitav hingamine.

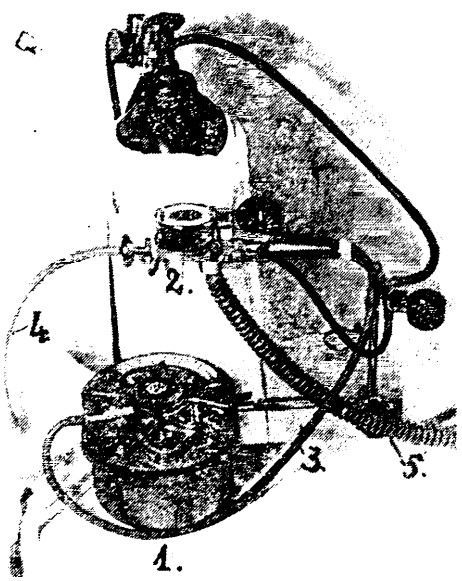


Foto — narkoosiaparaadi AN-4 dosimeeter; *2* — hingamisautomaat DP-1; *3* — dosimeetrit hingamisautomaadiga ühendav voolik: *4* — endotrahheaaltoru; *5* — hingamisautomaadi väljalaskeavale kinnitatud voolik; eetri aure sisaldava gaaside segu (väljahingatava) väljajuhtimiseks operatsiooniruumist.

Narkootikumi doseerimine automaatselt juhitava hingamise puhul ei erine põhimõtteliselt doseerimisest käsitsi juhitava hingamise tingimustes. On kasutatud ka hingamisaparaadi lülitamist tavalise narkoosiaparaadi juurde hingamiskoti asemele [A. Bakman (1)]. Sämuti on kasutatud hingamisautomaadi injektoriga ühendatud improviseeritud eetri-tilkdosimeetrit. Et aga relaktsiooni puhul langeb enamik narkoosi sügavuse kliinilisi tunnuseid ära, tuleb nõutava narkoosisügavuse kindlustamiseks elektrontsefalograafilise kontrolli puudumisel manustada narkootilist ainet püsivalt kindlas kontsentratsioonis. Tavaliste eetriaurutitega narkoosiaparaadid ei ole selleks kohased, sest eetri aurumise intensiivsus ei ole nendes püsiv. Seetõttu ei iseloomusta nende dosimeetrite näit aurutit läbinud gaasidesegu faktilist eetriaurudesisaldust, eriti retsirkulatoorse hingamiskontuuri kasutamisel. Sellistel juhtudel juhindutakse praktikas tavaliselt eetriaurude kontsentratsioonist väljahingatavas gaasidesegus, mille organoleptiline hindamine on aga paratamatult ebatäpne. Tulemuseks võib olla nii narkootikumi üledoseerimine kui ka liiga pindmine narkoos, mis ei ole küllaldane valuaistingu kõrvaldamiseks.

Seevastu narkoosiaparaadi AN-4 dosimeeter, mille prototüüpi on detailselt kirjeldanud V. Smolnikov (12), annab (tänu termokompensaatorile ning isoleerivale veereservuaarile) võimaluse eetri püsivalt täpseks doseerimiseks mahuprotsentides. Dosimeeter näitab sellel aparaadil eetriaurude faktilist sisaldust sissehingatavas gaasidesegus. Seetõttu on aparaat AN-4 (või ka aparaadid EMO, AN-7) eriti kohane vajaliku narkoosi-

sügavuse säilitamiseks täieliku relaksatsiooni tingimustes siis, kui narkoosi sügavuse kliinilised tunnused puuduvad.

Kui hingamisautomaadi DP-1 injektorisse juhtida õhk läbi narkoosiaparaadi AN-4 dosimeetri (vt. foto), siis lisandub patsiendi hingamisteedesse juhtivale gaasidesegule (hapnik ja õhk võrdsetes hulkades) teatavas kindlas kontsentratsioonis ka eetriaure. Võrdse hapnikuhulga lisandumise tõttu tuleb sellise ühenduse korral avada aparaadi AN-4 dosimeetri regulaator soovitavast doosist kaks korda suurema näiduni (s. o. näit. 4 vol%, kui tahame patsiendile anda 2 vol% eetrit). Niimoodi saame kasutada kõiki kahefaasilise juhitava hingamise hüvesid, millele lisandub eetri püsivalt täpne doseerimine ning hingamise juhtimise automaatsus. Viimane annab anestesioloogile liikumisvabaduse, mis soodustab haige seisundi jälgimist ning juhtimist. Käsitsi juhitava hingamise korral need võimalused puuduvad.

P a t s i e n d i d j a o p e r a t s i o o n i d. Automaatselt juhitava hingamisega läbiviidud 86 narkoosi moodustavad 16,4% kõigist selle aja vältel rakendatud narkoosidest.

3 juhul esines patsiendil väljendunud hingamispuudulikkus, 5 juhul tugev ning 19 juhul mõõdukas südame-veresoonkonna patoloogia, 2 juhul tugev ja 12 juhul mõõdukas maksapuudulikkus ning 1 juhul mõõdukas neerude puudulikkus. 11 patsiendil oli kartsinoomi hilisvormide tõttu arenenud tugev kahheksia. 2 patsiendil oli hemoglobiin alla 8 g% ja 7 patsiendil 8—10 g%. Alla 20 a. vanuseid haigeid oli 1, üle 50 a. vanuseid 24 ja üle 70 a. vanuseid 1 haige.

Teostatud operatsioonid:

kopsuoperatsioonid hingamispinna vähenemisega	11
teised rindkeresisesed operatsioonid (ilma hingamispinna vähenemiseta)	7
mao täielik kõrvaldamine (nendest torakoabdominaalse lähenemisega 2)	5
subtotaalne maoresektsioon	7
teised kõhuõõne operatsioonid	24
pärasoole kõrvaldamine	6
operatsioonid väikeses vaagnas	14
operatsioonid väljaspool kehaõõsi	12
kokku	86

Narkoosi kestus oli alla 1 tunni 16 juhul, 1—3 tundi — 54 juhul, 3—5 tundi — 12 juhul, üle 5 tunni — 4 juhul.

Kõnealustest operatsioonidest lõppesid surmaga 5.

Küllaltki kõrge letaalsus on antud juhul tingitud osalt sellest, et hingamisautomaadi vahendusel rakendasime narkoosi just kõige suurema riisikoga seotud operatsioonide ning halva üldseisundiga patsientide puhul.

P r e m e d i k a t s i o o n. Premedikatsioon tugevatoimeliste pärssivalt mõjuvate preparaatidega raskendab vereringe ja teiste elutähtsate elundite tööd [D. Parkhaus ja R. Macintosh (11)]. Et püüdsime võimalikult säilitada organismi kompensatoorseid reaktsioone, kasutasime premedikatsiooniks ainult hädavajalikke preparaate. Standardskeem oli järgmine: ordineerisime operatsioonieelsel õhtul barbituraatuinutit (keskmine annus 0,1—0,15 g) ning 15—20 minutit enne narkoosi algust atropiini või metatsiini (keskmine annus 0,3—0,5 mg) koos opiaadiga (keskmine annus 10—15 mg) lihasesse. Alates 1962. a. märtsist kasutame ainult koliinolüütilisi preparaate ilma opiaatideta ning manustame need veeni sageli, vahetult enne narkoosi alustamist. Vaatamata sellise premedikatsiooni äärmisele lihtsusele oleme saavutanud hemodünaamika näitajate ja üldseisundi küllaldase stabiilsuse operatsiooni ajal. Standardskeemile lisasime kudede laialdast vigastamist nõudvate operatsioonide korral pipolfeeni kui tugeva antihistamiinse toimega preparaati — väikestes annustes (25 mg õhtul ja 25 mg hommikul), mis ei tekita väljendunud vegetatiivset blokaadi. Suure riisikoga seotud operatsioonide puhul kasutasime veel AKTH ja

neerupealise hormoonipreparaate individuaalsetes doosides. Pipolfeeni ja hormoonipreparaatide kasutamise efektiivsuse kohta ei saa olemasoleva materjali põhjal kindlaid järeldusi teha.

Narkoos. Narkoosi induktsioon toimus kõigil juhtudel barbituraatnarkootikumiga (evipaan-naatrium, tiopentaal või intranarkoon) keskmistes annustes 0,5—0,6 g (tiopentaalil 0,4—0,5 g). Kontakti kadumisel patsiendiga manustasime 100—150 mg depolariseerivat tüüpi relaksanti (ditiliin, tselokuriin, lüstenoon või müorelaksiin) ning alustasime maski abil juhitavat hingamist — kas narkoosiaparaadi hingamislõõtsa või hingamisautomaadi abil — kuni täieliku relaksatsiooni saabumiseni. Järgnes otsene larüngoskoopia ning endotraheaalne intubatsioon. Kohe pärast intubeerimist ühendasime endotrahheaaltoru hingamisautomaadiga, mille reguleerisime ventilatsioonisagedusele 18—20 korda minutis, ning avasime aparaadi AN-4 dosimeetri 8—10 vol%-ni. Viimane annab eetri faktiliseks kontsentratsiooniks hingamisteedes 4—5 vol%, mis tagab analgeesiastaadiumi saavutamise umbes 5 minuti jooksul. Seejärel reguleerisime dosimeetri 4—5 vol%-le, 52 juhul aga 3,2—3,6 vol%-le. Viimane annab hingamisteedesse 1,6—1,8 vol% eetriaure, mis on küllaldane valuaistingu kõrvaldamiseks [V. Vinogradov ja P. Djatšenko (3), Šanin (16)], kuid ei lülita välja teadvust. Haigete subjektiivsed avaldused ning seisundi objektiivne hinnang näitasid, et narkoos analgeesiastaadiumis on küllaldane ka operatsioonide puhul kehaõõntes, kaasa arvatud rindkeresisesed operatsioonid.

Täieliku relaksatsiooni loomiseks kasutasime diplatsiini või selle puudumisel depolariseerivat tüüpi relaksantide fraktsioneeritud manustamist. Relaksandi korduva manustamise vajalikkust näitavaks kriteeriumiks loeb J. Šanin (15) spontaanse hingamise taastumist sellise määrani, et vasturõhu tekkimise tõttu häirub hingamisautomaadi töö. Meie kogemused näitavad, et sellisel juhul tekivad hemodünaamika näitajate küllaltki ulatuslikud nihked, mille põhjuseks on tõenäoliselt rindkeresisese rõhu tõus ning mis mööduvad kiiresti pärast uue relaksandiannuse manustamist. Seepärast peame otstarbekaks manustada relaksanti enne spontaanse hingamise märgatavat taastumist, võttes aluseks konjunktivaalrefleksi taastumise, nagu seda soovitab ka F. Tšernjahhovski (14).

Hinnang. Pindmise narkoosi, eriti aga eeteranalgeesia puhul sõltus patsientide aktiivsuse taastumine mitte niivõrd narkoosist «ärkamisest» kui just relaksandi toime möödumisest. Seetõttu olid patsiendid juba operatsioonilaual võimelised kõhima ja rõga aktiivselt väljutama, mida loeme üheks oluliseks momendiks operatsioonijärgsete komplikatsioonide profülaktika seisukohalt.

Operatsiooni ajal otseselt anestesioloogia valdkonda kuuluvaid olulisi tüsistusi ei esinenud. Juhitava hingamise ajal ei ilmnenud ühelgi juhul gaasivahetuse häireid. Seda kinnitas patsientide naha kuivus, vererõhu ja pulsisageduse stabiilsus, hea perifeerne verevarustus ning 12 juhul oksühemomeetria andmed. 14 juhul esines narkoosi algul arteriaalse vererõhu langus 10—35 mm Hg võrra, mida seostame barbituraatnarkootikumi toimega ning mis möödus ilma ravita paarikümne minuti vältel. Operatsioonitrauma mõjutas hemodünaamika näitajaid vähe. Vaatamata novokaiiniblokaadidest loobumisele ei põhjustanud üldiselt ka kopsuvärati ja mediastiinumi tugev mehaaniline ärritamine olulisi vererõhu ja pulsisageduse muutusi. Ka P. Djatšenko (8) loeb novokaiiniblokaade mittevajalikeks. Kui üksikutel juhtudel muutused tekkisid, olid nad väikese ulatusega ning likvideerusid ilma spetsiaalsete ravivõtete kasutamiseta manipulatsiooni katkestamisel või lõpetamisel. Märkimist väärib veel kopsuresektsiooni juht, kus tehnilistel põhjustel eetri lisamine gaaside segule lühikeseks ajaks katkes. Pärast relaksatsiooni möödumist selgus, et patsient oli sel ajal tundnud valu, millele vaatamata mingisuguseid arteriaalse vererõhu ega pulsisageduse muutusi ei tekkinud. Sellised

tähelepanekud on ilmses vastuolus kontseptsiooniga kesknärvisüsteemi juhtivast osast, nn. operatsioonišoki patogeneesis. Seevastu osutus hemodünaamika väga tundlikuks relaksatsiooni osalise möödumise ning eriti verekaotuse puuduliku asendamise suhtes. Saadud kogemus ja kirjanduse andmed [P. Bulgakov (2)] näitavad veel kord verekaotuse suuruse täpse hindamise meetodite väljatöötamise ning praktikasse juurutamise vajalikkust. Tsentraalse ründepunktiga analeptilisi vahendeid, mida peetakse ähvardava kardiovaskulaarse puudulikkuse korral kontrainditseerituiks [A. Laborit ja T. Huguenard (9), V. Negovski (10)], ei kasutatud ühelgi juhul.

Näidustused. Narkoosi andmist automaatselt juhitava hingamisega loeme absoluutselt näidustatuks kõigi rindkeresiseste operatsioonide ning hingamistegevust takistavate sundasendite puhul. Relatiivseteks näidustusteks loeme kauakestvaid ning eriti traumeerivaid õõntesiseseid operatsioone, haige ebarahuldavat üldseisundit, südamepatoloogiat ning kõiki sundasendeid peale Trendelenburgi asendi. Viimase korral on atelektaasi tekkimise oht negatiivse rõhuga väljahingamisfaasis; siin on juhitava hingamise vajalikkuse korral otstarbekam rakendada ühefaasilist positiivse rõhuga ventileerimist.

Olemasolevad kliinilised kogemused annavad automaatselt juhitava hingamisega narkoosile soodsa hinnangu. Põhilisteks patsiendi üldseisundit kindlustavateks vahenditeks peame seejuures täielikku relaksatsiooni, küllaldast kopsuventilatsiooni, pindmist, praktiliselt mittetoksilist narkoosi, verekaotuse täielikku asendamist ning energiavarude pidevat täiendamist hüpertoonilise glükoosilahuse regulaarse manustamisega. Nende nõuete täitmisel on anesteseerimine hingamisautomaadi DP-1 ja narkoosiaparaadi AN-4 dosimeetri kombinatsiooni abil ohutu ning praktikanõuetele vastav valikmeetod.

KIRJANDUS

1. Бакман А. Вестн. хирургии, 1962, 1, 112—117. — 2. Булгаков П. П. Хирургия, 1961, 8, 30—39. — 3. Виноградов В. М., Дьяченко П. К. Основы клинической анестезиологии. Л., 1961. — 4. Гаджиев С. А. Вестн. хирургии, 1961, 7, 103—109. — 5. Дарбинян Т. М. Эксперим. хир. и анестезиол., 1961, 5, 14—22. — 6. Дьяченко П. К. Вестн. хирургии, 1961, 7, 90—97. — 7. Он же. Хирургия, 1961, 8, 121—130. — 8. Он же. Вестн. хирургии, 1961, 9, 93—102. — 9. Лабори А., Гюгенар П. Гибернотерапия (искусственная зимняя спячка) в медицинской практике. М., 1956. — 10. Неговский В. А. Оживление организма и искусственная гипотермия. М., 1960. — 11. Паркхауз Дж., Макинтош Р. Эксперим. хир. и анестезиол., 1961, 1, 3—12. — 12. Смольников В. П. Эксперим. хир., 1957, 2, 50—55. — 13. Углов Ф. Г. и Рассветаев И. Л. Вестн. хирургии, 1961, 11, 150—151. — 14. Черняховский Ф. Р. Вестн. хирургии, 1961, 7, 97—102. — 15. Шанин Ю. Н. Грудная хирургия, 1961, 1, 89—95. — 16. Шанин Ю. Н. Вестн. хирургии, 1961, 11, 150—151

ПЕРВЫЕ НАРКОЗЫ ПРИ ПОМОЩИ ДЫХАТЕЛЬНОГО АВТОМАТА В ТАЛЛИНСКОМ РЕСПУБЛИКАНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

М. Кивило

Резюме

Сообщается о первых 86 случаях наркоза по методике Ю. Н. Шанина при помощи дыхательного автомата ДП-1 и дозиметра наркозного аппарата АН-4.

Выполнялись разные операции — от диагностической лапаротомии до удаления легкого. Во всех случаях общее состояние и гемодинамические показатели больных оставались достаточно стабильными, травматичные манипуляции мало влияли на их общее состояние. В то же время наблюдалась высокая чувствительность к кровопотере, которая требовала немедленного и адекватного возмещения. Осложнений в связи с применением такого вида наркоза не наблюдалось. Аналептические препараты не применялись.

На основании полученных данных применение наркоза с автоматически управляемым дыханием как безопасный и удовлетворяющий практическим требованиям вид обезболивания можно считать вполне оправданным.

MODELLEERITUD KIPSSIDEME-LONGETI KASUTAMISEST DISLOKATSIOONITA MONOMALLEOLAARSETE MURDUDE RAVIKS

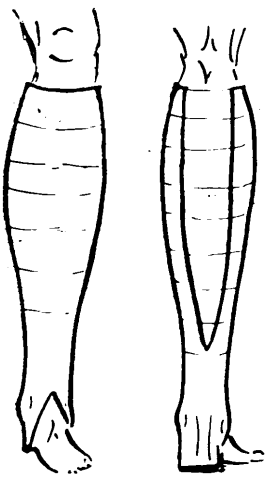
E. LIIV ja *H. TIHANE*

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Seoses asjaoluga, et malleoolusefraktuurid on sagedasemaid murruliike [kodarluumurdude järel sageduselt teisel kohal (11)] ja põhjustavad sageli alajäseme pikaajalisi staatilis-funktsionaalseid häireid, väärib nende ravi küsimus ning ravimeetodite täiustamine suuremat tähelepanu.

Malleoolusefraktuurid moodustavad 10—15% kõigist luumurdudest, kusjuures 50—70% mono- ja bimalleolaarsetest murdudest on ilma dislokatsioonita (3).

Igasugune muutus jäseme funktsionaalses koormuses kutsub esile vastava reageeringu luukoe ja liigesekõhre poolt (4). Kui jäse on immobiliseeritud tsirkulaarse kipsmähisega, on liigeste liikuvus piiratud, lümfo- ning venostaasi tõttu tekivad püsivad tursed ja jäseme troofika häired, sest vaatamata nn. käigukipsile seatud nõuete täitmisele on enamik lihaseid fikseeritud jäsemes siiski passiivses seisundis (3, 7). Osa autoreid (6 jt.) soovitab malleoolusefraktuure ravida kipslahasega, mis võimaldab ravi algusest peale rakendada füsioterapeutilisi protseduure, kuid sel juhul saab kipslahases jäset liikumiseks kasutada väga piiratult.



Jäseme liikumisvõimetus teeb kannatanu abituks. Passiivne hüpereemia ning sageli püsivad valud viivad kõigi eespool mainitud tüsistuste süvenemisele ning Sudecki atroofia arenemisele (10 jt.).

Brunni poolt kasutusele võetud U-longett (5, 8, 11) ja Volkovitši tsirkulaarsete kipsrõngastega fikseeritav U-longett (1) on malleoolusefraktuuride aktiivse ravi seisukohalt märksa soodsamad, kuid ei fikseeri fragmente küllaldaselt. U-longett puruneb sageli enne fiksatsiooniaja lõppu, soodustades hüppeliigese enneaegset liikumist, mis võib põhjustada tüsistusi kestva valusündroomi, liigese vigastumise, vigastatud sideaparaadi puuduliku paranemise, turse jne. näol (7)

Eeltoodut arvestades töötasime malleoolusefraktuuride raviks välja kipssideme, mis fikseerib fragmendid ning ülemise hüppeliigese küllaldaselt, samal ajal aga võimaldab jäset vabalt esimestest päevadest alates käimiseks kasutada (vt. joonis).

Kipsside valmistatakse 10—12 sm laiustest sidemetest otse haigel jäsemel, luuliisi väljeid ja jäseme kumerusi täpselt välja modelleerides (vt. foto). Jalg hoitakse hüppeliigesest 90° nurga all. Kõik sidemekäigud kulgevad jäseme pikisuunas, kusjuures hüppeliigese ja pöiaosa tugevdamiseks tehakse seal side 3—4 lühema lisakäigu abil paksemaks. Kipsside-longett haarab sääreosas eest ning külgedelt $^3/_4$ sääre ümbermõõdust, toetudes sääreluu esipinnale, mis on lihastest katmata, ning jätab sääre tagapinnal vabaks *musculus gastrocnemius*'e. Pöial ulatub kipsside plantaarselt ja külgedelt kuni tarsometatarsaalliigeseni, kattes tagant kanna (koos kannakõõlusega) täielikult ja jättes vabaks pöia dorsaalpinna ja sääre eespinna hüppeliigesest 2—3 sm proksimaalsemale. Kanna toetuspinna tugevdamiseks pannakse kipsmähise pöiaosa alla kannalaiune 7 mm paksune puuklots, või veel parem — õhuke metallplaat. Viimasel juhul on kipsi pöiaosa paksus ainult 1—1,5 sm ja haige saab kanda jalanõud. Sääreosas fikseeritakse kipsside-longett täiendavalt tsirkulaarse marlisidemega. Kipssideme kaalu ning paksuse vähendamiseks ja vastupidavuse suurendamiseks lisatakse kipssidemete niisutamise veele umbes 1% želatiini. Kipssideme valmistamiseks kulub kolm-neli 2,4 m pikkust ja 10—12 sm laiust mähist.

Haigetel lubatakse jalale toetudes käia otsekohe, kui kipsside on kuivanud. Enamik haigetest käis alates 5. päevast omal jalal (kepi abil või ilma) polikliinikus kontrollimisel, kandes vigastatud ning kipssidemega fikseeritud jalas jalatsit.

Kirjeldatud kipsfiksatsiooni on autorid varem (alates 1956. aastast) kasutanud üksikjuhtudel. Analüüsitaval perioodil, s. o. 1. jaanuarist kuni 1. detsembrini 1961. a., rakendati nimetatud kipssidet 35 haigel, seejuures 5 juhul haigetel, kellel varem asetatud tsirkulaarne kipsmähis põhjustas vaevusi või esines tüsistusi (*erysipelas*, tromboflebiit).

Fiksatsiooniajaks määrati malleoolusefraktuuridega haigetel kuni 1 kuu traumast, noorematel haigetel seda aega lühendati. Üksikjuhtudel nähti eelnevalt ette 5—7-päevane kodune lamamisrežiim koos alkoholikompressidega (hematoomi ning turse vähendamise eesmärgil). Andmed fiksatsiooni kestuse kohta on toodud tabelis.

Murru lokalisatsioon	Juhtude arv	Haigete vanus aastates	Fiksatsiooni kestus päevades	
			min.-maks.	keskmine
Malleolus lateralis	26	21—82 a.	20—32	28
Malleolus medialis	5	14—49 a.	21—31	24
Malleolus lateralis ja *tibia* tagaserv	1	55 a.	36	36
Tibia («pajuvitsamurd») alumises kolmandikus	3	3—7 a.	14—23	19
Kokku	35	—	—	28

Pärast kipssideme eemaldamist oli enamikul haigetel turse minimaalne, osal see puudus. Hüppeliigese funktsioon oli normis, nii et polnud vaja erilist ravivõimlemist. Järelraviks määrati sooje vanne.

Vaadeldud 31 haigest vajasid töövõimetuslehte 19 (15 *malleolus lateralis*'e ja 4 *malleolus medialis*'e murruga). Nimetatud haigetest 1 jätkas tööd kipssidemesse fikseeritud jalaga (tehnik), 3 haiget asusid tööle pärast lühiajalist (3—10-päevast) kodust ravi (1 juuksur, 1 laohoidja, 1 insener). Keskmine töövõimetuspäevade arv malleolaarsete murdude puhul oli 35 päeva [*malleolus lateralis*'e murdudega haigetel (15 juhtu) keskmiselt

32 päeva]. Viimastel aastatel on malleoolusefraktuuride ravi Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliiniku andmeil kestnud keskmiselt 40—45 päeva (kasutati tsirkulaarset kipsmähist käiguklotsiga).

Kokkuvõtteks võib öelda, et meie tähelepanekute põhjal on kirjeldatud kipssideme puhul fiksatsiooni kestus lühem (keskmiselt 28 päeva) kui kirjanduse andmetel [H. Uebermuth (11) 4—5 nädalat; M. Zetkin ja H. Kühtz (12), L. Böhler (7) ja N. Orator (9) 6 nädalat; A. Kaplan (3) 4—6 nädalat; V. Tšaklin (5) 30—40 päeva]. Peame seda kullaldaseks, arvestades, et kipsside võimaldab aktiivset ravi. Tavalise jalanõu kandmise tõttu liiguvad haiged rohkem ning osa haigeid (ligi 20%, olenevalt töö iseloomust) läksid tööle veel fikseeritud jäsemega.

Kontrollfilmidel pärast kipssideme eemaldamist ühelgi haigel fragmentide dislotseerumist ei täheldatud. Lokaalne leid oli pärast fiksatsiooni eemaldamist minimaalne, mistõttu erilist järelravi tsinkliimsideme, ravivõimlemise, massaaži ja füsioterapeutiliste protseduuride näol ei olnud vaja. Põialihaste aktiivse tegevuse tõttu käimisel ei pea me vajalikuks profülaktilise ortopeedilise tallatoe kandmist, nagu soovitab rida autoreid (2, 3, 5,12 jt.).

Ülaltoodust tingitult kujunes ravi kestus *resp.* keskmine töövõimetuspäevade arv lühemaks (keskmiselt 35 päeva) kirjanduses esitatud andmetest [A. Kaplan (3) 5—7 nädalat, V. Tšaklin (5) keskmiselt 7 nädalat, G. Tšernjakovskaja ja E. Rjabokan (6) keskmiselt 36—39 päeva jne.].

Järeldused

Modelleeritud kipsside-longett võimaldab 1) fikseerida fragmendid küllaldaselt ning rakendada aktiivset ravi alates esimestest päevadest, 2) lühendada fiksatsiooni ja järelravi kestust, 3) jätkata osal haigetel töötamast, 4) materjali kokkuhoidu (50% võrreldes tsirkulaarse kipsmähisega).

Saavutatud tulemused lubavad soovitada modelleeritud kipssidetlongetti kõigi dislokatsioonita monomalleolaarsete ja ka mõnede teiste murruliikide raviks.

KIRJANDUS

1. Головин Г. В. Способы ускорения заживания переломов костей. Л., 1959. — 2. Гориневская В. В. и др. Основы травматологии. Т. II. М., 1953. — 3. Каплан А. В. Закрытые повреждения костей и суставов. М., 1956. — 4. Сиповский П. В. Компенсаторные и репаративные реакции костной ткани. Л., 1961. — 5. Чаклин В. Д. Руководство по хирургии. Т. XII. М., 1960. — 6. Черняковская Г. Л. и Рябоконь Е. А. Ортопедия, травматол. и протезир., 1960, 8, 42—45. — 7. Böhler, L. Die Technik der Knochenbruchbehandlung. Bd. II. Wien, 1943. — 8. Jaeger, F. Verbandlehre. Leipzig, 1958. — 9. Orator, N. Chirurgische Unfallheilkunde. Leipzig, 1958. — 10. Seyffarth, G. Zbl. Chirurg., 1959, 4, 39, 1595—1601. — 11. Uebermuth, H. Spezielle Chirurgie. Leipzig, 1960. — 12. Zetkin, M., Kühtz, E. H. Die Chirurgie des Traumas. Bd. II. Berlin, 1956.

О ПРИМЕНЕНИИ МОДЕЛИРОВАННОЙ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ-ЛОНГЕТКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСМЕЩЕННЫХ МОНОМАЛЛЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Э. Лийв и *Х. Тихане*

Резюме

Для более активного лечения несмещенных мономаллеолярных переломов при достаточно фиксированной конечности авторы предложили моделированную гипсовую повязку-лонгетку.

Повязка-лонгетка изготовляется прямо на поврежденной конечности, точно соответствуя костным выступам и выпуклостям. На голени лонгетка охватывает $^3/_4$ окружности спереди и оставляет свободными задние мышцы. На пятке повязка достигает тарзо-метатарзального сочленения и оставляет открытыми тыльную часть стопы и ниж-

нюю часть голени на 2—3 см, выше голеностопного сустава. Лонгетку фиксируют марлевым бинтом.

Приводится анализ лечения 35 случаев несмещенных лодыжечных и большеберцовых переломов (у детей) с помощью гипсовой повязки-лонгетки. Результаты оказались хорошими. Длительность фиксации и нетрудоспособности больных уменьшилась на 5—10 дней, в сравнении с приводимыми в литературе сроками. Из 15 больных с переломом наружной лодыжки 4 не прекратили вообще работы или приступили к ней через короткий срок (3—10 дней) лечения на дому.

Преимуществами предлагаемой повязки являются более активное лечение, возможность носить обычную обувь, отсутствие осложнений, сокращение длительности лечения и нетрудоспособности, а также экономия материалов на 50%.

RASEDUSE, SÜNNITUSE NING SÜNNITUSJÄRGSE PERIOODI JUHTIMISEST STRUUMA- JA TÜREOTOKSIKOOSIHAIGETEL

Arstiteaduse kandidaat *K. GROSS*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor *V. Fainberg*, ja Tartu Vabariiklikust Struumatõrje Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *V. Paškov*)

Väga oluline on osata õigesti juhtida rasedust, sünnitust, samuti sünnitusjärgset perioodi, kui emal esineb mingi haigus, kaasa arvatud endokrinoloogilised kõrvalekaldumised normist. Kilpnäärme haigestumisele on seoses rasedusajaga üldiselt vähe tähelepanu pööratud, vaatamata sellele, et struumat ja türeotoksikoosi tuleb ette küllaltki sageli. Viimaste aastate vältel oleme jälginud raseduse, sünnituse ning sünnitusjärgse perioodi kulgu patsientidel, kel Tartu Vabariiklikus Struumatõrje Dispanseris oli diagnoositud kilpnäärme haigestumist ning kes rasedusajal kuulusid arvele ja sünnitasid Tartu Kliinilises Sünnitusmajas.

Vaatluse all oli 102 rasedat. Eutüreoidset struumat oli diagnoositud 39, primaarset türeotoksikoosi 6 ning sekundaarset türeotoksikoosi 57 juhul. Esinesid kerged ning keskmise raskusega türeotoksikoosivormid. Ainult 1 juhul oli tegemist primaarse türeotoksikoosi raske vormiga. Analüüsides mainitud patsientide raseduse, sünnituse ning sünnitusjärgse perioodi kulgu, selgusid tüüpilised iseärasused, mida võis seostada kilpnäärme haigestumisega. Ka kirjanduses võib leida viiteid erinevuste kohta, mis esinevad endeemilise struumaga haigetel.

Sünnitusabiandjaid, samuti endokrinoloogе on alati huvitanud küsimus, milliste türeotoksikoosivormide puhul on rasedus vastunäidustatud. Arvamused on lahkuminevad. I. Havin (4) ei pea türeotoksikoosi kerge vormi puhul vajalikuks rasedust katkestada, küll aga keskmise raskusega, samuti raskesti kulgevate vormide korral. Seevastu D. Tšebotarjev (5) leiab, et ka kergete türeotoksikoosivormide korral tuleb rasedus katkestada. Samuti arvab autor, et ka edukalt ravitud keskmise raskusega ning raskelt kulgenud türeotoksikoosi puhul tuleb rasedus katkestada, sest viimane võib olla retsidiivi põhjuseks. Tänapäeval on üldiselt levinud seisukoht, et rasedus tuleb katkestada türeotoksikoosi raskete vormide korral. Keskmise raskusega vormide puhul tuleb küsimus otsustada individuaalselt, sest raseduse ajal on võimalik türeotoksikoosi ravi jätkata. Arvestada tuleb ka naise soovi saada last. Ei tohi unustada, et raseduse katkestamine, eriti hilisemas rasedusjärgus, toob enesega kaasa kiire hormonaalse ümberkõlastumise naise organismis, mis võib olla türeotoksikoosi raskenemise põhjuseks. Sellest tingituna tuleb türeotoksikoosihaigetele, kel rasedus on vastunäidustatud või kes ise ei soovi last, ilmtingimata soovitada kasutada rasestumisvastaseid vahendeid.

Tuleb märkida, et türeotoksikoosile võivad kaasuda muutused munasarjade talitluses, millest tingituna patsient üldse ei rasestu. Seejuures

ei ole haiguse raskus ja muutused munasarjade talitluses alati paralleelsed. Ka raskete türeotoksikoosivormide korral võib munasarjade talitlus olla normaalne ning võib toimuda rasestumine, samuti võivad sigimatust põhjustavad häired esineda kergete türeotoksikoosivormide puhul.

Rasedusajal peab patsient olema nii akušööri kui endokrinoloogi pideva järelevalve all. Rasedus-, samuti imetamisperioodi ajal peab kilpnäärme ravi toimuma tavalisest erinevalt, sest tuleb arvestada arenevat loodet või vastsündinut.

Rasedusajal tuleb antitüreoidseid preparaate, nagu seda on metüültiouratsiil, merkasoliil jt., kasutada äärmiselt ettevaatlikult, sest need võivad kahjustada loodet [W. T. Becker, P. G. Sudduth (7), H. H. Schmid (12), L. K. Branch, S. W. Tuthill (9), H. Rockstroh (11)]. Ravi radioaktiivse joodiga on vastunäidustatud: see võib loodet kahjustada ning olla väärarengu põhjuseks [Z. Tšiladze (6), M. Berger, S. Nelken (9), H. Rockstroh (11)].

Rasedusajal on soovitatav kasutada joodipreparaate [E. B. Man, B. A. Shaver, R. E. Cooke (10)]. On teada, et joodipreparaadid läbivad platsentabarjääri [M. Berger, S. Nelken (8)].

Vajaduse korral on kilpnäärme operatiivne ravi mõeldav ka rasedusajal. Kui rasedad on eelnevalt ette valmistatud, taluvad nad kilpnäärme operatsiooni hästi. Enne ja pärast operatsiooni on soovitatav ordineerida ka ravimeid, mis soodustavad raseduse säilimist (E- ja C-vitamiin, kollaskeha hormoon).

Meie vaatlusalustel kulges rasedus suhteliselt väheste kaebustega. Huvitav on asjaolu, et türeotoksikoosinähud nihkusid rasedusajal nagu tagaplaanile. Rasedus katkestati ühel juhul, kus kaasus primaarse türeotoksikoosi raske vorm. Kahel juhul (kerged türeotoksikoosivormid) toimus raseduse iseeneslik katkemine II—III raseduskuul. Neist ühel esines emakamüoom, mida pidasime raseduse katkemise põhjuseks, teisel patsiendil ei õnnestunud peale türeotoksikoosi muid kõrvalekaldumisi normist sedastada.

Vaatlusalustest patsientidest ei vajanud ükski spetsiaalset türeotoksikoosiravi.

On teada, et rasedusajal produtseerib kilpnääre tavalisest rohkem hormooni, sest hapendumisprotsessid on suurenenud. Viimast tõendavad Z. Tšiladze (6) uuringud. Autor näitab, et radioaktiivse joodi neeldumine on rasedail tavalisest kõrgem, eriti kõrge aga siis, kui esineb türeotoksikoos. Seoses kilpnäärmehormooni hulga suurenemisega tõuseb organismi vajadus joodi, A- ja C-vitamiini ning täisväärtuslike valkude järele. Lähtudes eespool mainitust oleme viimasel ajal ordineerinud rasedaile, kel esines struuma või türeotoksikoos, profülaktiliselt joodi antistrumiini näol. Antistrumiini ordineerisime raseduse ning laktatsiooniperioodi vältel 1—2 tabletti nädalas. Samaaegselt määrasime kalamaksaõli ning C-vitamiini. Raseduse esimestel kuudel pidasime vajalikuks anda ka E-vitamiini. On väga oluline, et toit sisaldaks täisväärtuslikke valke, joodi ning rohkesti vitamiine.

Üheks sagedamaks kõrvalekaldeks normist oli aneemia. Langes hemoglobiini hulk ning erütrotsüütide arv. Aneemia väljakujunemist võis täheldada nii struumaga kui türeotoksikoosiga rasedail. Antianeemiliseks raviks kasutasime edukalt B_{12}-vitamiini, rauapreparaate, C-vitamiini ning ilmtingimata antistrumiini, kui seda polnud eelnevalt ordineeritud. Samuti andsime alati nõu dieedi suhtes. Viimasel ajal omistatakse B_{12}-vitamiinile peale antianeemilise toime ka loote kasvu soodustavat omadust. Kogemused on näidanud, et nii struumaga kui ka kilpnäärme talitluse muutustega patsientidel sünnivad lapsed tavalisest väiksema kaaluga. Seega on B_{12}-vitamiin käesoleval juhul ka loote kasvu soodustava faktorina soovitatav. Aneemia sagedase kujunemise tõttu on neil

rasedail vajalik korduvalt teha (peale muude ettenähtud uuringute) vere analüüs hemoglobiini ning erütrotsüütide suhtes.

Erilist tähelepanu pöörasime südamele ning veresoonkonnale. Paljudel juhtudel ordineerisime südamevahendeid, samuti rahusteid.

Kui tavaliselt rakendatakse talvekuudel rasedatele kvartskiiritust, siis struuma ning türeotoksikoosi puhul on see vastunäidustatud.

Rasedustoksikooside esinemise sageduses me muutusi ei täheldanud (võrreldes kontrollrühmaga). Sellegi poolest tuleb erilist tähelepanu pöörata raseduse II poole toksikoosi profülaktikale.

Sünnitused, välja arvatud 3, olid ajalised. Ühel sekundaarse türeotoksikoosiga haigel esines enneaegne sünnitus: sündisid kaksikud ning ühtlasi diagnoositi emal nefropaatiat. Teistel juhtudel enneaegsuse põhjus ei selgunud. Rasedusperioodi pikenemist ei diagnoositud ühelgi juhul.

Sünnituse käigus diagnoositi vaatlusalustel mõnevõrra sagedamini loodet ähvardavat üsasisest asfüksiat kui kontrollrühmas. Järelikult tuleb neil haigeil rakendada üsasisese asfüksia profülaktikat. Soovitatav on, et ema inhaleeriks perioodiliselt hapnikku. Samuti on vaja kasutada loote asfüksiat vältivaid vahendeid A. Nikolajevi või V. Hmelevski üldtuntud skeemi kohaselt.

B. Gurtavoi, J. Laptijeva (2) on täheldanud, et endeemilise struuma korral kestab sünnitus lühemat aega kui tavaliselt. Ka meie vaatlusalustel oli sünnituse kulg lühem, võrreldes kontrollrühmaga. Enneaegset ning varast lootevete puhkemist esines harvem kui on Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja andmete keskmine. Platsentaarperiood kulges suhteliselt vähese verekaotusega (100—200 ml).

Vastsündinute kaal oli enamasti alla 3500 g, seega tavalisest madalam. Sama tähelepanekut võime leida ka kirjanduses [N. Bakšejev, A. Bakšejeva (1), B. Gurtavoi, J. Laptijeva (2)]. Kõik vastsündinud olid elujõulised, väärarenguid ega surnultsündimist meil ei esinenud. Türeotoksikoos ei põhjustanud ühtegi operatiivset vahelesegamist sünnituse käiku.

Sünnitusjärgsel perioodil täheldati vaegpiimasust, ja seda kõigis vaatlusalustes rühmades, kõige sagedamini aga patsientidel, kel oli diagnoositud türeotoksikoosi. Ühtlasi on teada, et mainitud patsiendid kannatasid ka pärast sünnitusmajast lahkumist vaegpiimasuse all ning ka imetamisperiood oli neil lühenenud. Ka M. Dolgihh (3), B. Gurtavoi ja E. Laptijeva (2) on täheldanud endeemilise struuma korral vaegpiimasust. Sellele peab nii akušöör kui ka mikropediaater oskama pöörata vajalikku tähelepanu.

Iseloomulik on suurem füsioloogiline kaalu langus vastsündinutel, enamikul oli see üle 5%, kuid jäi normi piiresse. Vastsündinute sünnikaal taastus 9. elupäevaks vaid vähemikul, kuigi anti lisatoitu. Selleks ajaks taastus sünnikaal suhteliselt harvem lastel, kelle emadel esines türeotoksikoos.

Eespool öeldust järeldub, et kõigil sünnitanuil, kel on struuma või türeotoksikoos, tuleb rakendada vaegpiimasuse profülaktikat ning vajaduse korral ka ravi. Soovitatav on kasutada prolaktiini, piimanäärmete soojendust, määrata õige dieet. Laktatsiooniperioodil on vajalik jätkata antistrumiini, A-, C- ja E-vitamiini manustamist. E-vitamiinile omistatakse ka laktogeenset toimet.

Antitüreoidsete preparaatide, samuti radioaktiivse joodi kasutamine pole sel perioodil lubatud. Kui ema seisund viimast nõuab, tuleb laktatsioon lõpetada.

On vajalik, et struuma või türeotoksikoosiga sünnitanut konsulteeriks sünnitusjärgsel perioodil endokrinoloog.

KIRJANDUS

1. Бакшеев Н. С., Бакшеева А. А. Ужгородский гос. университет. Ученые записки. 1955, т. XV, 97—111. — 2. Гуртавой Б. М., Лаптиева Е. Д. Труды Сталинабадского медицинского института им. Абуали Ибн Сина (Авиценны). 1958, т. XXXIV, 47—53. — 3. Долгих М. С. Сборник научных трудов кафедры акуш. и гинекол. Архангельского мед. ин-та. Под ред. проф. А. М. Мажбиц. 1957, 31—37. — 4. Хавин И. Б. В кн.: Руководство по клинической эндокринологии. Под ред. Васюкова Е. А., М., 1958, 30—31. — 5. Чеботарев Д. Ф. Внутренняя патология в клинике акушерства и гинекологии. Киев 1960, 140. — 6. Чиладзе З. А. В сб.: Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М., 1957, 304—319. — 7. Becker, W. F., Sudduth, P. G. Ann. Surg., 1959, 149, 6, 867—874. — 8. Berger, M., Nelken, S. Presse med., 1958, 66, 4, 62—63. — 9. Branch, L. K., Tuthill, S. W. Ann. Internal. Med., 1957, 46, 1, 145—148. — 10. Man, E. B., Shaver B. A., Cooke, R. E. Amer. J. Obstetr. and Gynecol., 1958, 75, 4, 428—441. — 11. Rockstroh, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1958, 83. 47, 2098—2099. — 12. Schmid, H. H. Zbl. Gynäkol., 1957, 24, 938—939.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ЗОБОМ И ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

К. Гросс

Резюме

У женщин с зобом и тиреотоксикозом наблюдается ряд особенностей в течении беременности, родов и послеродового периода.

Как известно, во время беременности и лактации имеется повышенная потребность в йоде, особенно при заболеваниях щитовидной железы. Поэтому беременным с зобом и тиреотоксикозом необходимо принимать по 1—2 таблетки антиструмина в неделю и одновременно пищу, богатую белками, йодом и витаминами, а также рыбий жир и витамины Е и С.

Во время беременности следует обращать особое внимание на состояние сердечно-сосудистой системы и профилактику поздних токсикозов, а также помнить о возможном возникновении вторичной анемии.

Применение антитиреоидных препаратов противопоказано во время беременности и лактации. Оперативное лечение щитовидной железы во время беременности допустимо.

Во время родов рекомендуется широко применять профилактику асфиксии плода, а в послеродовый период следует уделять внимание профилактике гипогалактии: назначить пролактин, продолжать применение антиструмина, витаминов Е и С, рыбьего жира и соблюдать соответствующую диету.

Во время беременности и лактации больные с зобом и тиреотоксикозом должны находиться под наблюдением врачей — акушера и эндокринолога.

AMINASIINRAVI TULEMUSTEST VARASE RASEDUSTOKSIKOOSI KORRAL

I. VEERMA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor *V. Fainberg*)

Lähtudes rasedustoksikooside etiopatogeneesi kaasaegsetest teooriatest tuleb lakkamatut oksendamist pidada rasedusaja esimese poole neuroosiks. S. Bekker (1), A. Lebedev (2), I. Kobozjova (3) näitasid, et lakkamatu oksendamisega samaaegselt on nendel rasedatel koorealuste tsentrumite erutuvus tõusnud ja ajukoore aktiivsus langenud. Enamikus meie raviasutustes rakendatakse varaste rasedustoksikooside raviks I. Kobozjova (3) meetodit, mis seisneb broomi ja kofeiini kasutamises (soodustab ajukoore ja koorealuste seoste normaliseerumist). See meetod on osutunud efektiivsemaks kui varem kasutatud sümptomaatiline ravi.

Alates 1957. a. sügisest hakati Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas kasutama broom-kofeiini kõrval ka aminasiini, seda nii varaste kui ka hiliste rasedustoksikooside puhul.

Aminasiinile omistatakse tugevat oksendamisvastast toimet, mis on võimeline välja lülitama apomorfiini toimet [L. Cook, J. J. Toner (11)]. Eksperimentidega ja kliinikus on tõestatud, et aminasiinil on närvisüsteemi rahustav toime, ta potentseerib narkootiliste, analgeetiliste ja hüpnootiliste ainete toimet. Aminasiin mõjub sedatiivselt, antisekretoorselt, hüpotensiivselt ja emaka muskulatuuri lõõgastavalt. Mõned autorid [E. Svet-Moldavskaja (5)] on täheldanud mitterasedatel aminasiiniravi ajal kaaluiivet ja piima sekretsiooni teket. Tavalises annuses (1 mg kehakaalu 1 kg kohta päevas) ei avalda aminasiin toksilist toimet lootesse ega vastsündinusse [A. Persianinov (5)].

Esmakordselt võttis aminasiini varaste toksikooside raviks kasutusele R. Rouchy (7) 1952. a. Seda kasutasid ka A. Persianinov (5), P. Kasko (8), K. Ludwig (13), B. Coopersmith (12), L. Braumann (11) jt. Enamiku autorite arvates on aminasiin väärtuslik vahend toksikooside raviks [A. Persianinov (5)], teised [E. Vihljajeva (7)] ei näe, et aminasiinil oleks teiste medikamentidega võrreldes erilisi eeliseid.

Meie võrdlesime ravi tulemusi 58 rasedal, keda raviti broom-kofeiiniga, ja 54 rasedal, kes said aminasiini. Broom-kofeiiniga ravitud rasedaist oli 44-l toksikoos neuroosifaasis, 11-l toksikoosifaasis ja 3-l dustroofiafaasis; aminasiiniga ravituist oli 34-l toksikoos neuroosi-, 14-l toksikoosi- ja 6-l düstroofiafaasis.

Meie haigetest oli esmasrasedaid 45: I rühmas (broom-kofeiiniga ravituist) — 18, II rühmas (aminasiiniga ravituist) — 27. Teistkordselt rasedaid oli 33: I rühmas 21, II rühmas 12. Ülejäänud 34 olid korduvrasedad: I rühmas 19, II rühmas 15. Enamik haigeid hospitaliseeriti esimese 10 rasedusnädala jooksul.

Aminasiiniravi metoodika oli meil järgmine: naistele, kellel esines kergem vorm rasedusoksendamisega, määrati 2,5%-list aminasiini 1,0 ml (s. o. 25 mg 2—3 korda päevas) ja C-vitamiini 250—1000 mg. Kogemused näitasid, et otstarbekohane on ravi alguses kasutada suuremaid aminasiiniannuseid (süstida kuni 100 mg päevas) ja hiljem vähendada annust, manustades ravimit siis juba suu kaudu. Sõltuvalt haige üldseisundist, haiguse kestusest ja kulust, kaalu langusest ja organismi veekaotusest süstiti veeni glükoosilahust (tavaliselt 40 ml 5%-list), samuti B_1-, B_6- ning B_{12}-vitamiini ja nikotiinhapet. Pikaajalisel oksendamisel kasutati hüpertoonilist soolalahust *per rectum*, infundeeriti järgmist lahust: 5%-list glükoosi 300,0, *spiritus vini* 25,0.

Üksikutel juhtudel rakendati hormooniravi (progesterooni, desoksükortikosterooni, adresaani, kortisooni, AKTH-d ja teisi). Aminasiini tarvitamise ajal on soovitatav kasutada kuiva toitu väikestes annustes. Juua võib söögikordade vahel ja õhtul enne magamist. Broom-kofeiiniravi kasutamisel on oluline individuaalne dieet.

Raviks kasutatud aminasiini hulk olenes haiguse iseloomust. Kergematel juhtudel manustati kuni 350 mg, raskematel kuni 2000 mg aminasiini. Osal juhtudel kombineeriti aminasiini broomiga, lähtudes aminasiini broomi toimet potenseerivast omadusest. Kunagi ei läinud me üle aminasiiniravilt broom-kofeiinile, küll aga vastupidi — broom-kofeiiniravi saanutel ravisime retsidiive aminasiiniga.

Aminasiiniravi toimel lakkas $^2/_3$ haigetest oksendamine 2. päeval, iiveldus 4.—5. päeval. Raskematel juhtudel püsis oksendamine kauem, kuid muutus harvemaks, esinedes 1—2 korda päevas.

Broom-kofeiini kasutamisel lakkas oksendamine hiljemalt 5.—9. päeval [T. Jurova (8) andmetel 4.—15. päeval].

Aminasiiniravi soovimatute kaasnähtudena ilmnes mõnel haigel tahhükardia, mõnel nõrkus, suu ja nina limaskesta kuivus. Need nähud olid aga mööduvad. Kahel haigel enesetunne halvenes ja aminasiiniannust tuli vähendada. Ühel juhul halvenes ekseem kätel.

Kogu aminasiiniravi kestel jälgisime vererõhu dünaamikat 32 rasedal, mõõtes seda enne ja 2 korda pärast aminasiini manustamist iga tunni järel, et välja selgitada ravimi võimalikku hüpotensiivset toimet. *Sol.*

aminasini 2,5% 1,0 naha alla manustamisel määrati haigele voodirežiim, arvestades kollapsi võimalust. Vererõhu kõikumistes võis täheldada nii langus- kui ka tõusutendentsi — maksimaalselt + 20 mmHg ja keskmiselt ± 4 mmHg. Vererõhu kõikumist üle ± 10 mmHg esines süstoolse rõhu osas 12% juhtudest ja diastoolse rõhu osas 20% juhtudest. Hommikuste ja õhtuste vererõhumuutuste juures erilist vahet ei sedastatud. Jälgides aminasiini individuaalset mõju vererõhule panime tähele, et iga süstimise puhul oli reaktsioon erinev. Enamikul juhtudest näitasid vererõhu väärtused ravi lõpuks tõusutendentsi. Eriti ilmnes see hüpotooniaga (RR alla 100 mm Hg) rasedatel, kellel vererõhk normaliseerus. Arvestades vererõhu võimalikke kõikumisi on aminasiini süstimisel õigustatud voodirežiimi rakendamine. Ambulatoorse aminasiiniravi puhul võib ravimit anda suu kaudu, vererõhu kõikumist ei ole sel juhul märgata.

Tavaliste kliiniliste analüüside kõrval määrasime jääklämmastiku, valgu, suhkru, bilirubiini, kloriidide ja protrombiini taseme veres, ühtlasi tegime Takata-Ara reaktsiooni. Meie tähelepanekute põhjal võib öelda, et mitmed näitajad — jääklämmastik, kloriidid, verevalk — jäävad füsioloogilistesse piiridesse ega muutu ravi vältel. Toksikoosi intensiivsuse selgitamisel tuleb arvestada Takata-Ara reaktsiooni, bilirubiini taset veres, atsetooni esinemist uriinis. Haige tervenemisel need näitajad normaliseeruvad. Varastele rasedustoksikoosidele on iseloomulik normaalsest madalam veresuhkru tase.

Eriline tähtsus on säästval režiimil, psühhoteraapial. Haige üldseisundi paranemisel võimaldame neile 2—3-tunnilisi jalutuskäike, nii et režiim sarnaneb rohkem sanatooriumi kui haigla omaga.

Haiglaravi kestus oleneb haiguse staadiumist, hospitaliseerimise ajast ja haigustest ning komplikatsioonidest, mis on kaasunud rasedusele ja toksikoosile (näiteks südame- ja veresoonkonna haigused, maksahaigused).

Kui võrrelda eespool toodud kahe haigeterühma ravi voodipäevade järgi, võib öelda, et aminasiiniravi vähendab voodipäevade arvu õige vähe — I staadiumi puhul 1—2 päeva võrra, II staadiumi puhul 5—7 päeva. III staadiumi puhul kestab ravi mõlemas rühmas vähemalt kuu aega. Meie andmed ühtivad kirjanduse andmetega broom-kofeiiniravi rakendamise kohta [A. Lebedev, L. Lihhodajeva (9)].

Aminasiiniga ravitud rasedate rühmas (54 rasedat) lõppes rasedus järgmiselt: ajalise sünnitusega — 48 juhul, rasedus katkestati haige omal soovil sõltumata toksikoosist 2 juhul, 4 raseda kohta puuduvad andmed. Retsidiive esines 3 juhul, neist ühel oli anamneesis 3 aborti rasedusoksenduse tõttu.

Laste keskmine kaal oli 3625 g. Sünnitus ja sünnitusjärgne periood kulgesid normaalselt. Laktatsioon oli küllaldane, lisatoitu said 6 last.

Haigete rühmas, keda raviti broom-kofeiiniga, lõppes rasedus järgmiselt: ajalise sünnitusega 46 juhul, enneaegse sünnitusega — 3 juhul, 3 raseda kohta andmed puuduvad. 1 juhul toimus abort omal soovil ja 1 abort tehti seetõttu, et ravi polnud efektiivne. 1 juhul tekkis iseeneslik abort; järgmine rasedus arenes sellel haigel normaalselt pärast 59 päeva kestnud ravi (esines varane toksikoos). Retsidiive esines 5 juhul, neist kahel kasutati hiljem aminasiini. Laste keskmine kaal oli 3570 g. Viimaste aastate jooksul on laste keskmine kaal tunduvalt tõusnud (1959. a. meie andmeil 3670 g). Laktatsioon oli küllaldane, lisatoitu said 14 last.

Võrreldes ravi tulemusi võib täheldada järgmist.

1. Aminasiin on osutunud tõhusaks vahendiks, millega kiiresti saavutatakse oksendamise ning iivelduse lakkamine ja sülje sekretsiooni vähenemine, mille tõttu rasedad toituvad normaalselt, ei vaja eridieeti, võtavad hästi kaalus juurde. Paranevad enesetunne, uni ja ainevahetus, säilib usk arsti ravimeetodisse.

2. Kergematel juhtudel võib aminasiini manustada suu kaudu: ambulatoorse ravi korral 1 nädala vältel 25 mg 2 korda päevas. Enamikul juhtudel on tulemused head, raskematel juhtudel tuleb haige hospitaliseerida.

3. Aminasiini võib ravikuuri alguses soovitada ka samaaegselt broom-kofeiiniga. Aminasiini kasutamisel tekib vähem retsidiive.

4. Aminasiin ei mõju toksiliselt lootele. On tõenäoline, et ta mõjub laktatsiooni soodustavalt.

5. Aminasiini võib soovitada rasedustoksikooside sümptomaatiliseks raviks nii iseseisva ravimina kui ka kombinatsioonis teiste ainetega.

6. Vererõhu kõikumised aminasiini manustamisel süstetena on ±4 mm Hg, maksimaalselt ±20 mm Hg piires. Suuremad ja sagedasemad kõikumised esinevad diastoolses rõhus. Ravi lõpuks võis täheldada vererõhu normaliseerumist eriti rasedatel, kellel ravi algul oli vererõhk alla 100 mm Hg.

KIRJANDUS

1. Беккер С. М. Токсикоз беременности. М., 1954. — 2. Лебедев А. А. Рвота беременных. М., 1957. — 3. Кобозева И. В. Акушерство и гинекология, 1954, 2, 17. — 4. Свет Молдавская Е. Д. Гинекологические заболевания у психических больных. М., 1958. — 5. Персианинов А. С. Акушерство и гинекология, 1957, 5, 93. — 6. Касько П. И. Акушерство и гинекология, 1956, 3, 81. — 7. Вихляева Е. М. Акушерство и гинекология, 1956, 1, 90. — 8. Юрова Т. Н. В сб.: Токсикозы беременности. М., 1954, 77—83. — 9. Лиходаева Л. Л. В сб.: Токсикозы беременности. М., 1957, 90—98. — 10. Braumann, L., Kohan, S. Obstetr. and Cynecol., 1956, 4, 321. — 11. Cook, L., Toner, J. J. J. Pharmacol. Exper. Therap., 1954, 110, 12. — 12. Coopersmith, B. I. Obstetr. and Gynecol., 1956, 8, 235. — 13. Ludwig, H. H. Therap. Gegenw., 1956, 11, 420. — 14. Rouchy, R. Presse med., 1952, 60, 1324. — 15. Semmens, James. P. Obstetr. and Gynecol., 1957, 9, 586.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ АМИНАЗИНОМ РАННЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННОСТИ

И. Веэрма

Резюме

В свете современных представлений об этиопатогенезе токсикозов беременности, неукротимую рвоту беременных следует считать неврозом первой половины беременности. В большинстве лечебных учреждений для лечения раннего токсикоза беременности применяются препараты брома в сочетании с кофеином. В Тартуском клиническом родильном доме с 1957 г. для лечения ранних и поздних токсикозов беременности использовался и аминазин.

Первая группа в 58 больных ранним токсикозом беременности лечилась бромидами в сочетании с кофеином, вторая группа в 54 человека лечилась 2,5% раствором аминазина, который вводился внутримышечно по 1 мл 2—3 раза в день. Одновременно больные получали по 250—1000 мг. витамина С в сутки. Всего на курс лечения больным вводили, в зависимости от характера заболевания, 350—2000 мг. аминазина.

У 2/3 больных, получавших аминазин, рвота прекрашалась на 2-й день после начала курса лечения, у получавших бромиды с кофеином — на 5—9-й день.

В продолжительности пребывания на койке больных первой и второй групп значительного различия установить не удалось.

У получавших аминазин наблюдались как понижение, так и повышение артериального давления. Колебания артериального давления, измерявшегося до и после инъекции аминазина, составляли в среднем ±4 мм и не превышали ±20 мм ртутного столба.

Количество рецидивов заболевания в группе больных, получавших аминазин, было меньше, чем в группе больных, получавших бромиды в сочетании с кофеином.

Неблагоприятное действие лечения аминазином на развитие плода не наблюдалось.

UROGENITAALTRAKTI TRIHHOMONOOSI PÕDEVATE HAIGETE KATSELISEST DISPANSEERIMISEST *

Arstiteaduse kandidaadid J. TERAS ja E. RÕIGAS, I. LAAN

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Et selgitada *Trichomonas vaginalis*'e infektiivsust, urogenitaaltrakti trihhomonoosi põdevate haigete seksuaalpartnerite nakatumise sagedust ja trihhomonoosi veneerilist levikut, samuti selle infektsiooni tõrjeks vajalikke abinõusid, viisime Tallinnas 15. septembrist 1958 kuni 1. aprillini 1960 läbi urogenitaaltrakti trihhomonoosi põdevate isikute katselise dispanseerimise.

Seetõttu et me kirjandusest ei leidnud trihhomonoosihaigete dispanseerimise kohta mingeid teateid, lähtusime katselisel dispanseerimisel gonorröatõrje alal Nõukogude Liidus juba aastate jooksul saadud kogemustest, pöörates täpse diagnoosimise kõrval erilist tähelepanu trihhomonoosi põdevate haigete vastastamisele ehk konfrontatsioonile, võimalikult kõikide seksuaalpartnerite uurimisele. Uurisime kõiki patsiente, kellel me trihhomoonaseid esimesel külastusel ei leidnud, vähemalt kolm korda. Kui ka kolmas mikroskoopiline ja kulturaalne [TV-1 söötmes (2)] uuring osutus negatiivseks, lugesime uuritava isiku urogenitaaltrakti trihhomonoosi mittepõdevaks.

Naistenõuandlate ning naha- ja suguhaiguste dispanserite poolt katselisse dispanserisse suunatud trihhomonoosihaigetest, allikate ja kontaktidena meie poolt väljakutsutuist, samuti ise katselisse dispanserisse pöördunud patsientidest osutusid trihhomonoosi põdevaiks 1157 inimest, kellest 789 olid naised ja 368 mehed.

Tabel 1

Arvele võetud naiste trihhomonoosi kliinilised vormid ja diagnoosimise meetodite efektiivsus

Külastused	Haigete arv	Urogenitaaltrakti trihhomonoosi kliiniline vorm										
		akuutne		subakuutne		krooniline		latentne		Kokku		
		Np.	K	Np.	K	Np.	K	Np.	K	Np.	K arv	K %
I	736	103	4	136	10	346	29	88	20	673	63	9
II	43	1	—	5	1	13	9	7	7	26	17	39
III	10	1	—	—	—	5	3	—	1	6	4	40
Kokku	789	105	4	141	11	364	41	95	28	705	84	11

Märkus: Np. — natiivipreparaat; K — külvimeetod (TV-1 söötmes).

Nagu töö tulemuste analüüsimisel selgus, ei olnud trihhomonoosi esinemissagedus erinevates earühmades kaugeltki ühesugune. Nii sedastasime trihhomonoosi kõige enam 20—40 aasta vanustel inimestel, s. o. aktiivsel seksuaalperioodil.

Asjaolu, et menopausi-ikka jõudnud naistel diagnoosisime trihhomonoosi märksa harvemini kui nende menstruatsioonialistel sookaaslastel, näib tingitud olevat klimakteeriumis tekkivatest hormonaalsetest muutustest. Võib oletada, et samuti nagu tütarlastel esineb kuni puberteedini füsioloogiline kaitse trihhomonoosi nakatumise vastu (9), tekib midagi sarnast ka naistel pärast kliimaksit.

Töö tulemuste analüüsimisel pakkus huvi võrrelda trihhomonoosi

* Avaldatakse mõttevahetuse korras.

sagedust abielus olevatel ja vallalistel patsientidel. Nii selgus, et abielus olevaid registreeriti trihhomonoosihaigete hulgas märgatavalt rohkem kui vallalisi. Eriti kehtib see trihhomonoosi põdevate meeste kohta, kellest ligi 80% olid abielus. Seejuures ilmnes aga, et paljudel abielus olevatel trihhomonoosihaigetel oli juhuslikke suguühteid olnud ka väljaspool abielu. Nii oli 549 abielunaisest selliseid seksuaalpartnereid 118 naisel ehk 21%-l, kuna 295 abielumehest oli väljaspool abielu partnereid 99 mehel ehk ligikaudu 34%-l. Siinjuures tuleb märkida, et ükski arvele võetud trihhomonoosihaige ei olnud suguliselt puutumatu.

Naistel täheldasime kõige sagedamini trihhomonoosi kroonilist vormi, mida diagnoosisime 405 haigel ehk ligemale 51%-l kõigist arvele võetud naistest. Akuutset ja subakuutset trihhomonoosi diagnoosisime 261 juhul ehk umbes 33%-l naiste üldarvust, kuna latentne vorm esines ainult 123 naisel (s. o. ligikaudu 16%-l).

On huvitav märkida, et rõhuv enamik (ligi 97%) akuutse ja subakuutse trihhomonoosi juhtudest diagnoositi juba esimesel läbivaatusel, kuid krooniliselt kulgeva, eriti aga latentse trihhomonoosi diagnoosimiseks tuli patsiente juba märksa sagedamini korduvalt uurida. Esmakordsel läbivaatusel leidsime trihhomoonaseid ainult natiivpreparaatide abil ligikaudu 85%-l (789 arvele võetud naisest 673-l). Selle põhjal võime öelda, et isegi siis, kui natiivpreparaate uuritakse niisama hoolikalt, nagu seda tehti kogu katselise dispanseerimise vältel, jääb esimesel läbivaatusel ainult natiivpreparaadi uurimisel umbes 15% naiste trihhomonoosijuhtudest avastamata (tabel 1).

Kahjuks ei ole naiste korduva uurimise vajadust kirjanduses seni peaaegu käsitletud, mistõttu naistenõuandlates piirdutakse paraku sageli ainult ühekordse uurimisega. Tuleb aga kohe lisada, et korduv uurimine osutub katselisel dispanseerimisel saadud tulemuste põhjal efektiivseks ainult siis, kui paralleelselt natiivpreparaadi uurimisega rakendatakse ka külvimeetodit. Eriti oluliselt soodustab uurimist külvimeetodi kasutamine kroonilist ja latentset trihhomonoosi põdevate haigete korduval kontrollimisel, mille puhul natiivpreparaadi mikroskoopimine osutub viljatuks märksa sagedamini kui esmakordsel uurimisel.

Tabel 2

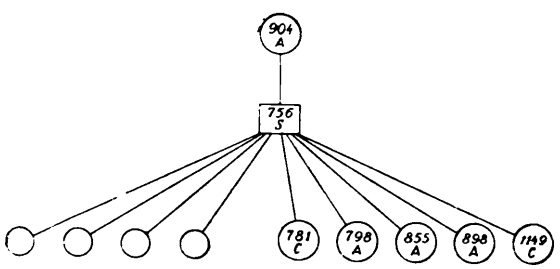
Arvele võetud meeste trihhomonoosi kliinilised vormid ja diagnoosimise meetodite efektiivsus

Külastused	Haigete arv	Urogenitaaltrakti trihhomonoosi kliiniline vorm										
		akuutne		subakuutne		krooniline		latentne		Kokku		
		Np.	K	Np.	K	Np.	K	Np.	K	Np.	K arv	K %
I	318	5	2	36	2	188	37	36	12	265	53	17
II	34	—	—	2	—	20	3	5	4	27	7	20
III	16	—	—	1	—	5	3	4	3	10	6	38
Kokku	368	5	2	39	2	213	43	45	19	302	66	18

Meestel kulgeb trihhomonoos akuutselt ja subakuutselt tunduvalt harvemini kui naistel. Nii võib meie materjalide põhjal akuutse ja subakuutse trihhomonoosi esinemissageduseks naistel lugeda $33{,}1 \pm 3{,}4\%$, meestel aga ainult $13{,}0 \pm 3{,}8\%$. Seevastu latentset trihhomonoosi võib naistel ja meestel kohata peaaegu võrdse sagedusega. Seega ei kinnitanud meie poolt saadud tulemused mõnede autorite väidet (1,4 jt.), nagu kulgeks trihhomonoos meestel latentselt sagedamini kui naistel. Küll võime aga öelda, et vastupidiselt gonorröale põhjustab urogenitaaltrakti trihhomonoos naistel subjektiivseid vaevusi märksa sagedamini kui meestel.

Natiivpreparaatide uurimisel negatiivseks osutunud juhtudel oli patoloogilise materjali külv TV-l söötmesse meeste trihhomonoosi diagnoosimisel veelgi olulisem kui naiste trihhomonoosi avastamisel. Nii selgus, et natiivpreparaatide abil leidsime esimesel läbivaatusel trihhomoonaseid meie poolt arvele võetud 368 mehest ainult 265-l ehk ligikaudu 72%-l. Seega oleks 103 trihhomonoosi põdevat meest (ligikaudu 28%) jäänud avastamata, kui me oleksime piirdunud ainult nende ühekordse uurimisega natiivpreparaatide abil. Korduv uurimine oli oluline latentse trihhomonoosi diagnoosimisel, kus meil õnnestus esimesel läbivaatusel trihhomoonaseid natiivpreparaadi abil avastada ainult umbes 56%-l juhtudest. Samuti nagu naiste trihhomonoosi diagnoosimisel, suurenes külvimeetodi tähtsus ka meeste korduval uurimisel (tabel 2).

Täpse diagnoosimise kõrval pöörasime katselisel dispanseerimisel erilist tähelepanu trihhomonoosihaigete vastastamisele, püüdes välja selgitada arvele võetud haigete võimalikult kõiki viimase viie aasta sugulisi kontakte. Kogu katselise dispanseerimise vältel õnnestus meil uurida 1022 trihhomonoosihaige 1284 seksuaalpartnerit, kellest infitseerituiks osutusid ligi 73%. Seejuures selgus, et trihhomonoosi põdevate meeste seksuaalpartneritel oli trihhomonoosi esinemissagedus märksa suurem kui trihhomonoosi põdevate naiste sugulistel kontaktidel. Nii oli trihhomonoosi põdevate meeste seksuaalpartnereist infitseeritud $93{,}2 \pm 2{,}6\%$, kuna trihhomonoosi põdevate naiste sugulistest kontaktidest osutusid trihhomonoosihaigeiks $60{,}1 \pm 3{,}5\%$. Ühtlasi ilmnes, et trihhomonoosi põdevate naiste ja meeste abikaasade nakatumus *T. vaginalis*'ega oli niisama kõrge kui vallaliste trihhomonoosihaigete seksuaalpartnerite keskmine infitseeritus (hii-ruut = 0,00057; $p > 0{,}9$). Sellest nähtub, et nakatumisel *T. vaginalis*'ega ei ole määrav, kas suguühe trihhomonoosihaigega toimub ainult juhuslikult või korduvalt, pikema perioodi jooksul.



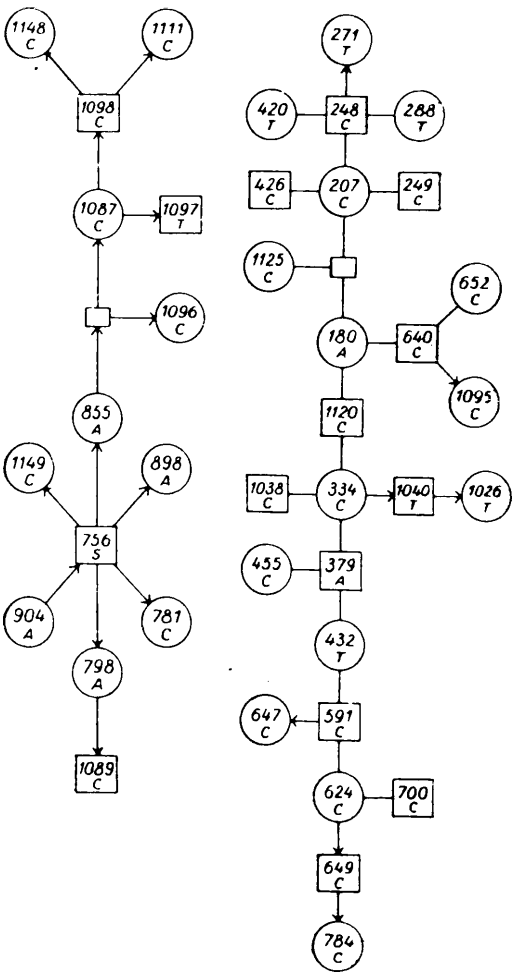
Joon. 1

Esitatud väidet kinnitab väga paljude trihhomonoosihaigete ja nende seksuaalpartnerite uurimine. Eriti illustratiivsed olid selles suhtes ühe subakuutset trihhomonoosi põdeva mehe (juht 756) kümne sugulise kontakti uurimisel saadud tulemused (joon. 1). Vastastamisel saadud seksuaalanamneesi andmetest selgus, et see mees oli nakatunud juhuslikul suguühtel naisega (juht 904), kes põdes akuutset trihhomonoosi. Neli naist, kellega tal oli suguühe olnud enne seda, olid uuringute ajal trihhomoonase suhtes negatiivsed. Seevastu need viis naist (juhud 781, 798, 855, 898 ja 1149), kellega tal suguline vahekord oli olnud pärast infitseerumist, osutusid kõik tema poolt nakatatuiks. Neist ühega (juht 1149) oli sellel mehel suguline vahekord olnud ainult üks kord.

Katselisel dispanseerimisel kogutud rikkaliku materjali põhjal võime ka öelda, et *T. vaginalis*'e infektiivsus ei olene trihhomonoosi kliinilisest vormist. Eriti veenvad andmed saime selle kohta trihhomonoosihaigete väljaspool abielu olevate seksuaalpartnerite uurimisel (joon. 2). Seejuures selgus, et nii naised kui ka mehed võivad nakatuda akuutset, subakuutset, kroonilist või latentset trihhomonoosi põdeva seksuaalpartneri kaudu. Korduvalt võisime veenduda, et trihhomonoosi levimisel etendavad väga suurt osa just latentset trihhomonoosi põdevad ning juhuslikele suguühetele kalduvad mehed ja naised, kes igasuguste haiguslike vaevuste puudumise tõttu ei näe mingit põhjust sugulisest läbikäimisest hoidumiseks.

Katselisel dispanseerimisel täheldasime ka selliseid juhte, kus naiste nakkusallikaiks olid ilmselt olnud mehed, kellel me uuringute ajal trihhomoonaseid ei leidnud, kuid kelle varasemad või samaaegsed seksuaalpartnerid põdesid trihhomonoosi (joon. 2). Tõenäoliselt osutus osa meestest trihhomoonase suhtes negatiivseks seetõttu, et nad olid ainult trihhomoonaste ajutised kandjad. Seda on muide täheldanud ka G. Chappaz (5), P. Durel ning V. Roiron (6), H. Bauer (3), F. Lanceley (8) jt.

Seetõttu et peaaegu kõik kirjanduses leiduvad trihhomonoosi veneerilist laadi kinnitavad uurimused põhinevad ainult neil tulemustel, mis on saadud trihhomonoosi põdevate haigete abikaasade vastastamisel, ei piirdunud me katselisel dispanseerimisel ainult esmaselt avastatud seksuaalpartnerite uurimisega, vaid püüdsime välja selgitada ja kontrollida ka infitseerituiks osutunud seksuaalpartnerite võimalikult kõiki sugulisi kontakte, samuti viimaste partnereid jne. Et selgitada T. *vaginalis*'e ajutise kandluse tähtsust trihhomonoosi veneerilisel levikul, otsustasime võimalikult kõikidel juhtudel kontrollida ka trihhomonoosi põdevate naiste trihhomoonas-negatiivseks osutunud meeste teisi seksuaalpartnereid.



Joon. 2.

Joonistes 1 ja 2 kasutatud tingmärgid:
Ristkülikutega on tähistatud mehed, ringidega naised. Number ristkülikus või ringis — haige arvelevõtmise number. Tähed ristkülikus või ringis tähistavad trihhomonoosi kliinilist vormi: *A* — äge, *S* — alaäge, *C* — krooniline ja *T* — latentne trihhomonoos. Ilma numbrite ja tähtedeta väikesed ristkülikud — trihhomoonas-negatiivsed mehed, samasugused ringid — trihhomoonas-negatiivsed naised. Nooled tähistavad trihhomonoosi leviku suunda.

Sellisel täiendaval vastastamisel õnnestus meil välja selgitada 61 epidemioloogilist trihhomonoosiahelat. Ahelate uurimine osutus meil võimalikuks ainult tänu sellele, et me kõikidele patsientidele lubasime hoida nende käest saadud seksuaalanamneesi andmete saladust. Et sageli oli nakatumisest möödunud palju aega või oli lühikese perioodi jooksul toimunud sugulisi vahekordi mitme partneriga, osutus paljudel juhtudel tagantjärele võimatuks selgitada, kes uuritud seksuaalpartnereist oli nakkusallikas, kes kontakt. Ainult neil juhtudel, kus nakatumine oli aset leidnud võrdlemisi hiljuti, saime nii trihhomonoosi kliinilise vormi kui ka seksuaalanamneesi andmete põhjal selgitada trihhomonoosi tõenäolisi levimissuundi meie poolt uuritud ahelais. Nagu töö tulemuste analüüsimisel selgus, koosnesid 61 ahelast 51 ahelat kuni 5 lülist, 3 ahelat kuni 10 lülist, 5 ahelat kuni 20 lülist, 1 ahel 27 lülist ja 1 ahel koguni 99 lülist.

Arvestades trihhomonoosiahelate uurimise tulemusi, on meil täielik alus väita, et urogenitaaltrakti trihhomonoos on sugulisel teel leviv hai-

gus. Samuti nagu teistegi veneeriliste haiguste korral, etendavad ka trihhomonoosi levikul väga tähtsat osa juhuslikud seksuaalvahekorrad. Eriti laialdaselt võib see nakkus, samuti nagu gonorröagi (7), levida amoraalsete, kõrgenenud libiidoga ja juhuslikele suguühetele kalduvate trihhomonoosihaigete kaudu.

Trihhomonoosi põdevate haigete seksuaalpartnerite infitseerituse ja trihhomonoosiahelate põhjal on täiesti selge, et selle nakkuse edasise leviku pidurdamiseks, püsivate ravitulemuste saamiseks ja efektiivseks tõrjeks tuleb trihhomonoosi käsitada kui suure sotsiaalse tähtsusega suguhaigust, mille vastu võitlemisel etendavad esmajärgulist osa just organisatoorsed abinõud. Katseline dispanseerimine näitas veenvalt, et urogenitaaltrakti trihhomonoosi puhul tuleb rakendada samu meetodeid, mida teiste veneeriliste haiguste tõrjes on Nõukogude Liidus edukalt kasutatud juba aastaid.

KIRJANDUS

1. Теохаров Б. А. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Л., 1959. — 2. Терас Ю. Х. Изв. АН ЭССР, 10, серия биол., 1961, 1, 19—26. — 3. Bauer, H. Les infestations à Trichomonas. Premier Symposium Européen, Reims 28—30 mai 1957. Masson et C-ie. Paris, 1957, 21—27. — 4. Block, E. Acta obstetr. et gynecol. scand., 1959, 38, 4, 398—403. 5. Chappaz, G. Bull. Acad. nat. méd., 1955, 139, 1—2, 45—48. — 6. Durel, P., Roiron, V. Les infestations à Trichomonas. Premier Symposium Européen, Reims 28—30 mai 1957. Masson et C-ie. Paris, 1957, 114—122. — 7. Jung, H. Dermatol. Wochenschr., 1960, 141, 6, 148—151. — 8. Lanceley, F. Brit. J. Venereal Diseases, 1958, 34, 4, 4—8. — 9. Peter, R. Les infestations à Trichomonas. Premier Symposium Européen, Reims 28—30 mai 1957. Masson et C-ie. Paris, 1957, 155—160.

ОПЫТНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТРИХОМОНОЗОМ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Ю. Терас, Э. Рыйгас и И. Лаан

Резюме

Для выяснения инфективности *T. vaginalis*, частоты заражения сексуальных партнеров больных трихомонозом, венерического распространения трихомоноза, а также необходимых для борьбы с этой инфекцией мероприятий в Таллине с 15 IX 1958 по 1 IV 1960 впервые была проведена опытная диспансеризация больных трихомонозом урогенитального тракта. Всего было взято на учет 1157 человек, из них 789 женщин и 368 мужчин. Наиболее часто заболевание трихомонозом отмечалось в возрасте 20—40 лет. Все больные, взятые на учет, жили половой жизнью. Острая и подострая формы заболевания наблюдались значительно чаще у женщин (около 33%), чем у мужчин (около 15%).

Если подавляющее большинство случаев острого и подострого трихомоноза диагностировалось при первом посещении, то для диагностирования хронического, а в особенности латентного трихомоноза приходилось обследовать больных гораздо чаще и с помощью метода посева.

За период диспансеризации удалось обследовать 1284 сексуальных партнеров 1022 больных трихомонозом. Из общего числа сексуальных партнеров около 73% оказалось инфицированными, причем из сексуальных контактов мужчин больных трихомонозом оказалось инфицированными 93,2 ± 2,6%, а из сексуальных партнеров больных женщин 60,1 ± 3,5% были больны трихомонозом.

При заражении *T. vaginalis* не имеет значения происходил ли *coitus* с больным(ой) трихомонозом однократно или повторно. Инфективность *T. vaginalis* не зависит и от клинической формы трихомоноза.

Особенно большую роль в распространении инфекции имеют больные латентным трихомонозом мужчины и женщины, склонные к промискуитету, которые из-за отсутствия каких-либо страданий, связанных с заболеванием, не находят нужным воздерживаться от половых сношений. Инфицирование женщин может произойти и посредством мужчин, являющихся только транзиторными носителями трихомонад.

При комплементарной конфронтации была выявлена 61 эпидемиологическая цепочка, из которых самая длинная состояла из 99 звеньев. Результаты изучения инфекции позволяют утверждать, что трихомоноз является заболеванием, распространяющимся половым путем.

Для предупреждения дальнейшего распространения этого заболевания, получения стойких результатов лечения и для эффективной борьбы с трихомонозом нужно применять методы, успешно используемые в течение длительного времени в Советском Союзе для борьбы с другими венерическими заболеваниями.

Необходимо объявить трихомоноз венерическим заболеванием, применить законодательство о венерических заболеваниях и к трихомонозу, а также диспансеризовать на базе венерологических учреждений всех больных трихомонозом урогенитального тракта.

DDT JA HEKSAKLORAANI KAHJULIKUST MÕJUST

O. KONSAP

veterinaararst

Kehra Liha, Piima ja Toiduainete Kontrolljaama juhataja

Viimasel ajal kasutatakse arvukalt mitmesuguseid kemikaale võitluses umbrohu vastu (herbitsiidid), taimekahjurite vastu (insektitsiidid), seenhaiguste vastu (fungitsiidid) jne.

Kõigist põllumajanduses tarvitatavatest taimekaitsevahenditest on kõige mürgisemad fosforhappe estrid, millega pritsitakse peamiselt viljapuid. Insektitsiididena kasutatavad fosforhappe estrid hävitavad nii putukate kui ka imetajate ensüümi koliinesteraasi, mis on vajalik ainevahetusel tekkinud mürgise atsetüülkoliini lõhustamiseks.

DDT ja heksakloraani füüsikalis-keemilistest omadustest tuleb esile tõsta alljärgnevaid:

1. Nende, eriti DDT suurt vastupidavust ilmastikutingimuste suhtes (niiskus, valgus, temperatuur). On andmeid, et DDT-ga immutatud riidel säilib putukaid hävitav toime üle nelja aasta.
2. Tugevat tungi ühineda õlide, eeterlike õlide ja rasvadega, mistõttu kehasse sattumisel ühinevad nad rasvkoega, lipoididega ja piimarasvaga.
3. Kumulatiivset toimet organismis.
4. Vähest tundlikkust kõrge temperatuuri suhtes, mis ilmneb selles, et pärast toiduainete keetmist ja küpsetamist ei vähene nendes sisalduvad mürgihulgad [N. Sazonova (4)].

Ülalnimetatud omadused suurendavad ohtu DDT ja heksakloraani kasutamisel. Kui organismi satub pika aja jooksul väikestes hulkades DDT-d ja heksakloraani, siis võib nimetatud mürkainete kumulatsiooni tõttu tekkida krooniline mürgistus, mis on tingitud mürgi sattumisest organismi kas seedetrakti või naha kaudu või siis sissehingamisel.

Pärast DDT ja heksakloraaniga töötlemist võib neid mürkaineid mõningal määral säilida ka taimedes, eriti siis, kui ei peeta kinni tarvitamise eeskirjadest. Kasvuperioodil DDT-ga tolmutamise järel on juurviljadest DDT-d leitud kuni 14,8 milligrammi kilogrammi kohta [J. Šillinger jt. (5)]. Õuntes on kindlaks tehtud DDT-preparaati 0,5—16 mg/kg, kaertes ja nisus 0,2—0,3 mg/kg. Kestvalt DDT-ga töödeldud rohtu söönud lehmade piimas on nimetatud mürkainet leitud 1—12 mg/kg. Kui lehmi söödeti 5 kuud siloga, mis sisaldas DDT-d 100—150 mg/kg, oli nende piimas seda mürki 15 mg/kg. Samade lehmade rasvas leidus DDT-d 300 mg/kg ja lihastes 6 mg/kg. Kui lehmadele anti 12%-list heksakloraanidusti koguses 0,01 ja 0,02 grammi puhast substantsi kehakaalu kilogrammi kohta ning söödeti nende mürgist piima kärbestele, siis tekkis viimastel mitu päeva kestev halvatus. Hiljem osa kärbestest suri.

[I. Gladenko (1)]. Kui veised on tolmutatud DDT-ga, eritub seda preparaati mõnel juhul piimaga kuni 100 päeva[D. Howell (8)]. Samuti on andmeid, et DDT, mis on eraldatud selle preparaadiga töödeldud söötasid saanud lehmade piimast, säilitab oma esialgse mürgisuse ja on kärbestele niisama mürgine kui värske preparaat [B. Hayden (7)]. Toksiliste annuste mitmekordsel sisseandmisel küülikule on tema rasv osutunud kärbestele mürgiseks isegi kuni 60 päeva [I. Gladenko (2)]. Võirasvas on DDT-d leitud 0,04%, s. o. 400 mg/kg, rasvas 100 mg/kg ja lihas 4 mg/kg.

Heksakloraan annab toiduainetele iseloomuliku hallituse lõhna ja maitse (DDT nõrgalt). See lõhn säilib loomsetel toiduainetel pärast loomade töötlemist veiserasvas 60 päeva, searasvas 180 päeva, lamba- ja küülikurasvas kuni 250 päeva. Samuti võib munadel haista heksakloraani lõhna, kui kanu söödetakse nimetatud mürkainet sisaldavate söötadega. Toores rasv ei lehka heksakloraani järele; lõhn on hästi tunda rasva soojendamisel, kuid jahtumisel see kaob, seega toiduainete kulinaarne töötlemine ei kaota nimetatud lõhna. Heksakloraani või DDT lõhna ja maitsega toiduained on inimtoiduks kõlbmatud.

Isegi väga tühised DDT või heksakloraani hulgad, sattudes pikema aja jooksul pidevalt toiduainete kaudu kehasse, võivad häirida organismi füsioloogilisi protsesse. Ka mõõdukate DDT annuste kasutamise korral on katseloomadel täheldatud vereloomeelundite kahjustusi ja ateroskleroosi, koronaarskleroosi ning periarteriitide teket. Närvisüsteemi kahjustusele viitavad tingitud reflekside pidurdushäired [I. Gladenko (3)]. Peale keharasvade tungivad DDT ja heksakloraan suurel määral lipoidirikastesse kudedesse, millega on seletatav nende rohke esinemine neerupealistes, kilpnäärmes, ajus ja munandites. Kõige suuremad kahjustused tekivad maksas. Rottide maksas on kahjustusi täheldatud, kui DDT-d on iga päev antud 0,1 mg 7—8 kuu jooksul [G. Thomas, A. Lafontaine (10)]. Et toiduainetes peituvad mürgid kahjustavad esmajoones maksa, siis tuleks maksahaiguste etioloogia uurimisel senisest suuremat tähelepanu pöörata kõigile põllumajanduses kasutatavatele mürkainetele.

DDT ja heksakloraani surmavad annused on väga kõikuvad nii üksiku loomaliigi kui ka sama liigi piires. DDT surmavaks doosiks (puhtas substantsis) on lammastele, kitsedele 1,0 grammi kg kehakaalu kohta, hobusele ja veisele üle 0,3 g/kg. Heksakloraan (puhtas substantsis) on hobusele surmav alates 0,1 grammist kg kohta. Inimese talumispiiriks peetakse 10—12 mg/kg; tüsedad inimesed on nende mürkainete suhtes vastupidavamad kui kõhnad. Rasvade ja õlidega segunenud heksakloraan ning DDT on tunduvalt tugevama toimega ja kutsuvad esile 2—10 korda tugevama mürgistuse. Vesilahustena kehasse sattumisel on nende mürgistuse intensiivsus väiksem.

Et DDT ja heksakloraani suhtes on tundlikumad kõhnad ning noored olendid, siis on mürgistumisoht imikutel, samuti noorloomadel suurem. Kui indiviid, kelle keharasvasse on rohkesti talletunud DDT-d või heksakloraani, kõhnub, siis rasvavarude kahanemise korral võib tekkida ootamatu mürgistus isegi juhul, kui mürkaine sattumisest kehasse on möödunud pikk aeg. Selline mürgistus võib esineda imikutel ja emadel, sest imetamisperioodil kaotab iga ema kehakaalust, mille puhul vabanenud mürk võib kahjustada nii imiku kui ka ema tervist.

Mürgistusnähud ilmnevad 4—24 tunni jooksul pärast DDT suu kaudu organismi sattumist. DDT-mürgistuse puhul eristatakse 3 järku: eelnähtude, krampide ja halvatuste järk. Eelnähtudeks on lihaste värisemine ja nõrkus, hingeldus, liigutuste koordineerimatus, oksendamine, silmaavade laienemine, silmade valguskartus, pisarate- ja süljevoolus ning kõhulahtisus. Pärast neid nähte tekivad kloonilised krambid, mis hiljem lähevad üle toonilisteks. Mõnikord saadab krampe keha opistotooniline seisund (tahapoole looka paindunud keha). Krampidele järgneb halva-

tus, mis põhjustab kiiret surma. Temperatuur on tavaliselt normaalsest madalam. Haiguse kestus on 2—3 päeva. Võivad ilmneda ka ainult mõned üksikud mürgistuse eelnähud (peamiselt värisemine ja hingeldus), vahel puuduvad need häired täiesti (üliäge, äge vorm). Sellisel juhul tekivad järsku krambid, millele kohe järgneb halvatus ja surm.

Heksakloraaniga mürgistusnähud sarnanevad üldjoontes DDT omadega; peale eespool nimetatud tunnuste tekivad siin sageli verikusesus ja higistamine. Kuigi DDT-mürgistusega kaasnevad enamasti haiguse eelsümptoomid, mis võivad mõnikord niisama kiiresti kaduda kui ilmusid, tuleb olukorda alati tõsiseks pidada. Eriti ohtlik on heksakloraanimürgistus, mis tavaliselt tekib järsku, ilma hoiatavate eelnähtudeta ja võib põhjustada lühikese aja jooksul surma.

Patoloogilisi muutusi leitakse kõige sagedamini maksas, milles võivad esineda vastavalt mürgistuse astmele ja kulule tursed, väärastused, põletikud ja nekrootilised kolded. Neerudes täheldatakse aga turseid ja vääniliste torukeste atroofiat. Akuutsetel juhtudel tekib mao- ja sooletrakti põletik. Müokard on väärastunud ja perikardil esineb täppverevalumeid. Kops on tursunud. Vereloomeelundite kahjustuse tõttu tekib kehvveresus, raskematel juhtudel arenevad aju ja seljaaju rakkude morfoloogilised muutused.

Diagnoosimise seisukohalt on vaja teada, et patoloogilised nähud siseelundites võivad olla väga erineva ulatusega ja mõnel juhul täiesti puududa. Isegi tüüpiliste mürgistustunnustega surnud loomal võib patoloogiline leid olla negatiivne või esinevad vähesed muutused elundites, kuid seevastu täheldatakse ulatuslikke muutusi neil loomadel, kellel polnud isegi ilmselt väljaarenenud mürgistustunnuseid.

Mürgistuse algul antakse lahtistavaid soolasid, hiljem on nende tarvitamine kasutu. Tehakse maoloputus ja süstitakse kaltsiumglükonaati ja riboflaviini (B_2-vitamiin). Samuti manustatakse viinamarjasuhkrulahust. Õlide ja rasvade kasutamine on vastunäidustatud.

Viimasel ajal on märgata, et DDT, heksakloraani ja teiste kloreeritud süsivesinike (aldriin, dieldriin, heptakloor jt.) putukaid-hävitav toime on vähenenud. Ülalnimetatud insektitsiidide suhtes resistentseks muutunud putukatest on leitud ensüümi, mis muudab nende kehasse sattunud mürgi kahjutuks. Sellist bioloogilist putukate kohanemist tõrjemürkidega on tähele pandud mitmetel putukaliikidel (toa- ja laudakärbes, lutikas, prussakas, malaariasääsk, sääsed jt.). See tõrjevõime vähenemine sunnib sagedamini ja suuremaid mürgihulki kasutusele võtma. Teisest küljest hävitab DDT püsiva putukatõrjevahendina ka tunduva osa kohapealsetest kasulikest putukatest ja lindudest, kes on mürgi suhtes õrnemad kui kahjurid. Sellega hukkuvad paljud kahjurite vaenlased, kellest pealegi mitmed on tarvilikud taimede kasvamisel (putuktolmlemine jne.). Viljapuuaedades on esinenud mesilasperede mürgistusi DDT kasutamise tõttu. DDT ja heksakloraaniga saastunud suira ning mesinestega satub mürkainet mõningal määral ka meesse.

DDT ja heksakloraani lubatavate jääkhulkade suhtes ei ole ühtseid rahvusvahelisi norme. Ameerika Ühendriikides on DDT maksimaalne lubatav jääkhulk toiduainetes ja söötades 7 mg/kg ja heksakloraani vastav hulk 5 mg/kg [F. Bär (6)]. Tšehhoslovakkias on DDT lubatud ülemmäär toiduainetes 1 mg/kg. Kõige resoluutsemalt on DDT kasutamist looma- ja taimekasvatuses piiranud ning selle jääkhulki toiduainetes normeerinud NSV Liidu Sanitaarinspektsioon (vt. «DDT-preparaadi kasutamise piiramisest ja eeskirjadele allutamisest taime- ja loomakasvatuses», Tallinn, 1961, lk. 4). Selle eeskirja kohaselt ei tohi alaliselt kasutatavad toiduained (leib, piim jt.) üldse mitte sisaldada DDT-d; hooajaliselt tarvitatavates toiduainetes (puu- ja köögiviljad) on DDT kõrgemaks lubatavaks määraks 1 mg kilogrammi aine kohta; liha- ja piima-

karjale on keelatud haljassöödad, mis on töödeldud DDT-preparaatidega, samuti on keelatud lautade töötlemine DDT-ga, kus asub piimakari, ning loomade karjatamine DDT-ga töödeldud aladel. Sama eeskiri sisaldab veel mitmeid olulisi kitsendusi DDT kasutamisel looma- ja taimekasvatuses, eriti aiakultuuride juures.

DDT ja heksakloraani jääkhulga sisalduse probleem ei hõlma mitte ainult toiduaineid ja loomasööta, vaid samal määral ka alkohoolseid ja karastusjooke ning igasuguseid mahlu, kuna nende valmistamiseks võib olla tarvitatud kartuleid, marju, puuvilju jt., mis sisaldasid ühte neist insektitsiididest. Nimetatud küsimus nõuab senisest suuremat tähelepanu.

Sagedasti kasutatakse DDT-d ja heksakloraani ühel ja samal maa-alal, eriti aedades, korduvalt aastate vältel, mistõttu tekib mürkaine kontsentratsiooni tõus mullas ja ka tema suurenenud imendumine taimedesse. Et vältida mulla kaudu mürgi imendumist toiduainetesse, on Šveitsis püstitatud nõue, mille järgi maa-ala, mida on töödeldud tehnilise heksakloraani või heksakloraani gammaisomeeriga (mürgiseim isomeer), ei tohi kasutada järgneva 3—4 aasta jooksul kartulite ja juurvilja kasvatamiseks [P. Kästli (8)].

Kokkuvõttes tuleb rõhutada, et selliste mürkainete tarvitamise eeskirjade täitmisesse on tarvis tõsiselt suhtuda ja püüda neid kemikaale asendada lihtsamate, loomulikumate ja vähem mürgiste vahenditega. Et puuduvad niisuguste selektiivsete omadustega taimekaitsevahendid, mis surmaksid ainult kahjulikke putukaid, siis soovitatakse mürkainete tarvitamisel üha rohkem tähelepanu pöörata taimekahjurite bioloogiliste vaenlaste väljaselgitamisele ja nendele soodsate arenemistingimuste loomisele, et niimoodi ulatuslikumalt kaasa aidata kahjurite hävitamisele loomulikul teel. On katsutud mõnda taimekahjurite liiki hävitada isegi peene kriidi, diatomiidi (infusoormuld) tolmuga ja kolloidaalse räni-hapendi (SiO_2) suspensiooniga putukate surmamisel, mis on andnud DDT-ga võrreldes küllaltki häid tulemusi. Seega ei ole tõrjeaine mürgisus mitte alati peamise tähtsusega.

KIRJANDUS

1. Гладенко И. Н. Изучение органолептических и токсических свойств мяса, жира и молока животных, получавших гексахлоран или обработанные им корма. Украинский институт экспериментальной ветеринарии. Научные труды. Киев, 1954, том. XXI, 219—228. — 2. Гладенко И. Н. О судьбе гексахлорана в организме животных. Украинский институт экспериментальной ветеринарии, Научные труды, Киев, 1955, том XII, 283—289. — 3. Гладенко И. Н. Влияние гексахлорана на высшую нервную деятельность животных. Украинский институт экспериментальной ветеринарии, Научные труды, Киев, 1956, том XXII, 189—204. — 4. Н. А. Сазонова. О возможности употребления в пищу продуктов, обработанных ДДТ. Труды центрального научно-исследовательского дезинфекционного института, М., 1954, вып. 8, 192—195. — 5. Шиллингер Ю. И. Наумова Л. П. и Пехерман С. М. Вопр. питания, 1955, 5, 41—44. — 6. Bär, Fr. Ref. Реф. ж. Биол. 1957, 23, 97936 7. Hayden, B. E. Horticulture, 1956, Vol. 34, 1, p. 27, p. 47. — 8. Howell, D. E. Schweiz. Arch. Tierheilkunde, 1948, Bd. 90, 8, 450. — 9. Kästli, P. Schweiz. Arch. Tierheilkunde, 1953, 3, 171—187. — 10. Thomas, G., Lafontaine, A. Parasitica, 1955, Vol. 11, 4, 126—131.

О ВРЕДНОМ ДЕЙСТВИИ ДДТ И ГЕКСАХЛОРАНА

О. Консап

Резюме

Для борьбы с сорняками, вредителями растений, возбудителями грибковых заболеваний и др. в последнее время применяют различные химикаты (гербициды, инсектициды и фунгициды).

Из используемых в сельском хозяйстве средств защиты растений наиболее ядовитыми являются сложные эфиры (эстеры) фосфорной кислоты, применяемые преимущественно для опрыскивания плодовых деревьев.

Из физико-химических свойств ДДТ и гексахлорана необходимо указать на следующие:

1) большую устойчивость к погодным условиям (сырость, свет, температура). Имеются сведения, что ткань, пропитанная ДДТ, в течение четырех лет сохраняет способность оказывать гибельное воздействие на насекомых;

2) способность устойчиво соединяться с маслами и жирами, почему, попадая в организм, эти химикаты и образуют соединения с жировой тканью, липоидами и жирами молока;

3) способность накапливаться в организме (кумулировать);

4) устойчивость к нагреванию до высоких температур, вследствие чего ядовитое действие их не уменьшается после термической обработки (варение, жарение) пищевых продуктов, загрязненных этими химикатами.

Перечисленные свойства ДДТ и гексахлорана увеличивают опасность при работе с этими препаратами.

Если в течение длительного времени в организм попадают небольшие количества ДДТ и гексахлорана, то вследствие кумулятивного действия этих ядохимикатов может возникнуть хроническое отравление ими. Отравление вызывает попадание яда в организм через пищеварительный тракт, кожу и дыхательные пути.

После обработки растений ДДТ и гексахлораном эти ядохимикаты могут сохраняться в растениях, в особенности при нарушении предписаний по применению ядовитых веществ. В корнеплодах, обработанных ДДТ, в период роста этот ядохимикат был обнаружен в количестве до 14,8 мг/кг. В яблоках препарат ДДТ был обнаружен в количестве 0,5—16 мг/кг, в овсе и пшенице 0,2—0,3 мг/кг. В молоке коров в течение длительного времени поедавших траву, обработанную ДДТ, количество ядохимиката составляло 1—12 мг/кг; после кормления в течение 5 месяцев коров силосом, содержавшим ДДТ в количестве 100—150 мг/кг, их молоко содержало этот химикат в количестве до 15 мг/кг, жир — 300 мг/кг и мясо — 6 мг/кг. При скармливании коровам 12% гексахлоранового дуста в дозах, содержавших 0,01 и 0,02 г чистого препарата на кг веса, молоко этих коров вызывало паралич и гибель мух. После обработки поверхности тела коров порошком ДДТ выделение этого препарата с молоком продолжается иногда свыше 100 дней. Имеются данные, что ДДТ, выделенный из молока коров, которым давали корм, обработанный этим препаратом, не теряет своих первоначальные ядовитые свойства и обладает таким же губительным свойством для мух, как и свежий препарат ДДТ.

IONISEERITUD VEE TOKSIKOLOOGILISEST UURIMISEST

Bioloogiakandidaat *I. VELDRE*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor P. Bogovski)

Kirjanduses on korduvalt käsitletud ioniseeritud õhu kasulikku toimet inimese tervisesse, kuid andmeid ioniseeritud vee toime kohta ei ole autoril senini õnnestunud leida.

1960—1961. a. uuriti ioniseeritud vee toimet katseloomadesse.

Tallinna Balti jaama elektrirongide depoos ioniseeriti vesi enne kateldesse viimist elektromagniit-ionisaatori abil. Ioniseerimine andis häid tulemusi — aurukatlas katlakivi enam ei tekkinud ja boileris lahustus isegi varem tekkinud katlakivi. Seoses sellega kerkis mõte nimetatud ioniseerimismeetodit rakendada kõikides raudtee-ettevõtetes ning -asutustes ja vabariigi tööstustes. Paljudes ettevõtetes kasutatakse aga sama vett ka majapidamis- ning joogiveena, mistõttu tekkis vajadus uurida ioniseeritud vee toimet elusorganismidesse.

Elektrirongide depoo vett analüüsiti keemiliselt raudtee sanitaar-epidemioloogia jaama laboratooriumis. Analüüsi andmed on esitatud tabelis.

Tabelist selgub, et veeproovid enne ioniseerimist, ioniseerimise ajal ja duširuumist erinevad üksteisest vähe. Pärast kuumutamist, s. t. vahetult pärast ioniseerimist, on vee kloriididesisaldus kõrgenenud, hapendumus ja üld- ning jäävkaredus suur. Loetletud muutusi vee keemilises koostises põhjustab arvatavasti ioniseerimine. Keemilise analüüsi andmete põhjal ei ole võimalik öelda, kas vesi on inimorganismile toksiline või mitte. Tuleks vaid märkida, et joogivesi, mis sisaldab üle 500 mg/l kloriide, on tugevasti soolase maitsega ja seetõttu joogiks kõlbmatu.

Ioniseeritud vee toime selgitamiseks teostati rida katseid loomadega.

Tallinna Balti jaama elektrirongide depoo vee keemilise analüüsi tulemused

Analüüsi näitajad mg/l	Enne ioniseerimist	Ioniseerimise ajal	Pärast kuumutamist	Duširuumis
Värvus	värvuseta	värvuseta või kollane	värvuseta või kollane	värvuseta või kollane
Läbipaistvus	läbipaistev	läbipaistev või opalests.	läbipaistev või opalests.	läbipaistev või opalests.
Sade	sademeta	sademeta või vähese sademega	sademeta	sademeta või vähese sademega
Lõhn	lõhnata	lõhnata	lõhnata	lõhnata
Ammoniaak	0,2—0,3	jäljed 0,2	0—1,9	jäljed 0,2
Lämmastikühendid	0	0	0	0
Kloriidid	112,0—119,0	112,0—117,0	1335,0—2580,0	112,0—116,0
Raud	jäljed	jäljed 0,4	0	jäljed 0,3
Hapendumus	1,6—2,9	1,6—4,4	7,3—14,6	2,4—4,7
Üldkaredus	10,4—20,1	9,5—10,1	20,4—44,1	9,5—20,6
Karbonaatkaredus	7,8	7,8	1,6—2,2	7,7—7,8
Jääv karedus	2,3—2,8	1,7—2,3	18,4—42,5	1,7—2,8
pH	7,3—7,4	7,2—7,4	7,4—7,6	7,3—7,4

Kuuele valgele rotile anti aasta jooksul hariliku joogivee asemel ioniseeritud vett, mida toodi kord nädalas Tallinna Balti jaama elektrirongide depoost. Kontrollrühmale — samuti 6 rotti — joodeti harilikku veevärgivett. Mõlemad rühmad olid muidu täiesti ühesugustes tingimustes (toit, vitamiinid jne.). Katse vältel jälgiti rottide käitumist. Rotte kaaluti katse algul ja hiljem igä 10 päeva järel. Katseks võeti noored rotid (algkaaluga 140—230 g). Katse algul võtsid mõlema rühma rotid kaalus juurde. Alates 7. katsekuust rottide kasv aeglustus, mõnel perioodil täheldati isegi kaalu langemist. Uurimine näitas, et katseloomade käitumine ei erinenud millegagi kontrollrühma loomade käitumisest, kuid kontrollrühma rottide keskmine kaaluline oli tunduvalt suurem kui katseloomadel. Kontrollrühma rottide keskmine kaal oli katse algul väiksem katserottide keskmisest kaalust, kuid juba kuu aja möödudes ületas kontrollrottide keskmine kaal katserottide kaalu 8,1 g ja katse lõpul 59,2 g võrra. Analoogiline katse teostati veel teise seeriaga (8+8 rotti), tulemused olid samasugused. Katsed näitasid, et ioniseeritud vesi, hoolimata näilikust kahjutusest, pidurdas rottide kasvu.

Ioniseeritud vee mõju rottide vastupidavusele ja töövõimele uuriti vastavate katsetega. Rotte lasti ronida rippuvatel keppidel (korraga oli katses 1 katse- ja 1 kontrollrott), ning jälgiti, kui kaua suudab kumbki rott end üleval hoida. Väsides kukkusid rotid põrandale (sinna oli laotatud madrats). Mõnikord osutusid vastupidavamateks katse-, mõnikord kontrollrotid. Kindlat seaduspära selles täheldada ei õnnestunud. Korduvates katsetes oli isegi ühe ja sama roti vastupidavuses suuri erinevusi.

Rottide vastupidavust kontrolliti veel järgmiselt: roti saba külge kinnitati raskus, mis moodustas 15% roti kaalust, ja lasti teda siis ujuda anumas (mõõdetega 1×1×1 m); jälgiti aega, mille jooksul rott väsis ja põhja vajus. Ka selle katse põhjal ei ilmnenud katserottidel töövõime langust.

Ioniseeritud vett joodeti ka kolmele küülikule, kusjuures 3 kontrollküülikut said kraanivett. Katse kestus oli 6 kuud. Analoogiliselt rottidega täheldati ka selles katses kontroll-loomade tunduvalt kiiremat kasvu. Seega pärsib ioniseeritud vesi ka küülikute kasvu. Katseküülikute käitumine ei erinenud aga millegagi kontrollküülikute omast.

Et selgitada, kas ioniseeritud veel on ärritav toime või mitte, asetati küülikutele raseeritud nahale ioniseeritud veega kompressid (4×4 sm). Kompresse hoiti kahest tunnist 24 tunnini. Kontroll-loomale pandi kompress veevärgiveega. Katse tulemusena leiti, et ioniseeritud veel ei ole nahka ärritavat toimet.

Ioniseeritud vee mõju uurimiseks limaskestale tilgutati 20 päeva jooksul 3 küülikule vasakusse silma paar tilka ioniseeritud vett. Kontrollküülikutele tilgutati silma veevärgivett. Katse vältel ega ka 10 päeva jooksul pärast katse lõppu ei tekkinud silma limaskesta ärritust.

Lõpuks teostati veel rida katseid kaladega (ogalik, lepamaim) ja vesikirpudega (*Daphnia magna*). Ioniseeritud veega akvaariumidesse asetati vastavalt 10 kala või vesikirpu. Iga katse jaoks oli dekloreeritud joogiveega kontrollakvaarium vastavate kalade või kirpudega. Kalad ja kirbud ioniseeritud veega akvaariumides elasid ja käitusid täpselt samuti kui kontrollakvaariumis. Järelikult ei toimi ioniseeritud vesi nimetatud organismidesse kahjulikult.

Katsete tulemused töötati läbi variatsioonstatistiliselt. Saadud andmete põhjal on võimalik teha järgmised järeldused:

1) ioniseeritud vesi pidurdas rottide ja küülikute kasvu,

2) ioniseeritud vesi ei vähendanud rottide vastupidavust,

3) küülikute nahale ja silma limaskestale ioniseeritud vesi ärritavat toimet ei avaldanud,

4) veeloomadele (vesikirpudele ja kaladele) osutus ioniseeritud vesi kahjutuks.

Hoolimata sellest, et ioniseeritud vesi ei avaldanud paljudele katseobjektidele kahjulikku toimet, ei saa ioniseeritud vett joogiveeks soovitada, sest see pidurdas katseloomade kasvu. Järelikult tuleb tõsiselt kaaluda, kas ioniseeritud vett tööstustes laialdaselt kasutusele võtta, kus seda vett võidakse tarvitada ka joogiveena.

Ioniseeritud vee toime lõplikuks hindamiseks tuleks teostada veel täiendavaid füsioloogilisi ja biokeemilisi uurimisi.

К ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ИОНИЗИРОВАННОЙ ВОДЫ

И. Велдре

Резюме

В 1960—1961 гг. Институтом экспериментальной и клинической медицины Академии наук Эстонской ССР проводилась работа по исследованию влияния ионизированной воды на организм подопытных животных.

Группе животных (крысам и кроликам) давали для питья ионизированную воду, —получаемую еженедельно из железнодорожного депо. Контрольную группу поили водопроводной водой. В начале опыта и каждые 10 дней в течение опыта, продолжавшегося 1 год, животных взвешивали. Опыты показали, что ионизированная вода оказывала тормозящее действие на прирост веса подопытных животных.

Опыты, поставленные для выявления работоспособности крыс, получавших ионизированную воду, показали, что ионизированная вода не уменьшает работоспособности животных (опыты на висящей палке и плавание с грузом).

Применение компрессов, поставленных на выбритый участок кожи кролика, показало, что ионизированная вода не обладает раздражающим действием.

Вводимая в течение 20 дней в глаз кролика ионизированная вода не вызывала раздражения слизистых оболочек глаза.

Опыты с дафниями и рыбами (колюшка трехиглая и гольян) показали, что в течение 10 дней они жили как в ионизированной, так и в водопроводной воде. Таким образом, ионизированная вода оказалась для них безвредной.

Несмотря на безвредность ионизированной воды для многих тестобъектов, пить эту воду в настоящее время рекомендовать нельзя, так как она вызывает замедление роста подопытных животных.

Для окончательного решения вопроса о действии ионизированной воды на организм человека требуются еще дополнительные физиологические и биохимические исследования.

DÜSENTEERIABAKTERITE MÕJUST LAMBLIAKULTUURILE

Arstiteaduse kandidaat *A. KARAPETJAN*

Pärast lambliakultuuri saamist (A. Karapetjan, 1960) avanes võimalus eksperimendi tingimustes selgitada düsenteeriabakterite ja lambliate vastastikust toimet.

Katseteks kasutati ligi 20 korda ümber külvatud *Lamblia intestinalis*'e kultuuri koos *Candida Guillermondi*'ga. Kultuuri hoiti söötmel nr. 1 (A. Karapetjan, 1960). Igasse klaaspudelisse tehti külv arvestusega 30 000 lambliat 1 ml söötme kohta.

Eksperimendiks võeti liha-peptoonagaril kasvatatud ööpäeva-vanuseid Sonne ja Flexner c düsenteeriabakterite kultuure, kusjuures düsenteeriabakterid olid kolmes erinevas kontsentratsioonis. Igasse katsutipaari lisati vastavalt 1, 2, 3 tilka Sonne ja Flexneri 100-miljonilise kontsentratsiooniga kultuuri. Kontrolliks kasutati kaht düsenteeriabakterite külvita klaaspudelit.

Juba ööpäeva möödumisel täheldati düsenteeriabakterite tormilist kasvu ning lambliate massilist irdumist klaaspudelite seintelt. Teise ööpäeva jooksul hävisid lambliad kõigis 12 pudelis. Pudelitest plaatsöötmele tehtud kontrollkülvides leidus vaid *Candida* ja düsenteeriabakterite kultuure.

Paljunevate düsenteeriabakterite kahjuliku mõju kõrvaldamiseks lambliatele otsustasime katsetada ka nimetatud mikroobide filtraadi toimet algloomadele.

Klaaspudelite kontrollimine näitas, et Flexner c ja Sonne düsenteeriabakterite filtraatide lisamine 33% hulgal üldisest söötmemahust põhjustab lambliate hävimise juba 2 tunni pärast. Kui kultuurile lisada filtraati väiksemal hulgal (17%), toimub lambliate hävimine 5—6 ööpäeva jooksul. Filtraadi 3% sisalduse puhul aga lambliate paljunemine pidurdub vähesel määral.

Mingit erinevust kultuuri hävimise aja suhtes, sõltuvalt kasutatavast filtraadist, meie ei täheldanud.

О ВЛИЯНИИ ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ БАКТЕРИЙ НА КУЛЬТУРУ ЛЯМБЛИЙ

А. Карапетян

Резюме

В литературе имеются противоречивые данные о межвидовых отношениях в кишечнике человека между лямблиями и дизентерийными микробами (Л. С. Полянская, 1954; И. И. Блитштейн, 1954; Л. Е. Чалая и Т. Д. Тарасова, 1958 и др.).

После получения культуры лямблий представилась возможность в экспериментальных условиях выяснить взаимоотношения между дизентерийными бактериями и лямблиями.

Результаты наших исследований показали, что при внесении в культуру лямблий дизентерийных бактерий Флекснера *с* и Зонне довольно быстро наступает гибель простейших. Примерно такие же данные были получены и с фильтратами указанных бактерий. Какого-либо различия в сроках отмирания культур лямблий в зависимости от вида примененного дизентерийного микроба или фильтрата нами не отмечено.

MÕLEMA REIELUU LAHTISE MURRUGA HAIGE OPERATIIVSE RAVI JUHT

V. TRUDNIKOV

(Leningradi Riiklikust Traumatoloogia ja Ortopeedia Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor professor *V. Balakina*)

Esmakordselt sooritas lahtise luumurru puhul luusisese osteosünteesi metallnaelaga 1898. a. A. Popov (Perm). Hiljem kasutati sellist fiksatsioonimeetodit lahtise luumurru ravis ainult harvadel juhtudel. Luusisese osteosünteesi meetod arenes laialdaselt alles pärast seda, kui eksperimentaalselt oli katseloomadel näidatud selle meetodi kõlblikkust [O. Buatšidze (1) jt.].

Luumurru kiire paranemise kõige kindlamaks tagatiseks on murrukoha täielik immobiliseerimine, midą teati juba Hippokratese ajal. Kirurgide XXVI kongressil avaldasid mitmed meie kodumaa tuntud traumatoloogid arvamust, et värskete lahtiste luumurdude puhul tuleb rakendada luusisese fiksatsiooni meetodit. Praegu leiab reieluu diafüüsi lahtise murru korral luusisene fiksatsioon roostevaba metallnaelaga ikka enam pooldajaid nii kodumaa kui ka välismaa kirurgide hulgas [B. Petrov, I. Sokolov (3, 4) jt.].

Reieluu diafüüsi lahtise murru ravimise probleem on nii rahu- kui ka sõjatingimustes üks traumatoloogia põhiprobleeme.

Immobilisatsiooni-vajadus pole tähtis mitte ainult luufragmentide kiirema kokkukasvamise tagamiseks, vaid ka selleks, et rahuseisundi abil põletikku vältida. Fragmentide nihkumine ja liikuvus avaldavad otsustavat mõju ravimise tagajärgedele funktsionaalses ja anatoomilises mõttes. Ühtlasi põhjustavad nad kudedes sügavaid muutusi, mis võivad saada mitmesuguste haavatüsistuste alguseks. Kudede funktsionaalsete muutuste (reflektoorsed häired, verevarustuse muutus, ainevahetuse muutus jne.) mehhanismis etendab peamist osa kahjustustsoonis asuvate perifeersete retseptorite ja interoretseptorite ärritus. Funktsionaalsete häirete ulatus sõltub oluliselt kudede vigastuse raskusest, samuti lisanduvatest kahjustustest, mis lahtiste luumurdude ravimisel sageli tekivad.

Organismi reaktiivsuse kõrval avaldavad lahtiste luumurdude ravimisel mõju haava morfoloogilised iseärasused ja mikrofloora, samuti ravi kvaliteet (hoolikas haava kirurgiline töötlemine, fragmentide õige asend kogu raviperioodi kestel, antibiootikumide kasutamine).

J. Dubrovi (2) ja paljude teiste kirurgide kogemuste järgi on väga oluline lahtise luumurru õige kirurgiline töötlemine samaaegse luusisese fragmentide fiksatsiooniga. Sellele peavad lisanduma haava sulgemine umbselt esimestel tundidel pärast vigastust ja antibiootikumide manustamine vigastuskolde lähedusse. Niisugune menetlus tagab tüsistusteta kulgeva operatsioonijärgse perioodi ja murru kinnikasvamise nagu kinnise luumurru puhul.

Haava esmane kirurgiline töötlus peab olema mitte ainult radikaalne, vaid ka varajane. Sageli on üheaegselt tegemist mõlema reieluu murruga. Konservatiivsete ravimeetodite puhul on selliste haigete ravi küllalt pikk. Nad võivad üles tõusta alles pärast hästi väljakujunenud konsolidatsiooni, mis harilikult toimub 4.—5. kuuks. Luusisene fiksatsioon võimaldab hai-

gel mõlema reieluu murru korral püsti tõusta palju varem kui teiste ravimeetodite puhul. Mõlema reieluu diafüüsi murru korral on head repositsiooni raske saavutada. Teatavatel juhtudel (näiteks haige raske üldseisundi ja ulatuslike vigastuste korral, samuti tehnilistel põhjustel) sooritatakse haava esmane korrastus ilma osteosünteesita. Niisugustel juhtudel on otstarbekohasem osteosünteesi teha pärast haava paranemist.

Infitseerunud lahtiste luumurdude puhul on soovitatav tingimata kasutada antibiootikume nii lokaalselt kui ka lihasesiseste süstidena.

Eeltoodu illustreerimiseks esitame järgmise haigusjuhu.

Haige A. L., 50 a. vana (haiguslugu nr. 6666, 1960. a.), toodi Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia-osakonda 7. V 1960. a. Kaebus: tugevad valud mõlema reie ja vasaku kulmu piirkonnas.

Diagnoos: *fractura complicata femoris utriusque; vulnus reg. facialis.*

Haiguse anamnees: 7. V 1960 tekkis kell 13 liiklusõnnetuse tagajärjel mõlema reieluu lahtine murd. Teadvuseta pole olnud. Toodi haiglasse kiirabiautoga.

Vastuvõtul üldine seisund rahuldav. Teadvus selge. Küsimustele vastab õigesti. Pulss hea täitumisega, 88 lööki minutis, regulaarne. Südametoonid puhtad, tugevad, südametalitlus korrapärane. Vererõhk 130 80 mm elavhõbedasammast.

Lokaalne leid: alumised jäsemed pöördunud väljapoole. Mõlema reie piirkonnas avalduvate valude tõttu pole võimalik teha aktiivseid liigutusi. Jäsemete deformatsioon vasakul reie keskmise kolmandiku osas ja paremal reie alumises kolmandikus, kus ühtlasi ka põrutushaavad (suurus 2×3 sm). Mainitud piirkonna kohal on tunda luufragmentide krepitatsiooni ja kudede turset. Jäsemed on soojad, naha tundlikkuse häireid ei sedastata. Vasaku kulmu kohal põrutushaav (suurus 0,5×6 sm).

Röntgeniülesvõttel ilmneb killuline ristsuunaline luumurd reie keskmises kolmandikus vasakul (vt. röntgenogramm 1) ja alumises kolmandikus paremal (vt. röntgenogramm 2).

Et haigel šoki nähte ei tekkinud, otsustati pärast vereülekannet teostada mõlema reieluu osteosüntees. Võeti kasutusele eeter-hapnikunarkoos, sooritati haava esmane korrastus ja seejärel osteosüntees metallnaelaga (algul vasakul, siis paremal reieluul). Haava manustati antibiootikume (penitsilliini 400 000 TÜ, streptomütsiini 500 000 TÜ). Tüsistusi operatsiooni ajal ei tekkinud.

Pärast osteosünteesi toimunud kontrollimisel röntgeniga oli näha, et metallvarras paremas reieluus (vt. röntgenogramm 3) asetses veidi ekstsentriliselt — rohkem luu eesmise pinna suunas. Murrukohal rohkearvulised luukillud. Distaalne fragment asus 1,5 sm võrra lateraalsemalt. Vasaku reieluu fragmendid polnud omavahel täielikult kontaktis (distaalne fragment oli suundunud 1 sm võrra ettepoole ja keskele). Metallvarras ühendas neid samuti veidi ekstsentriliselt (vt. röntgenogramm 4).

Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. Poolteist kuud pärast operatsiooni tehtud kontroll-röntgenogrammidel oli murrukohal näha selgesti väljakujunenud luumõhn. Pärast viimast kontrolli röntgeniga lubati haigel tõusta ja karkude abil käia. 10. VIII 1960 kirjutati haige koju hea funktsionaalse ja anatoomilise seisundiga. Kui operatsioonist oli aasta möödas, eemaldati naelad. Kontrollülesvõte (röntgenogramm 5, 6) näitas tugevat kokkukasvamist. Jäsemete anatoomiline ja funktsionaalne seisund oli samuti hea.

СЛУЧАИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ОБЕИХ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ

В. Трудчиков

Резюме

Первичная хирургическая обработка раны должна быть не только радикальной, но и ранней. Переломы обеих бедренных костей встречаются часто. Консервативное лечение таких переломов продолжается длительное время. Больные могут начать вставать только после хорошо выраженной консолидации отломков, что происходит обычно на 4—5 месяце лечения. Внутрикостная фиксация позволяет больным с переломами обеих бедренных костей вставать гораздо раньше, чем при лечении другими методами. При переломе обеих бедренных костей трудно достичь хорошей репозиции отломков. В некоторых случаях (например при тяжелом общем состоянии больного и обширных повреждениях, а также по техническим причинам) рекомендуется проводить первичную обработку раны без остеосинтеза. В этих случаях остеосинтез следует проводить после излечения раны.

Röntgenogramm 3

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 1

TAHVEL II

V. Trudnikov

Röntgenogramm 6

Röntgenogramm 5

Röntgenogramm 4

Приводим случай перелома обеих бедренных костей.

Больной А. Л. 50 лет, был доставлен в травматологическое отделение Таллинской республиканской больницы 7 V 1960 г. с диагнозом: *fractura complicata femoris utriusque; vulnus reg. facialis.* Открытый перелом обеих бедренных костей произошел вследствие аварии на транспорте. Потери сознания не было. При поступлении в больницу общее состояние удовлетворительное. Тоны сердца чистые, звучные, сердечная деятельность регулярная.

На рентгенограммах виден оскольчатый поперечный перелом в средней трети левой бедренной кости (см. рентгенограмму 1) и в нижней трети правой бедренной кости (см. рентгенограмму 2).

Так как у больного не было явлений шока, то после переливания крови был произведен остеосинтез.

На контрольных рентгеновских снимках, сделанных после остеосинтеза, видно, что металлический стержень находится в правой бедренной кости несколько эксцентрично — ближе к передней поверхности кости (см. рентгенограмму 3). В месте перелома множественные костные осколки. Отломки левой бедренной кости соприкасаются не полностью. Металлический стержень соединяет их также несколько эксцентрично (см. рентгенограмму 4).

Послеоперационный период протекал без осложнений. На контрольных рентгеновских снимках, сделанных спустя 1—1½ месяца, в местах перелома ясно видна выраженная костная мозоль. Больному после последнего контроля рентгеном было разрешено вставать и ходить, опираясь на костыли. 10 VIII 1960 г. больной был выписан с хорошим анатомическим состоянием отломков и хорошей функцией. По прошествии года металлические стержни были удалены. На контрольных снимках (рентгенограммы 5, 6) видно хорошее окостенение мозоли. Анатомическое и функциональное состояние конечностей было также хорошим.

MESENTEERIUMITSÜSTIST TINGITUD SOOLESULGUS

H. SAARE

(Elva Rajooni Haiglast, peaarst *H. Järv*)

Mesenteeriumitsüste esineb harva. Eristatakse tõelisi ja pseudotsüste. Esimeste hulka kuuluvad dermoid, enterotsüstoom ja lümfangioom; need võivad olla ühe ja mitmekambrilised. Pseudotsüstide hulka kuuluvad verd sisaldavad tsüstid — traumast põhjustatud jääkhematoomid, pehmenenud tuberkuloossed lümfisõlmed ja parasitaarsed põisjad moodustised (ehhinokokid). Väiksed mesenteeriumitsüstid ei põhjusta mingeid vaevusi ja nad avastatakse juhuslikult. Komplemisel leitakse naba piirkonnas ümar pehme valutu moodustis, mis on suure liikuvusega. Koputluskõla on tumenenud. Diagnoosida on raske, ka röntgenoskoopia ei aita. Diferentsiaaldiagnostiliselt on oluline eristada mesenteeriumitsüste neerude tsüstjast degeneratsioonist. Selleks tuleb kasutada püelograafiat. Ravi on operatiivne.

Järgnevalt esitame ühe juhu, kus mesenteeriumitsüst põhjustas soolesulguse nähud.

Elva Rajooni Haiglasse hospitaliseeriti 17. VIII 1962. a. kell 17.00 8 a. vana poisslaps T. V. (haiguslugu nr. 1054). Diagnoos: *ileus.* Haige kaebas ägedate hoogvalude üle paremal kõhus. Hooti valud kiirgusid üle kogu kõhu. Esines iiveldus, oksendamine, gaaside ja väljaheidete peetus. Haigestunud samal päeval kella 14.00 paiku, mil tekkisid ägedad valud paremal pool kõhus naba kõrgusel. Viimane iste oli hommikul. Kutsuti kohale Kambja jaoskonna arst, kes suunas haige Elva Rajooni Haiglasse. Laps kaevanud aeg-ajalt kõhuvalude üle juba aastaid (eriti pärast sööki). Varem olnud terve, põdenud tuulerõugeid. Kehaehitus korrapärane, toitumus rahuldav. Keel kaetud valge katuga. Kopsud patoloogilise leiuta. Südametoonid puhtad. Pulss hea täitumusega, 88 lööki minutis. Kõht komplemisel pingeseisundis, maksimaalne valulikkus paremal pool naba. Pasternatski sümptoom negatiivne, kuulatlemisel soolte peristaltika puudub. Temperatuur 37° C.

Vere analüüs: SR 19 mm/t, hgb. 13 g%, leukots. 21 000, erütrots. 4 200 000, keppt. 9%, segmentt. 70%, monots. 7%, lümfots. 14%. Uriini analüüs patoloogilise leiuta. Röntgenoloogiliselt rindkere ilma iseärasusteta.

Otsustati teha laparotoomia. Kõhuõõs avati üldnarkoosi all. Tühisoole piirkonnas avastatud ligi 2 meherusika suurune mesenteeriumitsüst. Tsüst tühjendati: sisaldas läbipaistvat kollast vedelikku ja rasvja kanamunasuuruse moodustise, mis oli

täidetud valge piimja vedelikuga. Peensooled tsüanootilised, sinakaslillad, pitsunud. Tsust eemaldati. Peensoolte värvus taastus. Ava mesenteeriumis suleti. Et ussjätkel esinesid katarraalse põletiku tunnused, teostati apendektoomia. Kõhuõõnde viidi 100 000 TÜ penitsilliini, 250 000 TÜ streptomütsiini. Haav suleti kihiti. Operatsioonijärgne kulg normaalne. Patsient lahkus heas üldseisundis 26. VIII 1962. a. Patoloogilis-histoloogiline leid: krooniline põletikuline protsess tsüsti seinas.

СЛУЧАИ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ КИСТОЙ

Х. Саапе

Резюме

В Эльваскую районную больницу был госпитализирован 8-летний мальчик с жалобами на острую боль в животе справа от пупка. При пальпации передняя брюшная стенка была напряжена, максимальная болезненность определялась справа от пупка. При аускультации перистальтика кишок отсутствует. Анализ крови: эритроциты 4200 000, гемоглобин 13 гр.%, лейкоциты 21.000, палочкоядерные 9%, сегментоядерные 70%, моноциты 7%, лимфоциты 14%, РОЭ 19 мм в час.

При лапаротомии обнаружена мезентериальная киста, величиной в два мужских кулака. Киста удалена. Послеоперационное течение нормальное. Патогистологическое исследование: хронический воспалительный процесс в стенке кисты.

HARUKORDNE DÜSGERMINOOMIJUHT

K. VÄIN

(Kingissepa Linna Haiglast, peaarst *E. Väärt*)

Düsgerminoom on võrdlemisi harva esinev kasvaja. Eesti NSV autoritest on seda kirjeldanud prof. R. Bernakoff ja H. Soopõld (Nõukogude Eesti Tervishoid 1959, 1, 17—21). Järgnevalt esitame Kingissepa Linna Haiglas avastatud düsgerminoomijuhu kirjelduse.

31. märtsil 1961 kell 12 saabus Kingissepa Linna Haigla sünnitusosakonda rase L. N. (sünnituslugu nr. 151).

K a e b u s e d. Kogu rasedusaja tundnud patsient end halvasti. viimasel ajal oli tekkinud jõuetus, kõhus ja seljas olnud pidevad valud. pea olnud uimane, vaevanud köha, vererõhk olnud normaalsest kõrgem. Kaalus olevat tugevasti alla võtnud. Nägemine korras.

E l u a n a m n e e s. Patsient 21-aastane, hiljuti abiellunud. Menstruatsioon algas 14 a. vanuselt (tüüp 4—5/28 p.). Viimane menstruatsioon oli 25. juulil 1960. a. Suguelu algas 20 a. vanuselt. Varem põetud haigustest mäletab grippi, angiini, põiepõletikku, sapiteede põletikku ja närvipõletikku, kopsunäärmed olevat «nõrgad» olnud. Tuberkuloosi, sugu- ja vaimuhaiguste ning kasvajate esinemist perekonnas eitab. Kasvuja elutingimused head.

H a i g u s e a n a m n e e s. Pärast abiellumist jäänud patsient kohe rasedaks ja hakanud end tundma haigena 1960. a. novembris, millal oli 3 kuud rase olnud. Tekkinud isupuudus, kõhnumine ja jõuetus, mis järjest süvenenud. Temperatuur olnud pisut kõrgenenud (37,5°), vaevas kuiv köha, seljas olid pidevad valud. Viimasel ajal olevat nõrkus niivõrd suurenenud, et ei suutnud enam püstigi seista. Ka valud seljas ja kõhus muutunud talumatuks. Viibinud lühikest aega Muhu jaoskonnahaiglas (22.—28. II 1961) kõrgenenud vererõhu tõttu (175/125 mm Hg). Haiglas olevat seisund veelgi halvenenud. Saadetud siis Kingissepa Naistenõuandlasse konsultatsioonile, kus leiti, et rasedus on kestnud 35 nädalat. Vastuvõtnud arst saatis patsiendi haiglasse ravile diagnoosiga: *nephropathia gravidarum; graviditas* 35 nädalat.

Seisund haiglasse vastuvõtmisel. Haige üldseisund raske, ta oli tugevasti kõhnunud, nahk kuiv, puhas, kèel kaetud, turseid ei esinenud, temperatuur 37,1°.

Süda. Toonid puhtad, regulaarsed, pulss hea täitumisega. RR 160/120 mm Hg.

Kopsud. Kuulatlemisel mõlemapoolselt karenenud vesikulaarne hingamiskahin.

Kõhu ja vaagna elundid. Rindealuses piirkonnas emaka põhjast kõrgemal tunda komplemisel valulikku resistentsust. Kubeme näärmed on mõlemal pool suurenenud ja komplemisel valulikud. Maksa serv on komplemisel ebaühtlane ja väga valulik. Pasternatski sümptoom mõlemal pool positiivne (+). Uriinis leidub valku.

Vaagna mõõtmed 23, 25, 30, 19 sm. Kõhu ümbermõõt 93 sm, emaka põhja kõrgus 33 sm. Loote eesseisvaks osaks on pea, see on fikseerunud väikese segmendiga vaagna sissekäigus, loote südamelöögid on kuuldavad paremal naba kõrgusel.

Diagnoos: *graviditas* (35—36 *nädalat*); *nephropathia gravidarum*; *tuberculosis abdominis*? *tumor*?. Haigele ordineeriti 1) lisavalku (kohupiima, koort jne.), 2) *Sol. Glucosae* 5% 500+*Ac. Ascorbinici* 5% 6,0 tilkinfusioonina veeni, 3) solluks (või diatermia) neerude piirkonda 20 seanssi, 4) reserpiini 0,25 2 korda päevas.

Haiget uuris silmaarst, kes pani diagnoosiks: *angiopathia spastica oculi utr.*

Röntgenoloogilisel uurimisel leiti ägeda interstitsiaalse kopsupõletiku pilt.

Terapeut määras omalt poolt täiendavaid kliinilisi ja biokeemilisi analüüse ning soovitas ftisiaatri konsultatsiooni tuberkuloosi väljalülitamiseks.

Ravisse lülitati streptomütsiin ja ftivasiid. Valude korral süstida *Sol. Promedoli* 2% 1,0.

Järgmisel päeval tehti ka tupekaudne järelevaatus. Välissuguelundid olid iseärasusteta, tupp kitsas, tupe seintes taga, paremal ja ülal samasugused infiltraadid kui kubeme piirkonnaski. Emakakaelal laialdane, kergelt veritsev erosioon. Sellest, samuti tupe seinast võeti biopsia ja saadeti kiireks patoloogilis-histoloogiliseks uurimiseks. Vaatluse tulemusena pandi diagnoos: *ca! colli uteri cum metastasibus* (IV grupp, IV staadium).

Kliinilised analüüsid. Uriinis valku 0,6‰; sademes värskeid erütrotsüüte kuni 20 vaateväljas; epiteelirakke kuni 10 vaateväljas: 3 granuleerunud silindrit ühes preparaadis. Veres Hgb 75 üh., leukots. 8900, SR 16 mm/t. Uriini erikaal 1030, urobiliin ja bilirubiin (+). Bilirubiinisisaldus veres 12,48 mg%. Hjimans van den Berghi reaktsioon: direktne positiivne, indirektne kiirelt positiivne. Tümooliproov negatiivne. Jääklämmastik veres 15 mg%. Veri (3. IV 1961): Hgb 72 üh., leukots. 7100, erütrots. 3,63 miljonit, indeks 1, SR 24 mm/t. Valemis eosinof. 2. kepptuumalisi rakke 2, segmenttuumalisi 17, lümfots. 17, monots. 3, trombots. 250 000, veritsusaeg 2,5 min., hüübimisaeg 1 min. Patoloogilis-histoloogilise uurimise vastus: *adenoma*? (rohkete mitoosidega).

Järgmistel päevadel püsib haige üldseisund raskena. Subjektiivselt on patsient mõnevõrra paranenud. Isu puudub, vahel oksendab, eksikoos pisut taandunud, RR püsib 150/110 mm Hg piires. Dermatoveneroloogi konsulteerimisel asetati veel diagnoos: *lymphogranulomatosis*?

Otsustatakse rasedus keisrilõike teel lõpetada,sest kliinilises pildis prevaleerivad nähud on tingitud kasvaja või selle metastaaside mehaanilisest survest. Oletati ka, et raskendatud hingamine ja pidev kuiv köha, valud seljas ja kõhus, maksa valulikkus ning vererõhu tõus on võibolla tingitud periaortaalsete lümfisõlmede suurenemisest. Hematuuria esimeses uriini analüüsis võis olla artefitsiaalne, sest ureetra ava oli infiltreerunud ning kateedri sisseviimisel võidi tekitada vigastus. Mõelda tuli

ka põie metastaasile, päraku kaudu uurides oli tunda parameetriumis infiltratiivseid sõlmi.

6. IV 1961 sooritati: *sectio Caesareae corporalis classica*; *resectio omenti majoris*; *ovarioectomia dext.* (biopsia eesmärgil).

Operatsiooni alustati kohaliku novokaiinituimastusega. Kõhukoopas leiti väheselt hägust veresegust vedelikku. Vaagnakelme ja põie piirkond olid infiltreerunud. Mõlemad munasarjad olid tugevasti suurenenud (kanamunasuurused mügarad). *Omentum major* oli paksenenud, infiltraatidest mügarlik, samasugused infiltraadid leidusid parameetriumides, paraaortaalselt ja *radix mesenterii*'s. Maksa pinnal oli näha sõrmeotsasuurusi ja vähemaid valkjaid, tihkeid infiltraate.

Keisrilõikel saadi elus alakaaluline (2400 g) tütarlaps, kes hakkas kohe häälitsema. Platsenta vabastati käega. Edasi rakendati üldnarkoosi ja eemaldati moondunud rasvik ning üks munasari. Verekaotus vähene, ligi 200 ml.

Operatsioonijärgne periood möödus rahuldavalt, tüsistusteta. Haav paranes *per primam*. Haige kirjutati koju 13. päeval pärast operatsiooni. RR oli langenud 130/90 piiridesse. Valud seljas ja kõhus olid vähenenud, söögiisu paranenud.

Uriinis valku 0,165‰, sademes massiliselt leukotsüüte. Hgb 41 üh., leukots. 9600, SR 68 mm/t.

Patoloogilis-histoloogiline diagnoos: *dysgerminoma ovarii* metastaasid suures rasvikus.

Määratud Tio-TEFA ravikuur. Haige suri kodus poolteise kuu pärast. Laps kasvab ja areneb praegu normaalselt.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИСГЕРМИНОМЫ

К. Вяйн

Резюме

Дисгерминома — сравнительно редко встречающаяся опухоль.

Далее приводим описание случая дисгерминомы, выявленной в Кингисеппской городской больнице.

Беременная Л. Н., 21 года, поступила 31 марта 1961 г. в родильное отделение больницы. Больная была направлена женской консультацией с диагнозом: *nephropathia gravidarum*; беременность 35 недель.

При поступлении в больницу общее состояние больной тяжелое. В эпигастральной области, несколько выше дна матки, прощупывается болезненное уплотнение. Паховые лимфатические узлы слева и справа увеличены, при пальпации болезнены. Край печени неровный и при пальпации очень болезнен. На следующий день произведено гинекологическое исследование. Влагалище узкое, в стенках влагалища сзади, справа и сверху такие же инфильтраты, как и в паховой области справа и слева. Обширная, несколько кровоточащая эрозия шейки матки. Диагноз: *carcinoma colli uteri cum metastasibus* (IV гр., IV ст.).

Состояние больной в последующие дни тяжелое. Решено провести родоразрешение путем кесарского сечения. Произведено кесарское сечение, извлечен жизнеспособный плод — девочка весом 2400 г. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, без осложнений. Больная выписана домой на 13-й день после операции.

Патолого-гистологический диагноз: *dysgerminoma ovarii*, метастазы в большом сальнике. Назначен курс лечения Тио-Тефа. Больная умерла дома спустя полтора месяца. Ребенок растет и развивается нормально.

SOOLENAKKUSTE VÄLTIMISEST KOOLIS

H. PIHL

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Meie vabariigis on tehtud märkimisväärseid edusamme võitluses nakkushaigustega. Tänu elusvaktsiini kasutamisele ei registreeritud 1962. a. enam ühtegi haigestumist poliomüeliiti. Meil on olemas ka kõik eeldused difteeria likvideerimiseks. Siingi lahendab küsimuse võimalikult kõikide ettenähtud isikute järjekindel immuniseerimine.

Kuni viimase ajani on aga Eesti NSV-s jäänud aktuaalseks ülesandeks võitlus soolenakkustega, esmajärjekorras düsenteeriaga.

Soolenakkustesse haigestumisi registreeritakse meil aeg-ajalt ka õpilaste hulgas.

Laskumata düsenteeria etioloogia, kliiniku ja epidemioloogia detailidesse, mainime ainult, et kaasajal on tunduvalt vaheldunud düsenteeria tekitajate tüübid ja muutunud ka haiguse sümptomatoloogia ning leviku seaduspärasused. Kui veel mõnikümmend aastat tagasi põhjustasid düsenteeriat peamiselt Grigorjeva-Shiga bakterid ja hiljem Flexneri kepikesed, siis on praegu levinud meil peamiselt Sonne bakterite poolt põhjustatud düsenteeria.

Säärane haiguse tekitajate vaheldumine ei ole põhjustanud muutusi ainuüksi düsenteeria kliinilises kulus, vaid ka epidemioloogias. Kui varem düsenteeriasse haigestumine kulges suhteliselt raskesti ja põhjustas sageli ka surmajuhte, siis kaasajal iseloomustab düsenteeriat, eriti vanemaealistel lastel ja täiskasvanuil, üldiselt kerge haiguskulg. Surmajuhte esineb harva. Haigusele on enamasti iseloomulik mõnepäevane palavik ja kõhulahtisus. Düsenteeriale tüüpilised tenesmid ja intoksikatsiooninähud võivad olla nõrgalt väljendunud. Alati ei pruugi roojas esineda ka verd.

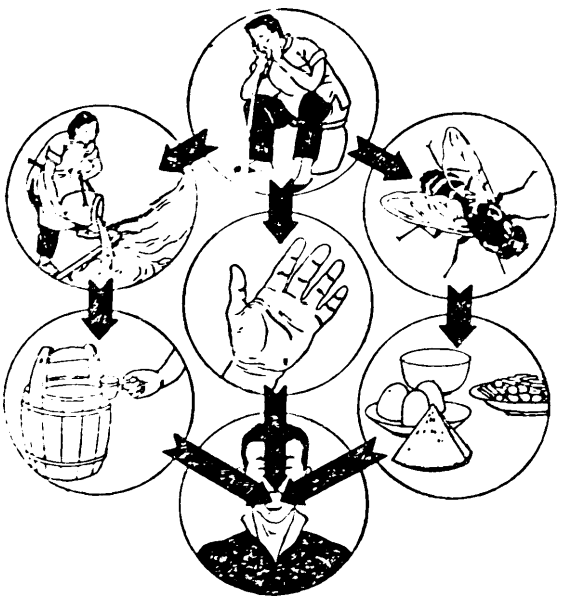
Epidemioloogiliselt aga raskendab selline haigusnähtude kergenemine võitlust düsenteeriaga. Kergesti kulgeva haigestumise puhul oletavad haiged pahatihti tühist soolehäiret ja nad ei mõtlegi, et see võib olla nakkus. Niisugused haiged ei pöördu alati abi saamiseks tervishoiutöötajate poole, mistõttu nad võivad kujuneda uute nakatumiste põhjustajateks.

Tuleb arvestada ka seda, et võrreldes teiste düsenteeriatekitajatega on *Sh. sonnei* mõnevõrra vastupidavam väliskeskkonna tingimustele, mis soodustab nakkuse levikut laialdaste puhangutena vee, piima ning toiduainete vahendusel.

Kui poliomüeliidi, difteeria, rõugete jt. nakkuste puhul on otsustava tähtsusega nende tõrjes ja likvideerimisel immuniseerimine, siis soolenakkuste, eriti düsenteeria korral on vaktsineerimine teisejärgulise tähtsusega. Soolenakkuste profülaktikas on peamine sanitaar-hügieeniliste tingimuste parandamine, mida tuleb arvestada ka meie õpilaste meditsiinilisel teenindamisel.

Soolenakkused levivad põhiliselt fekaalse-oraalse mehhanismi kaudu, s. t. nende nakkuste puhul satuvad haigusidud haige või bakterikandja väljaheitest ühel või teisel teel terve inimese suhu ja siit edasi tema

soolestikku (joon. 1). Sellepärast juhitakse koolides soolenakkuste vältimiseks kõigepealt tähelepanu õpilaste käte hügieenile. Käte puhtuse eest hoolitsemine ja nende sage pesemine peab kujunema igal õpilasel sügavalt juurdunud harjumuseks. Tuleb võidelda küünte närimise ja huulte näppimise vastu. Ei tohi asjatult puudutada suu ega näo ümbrust. Endastmõistetavalt tuleb käsi pesta pärast käimla kasutamist ja enne söömist. Igas koolis loodagu vajalikud tingimused käte pesemiseks. Linnades asuvates koolides, kus kõikjal on veevärk, ei tohiks olla raskusi käte pesemise võimaluste organiseerimisega. Maal aga, kus puudub tsentraalne veevarustus, tuleb hoolitseda, et kätepesemisruumides oleks alati vesi. Käsi pestakse jooksva veega, s. t. kraani all või vähemalt tilaga varustatud veenõu vahendusel.



Joon. 1. Soolenakkuste (antud juhul koolera) fekaalse-oraalse leviku mehhanismi skeem. (Fotokoopia H. Zinsseri teosest Bacteriology, New-York, 1957.)

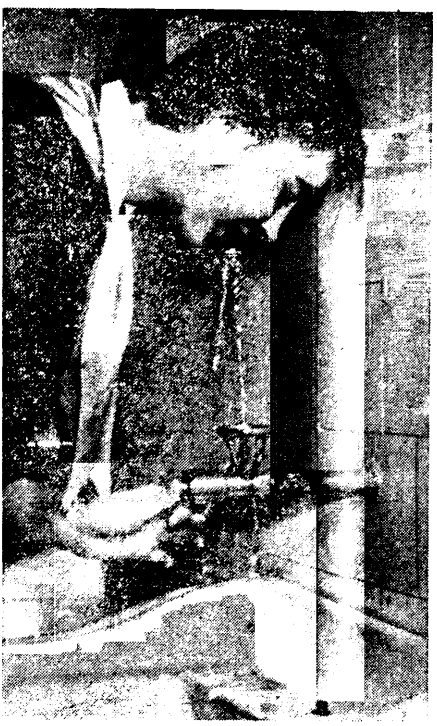
Raskusi võib tekkida käte kuivatamisega pärast pesemist. Ebahügieeniline on pesemiskoha lähedusse asetatud üldkasutatava käteräti tarvitamine. Tallinna koolides kasutavad õpilased individuaalkäterätte, mida nad kannavad portfellis plastmassist kotikeses. Seegi moodus on aga seotud mitmesuguste ebamugavustega. Kõige otstarbekam on varustada koolid ja ka muud ühiskondlikud asutused (sööklad, kohvikud jt.) nn. elektrikäterätikutega, s. t. seadistega, kus käte kuivatamine toimub elektriga soojendatud õhujoas. Endastmõistetavalt peavad niisugused kuivatajad olema vastupidavad ja vajaliku efektiivsusega ning neid peab olema küllaldaselt. Praegu meil kasutusel olevatel elektriga töötavatel kätekuivatajatel on tehniliseks puuduseks veel see, et neid tuleb käivitada käega — uute kuivatajate konstrueerimisel tuleks mõelda nende varustamisele pedaaliga.

Lasteasutuste ja ka koolide bakterioloogilisel uurimisel avastatakse sageli ruumide põrandailt, seintelt, uste käepidemeilt, mööblilt, tarbeesemeilt ja ka kätelt soolekepikesi, aga teinekord ka patogeenseid baktereid — düsenteeria, kolienteriidi ja salmonellooside tekitajaid. Soolekepikeste rohke leidumine väliskeskkonnas on ilmseks tõestuseks laialdasele saastumisele fekaalidega. Sellepärast tuleb koolides erilist tähelepanu pöörata ka tualettruumide hügieenile.

Erialases kirjanduses on senini veel vähe tähelepanu juhitud tualettpaberile, kuid sellelgi on oluline tähtsus soolenakkuste profülaktikas. Leiame, et nii koolide kui ka teiste ühiskondlike asutuste käimlaid tuleb varustada kvaliteetse tualettpaberiga tsentraliseeritud korras. Kooli arstidel ja meditsiiniõdedel tuleb jälgida, et koolide käimlates oleks alati küllaldaselt vajalikku paberit. Kui see küsimus jäetakse kahe silma vahele, võivad õpilased saastata oma pesu ja käsi ning sellega soodustada ka ümbruse saastumist soolekepikestega, nakkuse esinemisel aga ka haigusidudega. Muidugi ei tohi unustada ka kooli tualettruumide süstemaatilist desinfitseerimist, selle teostamist tuleb pidevalt kontrollida.

Nii kooli kui ka teiste ühiskondlike asutuste tualettruumides tuleb eelistada individuaalkorterites kasutatavate käimlapottide asemel nn. türgi tüüpi potte, kus defekatsioon toimub kükakil asendis. Käimlapotil istumine koolis on ebahügieeniline, sest õpilane võib nõnda kergesti saastata oma paljastatud kehaosad, riided, käed jne. Türgi tüüpi käimlaid on ka tunduvalt lihtsam korras hoida; samuti toimub siin loputuskastide avanemine automaatselt mõnekümne sekundiliste vaheaegadega.

Soolenakkuste komplekssest profülaktikast lähtudes ei saa koolides mööda minna ka toitlustamise ja joogivee küsimustest. Kooli söökla ja köök peavad olema arsti ja meditsiiniõe tähelepanu keskpunktis. Veelkord rõhutame, et sööklasse ei tohi pääseda ükski laps pesemata kätega. Pidevalt kontrollitakse toidu valmistamisega tegelevaid isikuid. Ettenähtud ajal tehakse nendele ka bakterioloogilised uuringud. Kui köögis või sööklas rakendatakse abijõuna ka õpilasi, siis ei tohi nad kokku puutuda valmistoiduga, mis ei kuulu enam termilisele töötlemisele. Meditsiinitöötajad kontrollivad pidevalt ka toidu transportimise ja säilitamise tingimusi.



Joon. 2. Joogivee jugaseadis N. V. Gogoli nimelises Tallinna 21. Keskkoolis

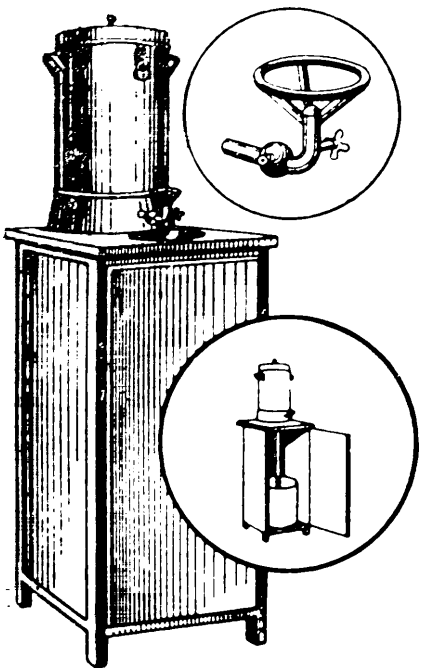
Ka kärbestetõrjele osutatakse koolides tähelepanu. Ei piisa ainuüksi köögi ja söökla akende varustamisest kaitsevõrkudega. Alati on vaja luua tingimused, et kärbsed ei saaks sigineda. Seepärast hoitakse sanitaarselt korras prügikastid, solgiaugud ja kuivkäimlad ning korraldatakse nende süstemaatilist desinfitseerimist. Maal tuleb tähelepanu pöörata ka loomapidamisruumide sanitaarsele olukorrale. Samuti ei tohi soodustada kärbeste levikut koolide elavnurgad.

Õpilastele peab alati olema käepärast kvaliteetne joogivesi. Ei tohi tarvitada ühiseid jooginõusid (kruus, klaas). Soovitatav on laialdasemalt rakendada jugaseadeid ehk nn. joogiveefontääne (joon. 2). Viimaseid saab hõlpsasti kasutada ka maakoolides, kus puudub veevärk. Jugaseadet saab võrdlemisi lihtsalt monteerida joogiveenõu külge (vt. joon. 3). Viimased peavad olema kaanega kaetud ja lukustatud. Säärastes veenõudes vahetatakse vett vähemalt kord päevas.

Karahvinide kasutamist tuleb pidada üldiselt ebahügieeniliseks. Nende tarvitamise korral (õpetajate toas jm.) peab olema ka joogiklaaside loputamise võimalus.

Nakkushaiguste tõrjes on olulise tähtsusega haige varajane avastamine ja isoleerimine. Lastele ja ka nende vanematele tuleb selgitada, et nakkushaiguse varajane avastamine ei ole ainuüksi oluline epideemiatõrje seisukohalt, vaid õigeaegne hospitaliseerimine ja ravimine soodustab ka kiiremat paranemist ning väldib haiguse krooniliseks muutumist. Koolides on tarvis kasvatada õpilasi selliselt, et nad iga vähemagi tervisehäire puhul (palavik ja kõhulahtisus kaasa arvatud) pöörduksid õpetajate või meditsiinitöötajate poole. Kui õpilane puudub koolist, tuleb juba esimesel päeval selgitada puudumise põhjus. Mõne nakkushaiguse

sagenemisel teatud paikkonnas on otstarbekas õpilasi iga päev küsitleda, kas nende kodus on esinenud haigusjuhtumeid.



Joon. 3. Jugaseadisega varustatud joogiveenõu kasutamiseks maakoolides, kus puudub veevarustus (fotokoopia teosest Школьная гигиена, под. ред. А. Г. Цейтлина, М., 1959

Kooli internaadis ja ühiselamus peab olema isolaator haigete või haiguskahtlaste õpilaste eraldamiseks, kus nad viibivad kuni nakkushaiglasse suunamiseni ja arsti korraldusel vastavate uuringute teostamiseni või nende kohta vastuste saamiseni. Düsenteeria ja samuti mõne muu soolenakkuse esinemisel toimub koldes desinfektsioon. Haigega kokkupuutunud isikud jäävad järelevalve alla ja neid uuritakse bakterioloogiliselt.

Võitlus soolenakkuste ja ka teiste nakkushaigustega on kogu koolikollektiivi ülesandeks. Koolides on võimalik edukalt rakendada ka õpilaste enda aktiivi kooli Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni, pioneeri- ja komsomoliorganisatsiooni näol.

Suure tähtsusega on õigesti korraldatud sanitaar-selgitustöö. Üldiselt meeldib õpilastel tegelda tervishoiu küsimustega, on vaja ainult äratada neis vastavat huvi. Sanitaarpropagandaks kasutatakse koolides ka kooli seinalehte, raadiosõlme, organiseeritakse tervisenädalaid, olümpiaade jne. Senisest laialdasemalt peaks käsitlema hügieeni ja sanitaaralaseid küsimusi koduloo, loodusteaduse, bioloogia jt. õppetundides. Koolis omandatud tervishoiualased teadmised on õpilastele vajalikud ka nende edaspidises elus.

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ШКОЛЕ

Х. Пихл

Резюме

Кишечные инфекции, в том числе и дизентерия, распространяются при помощи фекально-орального механизма. В профилактике этих заболеваний первоочередная роль отводится соблюдению правил личной гигиены, особенно гигиене рук. Во всех школах необходимо создать условия для мытья рук (достаточное количество умывальников, электрополотенец или индивидуальных полотенец).

В целях предупреждения загрязнения инвентаря и помещения школы кишечной микрофлорой необходимо обращать особое внимание на санитарное состояние туалетных комнат. Целесообразно в школьных туалетных комнатах оборудовать уборные турецкого типа. Также необходимо в централизованном порядке обеспечить школы туалетной бумагой. Школьные врачи и медицинские сестры должны организовать и контролировать проведение дезинфекционных мероприятий.

Особое внимание медицинские работники школы должны обратить на школьную столовую и кухню. В случае использования учащихся в работах на кухне они не должны соприкасаться с готовой пищей. Для питья рекомендуется пользоваться фонтанчиками, которые можно устроить также и в школах, где отсутствует водопровод (см. рисунок 3).

Для своевременного выявления больных необходимо регулярно опрашивать детей о состоянии здоровья. В школьных интернатах следует иметь изоляторы для временного помещения в них больных детей.

Вопрос профилактики инфекционных болезней должен быть в центре внимания всего школьного коллектива. Большую помощь медицинскому персоналу могут оказать сами учащиеся через Общество Красного Креста школы, пионерскую и комсомольскую организации.

Интерес к вопросам гигиены и санитарии можно пробудить среди учащихся хорошо и интересно поставленной санитарно-просветительной работой.

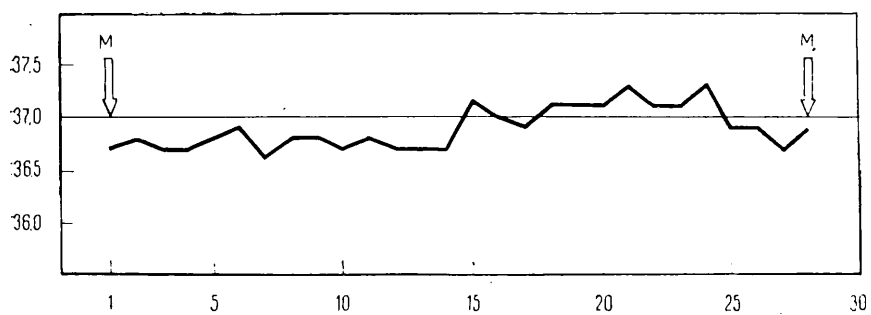
BASAALTEMPERATUURI ANDMETE DIAGNOSTILISEST TÄHTSUSEST

Arstiteaduse kandidaat *K. GROSS*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja naistehaiguste kateedrist, juhataja professor *V. Fainberg*)

Seoses ovulatsiooniprotsessiga toimub naise organismis hulk keerulisi tsüklilisi muutusi. Eriti iseloomulikult avalduvad need suguhormoonide eritumises, emaka limaskestas, samuti tupe tsütohormonaalses reaktsioonis; emakakaela sekreedis on täheldatud pH väärtuste, viskoossuse ning sekreedi koguse tsüklilist muutumist. Muutusi võiks loetleda veel hulgaliselt. Mõningate muutuste kaudu on meil võimalik kindlaks teha ovulatsiooni toimumist. Üks lihtsamaid mooduseid, mis võimaldab ovulatsiooni diagnoosida, on pärakukaudne temperatuuri mõõtmine (nii tehakse kindlaks nn. basaaltemperatuur). Kahjuks on see moodus suhteliselt vähe kasutamist leidnud meie igapäevases töös munasarjade talitluse hindamisel.

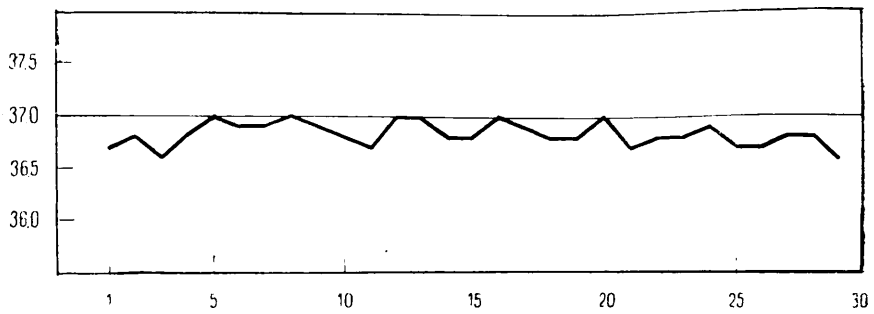
Esmakordselt kirjeldas van de Velde 1904. a. basaal- ehk rektaaltemperatuuri kahefaasilisust menstruatsioonitsükli vältel. See seisukoht on käesoleval ajal üldist kinnitust leidnud. Nimelt on basaaltemperatuur menstruatsioonitsükli esimesel poolel ehk proliferatsioonifaasis alla 37,0° C ja tsükli teisel poolel ehk sekretsioonifaasis üle 37,0° C (joon. 1).



Joonis 1. Haige S. K., 28 a. v. Kannatab kroonilise emakamanuste põletiku all. Basaaltemperatuuri andmed iseloomulikud ovulatoorsele tsüklile. (Joonistel pikiteljel mõõtmise päevad, ristteljel temperatuur; *M* — menstruatsioon).

Temperatuuri vahe menstruatsioonitsükli esimeses ja teises faasis peaks olema 0,4—0,6° C piires. Temperatuuri tõusu tsükli teisel poolel seostatakse kollaskeha hormooni ehk progesterooni toimega. Progesterooniproduktsioon tõuseb märgatavalt kollaskeha kujunemisel. Seda tõendavad biokeemilised uurimised. Kollaskeha hormooni termogeneetilist toimet kinnitab ka asjaolu, et tema manustamisel täheldatakse kehatemperatuuri tõusu. Kas ovulatsioon toimub vahetult enne temperatuuri tõusu või temperatuuri tõusul, pole käesoleva ajani teada.

Viimaste aastate vältel on Tartu Kliinilises Sünnitusmajas laialdaselt kasutatud basaaltemperatuuri mõõtmise andmeid munasarjade talitluse hindamisel. Mõõtmine toimub tavaliselt ambulatoorsetes tingimustes. Seda tehakse järgmiselt. Igal hommikul vahetult pärast ärkamist, seega enne ülestõusmist, mõõdab patsient kehatemperatuuri rektaalselt

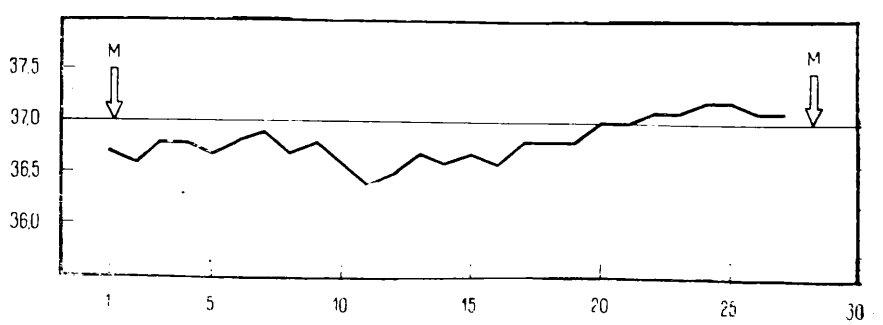


Joonis 2. Haige E. K., 24 a. v. Teisene kuuriiete puudumine üle 2 aasta. Bimanuaalsel läbivaatusel sedastatav hüpoplastiline emakas. Pikemaajalisel basaaltemperatuuri mõõtmisel ei olnud võimalik kahefaasilisust täheldada. Anovulatoorne ovariaaltsükkel.

5—7 minuti vältel. Soovitatav on, et mõõtmine sooritatakse igal hommikul enam-vähem samal kellaajal. Saadud andmed märgib haige täpselt üles. Tavaliselt palume andmed märkida tabeli kujul (vt. alljärgnevat tabelit), mis on ülevaatlik ja mille järgi teeme vajaduse korral graafilise kõvera. Mõõtmiste arv sõltub kõrvalekalde iseloomust. Näiteks mitmesuguste menstruatsioonitsükli häirete korral on vaja basaaltemperatuuri mõõta 2—3 kuu vältel, raseduse kahtluse korral 7—15 päeva vältel.

Kuupäev	Temperatuur	Kuuriided

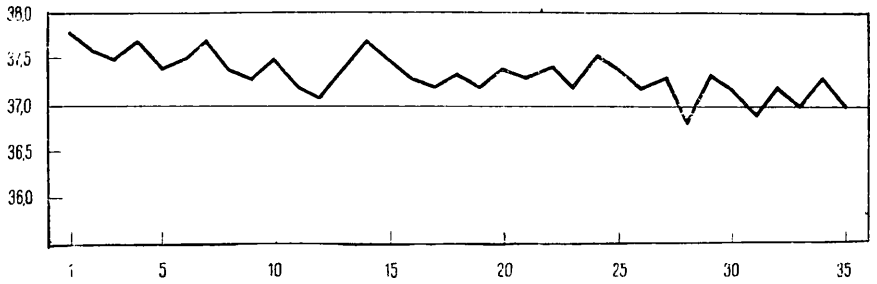
Nagu eespool öeldud, täheldame ovulatoorse menstruatsioonitsükli puhul tüüpilist temperatuuri kahefaasilisust. Munasarjade talitluse häire korral ilmnevad iseloomulikud kõrvalekalded. Näiteks juhul, kui ovulatsioon ei toimu, s. t. anovulatoorse ovariaaltsükli puhul, temperatuuri tõus tsükli teisel poolel puudub (joon. 2). Basaaltemperatuur püsib allpool 37,0° C. Mitte alati pole anovulatoorne menstruatsioonitsükkel patoloogia tunnuseks. Suguküpsuseas osutuvad normaalse munasarjade talitluse kor-



Joonis 3. Haige L. P., 22 a. v. Esinevad hirsutismi nähud. Basaaltemperatuuri-kõver atüüpiline, II faas lühenenud.

ral mõningad tsüklid anovulatoorseks. Märgatavalt sagedamini tuleb seda ette puberteedieas ja klimakteeriumi ajal. Sääraste tsüklite esinemist mainitud perioodidel peame käsitama kui füsioloogilist nähtust.

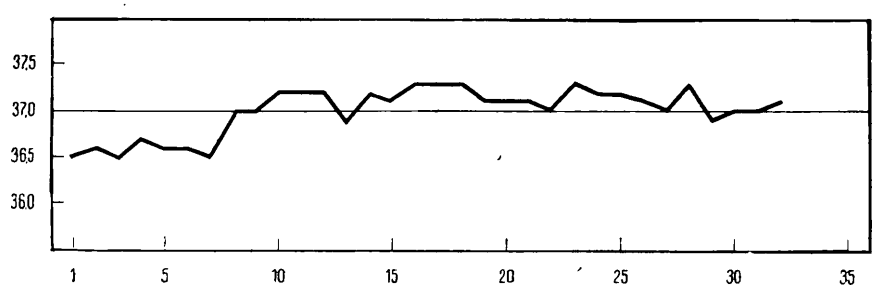
Mõningatel juhtudel on menstruatsiooni funktsionaalsete häirete korral täheldatavad tsükli II faasi kestuse muutused. Nimelt lüheneb või pikeneb kõrgenenud temperatuuriga periood (joon. 3). Teatavasti kestab sekretsioonifaas normaalselt 14 päeva piires.



Joonis 4. Haige A. K., 28 a. v. Kuuriided puuduvad abordi järel rohkem kui aasta. Iseloomulik basaaltemperatuuri tõus üle 37,0° C, mis jäi püsima pikema aja vältel. Esinevad subjektiivsed ja objektiivsed raseduse tunnused. (Huvitav kasuistiline juhtum. Rasestumine järgnes päiast eelnenud pikaajalist kuuriiete puudumist perioodil, mil haige mõõtis basaaltemperatuuri.)

Kui basaaltemperatuur tõuseb teises faasis üle 37,0° C, kuuriided ei ilmu oodatud ajal ja temperatuur püsib mainitud tasemel, tuleb eelkõige mõelda rasedusele (joon. 4). Eriti olulised on basaaltemperatuuri andmed siis, kui esimestel raseduskuudel ilmuvad veel vähesed lühiajalised kuuriided.

Väga harvad on juhud, kus basaaltemperatuur on pidevalt üle 37,0° C, ilma et oleks tegemist rasedusega. Selline nähtus võib tingitud olla organismi mitmesugustest haigestumistest, millega kaasnevad subfebriilsed temperatuurid (joon. 5), kuid ei tohi unustada ka persisteeriva kollaskeha võimalust.



Joonis 5. Haige L. S., 20 a v. Kuuriided puuduvad 8 kuud. Raseduse sümptoome ei ole. Haigel on diagnoositud kopsunäärmete tuberkuloos. Temperatuuri tõusu seostame üldhaigestumisega.

Millal osutuvad basaaltemperatuuri andmed diagnoosi täpsustamise otstarbel vajalikuks? Mida sagedamini me neid andmeid kasutame günekoloogiliste haigete, samuti endokriinsete häiretega naispatsientide uurimisel, seda täpsemad on diagnoosid, seda õigem on ravi. Eelkõige on basaaltemperatuuri mõõtmine vajalik menstruatsiooni funktsionaalsete häirete puhul, nimelt amenorröa, hüpomenstruaalse sündroomi (vähesed ning harvad kuuriided) ja ka rohkete kuuriiete korral. Andmed on tarvilikud selleks, et välja selgitada, kas tsükkel on ovulatoorne või anovulatoorne. Igal naisel, kel on diagnoositud steriilsus, peab ilmtingimata

kindlaks tegema, kas ei peitu põhjus munasarjade talitluse häiretes, kas pole sigimatus tingitud anovulatoorseist tsükleist. Väga olulised on basaaltemperatuuri andmed raseduse varase diagnoosimise seisukohalt. Paljudel juhtudel asendab see keerukaid bioloogilisi teste. Kui pole päris selge, kas on tegemist rasedusega, ja patsient peab mõne aja möödudes uuesti läbivaatusele tulema, on tarvis nõuda, et haige selle aja vältel mõõdaks päraku kaudu temperatuuri. Basaaltemperatuuri andmed on tähtsad ka emakavälise raseduse diagnoosimisel. Ovulatsiooni aja teadmine on vajalik bioloogilise rasedusvastase meetodi rakendamisel, samuti siis, kui teadlikult soovitakse rasestuda.

Kui haige suunatakse konsultatsioonile steriilsuse diagnoosiga või menstruatsioonihäirete tõttu, on õige enne lasta tal mõõta basaaltemperatuuri ja lisada need andmed muudele uurimistulemustele.

О ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ДАННЫХ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

К. Гросс

Резюме

В организме женщины в связи с процессом овуляции происходит ряд циклических изменений. По некоторым из них можно установить, произошла ли овуляция или нет. Один из простейших способов, позволяющих диагностировать овуляцию, заключается в измерении температуры в прямой кишке (определение т. н. «базальной температуры»). К сожалению, этот способ не получил еще распространения при оценке функции яичников.

В Тартуском родильном доме данные измерения базальной температуры в последние годы широко используются при оценке функции яичников. Измерение обычно проводится в амбулаторных условиях самими больными.

Данные измерения базальной температуры используют для уточнения диагноза. Прежде всего измерение базальной температуры необходимо при функциональных расстройствах менструации, а именно при аменоррее, гипоменоррее, а также при меноррагии. Данные измерения базальной температуры позволяют установить, является ли менструальный цикл овуляторным или ановуляторным. Измерение базальной температуры имеет также значение при ранней диагностике беременности.

Больных с диагнозом стерильности или с расстройствами менструации следует направлять на консультацию с данными измерения базальной температуры.

GÜNEKOLOOGILISTE VAATLUSKABINETTIDE TÖÖ PARANDAMISEST

Arstiteaduse kandidaat *V. TAIGRO*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Massilised günekoloogilised läbivaatused on suure tähtsusega vähktõve ja sellele eelnevate haiguste likvideerimisel. Ukraina NSV eeskujul organiseeris Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium aastail 1959—1960 mitmes vabariigi linnas, töölis- ja maa-asulas polikliinikute ning ambulatooriumide juurde günekoloogilised vaatluskabinetid.

Nende ülesandeks on hõlmata järelevaatusega võimalikult palju koduperenaisi, pensionäre ja väiksemates ettevõtetes töötavaid naisi.

Kabinettide tööd juhtisid eriettevalmistusega velsker-ämmaemandad ja ämmaemandad. Sajad naised, kes pöördusid polikliinikusse mitmesuguste eriarstide poole, saadeti ka günekoloogilisele läbivaatusele. Sagedased polikliiniku külastajad käisid järelevaatusel isegi kaks korda aastas. Ämmaemandad avastasid ja suunasid naistenõuandlatesse ravile

võrdlemisi palju emakakaela vähieelse seisundiga, suguelundite healoomulise või pahaloomulise kasvajaga ning sise- ja välissuguelundite mitmesuguste põletikuliste haigustega naisi. See näitab, et vaatluskabinettide töö väärib tõsist tähelepanu ja igakülgset toetust polikliinikute ja naistenõuandlate juhatajate ning onkoloogide poolt.

1960. a. jooksul vaadati Tallinna vaatluskabinettides läbi 17 855 naist, mis moodustab 17% kõigist vaatluse alla kuuluvatest naistest. Neist oli koduperenaisi 5847, väiksemates ettevõtetes töötavaid naisi ligi 9000; seega suur enamik neid naisi, keda ei hõlma iga-aastased naistenõuandlate poolt suurtes käitistes organiseeritavad profülaktilised läbivaatused.

17 855 läbivaadatud naise hulgas esines günekoloogilisi haigusi 3132 (17,5%) naisel, nende hulgas emakakaela vähieelset seisundit 1736 (9,7%) juhul ja vähktõbe 8 juhul (6 juhul emaka- või munasarja- ja 2 juhul piimanäärmevähk).

Ämmaemandate poolt avastatud vähktõvejuhtude jaotumine vaatluskabinettide järgi on esitatud tabelis.

Tallinna vaatuskabinettides 1960. a. avastatud pahaloomulised kasvajad

Asutuse nimetus	Emaka- ja munasarjavähk	Piimanäärmevähk
Kalinini Rajooni Polikliinik	1	0
Linna II Polikliinik	3	0
Linna III Polikliinik	2	0
Nõmme Polikliinik	0	2
Kokku	6	2

Kõik 8 naist suunati Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse ravile.

Vaatluskabinettides avastatud arvukad günekoloogilised haigusjuhud viitavad sellele, et enamik läbivaadatuist ei külastanud aastate vältel naistenõuandlaid. Seetõttu esineb onkoloogiahaiglates kõige sagedamini hilises staadiumis vähktõvejuhtumeid. Esitatud andmed kinnitavad veelkordselt vaatluskabinettide organiseerimise vajalikkust.

Paralleelselt positiivsete külgedega esineb nende tegevuses ka mõningaid puudusi, mis on tingitud nii ämmaemandate kui ka polikliiniku juhatajate ja arstide tööst.

Mitte kõik polikliinikute arstid ei suhtu tõsiselt ämmaemandate poolt tehtavasse töösse. Kahjuks on veel arste, kes ei nõustu sellega, et nende poole pöörduvaid haigeid suunatakse vaatluskabinetti. Polikliinikute arstid ja jaoskonnaarstid ei tohi unustada, et nad peavad vastutama ka nende poolt teenindatava rajooni naissoost elanikkonna tervise seisundi eest. Põhjendus, et naised ise ei soovi läbivaatust, on ainult ettekääne. Vaatluskabinettide töö algperioodil esines juhtumeid, kus näiteks ühe polikliiniku silmaarst suunas günekoloogilisele läbivaatusele kõik tema poole pöörduvad haiged, samal ajal sisehaiguste arst mõned üksikud inimesed; või selline juhtum, kus polikliiniku juhataja määras vaatluskabineti ämmaemanda hoopis teisele tööle. Mõned vaatluskabinetid alustavad tööd kell 12 päeval, s. o. ajal, mil suurem haigete vool polikliinikusse on juba lõppenud.

Mitte kõik ämmaemandad ei alusta vaatlust piimanäärmete palpeerimisest, mistõttu avastatakse ka harva selle elundi haigusi või kasvajat. Niisugune vaatlus on osaline, sellepärast et nii piimanäärme- kui ka emakavähk võivad kulgeda teatud astmeni ilma väljenduvate sümptoomideta.

Kõik vaatluskabinetid ei pea tihedat sidet naistenõuandlatega ega kontrolli süstemaatiliselt diagnooside õigsust. Teatised avastatud haiguste kohta saadetakse naistenõuandlasse hilinemisega, mis omakorda raskendab tööd. Mõnikord ei suuna ämmaemandad günekoloogilisi haigeid naistenõuandlasse ravile.

Paljud vaatluskabinetid võiksid päeva jooksul läbi vaadata tunduvalt rohkem isikuid, kui seda tehakse. Töö edukus ei olene niivõrd ämmaemandast kui töö organiseerimisest polikliiniku juhataja poolt.

Ei ole veel ühtlast dokumentatsiooni. Mõnes vaatluskabinetis registreeritakse külastused vastavasse raamatusse, teistes koostatakse läbivaadatute kohta nimekirjad, mis saadetakse naistenõuandlatesse. Viimasel juhul ei jää kabinetile mingeid andmeid avastatud haigusjuhtudest ja teostatud läbivaatustest, sellepärast peab külastajate registreerimiseks kasutusele võtma kindla vormi.

Külastajate registreerimiseks on soovitatav rakendada alljärgnevat vormi (vt. vorm 1).

Vorm 1

Jrk. nr.	Külastuse kuupäev	Nimi-, ees- ja isanimi	Vanus	Aadress	Töökoht Diagnoos	Naistenõuandla viimase külastamise aeg	Kuhu suunatud

Aastaaruannet on soovitatav koostada eraldi polikliiniku aastaaruandest järgmise vormi kohaselt (vorm 2):

Vorm 2

Vaatluskabineti andmed haigestumisest _____ _____

polikliinikus läbivaadatud _____ _____ naise hulgast

Diagnoos	Haigete arv
Emakavähk	
Piimanäärmevähk	
Emakakaela erosioonid, kroonilised tservitsiidid, erütroplaakiad ja leukoplaakiad	
Emakakaela polüübid	
Emaka fibromüomatoos	
Munasarja-kasvajad	
Emaka ja emakamanuste põletikulised protsessid	
Vulviidid, kolpiidid	
Emaka ja tupe allavajumine	
Piimanäärme healoomulised kasvajad	

Ämmaemanda poolt koostatud vaatluskabineti töö aruanne lisatakse polikliiniku aastaaruandele.

Eespool märgitud puudused on siis kergesti kõrvaldatavad, kui polikliinikute juhatajad ja ämmaemandad ise töösse tõsiselt suhtuvad. Vaatluskabinettide laitmatu töö sõltub suurel määral kogu polikliiniku tegevuse häireteta kulgemisest.

Töö õige organiseerimise eest vastutavad nii ämmaemandad kui ka polikliinikute ja naistenõuandlate juhatajad ning onkolcogia-alal töötajad.

ОБ УЛУЧШЕНИИ РАБОТЫ СМОТРОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ

В. Тайгро

Резюме

Организованные в Эстонской ССР в 1959—1960 г.г. смотровые гинекологические кабинеты проводят большую работу. Ежедневно акушерки смотровых кабинетов обследуют сотни женщин, обращающихся за медицинской помощью в поликлиники и амбулатории. Из числа обследованных не менее 2/3 составляют работницы мелких предприятий, домохозяйки, пенсионеры и инвалиды. Таким образом смотровые кабинеты обследуют и тех женщин, которые не подвергаются систематическим осмотрам, проводимым ежегодно женскими консультациями. В г. Таллине за 1960 г. осмотрено 17855 женщин, из них 9000 женщин, работающих на мелких предприятиях и 5847 домохозяек. Гинекологические заболевания обнаружены у 17,5%, предрак шейки матки у 9.7%, рак у 24 осмотренных женщин.

Таким образом, выявляется большое количество женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями.

Однако наряду с успехами имеются и некоторые недостатки, а именно: 1) не всегда смотровые кабинеты работают с полной нагрузкой и повинна в этом организация работы поликлиники, 2) иногда снимают акушерок с выполняемой в смотровом кабинете работы и направляют их на другую работу, а смотровой кабинет на это время закрывается, 3) в некоторых поликлиниках смотровые кабинеты начинают работу с 12 часов дня, когда основная масса больных уже покинула поликлинику, 4) вопрос ведения документации не всем акушеркам ещё ясен, 5) некоторые акушерки не проводят полноценного осмотра женщин (забывают осмотреть состояние молочных желез), 6) отсутствует должный контакт смотровых кабинетов с женскими консультациями, 7) при обнаружении гинекологического заболевания женщине не всегда выдается направление на лечение в женской консультацию.

Для заведующих поликлиниками устранение указанных недостатков не представит особых трудностей.

Arstiteaduse ajaloost

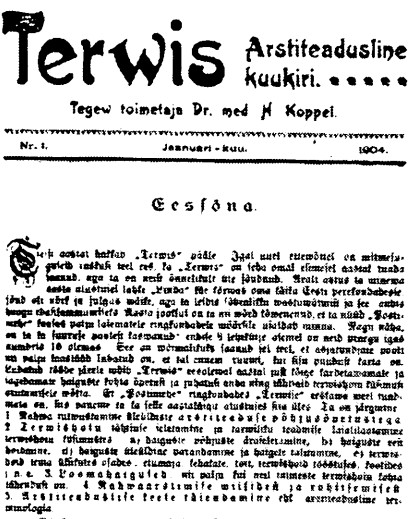
ARSTITEADUSLIKU AJAKIRJA «TERVIS» AASTAKÄIKE SIRVIDES

Tänavu möödus 60 aastat rahvaliku arstiteadusliku ajakirja «Tervis» esimese numbri ilmumisest aastavahetusel 1902—1903. Ajakirja anti välja üks kord kuus perekonnalehe «Linda» lisana. Tegevtoimetajaks esimesel perioodil oli *dr. med.* Heinrich Koppel. «Tervist» trükiti Tartus «Postimehe» trükikojas.

Esimene aastakäik (1903) ei olnud numbriteks jaotatud. Teises aastakäigus (1904), mida anti kaasa ajalehega «Postimees», ilmus 9 numbrit (1—9). Kolmandas (1905) ilmus 6, neljandas (1906) 6 ja viiendas (1907) — 6 numbrit, kuuendas (1908) ja seitsmendas aastakäigus (1909) 3 numbrit. Seitsmenda aastakäiguga aga katkeb ajutiselt «Tervise» ilmumine.

Arstiteadusliku ajakirja «Tervis» esimene aastakäik algas ilma toimetuse sissejuhatava artiklita. Teise aastakäigu esimeses numbris on tegevtoimetaja *dr. med.* H. Koppeli eessõna, kus muu hulgas on öeldud järgmist: *«Teist aastat hakkab «Terwis» pääle. Igal uuel ettewõttel on mitmesuguseid raskusi teel ees, ka «Terwis» on seda omal esimesel aastal tunda saanud, aga ta on neist õnnelikult üle jõudnud. Aralt astus ta minewa aasta alustusel lahke «Linda» käe kõrwas oma käiku Eesti perekondadesse, jõud oli nõrk ja julgus wäike, aga ta leidis sõbralikku wastuwõtmist ja see andis hoogu edasisammumiseks. Aasta jooksul on ta nii wõrd kõwenenud, et ta nüüd «Postimehe» kaasas palju laiematele ringkondadele wõõrsile usaldab minna».* Mainides, et ajakirja maht on 8 leheküljelt kasvanud 16 leheküljele, avaldab toimetaja lootust, et arvestades

antud lubadusi ei peaks kaastööst puudus tulema. *«Et «Postimehe» ringkondades «Terwise» eeskawa weel tundmata on, siis paneme ta ka selle aastakäigu ulatuses siia üles. Ta on järgmine: 1. Rahwa tutwustamine üleüldise arstiteaduse põhjusõpetusega. 2. Terwishoiu tähtsuse seletamine ja tarwiliku teadmise laialilaotamine terwishoiu küsimustes: a) haiguste põhjuste äraseletamine, b) haiguste eest hoidmine, d) haiguste üleüldine parandamine ja haigete talitamine, e) terwishoid tema üksikutes osades: elumaja, kehakate, toit, terwishoid tööstuses, koolides j.n.e. 3. Loomahaigused, nii palju kui neil inimeste terwishoiu kohta tähendust on. 4. Rahwaarstimise wiisidest ja rohitsemisest. 5. Arstiteaduse keele täiendamine ehk arstiteaduslik terminoloogia».*



Terwis Arstiteadusline kuukiri.

Tegew toimetaja Dr. med H Koppel.

Nr. 1. Jaanuari-kuu. 1904.

Eessõna.

Dr med H Koppel

Ajakirja «Tervis» 1904. a.
1. numbri tiitelleht

1910. aastal katkeb «Tervise» ilmumine. Ajakirja viimases numbris on tegevtoimetaja *dr. med.* H. Koppeli lõppsõna, kus ta kirjutab. et viis aastat anti ajakirja välja kaunis korralikult, pärast aga suure hilinemisega. Selle põhjuseks oli kaastöö vähesus ja mitteõigeaegne käsikirjade saabumine. Raskuseks oli ka see, et *«meie arstid on oma üleüldise eelhariduse saksaehk wenekeelsetes koolides saanud, kus emakeele õpetusest juttugi ei olnud, olud ei ole ka pärast sellepoolest neile iseäralisi nõudeid ette pannud ja nii on neil kirjaliselt keel kangeks jäänud, ei anna hästi ära ütelda, mis tahaks».* Lõpuks avaldab H. Koppel lootust, et ajakiri siiski ei jää lõplikult seisma, sest *«nagu lugejad hiljuti ajalehtedest läbikäiwast sõnumest on kuulnud, on ühe arstide seltsi põhjuskiri kinnitamisel olnud ja sellepärast esiotsa kinnitamata jäänud, et sääl «Eesti» sõna eesotsas seisnud. Noh, ega nimi asja ei riku, kui ta ka teistsugune saab, saab aga niisugune selts kinnitatud ja selleks on lootust, siis saab tal wististi oma tööks ka oma häälekandja olema».*

Kui nüüd aastakümnete möödumisel sirvida «Tervise» esimese seitsme aastakäigu numbreid, siis peab ütlema, et kuigi ajakirja kaastööliste arv oli väike (16 autorit) ning arstiteaduslik terminoloogia veel välja kujunemata on enamasti kõik artiklid kirjutatud selgesti, hästi ja huvitavalt. Prof. A. Valdes kirjutas ajakirja kohta: *««Tervis» jõudis anda kaunis rohkesti selgitust rahvale tervishoiu alal. Ta rakendas mitmeid tolleaegseid eesti arste kirjanduslikule tööle. «Tervise» väljaandmise töö aitas tunduvalt kaasa eesti arstide organiseerimisele»* (vt. Eesti Arst. 1938, lk. 97).

Ajakirja sisust põgusagi ülevaate saamiseks heidaksime pilgu mõnele artiklile. Esimese numbri esimene artikkel on kirjutatud A. Rammuli poolt (hiljem Tartu ülikooli hügieeniprofessor) pealkirjaga «Kool ja tervis». Kirjutises käsitletakse õpilaste tervisehäireid ja haigusi, mis on peamiselt tingitud koolitööst. Autor leiab, et väheste kehaharjutuste tõttu jääb õpilaste kasv kiduraks. Vastavate uurimiste tulemusi analüüsides

väidab ta, et seda põhjustavad kauakestev istumine toas rikutud õhus, vähene liikumine värskes õhus, võimlemistundide vähesus jne. ning mitmesugused erutused. Liigse erutuse põhjustajaiks peab autor eksameid ja loodab, et tulevikus kaotatakse üleminekueksamid ja jäävad ainult lõpueksamid.

Sagedamaks koolihaiguseks peab A. Rammul lühinägelikkuse tekkimist. Viimase põhjustajatest peab ta tähtsamaks puudulikku valgustust ja õpperaamatute halba trükikirja ning õpikute õhukest, trükki läbilaskvat paberit.

Vahemärkusena olgu öeldud, et ka tänapäeval, millal ilmub tohutult rohkem raamatuid kui tol ajal, ei peeta alati kinni hügieeninõuetele vastava trükikirja kasutamisest. Käesolevate ridade kirjutajal ei ole näiteks andmeid, et Eesti NSV-s praegu ükski asutus kontrolliks trükitavate kooliraamatute (rääkimata muudest trükistest) paberi kvaliteeti ja trükikirja vastavust hügieeni nõuetele. Ühineme selles suhtes I. Masiku kirjutises (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1963, 1, lk. 8) avaldatud arvamusega, et seda küsimust peaks uurima Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hügieenisektor.

Tolleaegseid moode arvestades on ka *dr. med.* A. Paldroki kirjutis *«Mõnda naesterahwaste riietest»* omal kohal. Ta kirjutab: *«Nüüdisaegseid naesterahwa riiete moed ei ole mitmeti mitte üksi otstarbewastased, waid isegi terwisele kahjulikud. Naesterahwa keha ümber on riided nii kõwasti nööritud, nagu tahaksiwad nemad wiimast hingenatukest keha seest wälja pigistada ... Ja mispärast kannawad naesterahvad korsetti? — Et meesterahwale meeldida! Meie õrnemsugu ei hakka mitte ennem sellest nurjatust poomiskombest lahkuma, kui mitte mehed selle wastu wõitlema ei hakka. Meestele aga peaks ainult need naesterahwad meeldima, kes oma keha mitte kunstlikult wigastanud pole».*

Sama küsimust käsitleb H. Leesment pikemas kirjutises *«Naesterahwa riiete kahjulikust mõjust terwise pääle»* (Tervis, 1906, nr. 5 ja nr. 6), kus kõneldakse korseti kandmise kahjulikkusest ja näidatakse, kuidas selle pikaajaline kandmine moonutab siseelundeid (magu, kopsud, maks jt.), samuti soovitatakse sukapaelte asemel sobivamat sukahoidjat. Jalanõude kohta märgib autor, et *«Saapad, kingad peavad sündsad, peavad jala järele tehtud olema, nad ei tohi pigistada ega jalga vigaseks teha. Hoiatama peab kitsaste saapaninade ja iseäranis kõrgete kontsade eest. Kui palju need wiimased kaudsel teel (pääle otsekoheste halbuste) hädasid sünnitawad, sellest wõiksid arstid nii mõndagi jutustada».*

Jalanõude mood on mitme ringiga jälle selleni jõudnud, kus ülaltoodud nõuanded pole üleliigsed.

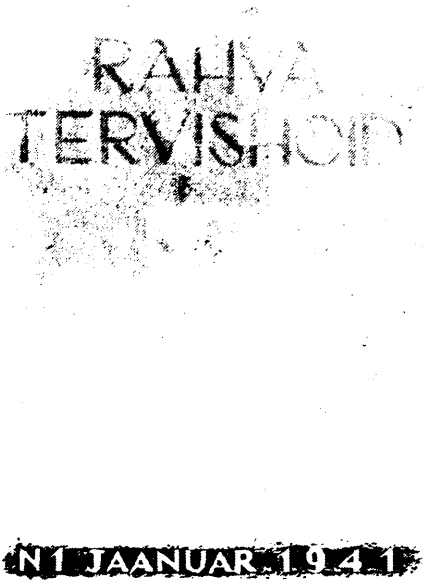
Veel näide rubriigist *«Lühemad teated». «Mõnes riigis, nagu Inglismaal ja Belgias, kus tervishoiulikud olud wäga hääs korras on ja sellepärast külgehakkawad haigused hõlpsasti laiali laguneda ei saa, on aegamööda arwamine ikka enam ja enam ruumi leidnud, et abirõugete* (s. o. kaitserõugete — H. R.) *panemine täiesti ilma asjata olewat. Isegi walitsus nimetatud riikides on rõugepanemise asjas igaühe enese otsustada jätnud, kas nad enestele ja oma lastele abirõugeid tahawad panna lasta wõi mitte. Siis on palju inimesi enestele abirõugeid panemata jätnud. Sellel asjal on praegu wäga kurwastawad tagajärjed. Liverpooli linnas on 11. märtsist kuni 17. aprillini 326 inimest rõugetesse haigeks jäänud ja neist 27 ära surnud. Läbistikku on iga päev 300 haiget rawitseda olnud. Manchesteri linnas on wiimase 7 nädala jooksul 155 inimest rõugetesse jäänud, Bristolis wiimasel nädalal 2 selle haiguse kätte surnud. Belgiamaal on ikka weel siin ja sääl rõugeid liikumas. See olgu hoiatuseks igaühele, kus meil haiguste laialilagunemise wastu ammugi mitte neid abinõusid tarwitusele wõtta wõimalik ei ole, mis eelnimetatud riikides käepärast on».*

Nendestki näidetest ilmneb, et «Tervise» materjalid on ka tänapäeval veel aktuaalsed.

Kui 1912. aastal asutati esimene eesti arstide ühing nimetusega «Põhja-Balti Arstideselts», siis tõusis üles ka ajakirja «Tervis» uuesti väljaandmise küsimus. Kuukirja «Tervis» toimkonda valiti 8 isikut, tegevtoimetajaks said H. Koppel, K. Konik ja K. Saral. «Tervist» hakati välja andma 1913. aastal, üks number kuus, maht 16 lehekülge. Ajakirja keeleliseks läbivaatajaks otsustati paluda Joh. V. Veski. Ajakirja trükiti J. & A. Paalmanni trükikojas, Tallinnas.

1913. aastal oli «Tervise» tiraaž 5000 eksemplari, ajakirja anti kaasa ka teiste ajalehtedega, näiteks «Päevaleht» — 1600 eksemplari, «Tallinna Teataja» — 500, «Postimees» — 800, «Meie Aastasada» — 225, «Käsitööleht» — 225, «Viljandi Teataja» — 225, «Sakala» — 150, «Meie Kodumaa» — 150, «Hääl» — 100 ja «Saaremaa» — 50 eksemplari. Hiljem oli ajakirja levitamisega raskusi ja tellimiste arv vähenes.

Teisel perioodil anti ajakirja «Tervis» välja 1913. aastast kuni 1916. aastani. 1913. a. — 12, 1914. a. — 11, 1915. a. — 4 numbrit ja 1916. a. — 1 number. Seega ilmus «Tervis» teisel perioodil üle 3 aasta.



Ajakirja «Rahva Tervishoid» 1. numbri kaas

«Tervise» ilmumise teisel, ehkki lühemal perioodil oli ajakirja kaastööliste arv juba suurem (autoreid oli 22), sest ajakirja andis välja Põhja-Balti Arstideselts, kus 1913. a. oli 44 liiget, 1915. a. juba 67 liiget, nendest küll 20 arsti Esimese maailmasõja rinnetel. Sõja ja muude raskuste tõttu ning kaastöö vähesuse tagajärjel lõpetas ajakiri 1916. aastal ilmumise.

Kui võrrelda ajakirja esimese ja teise perioodi numbreid, siis näeme, et esimesel perioodil ilmunud artiklid olid pikemad ja põhjalikumad, käsitlesid rohkem tolleaegseid päevaküsimusi ning olid sisukamad.

Kolmandat perioodi alustas «Tervis» 1921. aasta detsembri lõpust (XII aastakäiguna) «Postimehe» väljaandel, toimetajaks oli *dr. med.* S. Talvik. Ajakiri ilmus 1 kord kuus. 1932. aastast alates hakkas «Tervist» välja andma Eesti Tervishoiu Muuseum. Nii ilmus ajakiri 1940. aastani. Selle aasta 8. numbrist alates leidub ajakirjas juba nõukogude tervishoiukorraldust tutvustavaid kirjutisi (V. Küng jt.), 10. numbris V. Hioni artikkel «Tervishoiukorraldusest ENSV-s.»

Alates 1941. aastast ilmub ajakiri uue nimega «Rahva Tervishoid». Ajakirja annab välja Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaat, vastutavaks toimetajaks on M. Kask. Ajakirja trükitakse trükikojas «Tartu Kommunist». Ilmumissagedus — 1 kord kuus. Tiraaž 5000.

«Rahva Tervishoiu» esimeses numbris leidub tervishoiu rahvakomissari V. Hioni eessõna ja toimetaja M. Kase kirjutis «Mida taotleb «Rahva Tervishoid»». Tuuakse pikem kirjutis tervishoiu kohta Nõukogude Liidus,

Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissari juhend tasuta arstiabi andmise kohta, A. Reimani kirjutis «Abordist ja selle vastasest võitlusest». Järgmises numbris ilmus V. I. Lenini surmapäeva tähistamiseks pikem artikkel «Lenini elu ja surm». Peale selle leidub kirjutisi apteegiasjanduse ümberkorraldamisest Eesti NSV-s, Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi põhimäärus jne. Ka järgnevates numbrites tuuakse ära nõukogulikke kirjutisi tervishoiu ja sanitaar-alalt ning tutvustatakse lugejaid mitmete haiguste ja nende vältimise võimalustega.

1941. aastal ilmus ajakirja «Rahva Tervishoid» 6 numbrit. Ajakirja ilmumine katkes Suure Isamaasõja algusega.

Eespool toodust näeme, et «Rahva Tervishoid» kujunes Eestis esimeseks rahvalikuks nõukogude tervishoiu kuukirjaks. Ei ole ülearune meenutada «Rahva Tervishoiu» toimetaja kirjutisest seda, et: *«Teame haigustest palju, palju rohkem kui tervisest ja tervise hoidmisest. See ütlus käib eeskätt arstide ja muude tervishoiutöötajate kohta, kuid ka rahva kohta... «Rahva Tervishoid» võtab siin algusest peale teise suuna, seades just tervise ja tervise hoidmise esikohale, nagu seda teinud on ÜK(b)P».*

Lõpuks tuleb mainida, et tervishoiualaste kirjutiste vastu tunnevad lugejad ka tänapäeval väga suurt huvi, seda kinnitab üleliidulise populaarteadusliku ajakirja «Здоровье» ja naabervabariigis Lätis ilmuva samasisulise ajakirja «Veselība» lugejate arv (esimesel 800 000, teisel 118 000). Meie vabariigis ilmuva populaarteadusliku kirjanduse rohkusele vaatamata ei ole alati silmas peetud sellealase kirjanduse põhisuunda, mille järgi tuleks esikohale seada just tervis ja tervise hoidmine. Selle suuna järgimiseks ja lünga täitmiseks ilmuvas populaarteaduslikus tervishoiu-alases kirjanduses tuleks ka meil hakata uuesti välja andma rahvalikku arstiteaduslikku ajakirja.

H. Roots

ПЕРЕЛИСТЫВАЯ КОМПЛЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА «ТЕРВИС»

Х. Роотс

Резюме

В настоящем году исполнилось 60 лет со дня выхода популярного медицинского журнала «Тервис» («Здоровье»). Журнал начал выходить с 1903 года, как ежемесячное приложение к семейной газете «Линда». Редактором журнала в первый период его существования был др. мед. Хейнрих Коппель. «Тервис» печатался в г. Тарту.

Журнал выходил с 1903 по 1909 год, затем с 1913 по 1916 год и далее с декабря 1921 по 1941 год. В 1941 году журнал стал выходить под новым названием «Рахва Тервисхойд» («Народное здравоохранение»). Издавался журнал Народным Комиссариатом здравоохранения Эстонской ССР, ответственным редактором был доктор мед. наук М. Каск. Печатался журнал в типографии «Тарту Коммунист». Журнал выходил ежемесячно тиражом 5000 экз.

В 1941 году вышло 6 номеров журнала. Журнал перестал выходить с началом Великой Отечественной Войны.

Перелистывая спустя 60 лет номера журнала «Тервис», нужно заметить, что, несмотря на малочисленность сотрудников в первый период выхода журнала, а также на неустановившуюся к тому времени эстонскую медицинскую терминологию, большинство статей написано хорошо, понятно и интересно.

Сравнивая содержание номеров журнала первого и второго периодов, следует сказать, что статьи в журнале «Тервис» первого периода больше по объему, более основательны, касались актуальных вопросов и были значительно содержательнее.

В номерах журнала, вышедших в 1941 году, напечатано много статей об основах и системе советского здравоохранения.

Несмотря на обилие научно-популярной литературы, издающейся в нашей республике, изданий, посвященных вопросам здоровья и здравоохранения выходит еще далеко недостаточно.

Для восполнения указанного пробела было бы целесообразно в Эстонской ССР снова начать издавать популярный медицинский журнал.

Konverentsid ja nõupidamised

ÜLELIIDULINE NÕUPIDAMINE PÕLEVKIVIÕLIDE DEKANTSEROGENISEERIMISE KÜSIMUSTES

Paljud põlevate maavarade termilise töötlemise saadused on kantserogeensed. Viimaste hulka kuuluvad mitmed põlevkiviproduktid, millest tugevaima vähki tekitava toimega on kamberahjuõli, kusjuures kantserogeensed on ka selle õli lahused ja segud.

Keemiainsener A. Koževnikovi (Leningrad), hügienist G. Gortalumi (Moskva) ja patomorfoloog P. Bogovski (Tallinn) ühistöö tulemusena loodigi meetod põlevkivi töötlemise saaduste kantserogeense aktiivsuse vähendamiseks. Selle meetodi, mille leiutajatele anti autoritunnistus, olemus seisneb kantserogeense õli töötlemises vähem ohtlikeks saadusteks.

Nimetatud meetodi ulatuslikuma juurutamise eesmärgil korraldas Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut 7. detsembril 1962. a. Tallinnas üleliidulise ametkondadevahelise nõupidamise, kus arutati koksistamise teel põlevkiviõlide dekantserogeniseerimist.

Avaettekandes andis NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia Instituudi direktori asetäitja teaduslikul alal. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige prof. L. Šabad (Moskva) ülevaate kutsekasvajate probleemist ja nende vältimise võimalustest. Tehnikadoktor A. Koževnikov (Leningrad) kõneles põlevkiviõlide koksistamise tehnoloogiast ja sel teel dekantserogeniseerimise füüsikalis-keemilistest alustest. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Riikliku Sanitaarinspektsiooni kantserogeensete ainete ja profülaktiliste abinõude komitee sekretär G. Gortalum (Moskva) näitas spektrograafiliste uurimiste andmete varal, et 3,4-benspüreenisisaldus, mis põlevkivi-kamberahjuõlis on 0,6%, langeb selle õli koksistamisel saadavas destillaadis 0,05%-ni. Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor prof. P. Bogovski (Tallinn) ettekandest aga nähtus, et see destillaat peaaegu ei avalda kantserogeenset mõju katseloomadele. Nõupidamise viimase ettekande esitas Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu Põlevkivi- ja Keemiatööstuse Valitsuse juhataja asetäitja S. Epštein (Tallinn) raskete põlevkiviõlide tööstusliku koksistamise tehnilis-majanduslikest alustest ja selle meetodi kasutamise perspektiividest.

Ettekannetest selgus, et koksistamine võimaldab igakülgselt kasutada kamberahjuõli hinnaliste keemiasaaduste (kergete fenoolide, elektroodikoksi jne.) tootmiseks ja õigustab end nii tervishoiu kui ökonoomika seisukohalt.

Resultatiivne nõupidamine, millel oli esindajaid 20-st mitmesugusest asutusest ja ettevõttest, näitas veelkordselt paljude erialade spetsialistide koostöö vajadust oluliste tervishoiuprobleemide teaduslikul lahendamisel.

H. Jänes

EESTI NSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE XI KONVERENTS

Konverents toimus 21. ja 22. septembril 1962 Narvas, millest võttis arvukalt osa vabariigi neurolooge ja psühhiaatreid. Narva linna ja põlevkivibasseini mitmete erialade arste, samuti ka külalisi Leningradist, Moskvast, Lätist ja Leedust. Konverentsi kolmel istungil kuulati 27 ettekannet.

Neuroloogia erialal oli mitu ettekannet pühendatud aju vaskulaarse patoloogia probleemidele. E. Raudam, R. Paimre ja E. Heinsoo käsitlesid aju aneurüsmide diagnoosimist ja ravi ning esitasid uudseid andmeid arteriograafilise uurimise tulemustest. H. Tulmin andis ülevaate haigestumisest aju vaskulaarsetesse insultidesse Tartus aastail 1959—1961. R. Paimre rääkis intratserebraalsete hemorraagiate kirurgilise ravi tulemustest. L. Rivise ettekanne aju hemorraagiate toopilisest diagnoosimisest ja H. Kaio ettekanne karotiid- ja vertebraalarterite tromboosidest põhinesid samuti Tartu Vabariikliku Haigla materjalidel. Tuleb rõhutada, et nimetatud ettekanded demonstreerisid Tartu neuroloogidele traditsiooniliselt omast probleemi kompleksset uurimist.

Neuroinfektsiooni probleemile oli pühendatud kaks ettekannet. E. Raudam käsitles mittepoliomüeliidilisi lõtvu halvatusi Eesti NSV-s, mis pärast poliomüeliidi likvideerimist meie vabariigis nõuavad senisest hoolikamat uurimist ja arvestamist diferentsiaaldiagnostika seisukohalt. S. Ennuse, M. Salk ja H. Viirlaid peatusid poliomüeliidi järelseisundite ravi tulemustel Haapsalu Vabariiklikus Neuroloogia ja Ortopeedia Haiglas.

Närvisüsteemi professionaalsete kahjustuste esinemist analüüsisid A. Sillam ettekandes «Põlevkivikaevurite professionaalsetest perifeerse närvisüsteemi haigustest» ja A. Vernik ettekandes «Neuroloogiline tservikovertebraalne sündroom Narva linna tekstiilitööstlistel».

A. Tikk kõneles hüpotermia kasutamisest ajukolju raskete vigastustega haigetel, A. Kaasik käsitles aga temporaalse trepanatsiooni näidustusi eluohtliku koljusisese rõhu tõusu korral. Mõlemad ettekanded olid väärtuslikuks üldistuseks Tartu hingamiskeskuse kogemustest.

L. Luts esines ettekandega venitusmeetoditest intervertebraaldiskide prolapsi ravimisel, E. Roode tutvustas ultraheli kasutamise näidustusi ja tulemusi perifeersete närvihaiguste ravimisel. S. Soll analüüsis funktsionaalsete peavalude etioloogiat ja ravi. M. Farber ja V. Vorobjov esitasid andmeid vere protrombiini ja kolesteriini dünaamika kohta perifeerse närvisüsteemi haigüste korral.

Kolm ettekannet oli pühendatud epilepsia diagnoosimisele ja ravile. M. Mägi andis ülevaate fokaalepilepsia kaasaegsest diagnoosimisest, A. Chevalier tõi näiteid kirjandusest ja oma kogemustest epilepsia kirurgilise ravi kohta ning S. Koppel käsitles *status epilepticus*'e ravi.

Tähelepanu äratasid E. Martinsoni poolt esitatud andmed referaadis «Peaaju funktsioonide struktuur-biokeemilised alused», mis sisaldas Tartu Riikliku Ülikooli biokeemia kateedri viimaste aastate uurimistöö kokkuvõtteid ja üldistusi.

Põhiliseks probleemiks psühhiaatria valdkonnas oli skisofreenia, mida käsitleti neljas ettekandes. J. Saarma iseloomustas kliinilis-eksperimentaalse materjali statistilise analüüsi andmeil skisofreeniaprotsessi algperioodi. Andmeid vere valgufraktsioonide nihetest skisofreeniahaigetel aktiivse ravi vältel esitas E. Karu ja E. Tiigimäe, kusjuures viimane käsitles veel verekämbust vormelementide utmise fenomeni dünaamikat ning M. Saarma tõi näiteid aminasiini mõjust krooniliste skisofreeniahaigetele.

Kahes ettekandes puudutati uue antidepressandi — hemofüriini — aprobeerimise tulemusi Tartu Vabariiklikus Psühhoneuroloogia Kliinikus. Hematoporfüriiniravi toimet käsitlevast kirjandusest ning Tartu kliinikus hemofüriiniraviga saavutatud tulemustest rääkis E. Karu. J. Saarma ja V. Kangru referaat tutvustas kliinilis-eksperimentaalseid muutusi, mida hemofüriin kutsub esile depressiivsetel haigetel.

U. Toomann analüüsis alkoholismi tekkimise põhjusi ja arengu dünaamikat. Psühhohügieeni ülesandeid kaasajal käsitlesid J. Saarma ja H. Kadastik. Vastuvõetud resolutsioonis kavandati põhiülesanded edaspidiseks tööks.

J. Saarma

EESTI NSV OTORINOLARÜNGOLOOGIDE SEMINAR

8. detsembril 1962 toimus Tallinnas Eesti NSV otorinolarüngoloogide seminar, kus esitati huvitavaid ja praktilises töös kasulikke ettekandeid.

O. Peekna andis ülevaate fülogeneesi küsimustest otorinolarüngoloogias. L. Ahu puudutas otorinolarüngoloogia-alaseid organisatsioonilisi, diagnoosimise ja ravi küsimusi rajooni tingimustes, rõhutades kvalifikatsiooni pideva tõstmise vajadust. K. Gerassimova rääkis mõningatest anestesioloogia probleemidest otorinolarüngoloogias, peatudes lähemalt intubatsiooninarkoosi all teostataval kõri ekstirpatsioonil.

V. Gugeli ettekanne käsitles psühhoteraapiat otorinolarüngoloogias kui olulist osa kompleksses ravis, samuti operatsioonide ettevalmistamisel ja tegemisel. Kogemusi humisooliravi rakendamise alal otorinolarüngoloogias andis edasi R. Müürsepp. Ta leidis, et see ravi võimaldab positiivseid tulemusi ülemiste hingamisteede krooniliste põletikkude, krooniliste otiitide, samuti kuulmishäirete ja kõrvakohina puhul. Reumatoidse meningoentsefaliidi juhust kõneles A. Tuch.

A. Luts rääkis ülemiste hingamisteede seisundist tsementitööstuse töölistel, kel on sedastatud mitmesuguseid kroonilise riniidi vorme. Nina limaskesta seisundi hindamiseks kasutati luminestsentsvalgust. Ülemiste hingamisteede allergia küsimusel peatusid E. Siirde ja A. Vassiljev. A. Jentsi ettekanne käsitles eksperimentaalseid makro- ja mikroskoopilisi vaatlusi luminestsentsimeetodi abil aerosoolide uurimisel. A. Kängsepp ja M. Tikk kõnelesid ravist külmkvartsiga ülemiste hingamisteede mitmesuguste haiguste (allergiline rinopaatia, krooniline tonsilliit) ja kõrvahaiguste puhul. E. Laamann käsitles *tuba auditiva aperta* sümptomatoloogiat ja ravi, H. Alev — sigmatismi sõltuvust kuulmishäiretest. S. Sibul esitas tähelepanekuid BCG-otiidi kohta imikueas, mis võib tekkida tuberkuloosivastase vaktsineerimise tagajärjel.

V. Särgava esitas ülevaate otoskleroosi diagnoosimise ja kirurgilise ravi näidustustest. H. Kruuse ja L. Espar tõid andmeid otoskleroosi kirurgilise ravi tulemuste kohta. E. Siirde ja V. Särgava ettekanne käsitles otorinola-

rüngoloogilisi tähelepanekuid akvalangistidel. Analüüsiti ülemistes hingamisteedes ja kõrvas täheldatavaid muutusi, mis võivad aset leida allveesportlastel.

Seminarile järgnes Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi aruande-valimiskoosolek. Seltsi esimees dots. E. Siirde andis ülevaate tegevusest möödunud aruandeperioodi jooksul. Ta puudutas organisatsioonilisi, ravi ja profülaktika ning teadusliku töö küsimusi, samuti valgustas edaspidise tegevuse perspektiive. Revisjonikomisjoni aruande esitas O. Peekna.

Seltsi juhatuse ja revisjonikomisjoni volitusi pikendati järgmiseks tegevusperioodiks.

V. Särgava

SÜMPOOSION MÜORELAKSANTIDE KASUTAMISE KÜSIMUSTES

25.—27. jaanuarini 1963 toimus Moskvas II üleliiduline anestesioloogide sümpoosion. Esitatud 49 ettekandest puudutas enamik müorelaksantide rakendamist kliinikus. Kõige laialdasema kliinilise materjali esitas B. Uvarov kaasautoritega Leningradist. Nende tähelepanekud hõlmasid üle 6000 narkoosijuhu, mille puhul kasutati müorelaksante.

Nagu O. Koljutskaja, J. Šanini jt. ettekannetest selgus, kurnavad depolariseerivad müorelaksandid neuromuskulaarseid sünapse ja seetõttu nende pikaajaline tarvitamine ei ole soovitatav. Antidepolariseerivate müorelaksantide poolt esile kutsutud blokaadi peetakse füsioloogilisemaks. Senine nimetus «konkureeriv» soovitati asendada nimetusega «antidepolariseeriv», kuna see iseloomustab rohkem nii lihase kui ka sünapsi seisundit.

Huvitav ja vaidlusi esilekutsuv oli O. Dolina ettekanne, milles esitati andmeid kopsuhaigete hapnikutarviduse kohta müorelaksatsiooni tingimustes. Paljudele selgus ootamatult, et depolariseerivate müorelaksantide toimel oli organismi hapnikutarvidus normaalsest suurem.

Järgnevalt rääkis E. Damir narkootilise une sügavusest müorelaksatsiooni tingimustes. Selgus, et narkootilise hüpnoosi ja hüperventilatsiooni korral müorelaksante tarvitades on võimalik haigeid edukalt opereerida isegi narkootikume kasutamata.

Kuulajatele pakkus huvi ka ettekanne meie vabariigist, Tallinna Vabariikliku Haigla anestesioloogide (B. Lehepuu ja E. Millerman) ja Tartu Vabariikliku Haigla respiratsioonitsentrumi arstide (A. Tikk ja E. Kross) poolt ühiselt valminud töö müorelaksantide kasutamisest teetanuse kompleksravil. Sõnavõttudest selgus, et müorelaksante kasutatakse teetanuse ravimisel ka mujal, kuid mitte veel süstemaatiliselt.

Et müorelaksantide kasutamine on tihedalt seotud juhitava hingamise küsimustega, siis käsitleti seda teemat kogu istungi vältel. Põhilise ettekandega esines V. Jurevitš. Ta selgitas, et olulisemaks parameetriks juhitava hingamise puhul on minutimaht, müorelaksatsiooni tingimustes on aga vajalik kerge hüperventilatsioon.

V. Smolnikov ja V. Vanevski andsid ülevaate müorelaksantide kasutamisel esinevatest tüsistustest. Tuldi järeldusele, et haigete individuaalseid iseärasusi arvestades ja relaksatsiooni ning sellele järgnevat perioodi oskuslikult juhtides on võimalik vältida kõiki eluohtlikke tüsistusi, mis võivad tekkida müorelaksantide ebaõige kasutamise tõttu.

B. Lehepuu

ÜLELIIDULISE HELMINTOLOOGIDE SELTSI TEADUSLIK SESSIOON

10.—14. detsembrini 1962 toimus Moskvas Üleliidulise Helmintoloogide Seltsi teaduslik sessioon, millest võttis osa üle 700 inimese. Sessioonil viibisid ka külalised Tšehhoslovakkiast, Jugoslaaviast, Ungarist ja Saksa Demokraatlikust Vabariigist.

Sessiooni töö kulges plenaaristungitel ja sektsioonides, kus kuulati ära ja arutati läbi üle 250 ettekande mitmesugustes helmintoloogia-alastes küsimustes. Üldse töötas neli sektsiooni — meditsiini-, veterinaaria-, bioloogia- ning fütohelmintoloogiasektsioon.

Avaettekande tegi akadeemik K. Skrjabin helmintoloogia saavutustest ja järjekordsetest ülesannetest.

T. Nikolajevi (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumist) ettekandes märgiti, et viimase 10 aasta jooksul on tunduvalt vähenenud NSV Liidu elanikkonna nakatumine helmintoosidesse. Paljudes liiduvabariikides on helmintoosidevastane võitlus hästi organiseeritud: kõrgel tasemel on metoodiline töö ja sanitaaralane propaganda, laiaulatuslikult vahetatakse töökogemusi. Plaanipäraselt on rakendatud abinõusid nakkuskollete tervistamiseks. Ühtlasi rõhutati, et ei valmistata küllaldaselt ette kaadrit helmintoloogia alal, soovida jätab asulate heakorrastustöö, paljudel juhtudel on esinenud organiseerimatust helmintooside tõrjega seotud ürituste läbiviimisel.

Ettekannete arutelul osutati peamist tähelepanu võitlusele nende helmintoosidega, mis tuleb käesoleval seitseaastakul likvideerida või millesse haigestumist on vaja järsult vähendada. Eriti tähtsaks peeti teniarünhoosijuhtude täielikumat avastamist, rakendades sealjuures nimelt anamnestilist küsitlusmeetodit lülide väljumise suhtes ja anaalümbruse kaabete uurimist, tihedat kontakti veterinaarorganitega ning mõningates rajoonides juba läbiviidud teniarünhoosivastase võitluse kogemuste üldistamist.

Võeti vastu resolutsioon, milles edusammude kõrval võitluses helmintoosidega märgiti ka seda, et haigestumine väheneb aeglaselt. Sessioon soovitas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumil pöörduda NSV Liidu Ministrite Nõukogu poole määruse väljaandmiseks helmintoosidevastase võitluse kohta.

Eesti NSV-st esinesid sessioonil E. Kraali (Eesti NSV TA Zooloogia ja Botaanika Instituudist) ja G. Kondratjeva (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist).

G. Kondratjeva

V ARSTITEADUSE ÜLIÕPILASTE KONVERENTS VILNIUSES

17.—20. okt. korraldati Vilniuses Balti vabariikide ja Valgevene NSV kõrgemate meditsiini-õppeasutuste V üliõpilaste teaduslik konverents. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond võttis konverentsist osa 33-liikmelise delegatsiooniga. Meie delegatsiooni juhtis TRÜ Üliõpilaste Teadusliku Ühingu nõukogu esimees arstiteaduse kandidaat V. Sillastu. Peale selle olid delegatsioonidega esindatud veel 6 kõrgemat meditsiini-õppeasutust: Riia Meditsiini Instituut, Kaunase Meditsiini Instituut, Vilniuse Riiklik Ülikool, Minski Meditsiini Instituut, Vitebski Meditsiini Instituut ja Grodno Meditsiini Instituut. Külalisesinejaid oli saabunud Ukrainast, Moskvast, Leningradist ja mujalt.

Kokku kuulati konverentsil 100 ettekannet. Meie ülikooli arstiteaduskond esitas 15 ettekannet, millest suurem osa (nimelt 10) tõsteti esile ka viimasel plenaaristungil, kusjuures autoreid autasustati mälestusesemete ja aukirjadega. Eriti kiitva hinnangu said järgmised tööd: S. Aluri, S. Joosti ja H. Truu «Sügavkülmutatud arterite homotransplantatsioonist koertel» (uurimus sai vabariiklikul võistlusel I auhinna), T. Peili «Hüpoksilises seisundis olevate haigete hingekinnipidamiskatsu oksühemomeetriline iseloomustus», M. Sooserva «Venoosse paisu mõjust vereseerumi proteinogrammile reumatismi puhul», V. Viirsalu «C-vitamiini-sisaldus organismis seoses mao soolhappesekretsiooni ja soole mikrofloora muutustega», Ü. Kimmeli, T. Rehemaa ja T. Soo «VII klassi õpilaste teadmised tervishoiust».

Konverentsi töö toimus sektsioonides. Erinevalt eelmistest konverentsidest juhtisid sektsioonide tegevust üliõpilased ise. Päevakava lõppedes tegi kokkuvõtte vastava eriala professor või dotsent. Enamikus sektsioonides reageeriti ettekannetele rohkete küsimustega. Et delegaadid olid majutatud meditsiinifakulteedi internaati, siis jätkus tavaliselt mõttevahetus pärast sektsiooni töö lõppu õhtuti ühiselamus.

Konverentsist osavõtjatele korraldati ekskursioon Vilniuse ravjasutustesse ja näidati linna vaatamisväärsusi. Külastati ka iidset Leedu pealinna Trakaid ja peatuti lühikest aega Kaunases. Konverents lõppes rahvaste sõpruse õhtuga.

Vilniuses võeti vastu otsus, et järgmine, arvult kuues Balti vabariikide ja Valgevene NSV arstiteaduse üliõpilaste konverents korraldatakse 1963. a. oktoobris või novembris Tartus.

Arstiteaduskonna ÜTÜ nõukogul tuleb teha kõik selleks, et konverents Tartus ei õnnestuks halvemini kui Vilniuses.

A. Kallikorm

Tähtpäevad

PROFESSOR E. KARU 60-AASTANE

5. märtsil tähistas meie tervishoiutöötajate pere Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedri juhataja, arstiteaduse doktori prof. Elmar Juhani p. Karu 60. sünnipäeva ja arstliku tegevuse 30-aastast juubelit.

E. Karu sündis 5. märtsil 1903 Helme mõisaaedniku pojana. Alghariduse omandas ta Tõrvas, keskhariduse Tõrvas ja Tallinnas. Aastail 1922—1929 töötas E. Karu sõjaväevelskrina, algul Tallinnas, hiljem Tartus. Kutsetöö kõrval hakkas ta 1925. a. edasi õppima Tartu ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1932. a. kiitusega. Juba viienda kursuse üliõpilasena asus E. Karu tööle vaimu- ja närvihaiguste kliinikus, algul praktikandina, hiljem noorema assistendi kohusetäitjana, pärast ülikooli lõpetamist aga noorema assistendina. 1936. aastal oli E. Karu nooremaks assistendiks kohtuarstiteaduse instituudis (kateedris), mille järel 1936.—1938. aastani töötas Tartus kohtumeditsiini eksperdina. 1938. a. sügisest alates asus ta uuesti tööle psühhiaatria erialal kliiniku vanema assistendina. 2. novembril 1939. a. kaitses E. Karu doktoriväitekirja teemal «Widmarki alkoholi määramise mikromeetodi rakendamise alustest Eestis ja kroonilise alkoholismi diagnoosimise võimalusi selle abil»,mille põhjal talle anti arstiteaduse doktori kraad. Alates 1941. aasta veebruarist kuni siiani on E. Karu töötanud psühhiaatria kateedri juhatajana ning ühtlasi Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla peaarstina. E. Karu initsiatiivil on pidevalt laiendatud kateedri ja kliiniku tegevust, loodud laboratooriume ning kabinette, kasutusele võetud uusi uurimis- ja ravimeetodeid. Psühhiaatria kateedri juhatajana on professor E. Karu üles kasvatanud noorte psühhiaatrite põlvkonna.

Vabariigi peapsühhiaatrina on E. Karu juhendanud ja suunanud kogu vabariigi psühhoneuroloogiliste raviasutuste võrgu väljaarendamist ning komplekteerimist. Erialaste ülesannete kõrval on E. Karu täitnud ka mitmeid muid vastutusrikkaid kohustusi: ta oli mitu aastat arstiteaduskonna prodekaan (1944—1949) ja 1950. aastast teaduskonna dekaan, on olnud Tartu ATEK-i esimeheks, erialaste seltside juhatuse liikmeks ja esimeheks jne.

Professor E. Karu viljakat õppe- ja ravitööd ning teaduslikku tegevust on hinnatud medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas 1941—1945», märgiga «Tervishoiutöö eesrindlane», aukirjadega ja kiitustega.

Kaastöölised, kolleegid ja õpilased soovivad juubilarile tema kahekordse juubeli puhul energiat, püsivust ja tervist veel paljudeks aastateks viljaka tegevuse jätkamiseks psühhiaatria vastutusrikkal ja raskel erialal.

J. Saarma

ROHKEM TÄHELEPANU RETSENSEERIMISELE

P. BOGOVSKI

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Retsensioon on teadusliku, kunsti- või kirjanduskriitika üks eriliike, kujutades endast kirjutist, mis annab hinnangu uuele teaduslikule, kirjanduslikule artiklile, raamatule või kunstiteosele.

Trükiteoste puhul, olgu see teaduslik artikkel, monograafia, õpik või ilukirjanduslik teos, kirjutatakse kahte liiki retsensioone. Ühed on nn. sisemised ehk toimetuse retsensioonid, mis koostatakse kirjastuse või toimetuse tellimuse alusel ja mis peavad avaldamiseks esitatud käsikirja kohta andma hinnangu trükkimise vajalikkuse ja otstarbekuse kohta. Niisuguseid retsensioone trükis ei avaldata, nende koostajad jäävad sageli ainult kirjastuse teada, et subjektiivsed momendid ei mõjustaks retsensiooni objektiivsust.

Pärast teose ilmumist kirjutatakse selle kohta retsensioon, mis on ette nähtud trükis avaldamiseks; seega on ta määratud mitte ainult autori või toimetuse tööle hinnangu andmiseks ja nende vigadele tähelepanu juhtimiseks, vaid ka lugejatele, et teost soovitada, näidata puudusi, õpetada loetavasse kriitiliselt suhtuma, aidata aru saada raskematest probleemidest jne. Ühtlasi on niisugune trükis avaldatud retsensioon tähtsaks juhendiks teistele autoritele.

Retsensioonidel on suur osatähtsus trükiste kvaliteedi tõstmise seisukohalt, kuid sageli ei täida nad oma otstarvet, eriti siis, kui nad on oskamatult, vigadega või pealiskaudselt koostatud.

Meil avaldatakse trükis veel väga vähe arstiteaduslike artiklite või raamatute retsensioone — neid on palju rohkem tarvis. Toimetuse retsensioonid on aga pahatihti puudulikud; nad ei anna küllaldaselt argumenteeritud ega üksikasjalikku hinnangut käsikirjade kohta ja enamikul juhtudest sisaldavad vähe soovitusi käsikirja parandamiseks või ümbertöötamiseks.

Trükis avaldatav ilmunud raamatu või artikli retsensioon, mis on määratud laiemale lugejaskonnale või spetsialistidele, antud juhul tervishoiu ja arstiteaduse (ka piirialade) alal töötajatele, võib taotleda erinevaid eesmärke: tutvustada, refereerida, polemiseerida või kritiseerida. Retsensent peab hästi argumenteeritud arvamuse avaldama järgmiste põhiküsimuste kohta: 1) teose aktuaalsus ja ilmumise vajalikkus (õigeaegsus); 2) lugejatering, kellele teos on määratud; 3) kompositsioon (osade õige vahekord ja järjestus); 4) sisu, selle vastavus ideoloogilistele seisukohtadele ja kaasaja teaduse või praktika tasemele, uudsus, väärtus, asukoht teiste taoliste teoste hulgas ja autori seniste tööde seas, vastavus lugejate vajadustele jne.; 5) esitusviis ning vorm (keel, stiil, joonised jne.) 6) üldine hinnang.

Retsensiooni oluliseks nõudeks on objektiivsus, asjatundlikkus ning põhjendatus. Ühtegi subjektiivset (ka sõprusest või antipaatiast tingitud) seisukohta ei tohi retsensioonis esineda. Retsensendile peab olema kõige tähtsam teaduse prestiiž, olulised on lugeja huvid ja nõuded, lõpuks peab silmas pidama autori või autorite kollektiivi huve eesmärgiga anda neile juhtnööre edaspidiste vigade vältimiseks. Ühelgi juhul ei tohi retsensioon peegeldada retsensendi isiklikke huve.

G. Reinberg (3), kirjutades peamiselt teaduslike monograafiate, kogumike ja õpikute retsenseerimisest, jaotab retsensioonid viide tüüpi.

1. Annoteeriva retsensiooni ülesandeks on lugejatele teatada trükise ilmumisest, rõhutada tema kasulikkust ja vajalikkust lugejaskonnale. Eriti oluline on avaldada niisuguseid retsensioone keskajakirjades või ajalehes «Meditsinskaja Gazeta» perifeerias ilmunud raamatute kohta või kui teose tiraaž on väike, kuid teos on tähtis, et asjahuvilised lugejad saaksid raamatut tellida. Niisuguses retsensioonis võib olla ja isegi peab esinema ka kriitilisi märkusi.

2. Refereeriva retsensiooni ülesanne on esitada mõnevõrra üksikasjalikumalt teose sisu, et lugeja ise saaks otsustada, kas teose lugemine originaalis on vajalik või mitte. Eriti tähtis on niisugune retsensioon lugejale aja kokkuhoidmiseks, sest viimasel ajal ilmub nii palju raamatuid, et on võimatu kõikidega tutvuda. Mõned arstiteaduslikud ajakirjad avaldavad süstemaatiliselt niisuguseid retsensioone (ka annoteerivaid), mis tunduvalt kergendab isikliku või asutuse raamatukogu komplekteerimist.

3. Poleemilise retsensiooni sisuks on, nagu nimestki nähtub, vaidlus autoriga, kusjuures retsensendiks on sel juhul tavaliselt spetsialist, kes vaidlusaluseid küsimusi ise uurib või hästi tunneb. Taoline retsensioon ilmub harilikult siis, kui trükise autor on esitanud uudseid, kuid vähe põhjendatud ja pretensioonikaid seisukohti. Niisugune retsensioon on väärtuslik mitte ainult autorile, vaid ka laiematele ringkondadele, tutvustades neid vaieldavate küsimustega ning õpetades kriitiliselt trükistesse suhtuma.

4. Kriitiline retsensioon seab ülesandeks põhjaliku analüüsi alusel hästi argumenteeritult käsitleda trükise vigu ja puudusi. Olles vajalik nii autorile kui ka toimetusele (edaspidiste vigade vältimiseks), on niisugune retsensioon eriti kasulik lugejale trükisest õigesti arusaamiseks ja tulevastele autoritele. Retsensendiks on sellisel juhul tavaliselt suurte kogemustega spetsialist.

5. Sünteetiliseks retsensiooniks võib nimetada niisugust retsensiooni, mis sisaldab peale kriitika ja poleemika ka annoteeriva ja refereeriva osa.

Mõnel juhul, eriti siis, kui esitatakse suure tähtsusega printsipiaalseid kriitilisi seisukohti või kui retsenseeritavas teoses leidub olulisi vigu, avaldatakse ka kollektiivseid retsensioone, millele kirjutavad alla mitu kvalifitseeritud spetsialisti. See avaldatakse tavaliselt pärast teose põhjalikku arutlust eriteadlaste kollektiivis.

Lõpuks märkigem, et trükis avaldatavais retsensioonides võib esineda ka kõrvalekaldumisi retsenseeritavast teosest. Sageli käsitletakse sel puhul antud teosega seoses olevaid üldküsimusi. Näiteks on üldtuntud kuulsa vene filosoofi, kirjanduskriitiku ja publitsisti, revolutsioonilise demokraadi V. G. Belinski (1811—1840) kriitilised retsensioonid (2), mis sisaldasid progressiivseid seisukohti paljude kultuuri ja kirjanduse üldküsimuste ning filosoofiliste vaadete kohta. Niisugused retsensioonid, milles leiame originaalseid vaateid ja uudseid seisukohti ning üldistusi, on tavalisest retsensioonist hoopis väärtuslikumad ja nad omandavad iseseisva kirjandusteose tähtsuse.

Toimetuse retsensioon taotleb teisi eesmärke kui trükis avaldatav retsensioon. Käsitledes trükis avaldamiseks esitatud käsikirja, on retsensioon määratud peamiselt toimetusele või kirjastusele seisukohavõtu kergendamiseks selle kohta, kas esitatud käsikiri sobib avaldamiseks või mitte. Positiivse otsuse puhul peab retsensioon sisaldama hästi põhjendatud soovitusi käsikirja parandamiseks, enamikul juhtudest on see vajalik.

Toimetuse retsensioonid aitavad tõsta töö kvaliteeti, lühendavad käsikirjade toimetamise aega, kiirendades nende ilmumist, kergendavad autori ja toimetaja tööd käsikirjaga, muidugi sel tingimusel, et retsensent

on küllalt asjatundlik ja operatiivne. Niisuguses retsensioonis ei tohi olla mingeid kõrvalekaldumisi antud käsikirjast või «üldisi» arutlusi. Asjaliku ja kvalifitseeritud analüüsi alusel peab retsensent andma täpse iseloomustuse, argumenteeritud hinnangu ning põhjendatud soovitused (ettepanekud, nõuanded). Soovituste osas ei tule liialdada — peab silmas pidama autori individuaalsust ja võimeid.

Käsikirja sisu kohta on retsensioonis tarvis puudutada järgmisi küsimusi: 1) teose ülesanne ja laad; 2) pealkirja sobivus, sõnastus, vastavus sisule; 3) teose vastavus teaduslikele ja ideoloogilistele nõuetele; 4) kirjanduse andmete täielikkus ja tõepärasus, nendesse kriitiline suhtumine; 5) kasutatud materjalide ja metoodika küllaldasus, ajakohasus ja otstarbekus; 6) sisu ja tulemuste uudsus, aktuaalsus, teoreetiline ning praktiline väärtus, tähtsus arstiteaduse arendamise seisukohalt.

Käsikirja vormi suhtes peab retsensioon käsitlema: 1) ülesehitust, alajaotuste ulatuse ja sisulise tähtsuse vastavust, ülesehituse ühtlust; 2) terminoloogia õigsust; 3) järjekindlust tähistustes, joonistes jne.; 4) sõnastuse, stiili ja keele selgust; 5) liigseid osi (tekstis, joonistes, tabelites jne.); 6) keelevigu ja puudusi. Lõppkokkuvõttes peab retsensioon andma üldhinnangu ning tegema vastavad järeldused. Hinnang peab puudutama nii käsikirja väärtusi kui ka puudusi ning tegema vastava üldistuse; samuti tuleb anda otsus trükis avaldamise vajalikkuse kohta.

Tavaliselt koosneb niisugune retsensioon kolmest osast. Hindav osa, üksikasjalikum, ettepanekute osa ja lühike lõppkokkuvõte. Ettepanekute osa peab olema konkreetne, põhjalik ning selge; seda ei ole mõtet koormata näiteks vigade loeteluga, mille võib lisada lihtsalt tabeli kujul. Vigade loetelu asemel võib teha ka allakriipsutusi või muud laadi viiteid käsikirjas eneses.

Arusaadavalt peab ka niisugune retsensioon olema objektiivne, printsipiaalne, nõudlik. selgesõnaline, põhjendatud ning täpne. Igasugune viga või puudulik argumentatsioon põhjustab autori umbusu retsensendi kvalifikatsiooni suhtes ja võib anda alust asjatule vaidlusele või isegi ironiseerimisele. Ka retsensiooni sõnastus peab olema korrektne, selge ja täpne, keel olgu õige ning stiil asjaomane. Toonilt peab retsensioon olema tasakaalukas ning rahulik.

Sõltuvalt retsenseeritava teose sisust on ka retsensioonides vaja esile tõsta ühte või teist momenti.

Originaalse teadusliku artikli, monograafia või artiklite kogumiku puhul tuleb peatähelepanu pöörata sisu uudsusele ja väärtusele teaduse ning praktika edasiarendamise seisukohalt, ülevaateartikli puhul andmete täielikkusele ja kaasaegsusele. Õpiku retsenseerimisel on eriti tähtis ära märkida, kas materjal on esitatud õppeprogrammidele vastavas ulatuses ning vajalikul määral arusaadavalt. Sanitaarhariduslikku (populaarteadusliku) artikli või raamatu retsensioon peab peatähelepanu pöörama sisu aktuaalsusele, veenvusele ja üldisele arusaadavusele ning vormi lihtsusele.

Palju vigu tehakse meil kirjutiste keele ja stiili valdkonnas. Sellepärast tuleb artikli või raamatu, eriti selle toimetusele esitatud käsikirja keele ja stiili küsimustele retsensioonides erilist rõhku panna. Kahjuks puutume liiga sageli kokku käsikirjadega, kus leidub rohkesti monotoonseid pikki lauseid, ebatäpseid formuleeringuid, kaksipidi mõistmist lubavaid väljendeid, nii sõnavara puudulikkust kui ka «kantseleikeelt», parasiitsõnu jne. Arstiteaduslikes kirjutistes tarvitatakse tihti igapäevasest kutseala-kõnekeelest pärinevaid vulgarisme (süfiliitik, pneumoonik, gastriitik jne.), leidub ebaotstarbekohaselt palju võõrkeelseid termineid (tuumor kasvaja asemel, tremor värina asemel, püloorus maolukuti asemel jne.). Retsensioonides tuleb märkida ka stiilivigu — pikki lohisevaid lauseid ja kõrvallauseid, mis segavad sisu mõistmist, ebaloogilist järjestust, trafareetseid väljendeid, kõrvalekaldumisi peaküsimustest, sisulisi kordumisi jne.

Muide on oluline ka kärbete suurus ja sisuline kompaktsus. Väga raske on lugeda teksti, kus kärped on liiga lühikesed, tekib mõtte katkendlikkus ja sisu on raskesti arusaadav. Kuid ka lehekülgede pikkuseid kärpeid on raske lugeda — kõige otstarbekohasemad on 6—12 realised kärped, mis annavad edasi teatava mõttelise terviku.

See on üsna oluline moment, sest vilunud lugeja saab artikli või raamatu ülevaatamisel kärbete viisi juba hästi aru, millest on juttu ja loeb teoses üksikasjalikumalt just teda huvitavaid osi. Retsensioon peab taotlema, et esituslaad oleks selge, lühike, täpne ja tihe; keel peab olema kerge, arusaadav ja elav.

Lõpuks mõned nõuanded retsensioonide koostamise tehnika ja metoodika kohta. Algul tuleb teos algusest lõpuni läbi lugeda, trükis avaldatud teoste puhul isegi toimetuse andmed (nn. impressum) teose ettevalmistamise käigu kohta, mis annab kujutluse toimetamise kiiruse, tehnilise toimetamise jms. kohta. Siis on vaja teos läbi mõelda, et saada üldmulje, hinnata proportsionaalsust jne.

Edasi järgneb nn. lugemine paberi ja pliiatsiga, mille eesmärgiks on välja kirjutada vead, puudused, arvamused. Kõige parem on sel puhul kasutada mitut lehte, ühele kirjutada keelevead, teisele sisulised märkused või ebaselgused, kolmandale tabelite ja illustratsioonide kohta käivad märkused jne. Positiivsed ja negatiivsed arvamused on kasulik ühel lehel eraldada näiteks eri tulpadesse. Alati on vaja juurde märkida lehekülje number ja rida — mälu ei tohi usaldada. Retsensent peab silmas pidama, et tema väiksematki eksitust võib autor ära kasutada kogu retsensiooni ümberlükkamiseks. Selles tööjärgus tuleb sageli pöörduda algallikate, teatmeteoste, sõnastikkude jms. poole, isegi konsulteerida teiste spetsialistidega.

Nüüd tuleb koostada retsensiooni plaan, sellest peab nähtuma, mis järjestuses materjal esitada, millest tuleb kirjutada, et anda põhjalik teose iseloomustus ja hinnang. Näidata, mis on põhilise, mis teisejärgulise tähtsusega; vahel tuleb teose mõned osad uuesti läbi lugeda. Retsensiooni kirjutamine ei tohi pikale venida; mida lühema ajaga (1—2 päevaga) kirjutada, seda terviklikum ja ühtlasem saab retsensioon. Retsensiooni alguses on vaja lühidalt esitada nn. passiandmed — teose maht, autor, kirjastus jne.

Nagu näha, on retsensiooni koostamine vaevarikas, kuid kahtlemata on retsenseerimine mitte ainult vajalik töö, vaid isegi kohustuslik. Heade retsensioonide abil on võimalik kõige paremini tõsta meie trükiste kvaliteeti, õpetada autoreid paremini kirjutama ning lugejaid õigemini teosest aru saama.

KIRJANDUS

1. Кожевников П. В. Вопросы методики работы над кандидатской медицинской диссертацией 2-е изд. Ашхабад, 1947. — 2. Лихтенштейн В. С., Сикорский Н. М., Урнов М. В. Теория и практика редактирования. М., 1961. — 3. Рейнберг Г. А. Хирургия, 1946, 4, 315—319. — 4. Шевяков Л. Д. Как работать над диссертацией. М.—Л., 1948.

БОЛЬШЕ ВНИМАНИЯ К РЕЦЕНЗИЯМ

П. Боговский

Резюме

Хорошая рецензия статьи, книги или рукописи в значительной мере способствует повышению качества выпускаемых в печати изданий. К сожалению, таких рецензий еще мало.

Публикуемые в печати (открытые) рецензии, предназначенные для широких кругов читателей, могут быть подразделены на аннотирующие, реферирующие, полемические, критические и синтетические (Г. А. Рейнберг). Рецензия должна освещать определенный круг вопросов по содержанию, стилю и языку произведения и призвана путем квалифицированного и объективного анализа печатного труда помочь издательству и автору избегать ошибок в дальнейшем, а читателю правильнее понимать произведение.

Издательские рецензии, составляемые обычно в закрытом порядке, должны давать оценку пригодности рукописи к изданию, а также облегчать работу автора и редакции по подготовке ее к печати.

Содержание рецензии зависит от характера произведения — научные статьи, монографии, сборники, учебники, научно-популярные статьи или книги оцениваются соответственно их предназначению.

Küsimusi ja vastuseid

KUIDAS DIAGNOOSIDA ANTIBIOOTIKUMIDEST PÕHJUSTATUD PROFESSIONAALSEID NAHAHAIGUSI?

Nahahaigused (allergiline dermatiit ja ekseem) võivad tekkida isikutel, kes töötavad antibiootikume tootvais tehastes, meditsiinipersonalil (meditsiiniõed, arstid, farmatseudid) jt., s. o. töötajail, kes töö juures puutuvad kokku streptomütsiini- ja penitsilliinipulbri või -lahusega. Sel puhul võivad haigusnähud ilmneda juba esimese tööaasta vältel. Algul esineb lööve näol ja kätel, harvem jalgadel (kui sinna satuvad lahuse tilgad). Hiljem võib lööve levida ka kaelale ja kehatüvele. Meditsiiniõdedel algab haigus sageli teise ja kolmanda sõrme vahelt, kuhu süstimisel satub antibiootikumilahust. Farmatseutidel jt. töötajatel tekib lööve sageli esmalt laugudel, millele järgneb turse, punetus ja villikesed sõrmedel ning labakätel. Võib tekkida ka nina-pisarakanali stenoos, mis väljendub nina limaskesta turses ja pisaravoolus. Peale selle täheldatakse antibiootikumide toimest tingitud ülemiste hingamisteede hüpereemiat ja nina-kurgu limaskesta atroofilisi muutusi.

Streptomütsiinil ja penitsilliinil on sensibiliseeriv toime organismisse. Organismi ülitundlikkus antibiootikumide suhtes ei väljendu mitte ainult nahalööbes, vaid nendega kokkupuutumine võib esile kutsuda ka bronhiaalastma. Isikud, kes on ülitundlikud ühe antibiootikumi suhtes, võivad sageli võrdlemisi lühikese ajaga sensibiliseeruda ka mõne teise antibiootikumi suhtes. Pärast töö katkestamist võib ülitundlikkus nende ainete suhtes kaua püsida ja endisele tööle tagasi minnes tekib kiiresti haiguse retsidiiv.

Antibiootikumidest põhjustatud elukutsega seotud nahahaiguste diagnoosimisel peab erilist tähelepanu pöörama tööanamneesile (elukutse, töötingimused ja tööprotsess). Tuleb ka kindlaks teha, kas haige on enne tööle asumist põdenud kroonilisi nahahaigusi.

On vaja selgitada nahahaiguse teket ja kulgu (milliste momentidega seostab haige ise nahahaiguse teket, millisel kehaosal esineb nahalööve ja kas nahahaigus paraneb töölt eemal olles). Professionaalse etioloogiaga nahahaiguse puhul võib nahalööve algul tekkida katmata kehaosadel (kätel, näol ja kaelal), kusjuures haige paraneb töölt eemal olles (puhkusel) ja ta tervise seisund halveneb uuesti tööle asumisel. Nahahaigusest paranemine või tervistumine tööd katkestamata (juhul, kui töötingimused ei muutu) viitab haiguse mitteprofessionaalsele etioloogiale. Haiguse professionaalse etioloogia selgitamiseks tuleb mõnikord haiget jälgida pikema aja vältel. Anamneesi võtmisel on samuti vaja täpsustada, kas taolist nahahaigust esineb ka teistel samades töötingimustes töötajail.

Haige läbivaatusel tuleb tähelepanu pöörata haigusprotsessi paiknemisele ja lööbe iseloomule. Naha kahjustuse esinemine katmata kehaosadel, mis rohkem on allutatud professionaalsete tegurite mõjule, viitab sellele, et haigusel on professionaalne iseloom. Haige läbivaatusel tuleb silmas pidada ka seda, et võib esineda muid antibiootikumidest tingitud kahjustusele viitavaid sümptoome teistes elundites (bronhiaalastma, nina-kurgu limaskesta muutused jne.).

Organismi ülitundlikkuse väljaselgitamiseks tuleb kasutada nahapealseid teste vastava antibiootikumi lahusega lapi- või kompressimeetodil. Tilgatesti tulemus (vaatamata organismi kõrgenenud tundlikkuse olemasolule) ei pruugi olla positiivne, mis on seletatav nahale määritava aine väikese kontsentratsiooniga ja lahuses esineva antibiootikumi kiire inaktiviseerumisega. Nahatesti teostamisel lapi- või kompressimeetodil asetatakse lööbest vabale õlavarre või käsivarre siseküljele neljakordselt kokkupandud marlitükike, suurusega mitte rohkem kui 4 sm^2. Marlitükike on läbi immutatud vastava antibiootikumi lahusega (100 000—200 000 TÜ lahustatud 1 ml naatriumkloriidi isotoonilises lahuses). Marlitükike kinnitatakse kleepplaastriga ja seotakse sidemega. Kompressimeetodi puhul asetatakse kompresspaber või vahariie marlitükile ja kinnitatakse kleepplaastri ribadega. Testi tulemust hinnatakse 24 ja 48 tunni pärast, sest mõnikord võib esineda hiline reaktsioon. Nahatesti tulemus loetakse positiivseks, kui testi asetuskohale on tekkinud punetus, paapul või villikesed (**N. Schamardin,** arstiteaduse kandidaat, Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektor).

EESTI MEDITSIINITÖÖTAJATE EKSLIIBRISTEST

Arstiteaduse edasiarengu kiire tempo tõttu on iseenesest mõistetav, et iga meditsiinitöötaja peab oma erialaseid teadmisi pidevalt täiendama. Seepärast ei puudu vist ühelgi meedikul isiklik raamatukogu, kus leidub meditsiinilist kirjandust, käsiraamatuid ja teatmeteoseid ning ka ilukirjandust.

Mõnda raamatut läheb igapäevases kutsealases tegevuses pidevalt vaja ja neid hoitakse peaaegu alaliselt töökohas; teisi aga ei õnnestu endale muretseda, sest sageli ei jätku raamatukauplustes ka suure tiraažiga trükiseid rohkem kui paariks päevaks. Sel korral tuleb kasutada raamatukogude teeneid või laenata vajalik teos kolleegidelt. Siit sugenebki raamatute märgistamise vajadus, sest tihti ei mäletata mõne aja pärast, kellele raamat on laenutatud või kellelt laenatud.

Milline oleks siis kõige otstarbekam moodus oma raamatute märgistamiseks?

Lihtsaim ja vahest ka kõige levinum märgistamisviis on raamatu tiitellehele nime kirjutamine. Tavaliselt tehakse seda tindiga. Kui omanikuks on aga arst, siis vastavalt professiooni «traditsioonidele» ei kirjuta nad eriti kalligraafiliselt; sageli lisatakse veel ostu kuupäev ja koht või järjekorranumber raamatukogu nimistus. Liiga tugevasti kirjutades võib tint laiali minna ning raamat on kahekordselt rikutud.

Palju paremaid tulemusi ei anna ka kummitempli jäljendi vajutamine raamatusse. Esiteks jätab templijäljend liialt kroonuliku, laenutusraamatukogundusliku mulje ja teiseks rikub ta raamatu välimust niisamuti kui lohakas signeeriminegi.

Kõige sobivamaks omandimärgiks tuleb pidada raamatuviita ehk eksliibrist, s. o. kunstipärast etiketti, millel on sõnad *EX LIBRIS, EX BIBLIOTHECA,* RAAMAT, MINU RAAMAT või mõni muu väljend, mis koos omaniku nimega näitab raamatu kuuluvust. Peale selle on eksliibrisel elukutset, huvialasid, raamatuid, loomi ja linde, loodust ning sündmusi jne. kujutavaid motiive. Eksliibrise kujundamisel lähtub kunstnik sageli nimesümboolikast, harvem valmistatakse portree-eksliibriseid.

Raamatuviida sobivaimaks formaadiks on 60—80×30—50 mm, kuigi esineb küllaldaselt ka suuremaid ja väiksemaid eksliibriseid. Ühte ja sama raamatuviita võib lasta trükkida mitmesuguses suuruses ja kasutada teda vastavalt raamatu formaadile. Raamatu omandimärgi kuju on tavaliselt neljanurgeline (pikkus suurem kui laius), vastates enam-vähem samuti kuldlõikele (suhe 8 : 5) kui raamat isegi. Sellekujulistest eksliibristest on tunduvalt vähem levinud ümmargused, ristküliku- ja kolmnurgakujulised või mingi muu geomeetrilise või korrapäratu kujuga eksliibrised. Eksliibris liimitakse raamatu esikaane sisekülje keskele või vasakule ülemisse nurka.

Eksliibriste paljundamiseks võib kasutada peaaegu kõiki paljundusviise, kuid kõige rohkem on levinud kõrg-, lame- ja sügavtrüki menetlused [1]. Palju kõrgtrüki eksliibriseid on Eesti NSV-s trükitud klišeetehni-

[1] Selle kohta vt. lähemalt: T. Nurk — Graafikatehnikad, Tallinn, 1962.

kas (klišee valmistatakse kunstniku joonise järgi) ja rohkesti ka graafilistes tehnikates (puugravüür ja -lõige, linoollõige). Lametrükist rakendatakse eksliibriste paljundamisel rohkem litograafiat, vähemal määral ofsett-trükki. Sügavtrüki graafilistest tehnikatest kasutatakse enam kuivnõela, oforti, akvatintat ja harva ka metsotintot. Et mitmete graafiliste tehnikate korral saab vaid mõnikümmend tõmmist, siis on tihti ühest tõmmisest lastud teha tsinkklišee ja selle või ka ofsett-tehnika abil trükitud piisaval hulgal eksliibriseid. Siinkohal tuleks märkida, et reprodutseeriva mehhaanilise paljundustehnika (näit. tsinkograafia) teel saadud raamatuviitu ei peeta nii väärtuslikeks kui graafilistes tehnikates loodud eksliibriseid. Viimaste puhul valmistab graafik puu-, linoleum-, metall- või kiviplaadil peegelpildis trükivormi, millest tehakse tõmmised paberile. Iga niisugune tõmmis kujutab endast originaalteost — gravüüri.

Ka meie meditsiinitöötajate eksliibriste autorid on kasutanud peaaegu kõiki nimetatud paljundusviise ning loonud sageli originaalse motiivistiku ja kompositsiooniga raamatuviitu. Kui jälgida meedikute viimaste aastate eksliibriste motiive, näeme, et siin esineb arstiteadust iseloomustav rahvusvaheliselt tuntud standardne embleem — madu mürgikarikaga, aga ka kolju, skelett, liivakell, mikroskoop, stetoskoop või fonendoskoop, ravimipudelid jne. Enamasti on need «ameti tunnused» orgaaniliselt seotud kogu eksliibrisega, harvem esinevad raamatuviida ainsa motiivina.

Vaatlemegi pisut lähemalt Eesti NSV meditsiinitöötajatele viimastel aastatel valminud huvitavamaid eksliibriseid ja neis kasutatud motiive.

Figuraalsetes eksliibristes käsitletakse tavaliselt kutsealast tegevust kas otseselt või sümboolselt. Nii näeme Asta Venderi poolt akušöör Erna Konsapile 1960. aastal loodud puugravüüril last süles hoidvat arsti, kes toetab nõrkevat naist. Taolise motiiviga eksliibriseid on meil valmistatud ka varem (Arkadio Laigo 1942. aastal Leonid Wolmerile, Richard Kaljo samuti 1960. aastal Harry Ernitsale), kuid siin on kunstnik erinevalt eelmistest mustale üldisele foonile vastandanud valges kitlis arsti ja saavutanud sellega julgustavalt, optimistlikult mõjuva lahenduse.

Psühhiaatri elukutset on sümboolselt ja tabavalt kujutanud I. Kaljas 1960. a. Kaljula Arule klišeetehnikas loodud eksliibrisel. Seda raamatuviita vaadates oleks nagu füüsiliselt tajutav, kui pingutavalt raske on hullumaski kõrvaldamine ja inimese tervistamine.

Puhkehetke töö juures kujutab meie tunnustatuim ksülograaf Richard Kaljo 1961. aastal ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» vastutavale sekretärile Hans Rootsile loodud eksliibrisel. Nii madu mürgikarikaga aktikaanel, liivakell kui ka hanesulg — nad kõik osutavad omaniku elukutsele; nendega on ühendatud harmooniliseks tervikuks avatud aknast paistev vanalinn ja aknaklaasile peegelduv Tallinna raekoda. Figuur vaataja poole pööratud näoga ja lauale koputava hanesulega aga justkui manitseks raamatut omanikule tagastama.

Kui eelmises eksliibrises ilmneb R. Kaljo hea kompositsiooniline meisterlikkus, siis sama kunstniku 1959. aastal valminud puugravüür stomatoloog Heljo Ennosaarele võlub meid oma lihtsuse ja lakoonilisusega. Peale vajaliku teksti on eksliibrisel vaid suurepäraselt ilmestatud, valust virildunud nägu ja ekstraheeritud hammas.

Huvitava perekonna-eksliibrise on Astrid ja Heino Kokale 1962. aastal graveerinud ksülograaf Esko Lepp. Mõlema arsti eriala on selgitamatagi arusaadav, kusjuures uudse võttena tuleks meie meedikute eksliibristes rõhutada aju kasutamist neuropatoloogia sümboliseerimiseks.

Samuti puugravüüris eksliibrise on Esko Lepp 1960. aastal loonud pediaater Ingrid Kuusikule. Siin on autor originaalselt seostanud nimesümboolika elukutsega, paigutades vaasile, milles on kuuseoksad, ema ja lapse ning arsti kuju. Ainult tähelepanelikul vaatlemisel võib märgata raamatu seljale peidetud madu mürgikarikaga. On muide huvitav mär-

kida, et see raamatuviit oli Eesti NSV eksliibriste üheks esindajaks Euroopa eksliibriste VIII kongressi näitusel Leipzigis 1961. aastal.

Nimesümboolikat on ka vanameister Günther Reindorff kasutanud 1960. a. meditsiiniõde Silvi Lille klišeetehnikas valminud eksliibrise kujundamisel. Kaktuste rohkus raamatuviidal vihjab aga ühtlasi ka raamatukogu omaniku huvialale.

Meditsiiniõde Elvi Saarele on kunstnik H. Miti kavandi järgi eksliibrise puusse lõiganud 1961. aastal Viljandi velsker ning ühtlasi paljude eksliibriste autor Arvo Jürgens. Siin on õde kujutatud tema igapäevases töös surmaohus viibiva haige juures.

Kummikindas käsi skalpelliga noodivõtit lõikamas ja selle kohal asetsev klaviatuur selgitab igale vaatlejale nii raamatu omaniku Nils Haugi elukutset kui ka huviala. Selle tabava ja peamisele huvialale osutava klišee-eksliibrise (valminud 1958. aastal) autoriks on graafik Ilmar Torn.

Rohuteadlaste eksliibristel on sageli põhiliselt elukutset iseloomustavaks embleemiks madu mürgikarikaga. Tarbekunstnik Richard Mutso on aga 1960. aastal farmatseut Alma Pärnale loodud puugravüür-eksliibrises vältinud trafaretti, asetanud pearõhu apteegikaaludele ja sel teel saanud meeldiva lahendusega eksliibrise.

Kui Astrid ja Heino Koka perekonna-eksliibris iseloomustas omanike elukutset, siis polügrafist Erich Lindemanni poolt 1961. aastal joonistatud Ingrid ja Ilmar Laane klišee-eksliibris ei ole ilmselt mõeldud meditsiinilise kirjanduse jaoks. Keskel paiknev liivakell osutab vaid vihjamisi elukutsele.

Püüdsime esitatud näidiste varal tutvustada võimalikult erinevate kunstnike, nii tunnustatud meistrite kui ka isetegevuslike kunstnike «käekirjaga». Samuti valisime arstiteaduse mitmesuguseid erialasid ja raamatuviitade omanike huvialasid käsitlevaid, nimesümboolikaga ja perekonna-eksliibriseid. Ka nendest vähestest näidetest selgub, et kui rakendada erinevaid paljundusviise (näiteks lisaks ka mitmevärvitrükki), avardada veelgi eksliibriste motiivistikku ja otsida uusi teid raamatu omanikule iseloomulike joonte sümboliseerimisel, on võimalused uute ja huvitavate raamatuviitade loomiseks praktiliselt piiramatud.

Viimastel aastatel suureneb meie eksliibriste omanike arv 300—400 uue nime võrra aastas, kuid kahjuks on meditsiinitöötajaid nende hulgas suhteliselt vähe. Nii on mitte kaugeltki täielike andmete kohaselt alates 1921. aastast, millal valmisid esimesed eesti arstide eksliibrised[2], kuni käesoleva ajani muretsenud oma raamatukogu jaoks eksliibriseid kõigest umbes 150 meditsiinitöötajat. Kui arvestada, et üksnes tänapäeval töötab meie vabariigis üle 13 000 arsti, farmatseudi ja keskharidusega meditsiinitöötaja, siis on ilmne, et meedikud on kunstipäraste raamatuviitade nõutamisel olnud liiga tagasihoidlikud. Õnneks on see tagasihoidlikkus parandatav viga.

Kuidas siis soetada endale eksliibris ja millele tuleks sel puhul mõelda? Kõigepealt peaks selge olema, kas tahetakse oma raamatukogu jaoks ühte või mitut eksliibrist. Kui raamatukogu on väike, siis piisab ühest raamatuviidast, suurema korral võiks aga olla ka kaks raamatuviita: üks näiteks meditsiinilise ja teine ilukirjanduse jaoks. Loomulikult võib aga ka iga kirjandusliigi jaoks kasutada uut, spetsiaalset eksliibrist.

Edasi tuleks juba mõelda eksliibrise motiivistikule, kujule, suurusele ja paljundusviisile ning nende küsimuste üle nõu pidada kunstnikuga, kelle loomismaneer ja tehnika on kõige lähem soovitule. Vastavate kunstnike leidmine ei tohiks valmistada raskusi, sest eksliibriste viljelejaid on meil üle kogu maa.

---

[2] P. Ambur — Eesti kunstipärastest eksliibristest, Tallinn, 1958, lk. 35.

Ilmar Laan

NILS
HAUG
EX LIBRIS

EX
LIBRIS
ALMA PÄRNA

EX-
LIB-
RIS
Erna
KONSAP

EX LIBRIS
HELJO
ENNOSAAR

EX LIBRIS
ING-
RID
JL-
MAR
LAAN

EX LIBRIS
KAIJULA ARU

TAHVEL IV

Ilmar Laan

Üldiselt peaks raamatuviit koos trükitehniliselt laitmatu ja hästi kujundatud ning illustreeritud teosega pakkuma igale lugejale kunstilist naudingut. Ja on arusaadav, et eksliibris kui miniatuurne kunstiteos pakub seda suuremat elamust, mida võimekam on kunstnik.

Lõpuks mõni sõna ka eksliibriste kollektsioneerimisest. Paljud kunstihuvilised koguvad eksliibriseid, mis on sageli kõrgeväärtuslikud pisigraafilised kunstiteosed. Nagu filateelias, nii on ka siin väga mitmesuguseid kollektsioneerimise printsiipe, kuid tavaliselt alustatakse kohalike raamatuviitade kogumisega. Hiljem, kui on olemas juba teatavad kogemused, võib koguda valikuliselt näiteks ainult teatavaid kunstnikke, motiive, elukutseid, graafilisi tehnikaid jne. Kollektsioneerimiseks peaks aga kõigepealt olema isiklik eksliibris ning teatav arv dublette.

Kollektsioon on õige alles siis, kui ta on hästi korrastatud: iga eksliibris on liimitud ülemist serva pidi omaette, ühtse formaadiga kartongile ja varustatud andmetega, mis märgitakse kas spetsiaalsesse nimekirja või aluskartongi pöördele. Kollektsioonis peaksid iga eksliibrise kohta olema järgmised andmed: 1) kunstniku täielik nimi, 2) eksliibrise valmimise ja paljundamise aeg (kui need on erinevad), 3) millises tehnikas valmistatud, 4) mõõtmed millimeetrites (pikkus × laius), 5) tiraaž, 6) motiivide seletus, 7) eksliibrise omaniku elukutse, töökoht ja huvialad.

Ka meedikute hulgas on üksikuid eksliibriste kollektsionääre Tallinnas, Tartus, Viljandis ja Haapsalus, kuid peale allakirjutanu ei kogu Eesti NSV-s ükski kollektsionäär spetsiaalselt meditsiinitöötajate eksliibriseid. Kultuuriajaloolisest seisukohast lähtudes oleks aga küllaltki huvitav ja vajalik koondada kõik meie meditsiinitöötajate eksliibriste näidised ühte keskusse, kus asjahuvilistel oleks nendega võimalik tutvuda. Üksikisikul osutub selline kollektsioneerimine ilma abita väga raskeks, kui mitte võimatuks. Näiteks puuduvad meil andmed Eesti NSV meditsiinitöötajate venekeelsete eksliibriste kohta.

Eespool mainitut arvestades peame vajalikuks, et analoogiliselt Fr. R. Kreutzwaldi nim. Eesti Riikliku Raamatukoguga, kes kogub kõiki Eesti NSV-s loodud eksliibriseid, alustaks meditsiinitöötajate eksliibriste säilitamist ka Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu Tallinnas.

Ilmar Laan

ЭКСЛИБРИСЫ ЭСТОНСКИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

И. Лаан

Резюме

Для обозначения принадлежности книги к личной библиотеке наиболее целесообразно использовать книжный знак, так как надписывание фамилии или оттиск личной печати портит книгу. Экслибрис — это художественно выполненный ярлык с текстом: EX LIBRIS из книг) и фамилией владельца, а также рисунком, где используются различные мотивы, как из профессиональной деятельности владельца книг, так и других, интересующих его областей науки, искусства и т. д. Предпочитаются оригинальные книжные знаки, выполненные графически в различной технике: гравюра на дереве, гравюра на линолеуме, акватинта, сухая игла, офорт.

Экслибрис наклеивается в середине внутренней стороны переплета, или в верхнем левом углу ее. Художественно выполненный экслибрис дополняет впечатление от внешнего вида технически безукоризненно напечатанной, хорошо оформленной и иллюстрированной книги.

В статье приводятся образцы экслибрисов, изготовленных в последние годы для медицинских работников ЭССР. К сожалению автор не располагает сведениями о экслибрисах медицинских работников Эстонской ССР с русским текстом.

Считаем необходимым, чтобы Государственная научная медицинская библиотека в Таллине начала собирать экслибрисы медицинских работников Эстонской ССР, также как и Эстонская Государственная библиотека им. Фр. Р. Крейцвальда собирает все экслибрисы, изготовленные в Эстонской ССР.

Konsultatsioone

JURIIDILIST NÕUANNET

1. Küsimus: Kas on farmatseutidel lubatud töötada kohakaasluse alusel?

Vastus: Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusega 1. veebruarist 1963 nr. 53 laiendati Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrustega 22. jaanuarist 1960 nr. 21 ja 21. juunist 1960 nr. 231 meditsiinitöötajaile kehtestatud koosseisulise kohakaasluse korda farmatseutidele, kusjuures nende töötajate põhikohalt ja kohakaasluse ametikohalt saadav töötasu ei tohi ületada poolteist põhiametikoha töötasu määra.

2. Küsimus: Kuidas arvestada meditsiinitöötajate tööd öösel?

Vastus: NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri 11. detsembrist 1954 nr. 02—19/21 näeb ette, et magamise võimalusega töö öösel arvestatakse üks tund poole tunni eest.

Magamise võimaluse puudumisel arvestatakse öötöö 6- ja 6,5-tunnilise tööpäevaga töötajatel üks tund kui $^{6}/_{5}$ tundi tööd, 7-tunnilise tööpäevaga töötajal üks tund kui $^{7}/_{6}$ tundi tööd, 8-tunnilise tööpäevaga — üks tund kui $^{8}/_{7}$ tundi tööd.

Öine tööaeg arvestatakse kella 10 õhtul kuni kella 6 hommikul. Öine tööaeg võib olla arstidele ja keskmeditsiinipersonalile kehtestatud magamise võimalusega, välja arvatud kogu meditsiinipersonal, kes töötab kirurgilise, terapeutilise ja günekoloogilise abi alal, keskmeditsiinipersonal psühhoneuroloogia-haiglates, lastehaiglates, lastesõimedes, sünnitusmajades ja -osakondades, samuti haiglates ja osakondades, mis on määratud ägedaid nakkushaigusi põdevatele haigetele.

3. Küsimus: Kui suures ulatuses on lubatud ületunnitöö?

Vastus: Ületunnitööd on lubatud ainult 120 tundi aastas. Kahe teineteisele järgneva päeva jooksul tehtud ületundide arv ei või ületada nelja tundi.

Luba ületunni töötamiseks antakse välja administratsiooni kirjalike avalduste alusel a/ü kohalikule komiteele, viimane kontrollib sisuliselt ületunnitöö tegelikku vajadust.

4. Küsimus: Kas arvestatakse sanitarina töötamist meditsiiniõe tööstaaži hulka.

Vastus: Sanitarina töötamise aega ei arvestata meditsiiniõe tööstaaži hulka.

A. Kaldma

Kroonika

ARSTID-RAHVASAADIKUD

17. märtsil toimunud valimistel valiti Eesti NSV Ülemnõukogu saadikuteks Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor arstiteaduse doktor professor Pavel Aleksandri p. Bogovski, Tallinna IV naistenõuandla juhataja Aino Pauli t. Ilmoja, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedri juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent Ernst Johannese p. Raudam ja Jõgeva linnahaigla peaarst Hilda Kusta t. Rosin.

H. Roots

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 12. jaanuaril 1963 toimunud istungil difteeria likvideerimise abinõusid ja kaitsesüstimise olukorda Tallinnas. Ettekandega esines Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maurer. Kuulati ära Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapediaatri A. Varese ja peaepidemioloogi K. Vassiljeva kaasaruanded.

Kolleegium märkis, et viimaste aastate jooksul on Tallinnas ära tehtud suur töö difteeriavastases võitluses, mille tulemusena haigestumine difteeriasse on järsult vähenenud. Difteeria likvideerimiseks korraldatakse plaanipäraseid üritusi. Nii on paranenud profülaktiliste kaitsesüstimiste planeerimine ning süstimiste kohta peetakse täpset arvestust.

Selle kõrval esineb ka palju puudusi difteeriavastases võitluses. Nii toimub 7-aastaste laste dispanseerimine mitterahuldavalt. Suur osa esimese klassi õpilastest ei ole revaktsineeritud difteeria, läkaköha, rõugete ja tuberkuloosi vastu. Sellega on seletatav, et 1962. a. registreeriti Tallinnas veel kaks difteeriasse haigestumise juhtu.

Ka lastevanemate seas ei tehta küllaldaselt selgitustööd kaitsesüstimiste vajaduse kohta. Kaitsesüstimine ei ole küllaldasel tasemel. Kõikide kabinettide tööd ei juhi arstid-immunoloogid.

Ebarahuldavalt kulgeb tuberkuloosivastane revaktsineerimine töölisnoorukite ja kuni 30-aastaste elanike hulgas.

Kolleegium kohustas Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhatajat L. Maurerit välja töötama 1963. a. plaan difteeria likvideerimiseks Tallinnas ja seda kooskõlastama Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumiga, komplekteerima meditsiinipersonaliga lastehaiglate juures asuvad kaitsesüstimise kabinetid vastavalt koosseisus ettenähtud normatiividele. Peale selle kohustati tervishoiuosakonda tsentraliseerima kõik lastepolikliinikutes olevad kuni 12-aastaste laste kaitsesüstimiste dokumendid ning kindlustama kõigi angiini põdevate laste laboratoorne uurimine difteeria suhtes.

Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst L. Stepanova peab parandama kaitsesüstimiste metoodilist juhtimist Tallinnas ning kindlustama lastepolikliinikute arstide-immunoloogide kvalifikatsiooni tõstmist.

*

12. jaanuaril 1963 arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium ja Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee presiidium ohutustehnika ja töökaitseürituste 1963.—1965. a. plaani. Kuulati ära Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi administratiiv-majandusosakonna ülema R. Eriksoo ettekanne. Kolleegium märkis, et käesoleva ajani ei ole meie asutustes ühtset korda ohutustehnika eeskirjade täitmisel. Asutuste peaarstid ei pööra veel küllaldaselt tähelepanu sellele tähtsale küsimusele. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ohutustehnika ja töökaitse 1963.—1965. a. plaanis on ette nähtud palju üritusi, mis tuleb läbi viia röntgenikabinettides, stomatoloogiakabinettides ning katlamajades.

*

14. veebruaril 1963 arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi istungil töölisnoorukite meditsiinilise teenindamise küsimust Tallinnas ja Harju rajoonis. Ettekannetega esinesid Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maurer ja Harju Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja N. Ress. Kolleegium märkis, et möödunud aastal tehti mõningal määral edusamme töölisnoorukite teenindamisel, kuid seejuures esineb veel tõsiseid puudusi. Enamik töölisnoorukeist jäid möödunud aastal Tallinnas läbi vaatamata, mis moodustab 64% läbivaatamata töölisnoorukeist vabariigis. Nendest suurem osa langeb Kalinini ja Mererajooni töölisnoorukite kabinettidele. Ka ei vaata töölisnoorukeid läbi kõik spetsialistid, mistõttu see töö ei anna küllaldasi tulemusi.

Töölisnoorukeid, kes on haiged ning ilmuvad õigeaegselt järelevaatusele, ei võeta tihti dispanseersele arvele ja ravimine toimub mitterahuldavalt.

Tallinna Linna III Haigla ja Nõmme Rajooni Haigla peaarstid ei täida Eesti NSV Tervishoiu ministri käskkirja nr. 44 20. veebruarist 1957. a., mis põhiliselt puudutab töölisnoorukite ambulatoorset ja polikliinilist teenindamist.

Töölisnoorukite teenindamise parandamiseks kohustas kolleegium Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhatajat L. Maurerit ja Harju Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhatajat N. Ressi rangelt täitma ülalmainitud käskkirja. Töölisnoorukite läbivaatus tuleb läbi viia viie spetsialisti osavõtul koos röntgeno-fluorograafilise uurimisega ja stomatoloogilise läbivaatusega. Kohustati organiseerima töölisnoorukite õiget arvestust ja ravi.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülemat A. Sarapit ja Tallinna Vabariikliku Haigla Organisatsioonilis-Metoodilise Kabineti juhatajat R. Malvistet kohustati läbi viima 1963. a. I kvartalis töölisnoorukite arstide seminar.

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 14. veebruaril 1963 füsioterapeutilise abi olukorda vabariigis ja abinõusid selle parandamiseks. Kolleegiumil esines ettekandega vabariigi peafüsioterapeut H. Laur. Ettekandest selgus, et vabariigis rakendatakse füsioteraapiat võrdlemisi laialdaselt. Suur töö on ära tehtud füsioteraapia-alase kaadri ettevalmistamisel. Näiteks spetsialiseerimise kursustel on viibinud 194 meditsiiniõde.

Kuid paljud ravi-profülaktikaasutuste juhatajad ei pööra küllaldaselt tähelepanu füsioteraapia küsimustele, ka ei kasutata füsioteraapiaaparatuuri täielikult. Läbiviidavad protseduurid on ühekülgsed. Peamiselt teostatakse soojusravi, vähe rakendatakse elektroforeesi ja antibiootikume. Mõnede füsioterapeutiliste asutuste ruumide kubatuur ei vasta sanitaarnõuetele. Mitterahuldavalt remonditakse füsioteraapia-aparatuuri.

Ka füsioteraapia õpetamine Tartu Meditsiinilises Keskkoolis jätab soovida. Suureks puuduseks on asjaolu, et puudub eestikeelne füsioteraapia õpik Kolleegium kohustas linnade ja rajoonide täitevkomiteede tervishoiuosakondade juhatajaid komplekteerima 1963.—1965. a. vakantsed kohad füsioteraapia alal eriala spetsialistidega. Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat L. Maurerit kohustati 1963.—1964. a. laiendama vee- ja mudaravi.

Edasi tuleb avada 1963.—1964. a. vee-mudaravilad Narvas ja Kohtla-Järvel.

Vabariigi peafüsioterapeudil tuleb 1963. a. läbi viia 4-päevane seminar arstidele füsioteraapia küsimustes.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tootmisettevõtete ja Abikäitiste Valitsuse ülemale sm. I Isrinile tehti ülesandeks kindlustada füsioteraapia-aparatuuri õigeaegne remonteerimine.

A. Kaldma

TARTU TEADUSLIKU NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE SELTSI KOOSOLEKUTEST

Tartu Teaduslik Neuroloogide ja Psühhiaatrite Selts on möödunud aasta jooksul käsitlenud oma koosolekutel mitmeid aktuaalseid küsimusi, mis on huvi pakkunud mitte üksnes erialaarstidele, vaid ka laiemale kuulajaskonnale. Seetõttu on osavõtt seltsi koosolekutest olnud üpris elav.

24. jaanuaril 1962 toimunud koosolekul tutvustas aspirant A. Nilson perfokaartide kasutamise põhimõtteid meditsiinis ja demonstreeris ühtlasi praktiliselt perfokaartide mitmeid vorme ning nende rakendamist kirjanduse läbitöötamisel ja eksperimentaalse või kliinilise materjali süstematiseerimisel ning analüüsimisel. Samal koosolekul käsitles E. Roode ultraheli rakendamist mitmesuguste närvihaiguste ravimisel ja demonstreeris ultraheliaparaati.

8. veebruaril 1962 toimus ühine koosolek koos Tartu Terapeutide Seltsiga. Siin andis L. Tulmin ülevaate kesknärvisüsteemi reumatismi kliinikust ja diagnoosimisest, arstiteaduse kandidaat J. Riiv käsitles neuroreumatismi jääknähtude diagnoosimist ja ravi ning V. Kanguri ja L. Tomanni ühine ettekanne valgustas somatogeense ja psühhogeense komponendi vahekorda neurooside patogeneesis. Viimases ettekandes rõhutati, et neuroosi diagnoosi ei või panna kergekäeliselt, ilma põhjaliku somaatilise uurimiseta. Koosolek oli osavõturohke ja ettekanded kutsusid esile elava mõttevahetuse.

15. märtsil 1962 toimunud koosolekul rääkis L. Kivivare uuest kodumaisest ravimeetodist elektriunega. Ettekannet illustreeris elektriune seansi demonstreerimine. Meetodil on palju eeliseid muude uneravimeetoditega võrreldes ning teda võib rakendada unehäirete ja kergemate funktsionaalsete närvihäirete ravimisel.

16. aprillil 1962 toimunud koosolek oli pühendatud ajukasvajate probleemile. H. Saar käsitles otsmiku- ja oimusagarakasvajate kliinikut ja diagnoosimist ning L. Tulmin andis ülevaate nende kasvajate puhul esinevaist psüühilistest häiretest.

21. ja 22. septembril 1962 toimunud Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite XI vabariiklikust konverentsist Narvas võtsid aktiivselt osa Tartu seltsi liikmed. Konverentsil esitati 18 teaduslikku ettekannet.

Koosolekul, mis toimus 28. novembril 1962, arutati organisatsioonilisi ja profülaktika küsimusi. L. Tomann käsitles psüühiliste häiretega haigete ravile suunamise ja hospitaliseerimise eeskirju, kusjuures ta andis ülevaate vastavaist juriidilistest sätetest ja praktikas üleskerkivatest küsimustest. V. Vaheng valgustas esmaabi mõnede psüühiliste haiguste puhul.

20. detsembril 1962 toimunud koosolekul tutvustas dots. J. Saarma kliinilis-eksperimentaalse uurimuse tulemusi insuliiniravi toimest skisofreeniahaigete animaalsele ja vegetatiivsele närvisüsteemile. Töös näidati, et kliinilis-eksperimentaalsete andmete analüüsimine kaasaegsete statistiliste menetluste ja seadiste abil võimaldab avastada palju selliseid seaduspärasusi, mis ei ilmne tavalise analüüsi puhul.

Käesoleva aasta esimene koosolek 17. jaanuaril 1963 Tartus oli pühendatud närvihaigete polikliinilisele teenindamisele. H. Rüpp valgustas Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla ja A. Rekand Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinikute neuroloogiakabinettide tööd. Nii ettekannetes kui ka sõnavõttudes toodi esile palju kitsaskohti närvihaigete ambulatoorsel uurimisel ning ravimisel ja vastuvõetud otsuses pöörduti tervishoiuorganite poole ettepanekuga nende kõrvaldamiseks. Eriti rõhutati vajadust organiseerida Tartu Linna Polikliinikus ravikehakultuurikabinet ning varustada füsioteraapiakabinetti ajakohase ravi- ja diagnoosimisaparatuuriga.

Samal koosolekul andis R. Zupping ülevaate gaasivahetuse häiretest aju vaskulaarsete insultidega haigetel.

Edaspidises tegevuses kavatseb Tartu Teaduslik Neuroloogide ja Psühhiaatrite Selts senisest rohkem tähelepanu pöörata just organisatsioonilistele ja profülaktika küsimustele neuroloogia ja psühhiaatria erialal. Rohkem tuleb rõhku panna psühhohügieeni probleemide põhjalikule läbitöötamisele, mis omandab seoses kommunismi ülesehitusega meie maal järjest suuremat tähtsust.

J. Saarma

TARTU KIRURGIDE SELTSI TEGEVUSEST

Seoses Tartu Teadusliku Arstide Seltsi reorganiseerimisega erialasteks seltsideks alustas tegevust Tartu Kirurgide Selts. Seltsi asutamise koosolekust 6. mail 1960 võttis osa 23 Tartu kirurgi. Esimesel koosolekul valiti seltsi juhatus järgmises koosseisus: prof. A. Linkberg (esimees), dots. H. Petlem (abiesimees), K. Tammera (laekur), E. Ruus (sekretär), L. Vainer (abisekretär). Praegu kuulub seltsi liikmeskonda 44 Tartu arsti.

Seltsi kaheaastase tegevuse jooksul on peetud 17 teaduslikku koosolekut, neist kolm koos Tartu Terapeutide Seltsiga, üks Viljandis Tartu Terapeutide Seltsi ja Viljandi Teadusliku Arstide Seltsiga ning üks Võrus koos Võru Teadusliku Arstide Seltsiga. Teaduslikel koosolekutel esitatud ettekannetes käsitleti mitmesuguseid kirurgia-alaseid probleeme. Vereringe uurimise küsimustest puudutati südame vasaku venoosse suistiku stenoosi ja jäsemetuiksoonte oblitereerivate haiguste kirurgilist ravi. Ka söögitoru- ja maohaiguste, eriti opereeritud mao haiguste ravile oli pühendatud mitu ettekannet (Dumping sündroom, opereeritud maoga haigete dieet jt.). Väga põhjalikult analüüsiti traumatoloogia küsimusi, nagu teetanuse profülaktika ja kaasaegne ravi, luumurdude konservatiivse ja operatiivse ravi näidustused ja tulemused, pseudoartrooside ravi, Sudecki tõbi jt. Kaasaegsest veresoonte kirurgiast rääkis arstiteaduse kandidaat K. Litmanovitš Leningradi Vereülekande Teadusliku Uurimise Instituudist.

Tartu Kirurgide Selts on ühtlasi osutanud organisatsioonilist abi kirurgiliste haigete ambulatoorse ja statsionaarse ravi alal. Ühel seltsi koosolekul kuulati aruannet Tartu Reumakabineti tööst, teistel koosolekutel arutati Tartu haiglate kirurgiaosakondade spetsialiseerimise küsimusi, mille tulemusena loodi rindkerekirurgia-, traumatoloogia-, uroloogia-, laste- ja üldkirurgia-osakonnad. Üks koosolek oli pühendatud südamehaigete kirurgilise ravi organiseerimise küsimusele Tartu haiglates. Samuti võeti aktiivselt osa Tartus ehitatava kirurgilise haigla uue hoone projekti arutamisest, kusjuures seltsi liikmed andsid projekti koostajaile konsultatsioone erialastes küsimustes. Lisaks teaduslikele ettekannetele demonstreeriti igal koosolekul 1—3 haiget, kes pakkusid huvi nii haiguse diagnoosimise kui ka ravi seisukohalt.

Edaspidi on kavatsus rakendada seltsi töösse senisest veelgi rohkem teiste Lõuna-Eesti rajoonide kirurge ja korraldada rajoonides väljasõidu-istungeid. Seltsi tööst on aktiivselt osa võtnud ka Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilased.

H. Petlem

RETSEPTIDE TUNDMAÕPPIMISE JA STANDARDISEERIMISE ALALISE KOMISJONI TÖÖST

21. jaanuaril 1963. a. toimus Apteekide Peavalitsuse ruumes Retseptide Tundmaõppimise ja Standardiseerimise Alalise Komisjoni koosolek, millest võtsid osa järgmised arstid ja farmatseudid: A. Brems, N. Elštein, V. Gutmann, J. Kalda, A. Karrus, H. Kuiv, V. Kööp, H. Leib, D. Luik, H. Merila. A. Oimre, A. Roost, L. Samoson, L. Savi, V. Tamm, H. Taumi, L. Tungla ja B. Äniline. Väljaspool komisjoni võtsid koosolekust osa E. Laas, I. Podolski, V. Päsmel Apteekide Peavalitsusest ning J. Pats Kontrollanalüütilisest Kesklaboratooriumist.

Koosolekul arutati läbi Tallinna apteekides möödunud aasta novembris teostatud ekstemporaalse retseptuuri uurimise koondmaterjalid ning eraldati teistest sageli korduvad retseptid, nn. standardretseptid. Komisjoni liikme N. Elšteini ettepanekul vähendati standardeeskirjade põhjal kindlaksmääratud pulbrites fenatse-

tiini annuseid, kuna viimane põhjustab tarvitajate hulgas hemolüütilisi haigusi. V. Tamme soovitusel võeti standardretseptide hulka mitmed lasteretseptid.

Ettepanekuid tehti ka teiste komisjoni liikmete poolt.

Retseptide Tundmaõppimise ja Standardiseerimise Alaline Komisjon otsustas välja selgitada standardretseptid ja saata seisukoha võtmiseks ja kinnitamiseks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiinilisele Nõukogule. Tehti ettepanek kaasa tõmmata standardretseptide väljatöötamisele ka arstide teaduslikud seltsid. Komisjon jätkab korduvate retseptide uurimist Tallinna apteekides.

A. Roost

UUS APTEEGILADU TARTUS

1962. aasta oktoobrikuu alguseks valmis Tartu Apteegilao uus hoone. Senini asus apteegiladu mööda Tartu linna laialipaisatuna seitsmes kohas, kus meditsiinikaupu tuli säilitada mittenõuetekohastes ruumides.

Apteegilao uus hoone üldpindalaga 850 m^2 on arhitektuuriliselt hästi õnnestunud. Ruumide paigutus on otstarbekas. Avarad aknad ning seinte ja lagede heledad värvitoonid teevad ruumid valgusküllaseks ja rõõmsailmeliseks. Silmas on peetud töötervishoiu ja ohutustehnika nõudeid. Igasuguste meditsiinikaupade säilitamiseks on loodud nõuetekohased tingimused, nende paigutamiseks on mahukad kapid või riiulid.

Eraldi õuele on ehitatud spetsiaalsed hoidlad kergesti süttivate ainete ja desinfektsioonivahendite jaoks. Happeid säilitatakse ja kaalutakse hea ventilatsiooni ja metlahhplaatidest põrandaga ruumis, mille põrandas on avarii juhuks happe äravoolu ava. Ruumis, kus säilitatakse antibiootikume, salve ja ravimküünlaid, hoitakse spetsiaalse külmutusseadme abil püsivalt alal optimaalset temperatuuri.

Mehhaniseeritud on ka laosisene transport. Laotöötajate tööd kergendavad lift ja spetsiaalsed kaubakärud. Kauba vastuvõtmiseks ja väljastamiseks on eraldi ruumid avara väljapääsuga platvormile. Otstarbekohaselt on sisustatud köök-pesuruum, kus toimub klaastaarade ettevalmistamine.

Käesoleva ajani puudus Tartu Apteegilaos mürkainete osakond ja apteegivõrk sai mürke tellida ainult Kesk-apteegilaost. Tihtipeale ei olnud informatsioon Kesk-apteegilattu saabunud mürkainete kohta küllaldane või hilines. 1963. aastast alates saab ka Tartu Apteegiladu mürkaineid. Mürkainete alalhoidmiseks ja nendega töötamiseks on ette nähtud eri ruum, kus on järgitud ohutuse ja ettevaatuse abinõusid.

Tartu Apteegiladu varustab Lõuna-Eestis 61 vabamüügi-apteeki, 8 raviasutuse apteeki ja 2 sanitaar-hügieenitarvete kauplust. Laokäive aastas on 1 725 000 rbl. Laohoone projekteerimisel ei ole kahjuks arvestatud laokäibe pidevat tõusu, millega seoses suureneb ka kaupade laoseis ja uute ruumide vajadus kauba paigutamiseks. Veel praegugi on ladu sunnitud kaupu mahutama kolmes eri kohas. Puuduvad ohutustehnikale vastavad tingimused hapniku säilitamiseks. Hädavajalik on lao õuele ka platvormiga külmlao ehitamine mahukate meditsiinikaupade paigutamiseks.

N. Looming ja R. Vassil

TÄHISTATI NÕUKOGUDE ARMEE JA SÕJALAEVASTIKU 45. AASTAPÄEVA

23. veebruari õhtul kogunesid 8. Eesti Laskurkorpuse 7. diviisi 86. üksiku meditsiinilise-sanitaarpataljoni endised võitlejad koos külalistega, et ühiselt tähistada Nõukogude armee ja sõjalaevastiku 45. aastapäeva.

Meenutati käidud rindeteid ja lahinguid Suures Isamaasõjas. Sõnavõtjad rääkisid sellest, kuidas nad elavad ja töötavad, kuidas täidetakse rahvamajanduse arendamise seitsme aasta plaani. Kõiki sõnavõtte läbis mõte, et selliseid koosviibimisi ja mälestuste värskendamisi tuleks korraldada sagedamini. Ühtlasi avaldati soovi, et seni, kui elavad inimesed, kes isiklikult võtsid osa Suurest Isamaasõjast ja mälestused ei ole veel tuhmunud, tuleks need kirja panna. Käesoleva ajani on välja antud vähe raamatuid, mis valgustavad Eesti Laskurkorpuse võitlusteed, meditsiinitöötajate osa nendes võitlustes aga ei ole senini ülevaatlikumat käsitlemist leidnud.

Üksmeelselt ja veendunult kinnitasid koosolijad, et jätkavad ka edaspidi Kommunistliku Partei ja Nõukogude valitsuse juhtimisel võitlust rahu eest ja annavad oma tööga panuse Nõukogude Liidu rahvamajanduse edasiarendamiseks ja tugevdamiseks.

Koosviibimisel võtsid sõna A. Nordberg, A. Kalvo, G. Nugis, I. Steinert, L. Sipria, E. Kiljako, K. Vassiljeva, E. Müllerbek, S. Vassiljev, H. Roots, P. Kukk, E. Jaanus jt.

Koosviibimisel esinesid rindelauludega endised meditsiinilise-sanitaarpataljoni isetegevuslased.

H. Roots

SISUKORD

A. SARAP ja G. NEPOTSATÕHH — Meditsiiniasutuste ühiskondlikud nõukogud 3

Teooria ja praktika

B. LEHEPUU — Tähelepanekuid elustamismeetodite kasutamisel haigete kliinilise surma staadiumis . . . 6
M. KIVILO — Esimesed narkoosid hingamisautomaadi abil Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris . 11
E. LIIV ja H. TIHANE — Modelleeritud kipssideme-longeti kasutamisest dislokatsioonita monomalleolaarsete murdude raviks 16
K. GROSS — Raseduse, sünnituse ning sünnitusjärgse perioodi juhtimisest struuma- ja türeotoksikoosihaigetel . 19
I. VEERMA — Aminasiiniravi tulemustest varase rasedustoksikoosi korral 22
J. TERAS, E. RÕIGAS, I. LAAN — Urogenitaaltrakti trihhomonoosi põdevate haigete katselisest dispanseerimisest*. 26
O. KONSAP — DDT ja heksakloraani kahjulikust mõjust 31
I. VELDRE — Ioniseeritud vee toksikoloogilisest uurimisest 35
A. KARAPETJAN — Düsenteeriabakterite mõjust lambliakultuurile . . 38

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

V. TRUDNIKOV — Mõlema reieluu lahtise murruga haige operatiivse ravi juht 39
H. SAARE — Mesenteeriumitsüstist tingitud soolesulgus 41
K. VÄIN — Harukordne düsgerminoomijuht 42

Abiks velskritele ja õdedele

H. PIHL — Soolenakkuste vältimisest koolis 45
K. GROSS — Basaaltemperatuuri andmete diagnostilisest tähtsusest . . 49
V. TAIGRO — Günekoloogiliste vaatluskabinettide töö parandamisest . 52

СОДЕРЖАНИЕ

А. САРАП и Г. НЕПОЧАТЫХ — Общественные советы медицинских учреждений

Теория и практика

Б. ЛЕХЕПУУ — Данные о применении методов оживления в стадии клинической смерти
М. КИВИЛО — Первые наркозы при помощи дыхательного автомата в Таллинском республиканском онкологическом диспансере
Э. ЛИЙВ и Х. ТИХАНЕ — О применении моделированной гипсовой повязки—лонгетки для лечения несмещенных мономаллеолярных переломов
К. ГРОСС — Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин с зобом и тиреотоксикозом
И. ВЕЭРМА — О результатах лечения аминазином раннего токсикоза беременности
Ю. ТЕРАС, Э. РЫЙГАС, И. ЛААН — Опытная диспансеризация больных трихомонозом урогенитального тракта
О. КОНСАП — О вредном действии ДДТ и гексахлорана
И. ВЕЛДРЕ — К токсикологической характеристике ионизированной воды
А. КАРАПЕТЯН — О влиянии дизентерийных бактерий на культуру лямблий

Обмен опытом и казуистика

В. ТРУДНИКОВ — Случай оперативного лечения открытого перелома обеих бедренных костей
Х. СААРЕ — Случай непроходимости кишечника, обусловленной мезентериальной кистой
К. ВЯЙН — Редкий случай дисгерминомы

В помощь фельдшерам и сестрам

Х. ПИХЛ — О предупреждении кишечных инфекций в школе
К. ГРОСС — О диагностической ценности данных базальноой температуры
В. ТАЙГРО — Об улучшении работы смотровых гинекологических кабинетов

Arsiteaduse ajaloost

H. ROOTS — Arstiteadusliku ajakirja «Tervis» aastakäike sirvides . . . 55

Konverentsid ja nõupidamised

H. JÄNES — Üleliiduline nõupidamine põlevkiviõlide dekantserogeniseerimise küsimustes 60
J. SAARMA — Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite XI konverents . . 60
V. SÄRGAVA — Eesti NSV otorinolarüngoloogide seminar 61
B. LEHEPUU — Sümpoosion müorelaksantide kasutamise küsimustes . 62
G. KONDRATJEVA — Üleliidulise Helmintoloogide Seltsi teaduslik sessioon 62
A. KALLIKORM — V arstiteaduse üliõpilaste konverents 63

Tähtpäevad

J. SAARMA — Professor E. Karu 60-aastane 64

Kriitika ja bibliograafia

P. BOGOVSKI — Rohkem tähelepanu retsenseerimisele 65

Küsimusi ja vastuseid 69

Mitmesugust

I. LAAN — Eesti meditsiinitöötajate eksliibristest 70

Konsultatsioone

A. KALDMA — Juriidilist nõuannet . 74

Kroonika 74

Истории медицины

Х. РООТС — Перелистывая комплекты медицинского журнала «Тервис»

Конференции и соовещания

Х. ЯНЕС — Всесоюзное совещание по вопросам деканцерогенизации сланцевых смол
Ю. СААРМА — XI конференция неврологов и психиатров Эстонской ССР
В. СЯРГАВА — Семинар оториноларингологов Эстонской ССР
Б. ЛЕХЕПУУ — Симпозиум по вопросам применения миорелаксантов
Г. КОНДРАТЬЕВА — Научная сессия Всесоюзного общества гельминтологов
А. КАЛЛИКОРМ — V конференция студентов медиков

Юбилейные даты

Ю. СААРМА — 60-летие профессора Э. Кару

Критика и библиография

П. БОГОВСКИЙ — Больше внимания к рецензированиям

Вопросы и ответы

Разное

И. ЛААН — Экслибрисы эстонских медицинских работников

Консультации

А. КАЛДМА — Юридическую консультацию

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВСОХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

3
Mai–Juuni

6. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1963

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервислойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 4. V 1963. Trükkimisele antud 6. VI 1963. Trükiarv 4570. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 7,85. Tellimise nr. 3696. MB-05210.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Poligraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade-Kirjastus

AKTSIDENTSETEST SÜSTOOLSETEST KAHINATEST LASTEL

M. LUTS

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*)

Terve südamega lastel võib paljudel juhtudel ealise iseärasusena sedastada süstoolset kahinat, mida nimetatakse mitmeti. Kõige laialdasemalt kasutatakse mõistet «funktsionaalsed» kahinad, sünonüümidena: «mitteorgaanilised», «mittepatoloogilised», «füsioloogilised», «aktsidentsed» (juhuslikud), «innotsentsed» (kahjutud), «mitteolulised» kahinad. Seejuures peab märkima, et erinevate autorite tõlgenduses pole need mõisted alati täiesti samaväärsed. Käesolevas töös termin «aktsidentne» tähistab kahinat, mille tekkimine ei ole seotud patoloogiliste muutustega ei südameklappidel ega -lihases. N. I. Ossinovski (4) järgi eeldab aktsidentne kahin orgaaniliste muutuste puudumist ainult klappidel. Seega on meie poolt esitatud aksidentse kahina mõiste tunduvalt kitsam, haarates ainult terve südamega isikutel täheldatavaid kahinaid. Tervetel inimestel esinevate kahinate tundmine on oluline seetõttu, et mittepatoloogilise süstoolse kahina ebaõige tõlgendus on üheks kõige sagedasemaks diagnoosimisveaks kardioloogias (2, 6). Meie tähelepanekud näitavad, et tuntakse vähe aktsidentset parasternaalset kahinat, mida peetakse sageli kas kaasasündinud arengurikke või reumaatilise endomüokardiidi avalduseks.

Andmed aktsidentsete kahinate esinemissageduse kohta on väga varieeruvad. Vastupidi kaua püsinud arvamusele on ka imikutel leitud mittepatoloogilisi kahinaid (1, 12); neid võib sedastada 2—7% tervetel imikutel, kaasa arvatud vastsündinud. Oletatakse, et neonataalsel perioodil ja imikutel esinevad süstoolsed kahinad on seostatavad avatud Botallo juhaga. Kuid tõenäolisemaks põhjuseks peetakse klappide mööduvat relatiivset puudulikkust (12). Eelkoolieas esineb aktsidentseid kahinaid 10—12% tervetel lastel; koolieas on nende esinemissagedus 8—25%, osa autorite järgi isegi 40—60%; noorukitest aga 30—50% (11, 12).

Oletatakse, et aktsidentsete kahinate tekkimise põhjuseks võib olla papillaarlihaste düsfunktsioon, nende hüper- või hüpotoonia, mis anatoomiliselt intaktsete papillaarlihaste korral võib tekkida vegetatiivse närvisüsteemi düsfunktsiooni tulemusena: räägitakse atoonilisest ja hüpertoonilistest aktsidentsetest kahinatest (4). Kuigi papillaarlihaste düsfunktsioon on paljude aktsidentsete kahinate geneesis väga tõenäoline, ei ole siiski tänapäeval eksperimentaalseid andmeid selle hüpoteesi kinnituseks ja seepärast ei ole meie arvates küllaldaselt põhjendatud võtta seda aluseks kahinate klassifitseerimisel, nagu teeb N. I. Ossinovski (4). Sagedamini esinevad järgmised variandid.

1. Parasternaalne kahin. Kuni 10-aastastel lastel on kõige sagedamini esinevaks aktsidentseks kahinaks maksimaalse kuuldavusalaga III—IV roietevahemikus parasternaalselt või sternumi serval esinev süstoolne kahin (8, 9, 10 jt.), mis moodustab Fogeli (9) järgi 85% kõigist aktsidentsetest kahinatest. Parasternaalset kahinat seostatakse vibratsioonidega, mis tekivad seoses südames oleva vere liiku-

misega süstoli ajal. Seepärast soovitatakse seda kahinat nimetada vibratsioonikahinaks (10). Arvatakse, et selline heli tekib alati füsioloogilistes tingimustes ja moodustab osa I toonist, kuid teatavates tingimustes, näiteks vereringe kiirenemisel või ringleva verehulga suurenemisel, võivad need vibratsioonid tugevneda ja neid võib kuulatleda kahinana (13). Sellise arutelu kasuks räägivad tähelepanekud, mis näitavad, et väga tundliku registreerimissüsteemi abil on süstoolsed kahinad registreeritavad kõigil uuritavatel.

2. Kahin kopsuarteril. Kopsuarteril esinev süstoolne kahin, mida tavaliselt leiame üle 10 aasta vanustel lastel, on esinemissageduselt teisel kohal (8, 9 jt.), moodustades D. Fogeli (9) järgi 14% kõigist aktsidentsetest kahinatest. Vastavalt kõige enam levinud arvamusele seostatakse kahina teket kopsuarteri kompressiooniga, mis kujuneb rindkere ja vereringeelundite anatoomilise vahekorra ealiste iseärasuste tõttu.

3. Veenikahin ehk vurrikahin. Kahinate tekkimist veenides põhjustavad kas vereringe kiirenemine, vere viskoossuse vähenemine või veeniseina kompressioon. Tervetel täiskasvanutel tavaliselt veenikahinat ei sedastata. Aneemiate korral on kuulda eriti tugevad veenikahinad, mida nimetatakse ka aneemiakahinateks. Veenikahina sage esinemine tervetel lastel ja puudumine vanematel inimestel ka tugeva aneemia korral näitavad, et tema tekkimisel on olulised ka veeniseina elastsed omadused, veeniseina vibratsioonivõime. 3—6 aasta vanustel tervetel lastel on veenikahinaid täheldatud 66%, kuni 12- aastastel — 50% ja 13—15-aastastel — 30% (7). Et kirjanduses käsitletakse veenikahinaid tavaliselt eraldi aktsidentsetest kahinatest, siis ka käesolevas töös esitatud protsendid aktsidentsete kahinate esinemissageduse kohta ei haara veenikahinaid.

Veenikahina maksimaalne kuuldavusala asub sub- või supraklavikulaarsel alal, vahel kaelal piki kaela suuri veresooni kas ühe- või kahepoolselt. Kahina kestus on peaaegu alati pikk, olles hästi kuulda nii süstolis kui ka diastolis.

4. Südame minutimahu suurenemisel tekkiv kahin. Üksköik millise geneesiga tahhükardia korral (näit. palavik, ärritumine jt.), ringleva verehulga suurenemisel või vereringe kiirenemisel tekib tavaliselt süstoolne kahin või tugevneb olemasolev aktsidentne kahin. Nende kahinate teket seostatakse verevoolu mahtkiiruse suurenemisega südames, mis kiiniliselt avaldub südame minutimahu suurenemises.

5. Kardiopulmonaalne kahin. Kardiopulmonaalset kahinat esineb lastel paljude autorite andmetel väga harva, teised aga kirjeldavad teda küllaltki sageli, kas 1,4%-l (9) või 6,5%-l tervetel lastel (4). See kahin on oma olemuselt vesikulaarne hingamiskahin, mis tekib õhu liikumisel süstoli ajal südant katvas kopsuosas.

6. Kompressioonikahinad. Kompressioonikahinad tekivad kas suurte veresoonte või südame kompressioonil, mille põhjuseks võivad olla: a) suurenenud harknääre; b) suurenenud vasak koda; c) tunduvalt suurenenud süda; d) suurenenud lümfisõlmed; e) tuumorid südames või keskseinandis; f) südame aneurüsmid; g) pneumo- või fluidotooraks.

Aktsidentsete kahinate eristamiseks müokardiaalsetest ja valvulaarsetest kahinatest on vaja patsienti põhjalikult uurida kardioloogiliselt, kaasa arvatud elektrokardiograafiline, fonokardiograafiline ja röntgenoloogiline uuring. Samuti on oluline hästi tunda valvulaarseid ja müokardi kahjustuse korral tekkivaid müokardiaalseid kahinaid ning nendega kaasnevat kogu kliinilist leidu.

Auskultatsioonil tuleb arvestada, et aktsidentsed kahinad ei kandu edasi orgaanilistele kahinatele iseloomulikus suunas. Süstoolne kahin *punctum maximum*'iga väljaspool tipu piirkonda ei ole peaaegu kunagi müokardiaalne. Ainult erandjuhtudel lokaliseerub mitraalklapi puudulikkuse süstoolne kahin Erbi punkti ja tipu vahelisel alal. Tavaliselt leiame siis elektrokardiogrammis $S_I Q_{III}$ tüübi, s. t. süda on ümber pikitelje roteerunud kellaosuti liikumise suunas. Samaaegselt võib leida ka teisi mitraalklapi puudulikkusele iseloomulikke tunnuseid. Kuid tuleb arvestada, et 5—11% juhtudest asub ka aktsidentse kahina maksimaalne kuuldavusala tipul (9, 11). Aktsidentsed kahinad on labiilsed: kord tekivad, kord kaovad, sageli on kuuldavad ainult lamamisasendis, võivad ilmneda psüühilisel erutusel või füüsilisel pingutusel. Sissehingamisel need kahinad tavaliselt nõrgenevad või kaovad, väljahingamisel — tekivad või tugevnevad (välja arvatud kardiopulmonaalne kahin). Aktsidentsed kahinad on kestuselt lühikesed, täites $^1/_2$ kuni $^2/_3$ süstolist. Pikk holosüstoolne kahin ei ole kunagi aktsidentne. Kuid ka müokardiaalne või valvulaarne kahin võib olla lühike. Aktsidentsed kahinad on tavaliselt

pehmed, madalad, harvem tugevad, karedad või muusikalised. Seega kahina tugevus ja tämber ei võimalda kindlalt eristada aktsidentset kahinat valvulaarsest. Siiski: mida pikem, tugevam ja mida sagedasem on auskulteeritav süstoolne kahin, seda tõenäolisemalt võime teda pidada orgaaniliseks, s. o. valvulaarseks või müokardiaalseks. Aktsidentsete kahinatega tavaliselt ei kaasne niinimetatud kassi nurrumise fenomeni; seda täheldatakse ainult väga harvadel juhtudel tugevate aktsidentsete kahinate puhul. Aktsidentse kahinaga haigetel esineb tavaliselt madal diastoolne vererõhk ja suur pulsiamplituud, pulss on *celer*-tüüpi (14). Aktsidentsete kahinate korral puuduvad teised müokardiaalsete või valvulaarsete kahinatega kaasnevad iseloomulikud tunnused südame-vereringe süsteemi poolt. Samuti tuleb märkida, et süstoolse kahina nõrgenemine või tugevnemine ravinerioodi vältel ei ole kindlaks aluseks kahina liigitamisel südameklappidest või -lihastest põhjustatud kahinaks, kuna võivad muutuda ka aktsidentse kahina tekkimise tingimused.

Ekslikuks tuleb pidada senini valitsenud arvamust aktsidentsete kahinate nõrgenemise kohta füüsilistel pingutustel. Viimaste aastate tähelepanekud on näidanud, et aktsidentsed kahinad tugevnevad tavaliselt töökatsu järel (9, 5, 3, 15 jt.). Füüsilisel pingutusel müokardiidi korral esinev mitraalklapi relatiivsest puudulikkusest tingitud süstoolne kahin nõrgeneb, tugevneb aga mitraalklapi orgaanilise puudulikkuse kahin. Järelikult töökats ei võimalda aktsidentset kahinat kindlalt eristada südameklappidest või -lihasest põhjustatud kahinast.

Aktsidentseid kahinaid iseloomustab patoloogiliste muutuste puudumine elektrokardiograafilisel uuringul. Teiselt poolt aga ei ole väikesed kõrvalekalded elektrokardiogrammis mingil juhul vastuväiteks aktsidentsele kahinale. Samuti tuleb arvestada, et müokardiidi korral umbes 10—20%-l juhtudest puuduvad muutused elektrokardiogrammis. Omandatud klapirikete algstaadiumis ja kergete, hemodünaamikat mitteoluliselt mõjustavate klapirikete korral ei esine seal samuti iseloomulikke muutusi. Kuid südame üksikute osade hüpertroofia kujunemisel võib enamikul juhtudest ka elektrokardiogrammis vastavaid tunnuseid leida. Seega näeme, et elektrokardiograafiline uuring ei abista oluliselt aktsidentsete kahinate diferentsimist.

Fonokardiograafilised uuringud näitavad, et aktsidentsed kahinad on lühikesed, madala sagedusega (enamikus kuni 200 Hz) ja koosnevad korrapärastest võngetest; sageli on kahin rombikujuline, meenutades nn. stenoosikahinaid; enamasti on sedastatav väike paus I tooni ja aktsidentse kahina vahel. Diferentsiaaldiagnostiliselt on oluline patoloogia puudumine fonokardiogrammil. Kirjanduse andmetel kombineerub aktsidentne kahin tihti III tooniga või II tooni kahestumisega. Meie tähelepanekud näitavad, et lastel esineb sageli triaad: aktsidentne süstoolne kahin (enamasti parasternaalne), II tooni füsioloogiline kahestumine ja füsioloogiline III toon.

Aktsidentsete kahinate korral ei ole südame konfiguratsioon tavaliselt muutunud. Kuid seejuures tuleb rõhutada veel kord, et ka mõningate muutuste puhul kas elektrokardiogrammis, fonokardiogrammis või röntgenoloogilisel uurimisel ei saa eitada aktsidentse kahina võimalust. Süstoolsete kahinate diferentsimisel on abistavaks võtteks farmakoloogilised proovid. On leitud, et kõik menetlused, mis vähendavad perifeerset vastupanu ja samaaegselt suurendavad südame minutimahtu (füüsiline koormus — enamikel juhtudel, amüülnitrit jt.), põhjustavad olemasoleva aktsidentse süstoolse kahina tekkimist või tugevnemist. Ja vastupidi: noradrenaliini ja pituitriini toimel suureneb perifeerne vastupanu ja väheneb tavaliselt minutimaht. Selle tulemusena aktsidentsed süstoolsed kahinad nõrgenevad või kaovad (14). Andmed farmakoloogiliste proovide kohta on esitatud tabelis.

Meie tähelepanekud kinnitavad farmakoloogiliste proovide osatähtsust aktsidentsete kahinate kindlakstegemisel, seejuures võib esialgsetel andmetel soovitada proove amüülnitritiga ja noradrenaliiniga.

Tabel

Farmakoloogilised proovid süstoolse kahina eristamiseks
(↑ tugevneb; ↓ nõrgeneb; — andmed puuduvad)

	Aktsidentne kahin	Mitraalklapi orgaaniline puudulikkus	Aordisuistiku stenoos	Fallot' tetraad	Vatsakeste vaheseina defekt
Amüülnitrit	↑	↓	↑	↓	↓
Noradrenaliin	↓	↑	↓	—	↑

Proovi tegemiseks avatakse amüülnitriti ampull vati sees, viiakse kiiresti lamava patsiendi nina juurde ja lastakse 3—4 korda sügavalt sisse hingata. Seejärel tuleb ampull ruumist kohe eemaldada. Amüülnitriti efekt saabub umbes 15—20″ jooksul: tekib tahhükardia, aktsidentne või aordistenoosi süstoolne kahin tugevneb ja mitraalklapi puudulikkuse süstoolne kahin nõrgeneb või ei muutu; umbes 20—30″ hiljem omandab kahin jälle endise iseloomu. Tavaliselt tekib kuumustunne, mõned patsiendid kaebavad lühiajalist peavalu. Kollapsiohu vältimiseks on soovitatav, et uuritav lamaks 10—15′ pärast proovi tegemist.

Noradrenaliini süstitakse maksimaalsetes ühekordsetes annustes lihasesse. Seejuures on oluline jälgida vererõhu muutusi: noradrenaliini efekt tekib kahina suhtes ainult siis, kui esineb süstoolse rõhu tõus vähemalt 20—30 mm Hg ulatuses ja kui samaaegselt tõuseb ka diastoolne rõhk. Et aktsidentsete kahinate genees pole lõplikult selgitatud ja et farmakoni oletatavat toimet ei ole alati võimalik objektiivselt kontrollida, siis farmakoloogiliste proovide interpreteerimine on sageli seotud suurte raskustega. See asjaolu vähendab farmakoloogiliste testide osatähtsust ja nõuab ettevaatlikkust nende tulemuste tõlgendamisel.

Vaatamata haige mitmekülgsele uurimisele, ei ole siiski alati võimalik aktsidentset kahinat orgaanilisest eristada. Paljudel juhtudel jääb küsimus lahtiseks või selgub alles haige kompleksse uurimisel ja pikemaajalisel dünaamilisel jälgimisel. Seetõttu ei ole meie arvates õige lapsevanemaid kohe informeerida kahina oletatavast põhjusest, sest nii võib täiesti ilmaaegu psüühiliselt traumeerida nii last kui ka lapsevanemaid ja põhjustada iatrogeenseid haigestumisi. Iga süstoolse kahinaga last, kellel kahina põhjus jääb esialgu ebaselgeks, tuleb põhjalikult kardiograafiliselt uurida, mis on aga läbiviidav ainult statsionaaris.

KIRJANDUS

1. Воловик А. Б. Болезни сердца у детей. Л., 1952. — 2. Воловик А. Б. Об избыточной диагностике ревматизма у детей. В сб.: Ревматизм у детей, под ред. А. Б. Воловика. Л., 1959, 381—387. — 3. Понаш В. Частная кардиология I, Прага, 1960. — 4. Осиновский Н. И. Заболевания сердечно-сосудистой системы. В кн.: Учебник детских болезней, В. А. Власов, Н. И. Осиновский и др., М., 1958, 229—249. — 5. Шкляр Б. С. Диагностика внутренних болезней. Киев, 1957. — 6. Gegesi Kiss, P., Szutrély, Gy., Herz- und Kreislaufstörungen im Säuglings- und Kindersalter. Budapest, 1960. — 7. Graf, W., Möller, T., Mannheimer, E. Acta med. Scandinav., Suppl. 196 : 167, 1947. — 8. Friedmann, S., Robie, W. A., Harris, T. N. Pediatrics, 4, 782, 1949. — 9. Fogel, D. H., Am. Heart. J, 1960, 59, 6, 844—855. — 10. Harris, T. N., Friedman, H. L. Am. Heart. J., 43, 707, 1952. — 11. Lessof, M., Brigden, W. Lancet, 6997, 673—674, 1957. — 12. Nadas, A. S. Pediatric cardiology, Philadelphia and London, 1957. — 13. Rushmer, R. F. Cardiac Diagnosis, Philadelphia, London, 1955. — 14. Spitzbarth, H. Deutsch. med. Wochenschr., 1957, 82, 24, 947—950. — 15. Uhlenbruck, P. Klinik der Herz- und Gefässkrankheiten, Band I, Leipzig 1960.

ОБ АКЦИДЕНТАЛЬНЫХ СИСТОЛИЧЕСКИХ ШУМАХ У ДЕТЕЙ

М. Лутс

Резюме

Приводится обзор литературы последних лет по вопросу о функциональных шумах у детей. Подчеркивается, что неправильное истолкование систолического шума является одной из наиболее часто встречающихся ошибок в кардиологической диагностике. Под «функциональными» понимаются шумы, возникновение которых не обусловлено патологическими процессами клапанов сердца и сердечной мышцы, «миокардиальными» — шумы, возникающие в результате поражения миокарда (например, относительная недостаточность клапанов или относительное сужение отверстий) и «клапанными» — шумы при приобретенных органических пороках сердца.

Автор считает целесообразным выделить следующие разновидности функциональных шумов: 1) парастернальные, 2) шумы на легочной артерии, 3) возникающие при увеличении минутного объема сердца, 4) венозные, 5) возникающие в результате сдавления больших сосудов или сердца и 6) кардиопульмональные шумы.

У здоровых детей, по наблюдениям автора, встречается часто своеобразная триада: функциональный систолический шум (обычно парастернальный), физиологическое расщепление II тона на легочной артерии и наличие физиологического III тона. Подробно излагаются вопросы дифференциального диагноза между функциональными, миокардиальными и клапанными шумами. При этом подчеркивается значение для диагностики фармакологических проб (проба с амилнитритом и норадреналином).

EBAÜHTLASE SÜDAMERÜTMI SEOSEST LASTE KEHALISE VÕIMEKUSEGA

J. UNGER ja *A. VIRU*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kehakultuuri teaduslikust laboratooriumist ning kehakultuuriosakonna kehalise kasvatuse ja spordi kateedrist)

Kehakultuuridispanserite ja kooliarstide tähelepanekud ning kogutud materjalid Tartu Riikliku Ülikooli füsioloogia kateedris näitavad, et nooremas ja keskmises koolieas võib lastel esineda omapärase iseloomuga südame respiratoorne arütmia. Kui südametsükli kestusi registreeriti ordinaatidena, ilmnes paljudel selleealistel lastel tavalisest teravam väljahingamisega seotud südametegevuse aeglustumine, mis väljendus üksiku, teravalt aeglustunud tsüklina, nn. «vaaguspulsina.» Sellised tsüklid vaheldusid 2—3 märksa lühema kestusega tsükliga, kusjuures kahe naabertsükli vaheline diferents sageli ulatus kuni 0,3 ja isegi 0,6 sekundini. Mitmeaastased vaatlused on näidanud, et sellised südametegevuse iseärasused kaovad siis, kui uuritavad lapsed jõuavad vanemasse koolieikka (3, 4, 5).

K. Wenckebachi ja R. Winterbergi (7) järgi võivad teravad üleminekud kiiretelt südametsüklitelt aeglastele põhjustatud olla tugevast hulkurnärvi ärritusest ja seoses sellega impulsside tekke ülekandumisest siinussõlme kaudaalsesse ossa. K. Matthes (6) seletab selliseid järske südamerütmi muutusi siinussõlme ajutiste väljalülitustega, kusjuures neil momentidel jätkub südametegevus atrioventrikulaarsõlme juhtimisel. I. Aršavski ja tema kaastöötajate töödes (1, 2) seostatakse respiratoorset arütmiat südame hulkurnärvi innervatsiooni väljakujunemisega. Nende seisukohtade alusel oletatakse, et lastel nooremas koolieas on vaaguspulsid tingitud veel mittetäielikult väljakujunenud suhtest südame parasümpaatiliste ja sümpaatiliste regulatsioonimehhanismide vahel.

Tekkis küsimus, kas sellise südamerütmi iseärasuse esinemine ning selle seos veel väljakujunemata südametegevuse regulatsioonimehhanismiga pole vastunäidustuseks kehakultuuri ning spordiga tegelemisel ja kuidas see mõjutab laste sportlikku võimekust?

Küsimuse selgitamiseks võrreldi 20 lapse, kellel oli selgesti väljendunud kirjeldatud südamerütmi iseärasus, ja nende klassikaaslaste kehalist võimekust ning selle arenemist. Lähtudes võistlustel ning kehalise kasvatuse tundides saavutatud sportlikest tagajärgedest ja õpilase kehalise võimekuse üldiseloomustusest, jaotati õpilased vastavate klasside kehalise kasvatuse õpetajate osavõtul kolme gruppi: kehaliselt arengult üle keskpärase, keskpärased ja alla keskpärase. Selgus, et vaatluse alla võetud 20 vaaguspulsse omavast lapsest kuulus seitse esimesse gruppi, s. t. nad olid kehalise võimekuse poolest oma klassis parimate hulgas, üheksa last kuulus keskpäraste gruppi ja ainult nelja vaatlusaluse lapse kehalist võimekust võis klassi keskmisest madalamaks hinnata. Vaatlusaluste sportliku tegevuse jälgimine ja analüüs näitasid, et vaaguspulssidena avalduv südametegevuse regulatsioonimehhanismide ebastabiilsus ei takista edukat treeningut spordikoolides. Nii oli üks vaaguspulsiga 10-aastane tütarlaps juba suutnud omandada noorte I spordijärgu võimlemises, üks 13-aastane poeglaps noorte III spordijärgu võimlemises ja üks 14-aastane poeglaps noorte III spordijärgu korvpallis. Lisaks selleie kaks vaatlusalust, kellel 11—14-aastaselt esines ilmne vaaguspulss, omandasid vanemas koolieas II spordijärgu tennises ja III spordijärgu suusatamises.

Saadud andmed näitavad, et kirjeldatud iseärasused südamerütmis ei takista kehalist võimekust ja selle arengut. Nähtavasti see rütmi omapära kuulub normaalsete ealiste iseärasuste hulka. Seda kinnitavad ka elektrokardiograafilised uurimised. Vaaguspulssi omavate elektrokardiogramm vastab täielikult normaalsele ja seda ka teiste hulgast eristuvate aeglaste tsüklite ajal. Järelikult nn. «vaaguspulsside» ilmnemine noorema ja keskmise koolieaga lastel ei tohiks takistada osavõttu kehalise kasvatuse tundidest ja treeningutest. Et süstemaatiline kehaline kasvatus etendab tähtsat osa noorte arenemises, siis võib arvata, et õigesti korraldatud regulaarne sportlik tegevus pideva arstliku kontrolli tingimustes mõjub positiivselt ka südametegevust reguleerivate närvimehhanismide talitluse stabiliseerumisele.

KIRJANDUS

1. Аршавский И. А. В сб.: Нервная регуляция кровообращения и дыхания. М., 1952, 62—71. — 2. Енисеева С. И. Физиол. ж. СССР, 1955, 2, 227—2327. — 3. Кяэр-Кингисепп Э. Г. и Эплер М. А. Сборник докладов первой научной конференции Таллинского ин-та ЭМиГ. Таллин, 1958, 105—115. — 4. Кяэр-Кингисепп Э. Г. и Эплер М. А. Труды III научной конференции по вопросам возрастной морфологии, физиологии и биохимии. М., 1959, 249—255. — 5. Käer-Kingisepp, E. ja Epler, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 37—45. — 6. Matthes, K. Kreislaufuntersucchungen am Menschen mit vorlaufend registrierenden Methoden. Stuttgard, 1951. — 7. Wenckebach, U. u. Winterberg, R. Die unregelmässige Herztätigkeit. Leipzig, 1927.

О СВЯЗИ НЕРАВНОМЕРНОСТИ РИТМА СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ФИЗИЧЕСКИМИ СПОСОБНОСТЯМИ ДЕТЕЙ

Ю. Унгер и *А. Виру*

Резюме

У детей в возрасте 7—13 лет часто наблюдается неравномерность ритма сердечной деятельности, заключающаяся в резком замедлении темпа сердечных сокращений совпадающих с выдохом. Выяснилось, что дети с вышеуказанной особенностью сердечного ритма не отличаются от своих товарищей по своим физическим показателям и успешно занимаются в спортивной школе. Электрокардиограммы этих детей соответствовали полностью норме. Проявление у детей описанной особенности ритма сердечной деятельности является нормальной возрастной особенностью и не должно вызывать освобождения детей от уроков физической культуры и тренировок.

MÜOKARDI INFARKTI KOMPLIKATSIOONIDEST

J. GROSS

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst R. Lepner)

M. Vovsi (2) andmeil esineb rohkem kui 40%-l müokardi infarkti põdenud haigetel haiguse kulgu ja prognoosi oluliselt mõjustavaid komplikatsioone, nagu raske šokk, südame erutusjuhte süsteemi ja rütmihäired, trombemboolia, südame aneurüsm, südame ruptuur ja raske kardiovaskulaarne puudulikkus. Uued diagnoosimis- ja ravimeetodid võimaldavad müokardi infarkti komplikatsioone edukalt vältida või ravida. Sellest lähtudes tekib vajadus pöörata erilist tähelepanu viimaste profülaktikale, varajasele diagnoosimisele ja esinenud juhtude analüüsimisele.

Käesolevas töös on analüüsitud Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas ajavahemikus 1951—1960 ravil viibinud 250 isiku infarktijuhte. Haigetest oli mehi 163, naisi 87, kes olid 27—85 aastat vanad (vt. tabel 1).

Tabel 1

Infarkti komplikatsioonide sagedus ja surmajuhtude arv

	Mehed	Naised	Kokku
Komplikatsioonideta juhud	93	35	128
neist suri	2	2	4
Komplikatsioonidega juhud	70	52	122
neist suri	24	16	40
Haigete üldarv	163	87	250
neist suri	26	18	44

Sellest nähtub, et haigete üldarvust, s. o. 250 haigest, suri 44 (17,6%); müokardi infarkti komplikatsioonidega 122 haigest suri aga 40 isikut (32,8%). Analoogilisi andmeid leiame ka kirjandusest [A. Berinskaja, N. Kalinina ja T. Meerson (1).], kuid alati ei ole komplikatsioon (*excl.* südame ruptuur) otseseks ja ainsaks surma põhjuseks, sest paljudel haigetel halvendas prognoosi ka raske kaasnev haigus (näit. suhkurtõbi), kõrge vanus jne.

Tabel 2

Müokardi infarkti komplikatsioonide esinemine haigete vanuse ja soo järgi

Vanus	Naised		Mehed	
	Üldarv	neist komplikat-sioonidega	Üldarv	neist komplikat-sioonidega
alla 30 a.	1	—	—	—
31—40 a.	4	—	—	—
41—50 a.	30	8	5	2
51—60 a.	62	20	21	10
61—70 a.	49	33	32	21
71—80 a.	14	8	26	17
üle 80 a.	3	1	3	2

Tabel 2 näitab, et naised haigestusid müokardi infarkti vanemas eas suhteliselt sagedamini kui mehed; samuti esines nimetatud haiguse komplikatsioone nii meestel kui ka naistel vanemas eas sagedamini.

Komplikatsioonideta haigete rühmas (vt. tabel 1) suri 4 inimest. Võib arvata, et neil haigeil oli jäänud elupuhuselt diagnoosimata mõni kiiret surma põhjustav komplikatsioon (näit. vatsakeste laperdus ja virvendus).

Järgnevalt esitame mõningad tähelepanekud müokardi infarkti üksikute komplikatsioonide esinemise, diagnoosimise ja ravi kohta (andmed suremusest komplikatsioonide puhul on toodud tabelis 3).

Tabel 3

Üksikute komplikatsioonide esinemine müokardi infarktiga haigeil ja suremus sel puhul

Komplikatsioon	Mehed		Naised		Kokku	
	Üldarv	neist suri	Üldarv	neist suri	Üldarv	neist suri
Raske šokk	4	3	3	3	7	6
Südame erutusjuhte ja rütmihäired	40	12	36	5	76	17
Trombemboolilised komplikatsioonid	6	4	8	5	14	9
Südame aneurüsm	2	1	—	—	2	1
Südame ruptuur	6	6	3	3	9	9
Raske südame-vereringe puudulikkus	35	11	25	6	60	17

Šokk. Analüüsiti ainult neid haigusjuhte, kus täheldati raske šoki sümptoome (süstoolse vererõhu langus alla 80 mm Hg jne.). Rakendatud ravi korral (analeptikumid, strofantiini süstimine veeni, hapniku sissehingamine, soojuse aplitseerimine) ei saavutatud rahuldavaid tulemusi, mille tagajärjel 7 haigest vanusega 42—78 a. suri 6 (kõik 1.—4. päeval pärast infarkti tekkimist). Oluline on teada, et raske šokk võib välja kujuneda alles 2. ja 3. haiguspäeval (siin etendab teatavat osa nn. Bezold-Jarischi refleks [M. Bürger (5)]. Šoki tagajärjel surnutel ei leitud seost anatoomiliste muutuste ulatuse ja šokiseisundi raskuse vahel. Viimasel ajal kasutatakse raske šokiga haigete raviks teiste meetodite kõrval noradrenaliini või mesatooni niristamist veeni tilkinfusioonina (8—10 mg noradrenaliini lahustatuna 1000 ml 5%-lises glükoosilahuses, 20—30 tilka minutis). Selle meetodi eesmärgiks on tõsta süstoolset vererõhku 100 mm Hg-ni (varem hüpertooniatõbe põdenutel 120 mm Hg-ni) ja selle hoidmine vähemalt nimetatud tasemel [W. Schimmler (8)]. Kui hapnikutelk puudub, võib hapnikku manustada ninasondi abil (8 liitrit minutis).

Südame erutusjuhte ja rütmihäired (EKG abil diagnoositud) esines 76 haigel. Vt. tabel 4.

Kirjeldatud rühmas oli 41—50 aasta vanuseid 9, 51—60-aastaseid 14 ja ülejäänud 53 haiget oli üle 61 aasta vanad. Suremus oli selles rühmas 22,3%. Südame erutusjuhte ja rütmihäireid esines sagedamini kahel esimesel haigusnädalal. Absoluutse arütmia teke oli 10 haigel seostatav müokardi infarktiga, neist 3 taastus regulaarne siinusrütm ravi lõpuks. Siinusrütm taastus ka 2 atrioventrikulaarse rütmiga haigel. R. Heineckeri ja F. Walbecki (6) andmeil esineb teatav seos müokardi infarkti lokalisatsiooni ja rütmihäirete iseloomu vahel (eesseina infarkti puhul täheldatakse sageli siinustahhükardiat ja ventrikulaarset ekstrasüstooliat, tagaseina infarkti puhul ekstrasüstooliat, bradükardiat, siinusarütmiat, atrioventrikulaarset rütmi), kuid meie kliinikus puuduvad analoogilised tähelepanekud.

Ventrikulaarne ekstrasüstoolia, värske absoluutne arütmia, paroksüsmaalne tahhükardia ja mõned teised rütmihäired nõuavad kiiret ravi. Kinidiiniravi, mis on näidustatud loetletud esimese kolme rütmihäire puhul, on Tartu Linna Kliinilises Haiglas kasutatud vaid üksikjuhtudel 1961. a. alates tarvitatakse edukalt novokaiinamiidi (suu kaudu 0,5×3 või 10%-lise süstelahusena 5 ml veeni või lihasesse) kõrvuti teiste ravimitega, nagu novokaiin, sedatiivumid jms. Et südame erutusjuhte ja rütmihäirete teke müokardi infarkti korral ei ole tingitud ainuüksi infarkti lokalisatsioonist ja koormuse ümberjaotumisest vereringes, vaid on seotud ka müokardi ainevahetuse häiretega, siis on otstarbekas anda haigetele kaaliumi (KCl), adenosiintrifosforhapet ja B1-vitamiini.

Tabel 4

Südame erutusjuhte ja rütmihäirete esinemine müokardi infarktiga haigetel

Komplikatsioon	Mehed		Naised		Kokku	
	Üldarv	neist suri	Üldarv	neist suri	Üldarv	neist suri
Absoluutne arütmia	10	4	12	1	22	5
Ekstrasüstolid	11	2	6	—	17	2
neist ventrikulaarsed	8	2	6	—	14	2
Siinustahhükardia (pulss üle 100×1 min.)	9	3	6	2	15	5
Intraventrikulaarse ülejuhte häired, ka sääreblokaad	5	—	5	1	10	1
Paroksüsmaalne tahhükardia (supraventrikulaarne)	—	—	5	—	5	—
Siinustahhükardia ja ventrikulaarsed ekstrasüstolid	1	1	1	1	2	2
Atrioventrikulaarne rütm	2	—	—	—	2	—
Siinustahhükardia ja Hisi kimbu vasaku sääre blokaad	2	2	—	—	2	2
Absoluutne arütmia ja ventrikulaarsed ekstrasüstolid	1	—	—	—	1	—

Kõiki südame erutusjuhte ja rütmihäireid, näiteks ventrikulaarset paroksüsmaalset tahhükardiat, vatsakeste laperdust ja virvendust, totaalset atrioventrikulaarset blokaadi, ei ole alati võimalik täpselt diagnoosida haige seisundi kiire halvenemise tõttu (südameseiskus). Südameseiskuse puhul võib esimese 5—6 minuti jooksul katsetada kinnist või isegi lahtist [R. Kirsch (7)] südame massaaži; kui südametegevus taastub, on vaja rakendada juhitavat hingamist.

Trombembooliast tingitud tüsistuste tekkimine on kirjanduse andmeil (A. Berinskaja kaasautoritega) järgmine: südamesisesed seinapidised trombid tekivad tavaliselt 4.—5. haiguspäeval, perifeersed komplikatsioonid (enamikus tromboosid) 3.—21. haiguspäeval. Tartu Linna Kliinilises Haiglas diagnoositi järgmisi trombembooliast põhjustatud tüsistusi: aju vaskulaarset insulti (tromboosi) 4 haigel (suri 2), jäseme arteri embooliat (või tromboosi) 3 (suri 1), aordi ja mesenteriaalarterite tromboosi 3 (suri 3), kopsu infarkti 3, kopsuarteri embooliat 1 haigel (suri). Tüsistused tekkisid 4.—27. haiguspäeval. Enamik haigetest olid üle 60 a. vanad. Lahkamisel leiti 12 koolnu südames seinapidine tromb (6 juhul sedastati samaaegselt tüsistusena perifeerset trombembooliat). Visa tahhükardia, subfebriilne temperatuur ja kauakestev erütrotsüütide sette-

reaktsiooni kiirenemine võivad olla aluseks südamesisese seinapidise trombi (*resp.* trombendokardiidi) elupuhusel diagnoosimisel.

Trombemboolilise tüsistuste vältimiseks ja ka nende esinemisel on näidustatud varajane ravi antikoagulantidega. 1955. a. alates on Tartu Linna Kliinilises Haiglas antikoagulantidena tarvitatud dikumariini või neodikumariini, kuid ainult osa haigete ravimisel. Seepärast pole võimalik tuua võrdlusandmeid trombembooliast põhjustatud tüsistuste esinemise kohta seoses antikoagulantide kasutamisega. 1960. a. alates on Tartu Linna Kliinilises Haiglas paljudel juhtudel rakendatud järgmist raviskeemi: 1.—2. päeval süstiti 20—40 tuh. TÜ hepariini lihasesse, hiljem anti suu kaudu fenüliini või dikumariini, kusjuures jälgiti pidevalt protrombiiniindeksi langust ja tõusu. Jäseme arteri akuutse sulguse korral on näidustatud kohene trombektoomia või amputatsioon.

Tartu Linna Kliinilises Haiglas diagnoositi 61-aastasel meeshaigel elupuhuselt südame kroonilist aneurüsmi, sama sedastati ka ühel lahangul. Mõlemal haigel oli visa kardiovaskulaarne puudulikkus. Südame krooniline aneurüsm esines 10—20%-l müokardi infarkti põdenud haigetest (sageli täheldatakse nendel haigetel haiguse varajases staadiumis südame akuutset aneurüsmi). Viimase elupuhune diagnoosimine on osal juhtudest võimalik [M. Vovsi (2)]. Südame ruptuuri ohu tõttu tuleb nende haigete suhtes rakendada ranget voodirežiimi. Südame kroonilist aneurüsmi saab elupuhuselt diagnoosida järgmiste sümptoomide alusel: paradoksaalne süstoolne pulsatsioon ja surin-heli rindkeres aneurüsmikoti kohal, samaaegselt on kuuldav süstoolne kahin, EKG-s põhilülitustes sügav Q-sakk, vastavates rinnalülitustes QS-kompleksid või püsivad värske infarkti tunnused, visa kardiovaskulaarne puudulikkus infarktijärgsel perioodil, röntgenikümogrammil nn. tumma tsooni esinemine. Kroonilise aneurüsmi ruptuuri oht on vähene, kuid visa kardiovaskulaarse puudulikkuse tõttu on paljudel juhtudel näidustatud operatiivne ravi [B. Petrovski (4)].

Tartu Linna Kliinilise Haigla andmeil esines südame ruptuur 9 haigel (ühel neist oli vatsakeste vaheseina ruptuur). Haiged olid 53—78 aastat vanad. Neist 4 oli varem põdenud hüpertooniatõbe. Südame ruptuur tekkis 4 juhul esimese 3 haiguspäeva jooksul, 5 juhul 12.—21. haiguspäeval. A. Berinskaja (1) kaasautoritega esitab analoogilisi andmeid. Südame ruptuuri elupuhune diagnoosimine on võimalik [A. Litinski ja N. Melman (3)], kuid sellel ei ole veel terapeutilist väärtust. Südame ruptuuri vältimiseks on ohustatud haigetele (südame akuutne aneurüsm, hüpertooniatõbi) vaja määrata optimaalse kestusega range lamamisrežiim.

Raske kardiovaskulaarne puudulikkus esines 60 haigel (vaatluse alla võeti II ja III astme südame-vereringe puudulikkus). Ainult 3 neist olid alla 50 a. vanad. 57-l ilmnesid südame-vereringe puudulikkuse sümptoomid juba esimestel haiguspäevadel, 3 haigel aga alles 5.—6. nädalal, s. o. seoses südame-vereringe süsteemi koormuse suurenemisega voodirežiimi lõppemisel. Visa südame-vereringe puudulikkuse raviks kasutati teiste ravimeetodite kõrval strofantiini tilkinfusiooni veeni (0,25 mg strofantiini 200—300 ml füsioloogilises NaCl lahuses) koos kaaliumiteraapiaga (kaaliumkloriidi 0,5 3 korda päevas suu kaudu). Oluline on kindlaks teha südame-vereringe puudulikkuse nähte süvendavaid tegureid, näiteks südame erutusjuhte ja rütmihäireid (meie andmeil esines neid 25 südame-vereringe puudulikkusega haigel), kopsu infarkti (sageli atüüpiline), südame aneurüsmi.

Perikardiit (enamasti fibrinoosne) on sagedane müokardi infarkti komplikatsioon, kuid omab vähest kliinilist tähtsust (A. Berinskaja kaasautoritega), seepärast ei käsitle me seda küsimust käesolevas kirjutises

lähemalt. Nn. infarktijärgset sündroomi Tartu Linna Kliinilises Haiglas eespool mainitud ajavahemikul ei esinenud. Tartu Linna Kliinilise Haigla materjali analüüsimisel nähtub, et eriti oluline on müokardi infarkti varajasel kliinilisel perioodil šoki, südame erutusjuhte ja rütmihäirete ning raske südame-vereringe puudulikkuse diagnoosimine ja ravi. Vanemaealistel haigetel esineb komplikatsioone sagedamini; ei ole harukordne, kui korraga sedastatakse mitu komplikatsiooni. Enamikul müokardi infarktiga haigetest tuleb trombemboolliliste komplikatsioonide vältimiseks rakendada profülaktiliselt antikoagulante. Südame kroonilise aneurüsmi diagnoosimine ja ravi on suure tähtsusega haiguse hilisprognoosis ja haige töövõime ekspertiisis. On tõenäoline, et südame erutusjuhte ja rütmihäireid, kopsu infarkte ja südame aneurüsme esineb tavaliselt rohkem, kui neid diagnoositakse.

Nende probleemide edukas lahendamine nõuab arstilt väga tähelepanelikku ja teadlikku suhtumist müokardi infarktiga haigesse ja ka rea organisatsiooniliste küsimuste lahendamist: kiirabijaamade ja statsionaaride laitmatu koostöö, müokardi infarkti kohese diagnoosimise võimalus statsionaaris (EKG või elektrokardioskoopia, transaminaasi aktiivsuse määramine) ja raviasutuste pidev varustamine vajalike medikamentidega (noradrenaliin, antikoagulandid).

KIRJANDUS

1. Беринская А. Н., Калинина Н. В., Меерсон Т. И. Исходы и прогноз инфаркта миокарда. М., 1958. — 2. Вовси М. С. Клинические лекции. М., 1961. — 3. Литинский А. С. и Мельман Н. Я. Врачебн. дело 1962, 5, 137—138. — 4. Петровский Б. В. Кардиология 1961, 1, 23—31. — 5. Bürger, M. Pathologische Physiologie, Leipzig, 1958. — 6. Heinecker, R. u. Walbeck, F. Dtsch. Med. Wochenschr. 1960, 34, 1483—1488. — 7. Kirsch, R. Dtsch. Gesundheitswesen 1962, 1, 16—19. — 8. Schimmler, W. Internist, 1961, 10, 584—586.

ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ю. Гросс

Резюме

За 1951—1960 гг. в терапевтическом отделении Тартуской городской клинической больницы находились на лечении 250 больных с инфарктом миокарда. Из них было 163 мужчины и 87 женщин, в возрасте от 27 до 85 лет.

Из 250 больных 44 (17,6%) умерли, из 122 больных с осложнениями инфаркта миокарда умерло 40 (32,8%).

Женщины старшего возраста заболевали инфарктом миокарда сравнительно чаще, чем мужчины; осложнения инфаркта миокарда наблюдались больше у больных старшего возраста как у мужчин, так и у женщин.

У 122 больных инфарктом миокарда наблюдались следующие осложнения заболевания: нарушения возбудимости и проводимости, а также ритма — у 76 больных; выраженная сердечно-сосудистая недостаточность у 60 больных, разрыв сердца — у 9 больных, тяжелый шок у 7 больных и хроническая аневризма сердца у 2 больных.

При анализе материала Тартуской городской клинической больницы видно, что особенно важное значение имеет своевременные диагностирование и лечение шока, нарушений возбудимости и проводимости и тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности. Для предупреждения развития тромбэмболий большинству больных инфарктом миокарда следует профилактически назначать лечение антикоагулянтами. Выявление и лечение хронической аневризмы сердца имеют большое значение с точки зрения исхода основного заболевания и экспертизы трудоспособности. Весьма вероятно, что нарушения возбудимости и проводимости, а также ритма, инфаркты легких и аневризмы сердца встречаются чаще, чем их диагностируют.

HAIMORIITIDEST LASTEL

E. KOHANDI ja *V. LIIV*

(Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Ninakõrvalkoobaste haigestumisele lapseeas on vastavas kirjanduses siiani võrdlemisi vähe tähelepanu pööratud.

M. Maslov (3) ütleb, et latentselt kulgevad sinusiidid lastel ei ole sugugi harv nähtus, kuid nende diagnoosimine on raske ja võimalik ainult haigete pikema jälgimise ja ninakõrvalkoobaste diafanoskoopia, röntgenoskoopia ja proovipunktsioonide rakendamise teel. Samuti juhib L. Šteinberg (5) tähelepanu vajadusele uurida lastel paranasaalkoopaid, mille haigestumine võib olla pikaldase subfebriilsuse põhjuseks. V. Trutnevi (6) andmeil kaasnevad kroonilise ülalõuaurgete põletikuga mõnikord subfebriilne temperatuur ja ka malaaria tüüpi regulaarsed palavikutõusud. A. Baranova (1) leiab, et lastel tekivad Highmore'i koobaste haigestumisel mitmesugused kliinilised nähud. Tema andmete järgi kulgeb põletikuline protsess ülalõuaurgetes krooniliste vormide puhul väheste sümptoomidega või koguni sümptoomideta. Seetõttu seda mõnikord kas üldse ei diagnoosita või käsitletakse ebaõigesti kui adenoidset hüpertroofiat, kroonilist riniiti, pikaldast ülemiste hingamisteede katarri jms. Autor märgib, et laste ülalõuaurgete röntgenoloogiline uurimine ei ole veel vajalikku rakendamist leidnud. L. Kalštein (2) sooritas 161-l kroonilise riniidiga lapsel kliinilis-röntgenoloogilisi uurimisi ja avastas 18%-l ülalõuaurgete põletiku. G. Urjeva (7), kes uuris 644—14-aastast subfebriilsusega last, leidis, et palaviku põhjuseks oli 15 juhul krooniline tonsilliit, 12 juhul koletsüstiit ja angiokoliit ning 15 juhul tuberkuloosne intoksikatsioon. Ülejäänud 22 haigel, s. o. enam kui kolmandikul uuritavaist, leiti haimoriit.

Kui põhilisteks ninakõrvalkoobaste põletiku esilekutsujateks on mikroobid, siis viimastel aastatel on hakatud haimoriitide etiopatogeneesis järjest suuremat tähelepanu pöörama allergiafaktorile. Nii leiab A. Dintenfass (8), et allergia etendab tähtsat osa ülemiste hingamisteede ägedate katarride, farüngiitide ja sinusiitide patogeneesis, R. Schröeri (9) järgi on nina- ja ninakõrvalkoobaste limaskesta seropolüpoosne haigestumine enamasti allergilist laadi.

S. Preobraženski (4) eristab vasomotoorsete ja allergiliste haimoriitide kulus 2 faasi. Esimene neist on ägeda turse ja transudatsiooni faas, kus hoogude vahel tehtud röntgeniülesvõte ninakõrvalkoobastest on normis. Teises faasis leidub hoogude vaheperioodil tehtud röntgeniülesvõttel seinapidine varjustus, mis on põhjustatud ülalõuaurgete limaskesta hüperplaasiast.

Allergiliste rinopaatiate üheks tunnuseks peetakse eosinofiilsete rakkude leidumist ninasekreedis. Kuid A. Dintenfass (8) juhib tähelepanu asjaolule, et eosinofiilsete leukotsüütide puudumine ninaeritise äigepreparaadis ei eita veel allergilise haiguse olemasolu. Viimase tõenäosusele viitab tema arvates ka haimoriitide mitteallumine sulfaniilamiidide ja antibiootikumide ravile.

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas diagnoositi viimase 3 aasta jooksul (1959—1961) 75 lapsel haimoriiti. Neist oli ülalõuaurgete põletik 42 juhul põhidiagnoosiks ja 34 juhul kaasnevaks diagnoosiks. 3 last oli ravil kaks korda. Üldse sedastati haimoriiti 1,8%-l kõigist statsionaarsel ravil viibinud haigeist. Kõige noorem haige oli 5 a. vana.

Akuutset haimoriiti diagnoositi 29 juhul, subakuutset purulentset 30 juhul ja kroonilist purulentset 16 juhul. Vanuse järgi jagunesid haiged järgmiselt: eelkooliealisi (5—6 a.) 9, nooremaid kooliealisi (7—11 a.) 48 ja vanemaid kooliealisi (12—14 a.) 18.

Kirjanduse andmeil tekivad haimoriidid peamiselt nende haiguste komplikatsioonina, mis tabavad ülemisi hingamisteid: nohu, gripp, leetrid, sarlakid jt. Mõnikord ajendavad ülalõuaurgete põletikku ka traumad ja karioossed hambad. Krooniliste vormide põhjuseks peetakse korduvaid infektsioone, hambajuurte põletikke jne. Sageli kujunevad haimoriidid ise primaarseks koldeks, mille taustal arenevad pikaldane nohu, krooniline tonsilliit jt. naaber- või lähedate elundite haigestumised.

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas, kus 42 juhul diagnoositi põhihaigusena haimoriiti, oli 8 last haiguse algul grippi põdenud. Neil kordadel, kus haimoriit oli kaasnevaks diagnoosiks (33 lapsel), diagnoositi põhihaigusena grippi või teisi gripitaolisi haigestumisi 6 juhul ja viiruslikku bronhopneumooniat 5 juhul. Seega 75 haigusjuhust oli anamneesis gripp või viiruslik kopsupõletik 19 korral (25,3%).

Põhjustades kroonilist põletikku võib haimoriit nagu krooniline tonsilliitki organismi sensibiliseerida ja esile kutsuda reumaatilist või mõnda teist allergilise geneesiga haigestumist. Meie poolt uuritud lastel esines reumaatiline infektsioon põhidiagnoosina 33 juhust 9 juhul, akuutne difuusne nefriit 1 juhul ja krooniline infektsioosne polüartriit 1 juhul. Seega 33 haigest, kel haimoriit oli kaasnevaks diagnoosiks, sedastati 11 juhul (33,3%) akuutne või krooniline allergilise geneesiga haigestumine.

Haimoriidi diagnoosimiseks tehti kõigil haimoriidikahtlastel lastel ninakõrvalkoobastest röntgeniülesvõte, ühtlasi uuriti neid rinoskoopiliselt ja vajaduse korral sooritati kontrollpunktsioon. Enam või vähem väljakujunenud röntgenograafiline leid esines kõigil 75 haigel. Kuid siin tuleb silmas pidada asjaolu, et röntgenifilmil ühe või mõlema ülalõuaurke piirkonnas leiduv tumestus ei õigusta veel kindlat haimoriididiagnoosi, ja seda eriti röntgenoloogi poolt, sest tumestus võib põhjustatud olla ebaõigest projektsioonist, koopas asuvast tsüstist, arengu- ja pneumatisatsiocnihäiretest või allergilistest muutustest limaskestal. Paralleelselt röntgencloogilise uurimisega tuleb haiget tingimata kontrollida rinoskoopiliselt, kusjuures otorinolarüngoloogilises praktikas asub see uurimisvõte esikohal. Pikaldane nohu ja keskmistes ninakäikudes ilmnevad põletikulised muutused limaskestal koos eritisega, mis sageli on mädast iseloomu, viitavad haimoriidile. Meie haigetel oli ilmne positiivne rinoskoopiline leid 47 juhul. Ülejäänud 28 haigel, kel lokaalne ninaleid osutus normaalseks või ebamääraseks, pandi diagnoos ülalõuaurgete kontrollpunktsiooni alusel, kusjuures 26 juhul saadi punktsioonil mäda ja 2 juhul limast sekreeti. Illustratsiooniks toome ühe haigusjuhu.

Arvi H., 9 a. (haiguslugu nr. 1078, 1960. a.), hospitaliseeriti Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse 19. X 1960. a. täpsemaks uurimiseks. Põhjus: perioditi 1½—2—3-nädalase kestusega esinevad subfebriilsed palavikud. Peale selle kaebas haige väsimust, öist higistamist ja isutust. Last oli varem uuritud ambulatoorselt, kusjuures olid konsultantideks ka ftisiaater ja otorinolarüngoloog, kuid midagi patoloogilist, mis võis olla intoksikatsiooninähtude põhjustajaks, ei leitud. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas tehti paranasaalkoobastest röntgenifilm, mis esialgsel vaatlusel näis patoloogilise leiuta, kuid täpsemal uurimisel selgus siiski väike diferents ülalõuaurgete ja otsmikukoobaste läbipaistvuse vahel. Rinoskoopiline leid osutus normaalseks. Kontrollpunktsioonil saadi mõlemast Highmore'i koopast mäda. Diagnoos: bilateraalne krooniline purulentne haimoriit.

Vaatleme järgnevalt neid juhtusid, kus põhidiagnoosiks oli haimoriit ja kaasnevad haigused ei mõjustanud oluliselt sümptomatoloogiat. Selliseid haigeid oli 36.

Subfebriilsust registreeriti 23 juhul, febriilsust 5 juhul, isutust 16 juhul, väsimust 15 juhul, valusid kehas (kõhus, jäsemetes jne.) 4 juhul, öist higistamist 2 juhul, erutatud seisundit 1 juhul, oksendamist 1 juhul ja urineerimishäireid 1 juhul.

Lokaalses rinoskoopilises leius oli esinemissageduselt esikohal seroosne, serofibrinoosne või limane eritis, kokku 12 haigel. Mädast eritist

leiti 10 juhul, koorikuid ninaõõntes sedastati 1 juhul ja ainult hüpereemiaga oli tegemist 1 juhul. 13 lapsel ei täheldatud ninas ilmseid patoloogilisi muutusi.

Punaliblede settereaktsioon oli normaalne 10 lapsel, mõõdukalt kiirenenud (11—30 mm/t.) 19 lapsel ja kiire (31—50 mm/t.) 7 lapsel. Kõrgemaid settereaktsiooni väärtusi oli kõige enam akuutsete haimoriidivormide puhul. Valgeliblede arv 1 mm^3-s oli 24 lapsel normaalne, kuna 12 juhul leiti leukopeenia, kusjuures haiguse vormide järgi ilmset erinevust ei märgitud.

Ülaltoodust nähtub, et haiguse kliinilises pildis domineerisid kroonilisele intoksikatsioonile omased nähud. Näitena esitame esimese Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas diagnoositud haimoriidijuhu.

Gunnar V., 7 a. (haiguslugu nr. 1191, 1958. a.). Hospitaliseeriti 9. XII 1958 reumokardiidi-kahtlusega. Oli haigestunud umbes $2^1/_2$ kuu eest (palavik 38° piires, nohu ja tugev köha). Katarraalsed nähud kadusid kiiresti, püsima jäid visa subfebriilsus ja halb isu. Laps oli kahvatu, väsinud ilmega, tema mandlid olid suurenenud, südamel nõrk aktsidentset iseloomu süstoolne kahin. Settereaktsioon 3 mm/t., leukotsüüte 5900, hemoglobiini 78%; verepildis 4% eosinofiile ja kerge nihe lümfotsütaarses suunas. Uurimised reuma, tuberkuloosi ja teiste krooniliste nakkuste suhtes andsid negatiivse tulemuse. Ka põletikukolle jäi esialgu leidmata, sest ei mõeldud haimoriidi-võimalusele. Diagnoosi lahendas otorinolarüngoloogi konsultatsioon. Lapsel leiti ninas, eriti paremal pool, serofibrinoosset eritist. Tehti paranasaalkoobastest röntgenifilm, millel täheldati parema ülalõuaurke kerget looritatust ja limaskestajoonise paksenemist. Kontrollpunktsioonil saadi paremast Highmore'i koopast mäda. Diagnoos: subakuutne purulentne haimoriit.

Kirjanduse andmeil võib ülalõuaurgete varjustus röntgenifilmil olla tingitud allergilistest muutustest. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas diagnoositi ajavahemikus 1959—1961 üheksal astmat või astmaatilist bronhiiti põdeval lapsel allergilist rinopaatiat. Nad kaebasid nina vesitsemist, ninahingamise takistust ja aevastamist. Lokaalselt leidus neil tursunud ninalimaskestal klaasjat sekreeti. Röntgeniülesvõttel ilmnes ülalõuaurgete varjustus. Diagnoosimisel arvestati veres leiduvate eosinofiilide hulga suurenemist, samuti eosinofiilsete rakkude esinemist ninasekreedis ja ülalõuaurgete röntgenipildil varjustuse paiknemist rohkem seinapidiselt.

Ravi oli kombineeritud: antibakteriaalne, üldtugevdav ja füsioterapeutiline. Akuutsete haimoriitide puhul kasutati antibiootikume, kas lihasesiseste süstetena või suu kaudu manustatuina, enamasti vastavalt ninalimas leitud patogeensete pisikute mütsiinitundlikkusele. Lokaalselt rakendati solluksiga või Minini lambiga soojendamist. Ninna tilgutati antibakteriaalseid või adstringeerivaid lahuseid. Alaägedatel ja kroonilistel juhtudel olid üldtugevdava ning antibakteriaalse ravi kõrval peamisteks võteteks ultralühilainekuurid ülalõuaurgete piirkonnas ja koobaste loputused. Iga kord viidi loputuse järel Highmore'i koopaisse antibiootikumide lahuseid (100 000 TÜ). Haiged olid ravil 9—56 päeva. Muutuseta lahkus 1 ja paranenult 27 last. Kõik nad suunati kas statsionaarsele või ambulatoorsele otorinolarüngoloogilisele ravile. Tervenenult kirjutati välja 8 haiget.

Süstemaatiline haimoriitide diagnoosimine ja ravi nii ambulatoorsetes kui ka statsionaarsetes tingimustes saab toimuda ainult tihedas koostöös pediaatri ja otorinolarüngoloogi vahel. Et haimoriiti avastada, tuleb senisest enam mõelda selle esinemise võimalusele, eriti neil juhtudel, kui on tegemist viirusnakkusele järgnenud intoksikatsiooniseisunditega või subfebriilsusega. Sellega süvendame ühtlasi suurel määral reuma ja teiste infektsioos-allergiliste haiguste profülaktikat.

Järeldused

1. Lastel esineva haimoriidi diagnoosimisele on vaja senisest enam tähelepanu pöörata.

2. Ülalõuaurgete põletik lapseeas põhjustab väheseid paikseid nähte, haiguspildis on esiplaanil üldintoksikatsiooni sümptoomid.

3. Negatiivne paikne leid ninas ja väheste muutustega röntgenogramm ei välista haimoriidi-võimalust. Lõpliku otsuse annab ülalõuaurgete kontrollpunktsioon.

4. Kõigi infektsioos-allergilise etiopatogeneesiga haiguste ja kroonilise intoksikatsiooni nähtude puhul tuleb kontrollida Highmore'i koopaid kui võimalikke nakkuskolde asupaiku.

5. Röntgeniülesvõttel leiduvad seinapidised varjustused, eriti kui ülalõuaurked osutuvad loputusel puhtaks, on allergilist päritolu.

KIRJANDUS

1. Баранова А. Д. Труды Научно-иссл. ин-та уха, горла и носа. М., 1958, т. 9, 149. — 2. Кальштейн Л. И. реф. по 7. — 3. Маслов М. С. Диагноз и прогноз детских заболеваний. Л., 1948, 83. — 4. Преображенский Б. С. Вестн. оториноларингологии, 1956, 5, 38. — 5. Штейнберг А. Д. реф. по 7. — 6. Трутнев В. К. реф. по 7. — 7. Урьева Г. Б. Вопр. охраны материнства и детства, 1961, 5. 59—62. — 8. Dintenfass, A. Arch. otolaryngol., 1956, 64, 3, 171—177. — 9. Schröer, R. Im Buche «Der Schnupfen». Leipzig, 1960, 111—117.

О ГАЙМОРИТАХ У ДЕТЕЙ

Э. Коханди и *В. Лийв*

Резюме

В литературе обращается мало внимания на заболевания придаточных пазух носа в детском возрасте.

В Тартуской городской детской больнице за три года (1959—1961) гайморит был диагностирован у 75 детей. Острый гайморит был обнаружен в 29 случаях, подострый гнойный в 30 случаях и хронический в 16 случаях. По возрасту больные распределялись следующим образом: дошкольного возраста (5—6 л.) — 9, младшего школьного возраста (7—11 г.) — 48 и старше (12—14 л.) — 18 больных.

Причиной возникновения хронических форм считают повторные инфекции, воспаления верхушки корня зубов и др. Зачастую гаймориты сами являются первичным очагом, на фоне которого протекает продолжительный насморк, хронический тонзиллит и др. заболевания соседних или близлежащих органов. Хроническое воспаление гайморовой пазухи, также как и хронический тонзоллит может сенсибилизировать организм и вызвать ревматическое или иное заболевание аллергического происхождения. У исследованных нами детей в качестве основного диагноза ревматический инфекционный нефрит фигурировал в 9 случаях из 33, острый диффузный нефрит в 1 случае и хронический полиартрит в 1 случае. Таким образом, из 33 больных у которых гайморит был сопутствующим заболеванием, у 11 (33,3%) было острое или хроническое заболевание аллергического происхождения Изменения, более или менее определяемые рентгенографически, были у всех 75 больных. При этом, однако, следует учитывать, что одно- или двухстороннее затемнение в области верхней челюсти, определяемое на рентгенограмме, не дает еще основания для безоговорочного диагностирования гайморита, так как затемнение может быть результатом неправильной проекции, обусловлено кистой пазухи, нарушениями развития или пневматизации кисти или же аллергическими изменениями слизистой пазухи. Параллельно с рентгенологическим исследованием необходимо исследовать больного риноскопически, причем в оториноларингологической практике последнему способу исследования следует отдавать предпочтение.

Систематическое диагностирование гайморитов и лечение их как в амбулаторных, так как затемнение может быть результатом неправильной проекции, работе педиатра и оториноларинголога. Чтобы выявить гайморит ,нужно значительно больше, чем до настоящего времени, думать о возможности его наличия, особенно же при состояниях интоксикации или субфебрилитете после вирусной инфекции. Этим в большой мере будет улучшена профилактика ревматизма и других инфекционно-аллергических заболеваний.

PEAAJU ÕHKEMBOOLIAGA HAIGE EDUKA RAVIMISE JUHT KÕRGENDATUD ATMOSFÄÄRIRÕHUGA

K. RAPOPORT, arstiteaduse kandidaat *A. CHEVALIER* ja *E. LOIGE*

Peaaju veresoonte õhkemboolia on otorinolarüngoloogiliste operatsioonide puhul harukordne, kuid raske tüsistus, mis enamikel juhtudel lõpeb surmaga.

Eri autorite andmed õhu hulga kohta, mis veresoontesse sattumisel põhjustab eluohtlikke häireid, on väga vastuolulised. Siiski on väljaspool kahtlust, et arteriaalne õhkemboolia on venoossest ohtlikum.

Õhkemboolia raviks ei ole veel välja töötatud üldtuntud meetodit. M. Voskressenski (1) paigutab sel korral haige Trendelenburgi asendisse. A. Boruhhovski (2) peab otstarbekohaseks aadrilaskmist. K. Herzog (4) süstib aeroemboolia puhul veeni rõhu all suurel hulgal naatriumkloriidi isotoonilist lahust, ühtlasi soovitab ta hapnikuravi ja vagosümpaatilist blokaadi. Peale selle soovitatakse veeni süstida 40%-list glükoosilahust [A. Jakovlev (3)], naatriumkloriidi hüpertoonilist lahust [I. Kunlin (5)] ja novokaiinilahust [K. Herzog (4)] jne. Sellegipärast tunnistavad autorid ise, et õhkemboolia ravimiseks soovitatavate meetodite efektiivsus on problemaatiline.

Sellega seoses peaks meie arvates erilist huvi pakkuma juhtum, kus haigel, kellel Highmore'i urgete punkteerimisel oli tekkinud peaaju õhkemboolia, rakendati selle raviks edukalt kõrgrõhku.

50-aastane naishaige A. R. saabus 28. märtsil 1962 Tallinna Vabariikliku Haigla otorinolarüngoloogia-osakonda ravile, kusjuures tal esines kahepoolne krooniline haimoriit ja krooniline riniit (haiguslugu nr. 4542). Statsionaarsel läbivaatusel leiti parempoolses keskmises ninakarbikus hemangioom. Ninakõrvalurgete röntgenogrammis täheldati mõlemas Highmore'i koopas tumestust.

Anamneesis: fibrooskoldeline tuberkuloos ja kopsuemfüseem.

5. aprillil 1962 teostati patsiendile Highmore'i koopa punktsioon, mille puhul ta ootamatult teadvuse kaotas. Tekkisid näolihaste tõmblused, jäsemelihaste toonilised krambid, kaelalihaste rigiidsus. Kirjeldatud nähud kestsid umbes 15 minutit. Seejärel täheldati jäsemelihaste selgesti väljenduvat rigiidsust, anisokooriat (D > S), Babinski sümptoom oli tugevasti positiivne, samuti esines mõlemal pool põidade kloonus. Loetletud nähtude põhjal diagnoositi aju põhimikuarteri õhkembooliat.

40 minutit pärast punktsiooni otsustas konsiilium rakendada kompressioonravi. Enne rekompressioonikambrisse suunamist oli haige endiselt teadvuseta, esines vasakpoolne hemipleegia ja parempoolne spastiline hemiparees. Täheldati üksikuid lihaste kramplikke kokkutõmbeid. Säilisid anisokooria, mõlemapoolne positiivne Babinski sümptoom ja põidade kloonus. Kõhurefleksid puudusid. Rindkere koputlemisel sedastati kopsudes mittejärsult väljenduvat karbikõla. Hingamissagedus oli 25 korda minutis, hingamiskahin rütmiline, karenenud, esines hajusalt kuivi räginaid. Pulss oli 120 lööki minutis, nõrga täitumusega, rütmiline. Südame piirid muutumata, toonid tumedad. Kõhulihased pingusseisundis.

70 minutit pärast teadvuse kaotamist paigutati haige rekompressioonikambrisse ja alustati rõhu tõstmist. Samal ajal viibisid kambris arst ja velsker.

Kui rõhku tõsteti viie, seejärel aga seitsme atmosfäärini, ei paranenud veel haige seisund, alles 8 Atm juures täheldati parempoolsete jäsemete toonuse mõningat alanemist. Haige ei tulnud teadvusele, endiselt säilisid vasakpoolne hemipleegia ja parempoolne spastiline hemiparees. Seetõttu otsustati rõhku veelgi tõsta. Et haigel ega ka kambris viibivail meditsiinitöötajail ei tekiks lämmastikunarkoos, siis tõsteti siitpeale rõhku heeliumi abil, mis võimaldas luua kambris 10—12%-lise hapnikusisaldusega õhu ja heeliumi segu.

15 minutit pärast ravi algust 9 Atm rõhu juures vähenes haigel tunduvalt parempoolsete jäsemete lihaste rigiidsus, vasaku jala varvaste liikuvus taastus, põidade kloonuse intensiivsus langes. Täheldati anisokooriat. 20 minuti möödumisel jõuti lubatava rõhu äärmise piirini, s. o. 10 atmosfäärini. Viieteistminutilise viibimise järel maksimaalse rõhu all taastus haige teadvus (kuigi sealjuures püsis pikemat aega kurtusseisund), täheldati ka parempoolse hemipareesi taandumist ja liikuvuse taastekkimist vasakus kehapooles.

Haige iga ja kopsupatoloogiat (anamneesis: tuberkuloos, kopsuemfüseem) arvesse võttes ei peetud haige edaspidist viibimist nii kõrge rõhu all enam otstarbekohaseks. 10 Atm rõhu kestuse kuueteistkümnendal minutil hakati seda alandama-

Rõhu alandamise kestel halvenes haige seisund, teadvus hakkas uuesti kaduma, haige muutus rahutuks, pareesid süvenesid.

Kui rõhk oli kolm minutit püsinud 7 Atm piiril, alandati seda edasi vastavalt spetsiaalsele režiimile, millega välditi kambris viibivail inimestel dekompressioonitõve tekkimise võimalus.

Kolme tunni kestel alandati kambris rõhku kuni kolme atmosfäärini, sel ajal tuli haige täielikult teadvusele. Ta kaebas ägedat peavalu, valusid jalalihastes ja nimmepiirkonnas, paresteesiaid ja urineerimistakistust.

Vasakus alajäsemes ja mõlemates parempoolsetes jäsemetes taastus liikumisvõime, kuid endiselt jäi püsima vasaku käe parees. Kuulatlemisel esines kopsude alaosas rohkesti kuivi ja peenemullilisi räginaid. Pulss püsis rütmilisena, selle täitumus ja pinge olid täiesti rahuldavad. Kambris viibimise lõpupoolel täheldati sissehingatava õhu hapniku kõrgenenud partsiaalrõhu tõttu suhtelist bradükardiat.

Kambris läbiviidava ravi kestel süstiti haigele profülaktiliselt lihasesse 500 000 TÜ penitsilliini ja 200 000 TÜ streptomütsiini, lisaks sellele veel 5,0 kampriõli naha alla. Peavalude leevendamiseks manustati analgiini (0,3) ja püramidooni (0,5) kofeiiniga (0,1). Põie tühjendamisel kateetri abil saadi liitri ümber heledat uriini.

Pärast ligemale 21 tundi kestnud kõrgrõhuravi viidi läbi lõplik dekompressioon ja haige toimetati kambrist välja heas seisundis. Objektiivselt sedastati vasaku ülajäseme proksimaalsete lihaste pareesi. Kõrgema närvitegevuse häireid ei esinenud. Kuulmekiled olid muutuseta. Haige oli täiesti teadvusel, kurtis ainult rusutud enesetunde ja üldise nõrkuse üle.

Neljatunnilise viibimise järel rekompressioonikambri lähikonnas, mis oli vajalik aeroemboolia retsidiivi või dekompressioonitõve tunnuste ilmnemise puhuks, viidi haige haiglasse.

Statsionaarsetes tingimustes edasiselt rakendatud ravivahenditega (eufülliin, antibiootikumid, südamevahendid, B_1-vitamiin, ravikehakultuur jne.) õnnestus saavutada vasaku ülajäseme proksimaalsete lihaste pareesi peaaegu täielikku kadumist. 27. aprillil 1962 kirjutati haige haiglast välja heas seisundis.

Eespool esitatud haigusjuhu analüüsist järeldub, et haigel tekkis peaaju õhkemboolia ja sellest tingitult tetraparees.

Õigeaegselt teostatud kompressiooniravi tulemusena, mis oli antud juhul patogeneetiliseks ravimeetodiks, likvideeriti aeroemboolia ja patsient tervistus.

KIRJANDUS

1. М. П. Воскресенский. Урология, 1958, 4, 67—68. — 2. А. Ш. Боруховский. Хирургия, 1960, 1, 106—107. — 3. А. Я. Яковлев. Хирургия, 1962, 2, 117—118. — 4. K. Herzog. Zbl. Chirurg. 1960, 6, — 233—243. — 5. I. Kunlin. Cahiers anesth. 1959, 7, 2, 113—129.

СЛУЧАЙ УДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОВЫШЕНИЕМ АТМОСФЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ

К. Рапопорт, А. Шевалье и *Э. Лойге*

Резюме

Описанные в литературе методы лечения постоперационных газовых эмболий недостаточно эффективны. Предлагается использование в подобных случаях лечебного повышения атмосферного давления. Приводится случай удачного применения лечебной компрессии при воздушной эмболии головного мозга, возникшей при пункции гайморовой пазухи. Больная без сознания, с явлениями левосторонней гемиплегии и правостороннего спастического гемипареза была подвергнута воздействию давления в 10 атмосфер. В течение первых часов пребывания в декомпрессионной камере удалось добиться значительного улучшения состояния, а в дальнейшем и выздоровления пострадавшей. Сущность действия лечебной компрессии заключается в уменьшении объема и увеличении растворимости в крови газовых пузырьков, вызвавших закупорку сосуда. Для предупреждения осложнений (азотный наркоз и декомпрессионная болезнь) применяются специальные меры. Общее время лечения колеблется от 30 до 45 часов. Эффективность лечебной компрессии при газовых эмболиях зависит от своевременности ее проведения и величины максимального давления.

HAMMASTE REPLANTEERIMISEST LASTEL LÕUALUUPÕLETIKKUDE JA TRAUMADE PUHUL

M. LÕVI

(S. M. Kirovi nim. Lenini ordenit omava Riikliku Arstide Täiendusinstituudi näo- ja lõualuude kirurgia kateedrist, juhataja prof. *A. Limberg*)

Mälumisfunktsiooni säilitamiseks ning kosmeetilisel eesmärgil teostatavat hammaste siirdistutamist tunti juba ammugi. Ühena esimestest kirjeldas Ambroise Paré (14) XVI sajandil ühe inimese hamba ümberistutamist teise inimese alveooli (homo-transplantatsioon). Sellest ajast peale on nimetatud probleem pidevalt köitnud teadlaste tähelepanu [V. Antonevitš (1), E. Feigina (7), N. Trahtman (6), O. Müller (12), Z. Nemtzoglou (13) jt.].

Et puudusid küllaldaselt efektiivsed ravimid, mis oleksid loonud siirdistutatud hamba kinnikasvamiseks vajalikud tingimused, siis ei rakendatud seda operatsiooni kuni viimase aastakümneni laialdasemalt.

Alles antibiootikumide kasutuselevõtmisega sai võimalikuks hammaste edukas siirdistutamine. Paljud kaasaegsed arstid [A. Ahmedov (2), V. Kozlov (3), V. Kulaženko (4), A. Linar (5), P. Kranz (11) jt.] on hammaste replanteerimisel (eemaldatud hamba ümberistutamine samasse alveooli)* saavutanud häid tulemusi. Omandatud kogemuste põhjal soovitavad nad laialdaselt rakendada kirurgilist ravi hammaste puhul, kus teised ravimeetodid tulemusi ei anna või mis trauma tagajärjel on välja kukkunud.

S. M. Kirovi nim. Lenini ordenit omava Arstide Täiendusinstituudi polikliinikus replanteeriti aastail 1956—1961 179 inimesel (neist 7—15-aastasi lapsi 20) 234 hammast [V. Kozlov (3)].

Meie tähelepanekud hõlmavad ainult lapsi ja on tehtud statsionaaris (Leningradi Rauchfussi nim. haigla kirurgiaosakond). Aastail 1961—1962 replanteeriti 21 lapsel (7—15 a. vanuses) 24 hammast; sellest 19 haigel üks hammas, ühel haigel 3 hammast ja ühel kaks hammast. Üheksal juhul oli tegemist hamba traumaatilise nihestusega, kümnel juhul ägeda osteomüeliidiga ja viiel juhul ägenenud kroonilise periodontiidiga. Alalõualuul replanteerisime 14 purihammast (13 kuuendat ja 1 seitsmes hammas), ülalõualuul — 9 lõikehammast (8 esimest ja 1 teine hammas) ning ühe (kuuenda) purihamba.

Laste jäävhammaste säilitamine on eriti oluline õige hambumuse kujunemiseks [V. Kulaženko (4)]. Esimese jäävmolaari (kuuenda hamba) enneaegne eemaldamine enne teise jäävmolaari (seitsmenda hamba) igemest läbilõikumist võib põhjustada ebaõige hambumuse: hambakaar lüheneb ja hammastiku keskjoon nihkub eemaldatud hamba suunas (8).

Tavaliselt sooritatakse replantatsioon traumade tagajärjel vigastatud hammaste säilitamiseks ehk krooniliste ja ägedaks muutunud krooniliste periodontiitide puhul, kui hambajuure ning alveooli periostis ei esine veel suuremaid patoloogilisi muutusi. Kuid difuusse põletikuprotsessi korral on replanteeritud hamba kinnikasvamise tingimused tunduvalt halvemad ja reinfektsiooni võimalused suuremad (mida täheldasime ühel haigel) ning replantaat võib kiiresti hävida.

Meie poolt vaadeldavail haigeil esines 8 juhul difuusne põletik flegmoonide ja subperiostaalsete abstsessidena. Peamiselt rakendati siin mädakollete avamist suusiseste (5 juhul) ja suuväliste (3 juhul) lõigete abil ning haavade küllaldast dreenimist. Samuti süstiti haigetele lihasesse antibiootikume, manustati kaltsiumipreparaate ja määrati lokaalne

* Hammaste siirdistutamise mõiste alla kuulub peale replanteerimise ja transplanteerimise veel implanteerimine, s. o. inim- või tehishamba siirdistutamine tehisalveooli.

ultralühilaineravi. Umbes 8—10 päeva möödumisel, kui põletikunähud olid täielikult kadunud, teostati (meie instituudis kasutatava meetodi järgi) replantatsioon.

Opereerimisel kasutame kohalikku infiltratsiooni- või juhtetuimastust 1%-lise novokaiinilahusega, millele on lisatud adrenaliini. Et hamba väljatõmbamisel ümbritsevaid kudesid võimalikult vähem vigastada, eraldame eelnevalt hambast igeme. Replanteeritava hamba töötlemise ajaks suleme alveooli steriilse marlitampooniga.

Töödeldavat hammast hoiame tavaliste (hõlpsam on — sirgete) hambatangide vahel. Eemaldanud juurel asuva granulatsioonkoe ja rebenenud periodondi tükid, resetseerime juuretipu. Et lastel on enamikel juhtudel hammaste juurekanalid küllalt laiad, siis ei ole vaja neid täiendavalt laiendada. Puhastanud juurekanalid gangrenoossest säsist, töötleme neid järgnevalt vesinikülihapendi, piirituse ja eetriga ning plombeerime fosfaattsemendiga, puuriga laiendatud juurekanali tipuosa aga amalgaamiga. Mõnedel juhtudel täitsime kogu kanali fosfaattsemendiga.

Mõned autorid [G. Jaroštšenko (9), W. Eger, C. Fischer (10)] soovitavad juurekanali täidisena amalgaami, kuna see avaldab periapikaalsetele kudedele soodsat mõju.

Pärast hambakrooni osas asuva karioosse ava töötlemist suleme selle sobivast materjalist plommiga. Replanteerimiseks ettevalmistatud hamba asetame füsioloogilisse lahusesse. Siis võtame alveoolist välja tampooni koos verekämpudega ja eemaldame kaapimise teel ettevaatlikult jääk-granulatsioonkoe. Puhastatud alveooli puistame penitsilliinipulbrit (150 000 TÜ) ning surume hamba alveooli tagasi. Seejärel soovitame haigel kas hambad tugevasti kokku suruda või hammustada marlitampooni.

Šiinimist rakendasime vaid ühejuureliste hammaste puhul. Šiin eemaldati umbes 3 nädala pärast polikliinikus.

Operatsiooni järel on haigele 2—3 tunni kestel söömine keelatud, esimestel nädalatel on soovitatav tarvitada pehmet toitu ning loputada suukoobast nõrga desinfitseeriva lahusega.

Replanteeritud hammas kasvab kinni umbes kuu ajaga.

Mõninga viivitusega toimunud replantatsiooni korral (8 juhul) paigutati hambad operatsioonini penitsilliini- või streptomütsiinilahuses külmutuskappi.

Replantatsiooni hilistulemusi on jälgitud 1 kuust $1^1/_2$—2 aastani. Meie poolt replanteeritud 24 hambast eemaldasime hiljem 2 (kuuendad hambad): ühe hamba aasta möödumisel tugeva lõnkuvuse, teise 1 kuu järel osteomüeliidi retsidiivi tõttu. 2 ülemist lõikehammast ei kinnitunud küllalt tugevasti ja lapsed eemaldasid nad ise mõne kuu järel pärast replantatsiooni.

Ülejäänud juhtudel replanteeritud hambad säilisid ja funktsioneerivad täiesti rahuldavalt.

4, 8 ja 12 kuu möödumisel tehti kontroll-röntgenogramme. Mõningail neist täheldati juurte osalist resorptsiooni, ägeda osteomüeliidi juhtudel teostatud replanteerimise puhul aga väheldasi luuresorptsioonikoldeid alveooli piirkonnas.

Kui lastel on tervete hammaste traumaatiliste vigastuste puhul replanteerimine peaaegu eranditult näidustatud, siis ägedate lõualuupõletike korral on selle operatsiooni teostamise võimalused tunduvalt piiratud ning igal üksikjuhul peab rangelt kaalutlema objektiivseid eeldusi.

Eespool mainitu illustreerimiseks esitame väljavõtte kolmest haigusloost.

1. juht 13-aastane poeglaps K. A. (haiguslugu nr. 7521) hospitaliseeriti 19. augustil 1962 diagnoosiga *contusio maxillae cum luxatio completae dentis.* Trauma leidis aset samal päeval. Haigele süstiti kangestuskramptõvevastast seerumit. Hammas paigutati penitsilliinilahusesse. Lokaalsete põletikunähtude tõttu otsus-

tati replantatsioon edasi lükata. Röntgenogrammil on näha, et $\underline{1}$ hammas alveoolis puudub. Luuümbris patoloogiliste muutusteta (vt. tahvel I, röntgenogramm 1).

23. aug. 1962 replanteeriti (5 ml 1%-lise novokaiinilahusega) infiltratsioonituimastuse abil $\underline{|1}$ hammas pärast selle töötlemist eespool toodud meetodi kohaselt. Immobiliseerimiseks kasutati alumiiniumtraadist šiini (vt. röntgenogramm 2).

Operatsioonijärgne periood kulges tüsistusteta, 2 päeva pärast kirjutati haige statsionaarist välja. Šiin eemaldati 3 nädala möödumisel. Läbivaatusel polikliinikus 4 kuu pärast: $\underline{|1}$ hammas tugevasti kinni kasvanud, koputlemisel valutu, röntgenogrammil — periodontaalpilu selgete piirjoontega, alveoolis luuääre vähene resorptsioon (vt. röntgenogramm 3).

2. juht. 8-aastane poeglaps R. V. (haiguslugu nr. 3782) hospitaliseeriti 14. aprillil 1961 diagnoosiga *osteomyelitis incipiens mandibulae sinistrae, lymphadenitis regionaris.* Põletiku põhjustas $\overline{|6}$ hammas (hammas karioosne, koputlemisel valulik, ige punetav ja kergelt tursunud). Röntgenogrammil on näha mõlema juuretipu granuloomid (vt. röntgenogramm 4).

Hamba juurekanalid puhastati ja jäeti põletiku vältel avatuks. Üldravina süstiti haigele lihasesse antibiootikume ja rakendati lokaalselt ultralühilaineravi.

Põletikunähtude kadumisel plombeeriti 26. apr. 1961 hammas osaliselt (kroon ja juurekanalite suudmed) juba suukoopas, mille järel teostati tavalise meetodi järgi replantatsioon. Juurekanalite tipupoolsed osad plombeeriti täiendavalt retrograadselt. Šiini ei kasutatud. Operatsioonijärgne periood kulges tüsistusteta. 3 päeva pärast lahkus haige statsionaarist.

Aasta möödumisel toimunud läbivaatusel selgus, et replanteeritud hammas oli tugevasti kinnitunud, koputlemisel valutu. Röntgenogrammil — luukoe taastumine $\overline{|6}$ hamba juure piirkonnas (vt. röntgenogramm 5).

3. juht. T. A., 8-aastane poisslaps (haiguslugu nr. 336), hospitaliseeriti 9. I 1962. a. samal päeval toimunud (näokolju) trauma puhul.

Diagnoos: *fractura processus alveolaris superior cum luxatio* 2 1 $\underline{|}$ 1 *dentis, et fractura ossis nasale.*

Haigele süstiti viivitamatult kangestuskramptõvevastast seerumit. Alveoolist täiesti välja nihkunud 2 1 $\underline{|}$ 1 hambad ja alveolaarjätke murdunud luukillud eemaldati, igeme haavale asetati katgut-õmblused.

Hambad paigutati penitsilliinilahusesse.

10. I 1962 replanteeriti kohaliku tuimastuse all ülalmainitud kolm eelnevalt plombeeritud hammast.

Kinnitus — alumiiniumšiiniga (röntgenogramm 6). Ühtlasi reposeeriti murdunud ninaluud.

7 päeva vältel manustati haigele lihasesse streptomütsiini ja suu kaudu kaltsiumkloriidi.

Haige lahkus statsionaarist 5. II 1962. Šiin eemaldati ambulatoorselt mõni päev hiljem. 1 $\underline{|}$ 1 hambad kinnitusid tugevasti, $\underline{2|}$ hammas lõnkus alveoolis ja haige eemaldas selle ise.

Aasta hiljem tehtud röntgenogrammil: $\underline{2|}$ hammas puudub, 1 $\underline{|}$ 1 hambad paiknevad alveoolides, nende juurte piirkonnas esineb kerge resorptsioon. $\underline{1}$ hamba juuretipu kohal metallist plommitükike, mis on välja langenud resorbeerunud $\underline{2|}$ hamba juurest (röntgenogramm 7).

KIRJANDUS

1. Антоневич В. О реплантации и трансплантации зубов. Дисс. д-ра мед. наук. Спб., 1865. — 2. Ахмедов А. А. Стоматология, 1960, 5, 33—34. — 3. Козлов В. А. Клинико-экспериментальные исследования по реплантации зубов. Дисс. канд. мед. наук. Л., 1961. — 4. Кулаженко В. И. Врачебн. дело, 1960, 2, 159—164. — 5. Линар А. Р. Степень эффективности реплантации и трансплантации зубов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Рига, 1958. — 6. Трахтман Н. Я. Реплантация зубов и резекция верхушки корня. Труды 3-го Всесоюзного одонтологического съезда. Л., 1929. — 7. Фейгина Е. Г. Зубоврачебный вестник, 1907, 9, 641—647; 10, 721—734. — 8. Фрумкина Г. Д. Влияние удаления у детей молочных и первого постоянного моляров на формирование, прорезывание и установку в зубной дуге постоянных коренных зубов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1958. — 9. Ярошенко Г. Г. Врачебн. дело, 1959, 3, 310—311. — 10. Eger, W., Fischer, C. Dtsch. Zahnärztl. Z., 1956, 9, 498—509. — 11. Kranz., P. Chirurgie des praktischen Zahnarztes. Leipzig, 1952. — 12. Müller, O. Dtsch. Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1930, 48, 19, 1319. — 13. Nemtzoglou, Z. Dtsch. Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1930, 48, 15, 1078. — 14. Paré, Ambroise. Opera Chirurgica, Frankfurt, 1594.

M. LÕVI

1

2

3

4

5

6

7

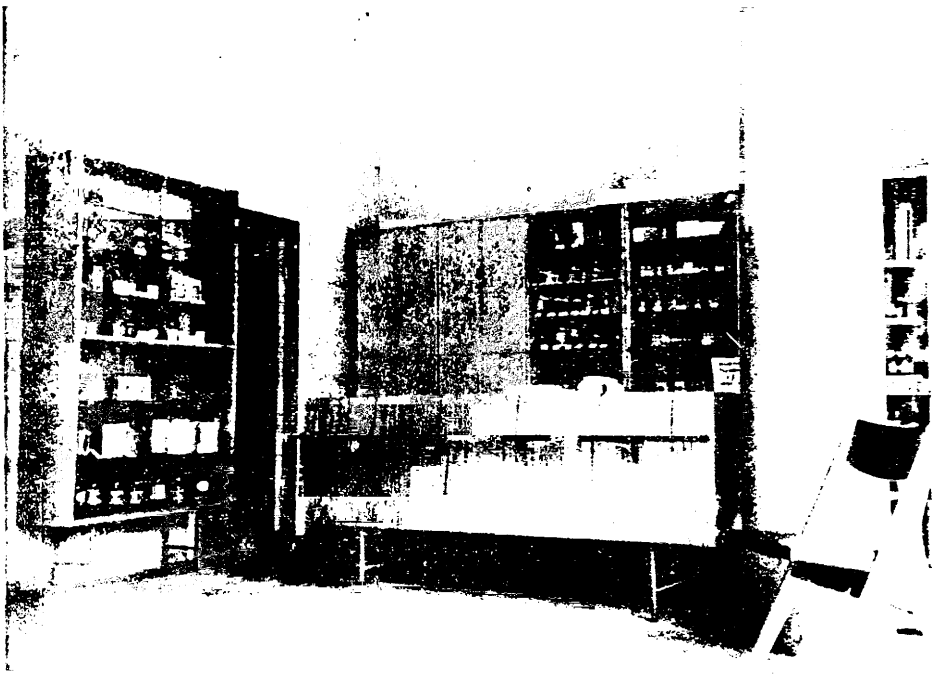
M. GRAMANN

1

2

3

Vaade Tallinna apteegi nr. 8 assisteerimisruumi



Nurk Tallinna apteegi nr. 8 ofitsiinist koos käsimüüja töökohaga

К ВОПРОСУ РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ

М. Лыви

Резюме

Пересадка зубов, проводимая для сохранения функции жевательного аппарата и в косметических целях, известна давно.

Реплантация — это одна из наиболее часто применяемых в практике разновидностей пересадки зубов. За последнее десятилетие многие современные клиницисты (В. Н. Кулаженке, А. Р. Линар, В. А. Козлов и др.), пользуясь антибиотиками, достигли при реплантации зубов хороших результатов, что позволило им широко рекомендовать этот метод хирургического вмешательства на зубах, не поддающихся другим методам лечения или выпавших вследствие травмы.

Наши наблюдения, проведенные в хирургическом отделении больницы им. Раухфуса (г. Ленинград) относятся только к детям. При оказании детям хирургической стоматологической помощи было реплантировано с 1961 г. по 1962 г. 24 зуба у 21 больного в возрасте от 7 до 15 лет, из них 9 зубов при травматических вывихах, 10 зубов при острых остеомиелитах и 5 зубов при хронических обострившихся периодонтитах. На нижней челюсти было реплантировано 14 зубов, на верхней челюсти — 10, из них 15 моляров, в основном 6-е зубы, и 9 резцов.

Сохранение у детей постоянных зубов, а главным образом первых постоянных моляров, особенно важно для формирования у них правильного прикуса.

Из 24 реплантированных зубов спустя от 1 месяца до 1 года были удалены 4 зуба. Остальные зубы сохранились и функционируют вполне удовлетворительно.

Условия приживления пересаженного зуба в случаях разлитого воспалительного процесса значительно хуже, поэтому показания к реплантации в этом случае сужены.

HAMMASTE REPLANTEERIMISEST

M. GRAMANN

(Pärnu Linna Haiglast, peaarst *K. Mõtus*)

Hammaste replanteerimisel istutatakse väljatõmmatud hammas tagasi samasse alveooli, kust ta oli eemaldatud.

Selliseid katseid on teinud mitmed nõukogude (1, 2, 3) ja ka välismaa autorid (4, 5 jt.).

Replanteeritakse ainult hambaid, mida pole võimalik ravida konservatiivselt ega ka juuretipu resetseerimise teel. Nimetatud ravimeetod on näidustatud ägedate ja alaägedate periodontiitide, periostiitide, vigastuste, hammaste murdude, epuliitide jne. puhul.

V. Kozlov (2) soovitab hammast replanteerida tsüstide ja epuliitide puhul hammaste säilitamiseks siis, kui teisi ravimeetodeid ei ole võimalik rakendada. Tavalise tsüsti eemaldamisel resetseeritakse nende hammaste juuretipud, mis asuvad tsüsti õõnes. Mõnikord aga asetsevad tsüstid mitmejuureliste hammaste piirkonnas, mille juurekanalid pole läbitavad, ja seetõttu on nende hammaste säilitamine võimatu. Neid hambaid ei ole võimalik alles jätta ka juhul (3), kui tsüst on üle poole periodondist hävitanud.

V. Kozlov (2) soovitab replantatsiooni teostada lõualuumurdude puhul siis, kui hammas asetseb murru pilus. Kui põletikulised nähud sellisel juhul ei vähene ja hammas tuleb välja tõmmata, võib hammast säilitada replanteerimise teel (3).

Ravi eel tuleb haiget uurida kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt näidustuse või vastunäidustuse kindlaksmääramiseks, kuid ägedate mädaste periostiitide ja periodontiitide puhul pole see alati võimalik.

Tuimastamine toimub, nagu tavaliselt, 2%-lise novokaiinilahusega (ka lidokaiiniga), mille 2 ml lisatakse 1—2 tilka adrenaliini (1 : 1000) infiltratsiooni- või juhtetuimastusena.

Replantatsiooniks on vaja tuimastus- ekstraktsiooni-, plombeerimisvahendeid, näiteks puurmasin jt. ning šiinimisvahendeist krampoontangid, 2 mm diameetriga alumiiniumtraati ja 0,5 mm diameetriga ligatuuritraati. Šiinimisvahendeid kasutatakse lõikehammaste puhul, mitmejuurelisi purihambaid me ei ole šiininud.

Pärast süstimist ja šiini valmistamist tõmmatakse hammas välja, vältides alveooli murde ja igeme rebendeid. Hamba alveoolist kaabitakse ettevaatlikult välja haiguslik granulatsioonkude, püüdes mitte vigastada alveooli periosti, mis on väga oluline järgnevas taastumisprotsessis; seejärel kaetakse alveool steriilse tampooniga.

Karioossed hambad prepareeritakse; hammaste säsikamber ja kanal avatakse ning puhastatakse; juuretipud resetseeritakse ja kanalid laiendatakse drillpuuriga, kanali lõpposa avardatakse koonusekujuliselt; juurekanalid täidetakse fosfaattsemendiga, tipuosa aga amalgaamiga. Kui on takistusi fosfaattsemendi juurekanalisse viimisel, piirdutakse ainult juuretipu plombeerimisega amalgaami abil.

Mõnel juhul tuleb hammas jätta amalgaami kõvastumiseni seisma, sest kohe pärast täitmist kipub täidis hamba alveooli surumisel kohalt nihkuma. Pärast täitmist eemaldatakse alveoolist tampoon. Alveool puhastatakse verehüüvetest.

Oluline on, et hammas planteeritakse õiges asendis. Selleks vajutatakse ta kõvasti alveooli, millele järgneb hammaste tugev kokkusurumine nende vahele asetatud vatitampooni abil. Ligatuuride kinnitamisel võib hammas paigalt nihkuda. Hamba ebaõige asend šiinimisel võib põhjustada tema mittekinnikasvamist, mille tulemusena algab hambajuure varajane resorbeerumine.

Osal haigetel loputame alveooli 1—2%-lise novokaiinilahusega, seejärel raputame sinna penitsilliinipulbrit ja surume hamba alveooli. Mõnikord kasutatakse ka tangide abi, sest hamba tagasiasetamine alveooli on mõnikord raskem ekstraktsioonist; näiteks kahel juhul ei olnud meil võimalik väljatõmmatud hammast alveooli üldse tagasi viia.

Mõnedel haigetel loputame aga alveooli penitsilliinilahusega (150 000—200 000 TÜ). Pärast hammaste kokkusurumist ei tohi suud avada 1 tunni vältel.

Mõned tunnid pärast operatsiooni kestab umbes samasugune valu nagu pärast hamba väljatõmbamist, mis on aga kõrvaldatav valuvaigistitega.

Esimestel päevadel keelatakse haigel söömine lõualuu poolega, kus asub replanteeritud hammas, samuti replantaadi liigutamine keele või sõrmedega kuni hamba kinnistumiseni alveoolis.

Operatsioonijärgne seisund sarnaneb ekstraktsioonijärgsega kasvõi selles osas, et 2—3 esimesel päeval võivad esineda nõrgad või tugevad valud. Valude puhul võib ordineerida valuvaigisteid. Põletikuliste protsesside korral tuleb teostada intsideerimisi, penitsilliiniravi jne.

Hilisemad tulemused selguvad paari aasta pärast. Võib tekkida replanteeritud hamba juurte resorbeerumine, mille tagajärjel saab hamba isegi pintsettide abil eemaldada. Võib esineda ka hüpertsementoos, mida avastatakse tihti alles hamba väljatõmbamisel.

Pärnu I Polikliinikus on hambaid replanteeritud 1960. aastast kuni 1962. aasta detsembrini 40 isikul. Nendest oli naisi 29, mehi 11. Kõige noorem patsient oli 12-aastane, kõige vanem aga 54-aastane.

Replanteerimise tulemusi on patsientidel jälgitud järgmiselt: 0—1 kuuni — 1 haigel, 1 kuust kuni 0,5 aastani — 4 haigel, 0,5 aastast kuni 1 aastani — 11 haigel, 1 kuni 2 aastani — 18 haigel, 2 — 2,5 aastani — 6 haigel.

Kõik replanteeritud hambad olid purihambad ja replanteeriti šiinimata

13 juhul oli tegemist kroonilise periodontiidiga, 19 juhul ägeda periodontiidiga, 6 juhul alaägeda periodontiidiga ja 2 juhul ägeda mädase periostiidiga.

Hamba väljatõmbamise ja replantatsiooni kõige lühemaks intervalliks oli kahel juhul 25 minutit. Intervall 25 minutit kuni 1 tund esines 2 juhul, intervall 1 tund — 12 juhul, 1—2 tundi 6 haigel, 2 kuni 2,5 tundi — 3 juhul, 2,5 kuni 5 tundi — 3 juhul, 5 kuni 24 tundi — 3 juhul, 24 tundi — 1 juhul, 48 tundi — 4 juhul, 72 tundi — 3 juhul ja 96 tundi — 1 juhul.

Ebaõnnestumisi esines kolmel juhul 40-st. Esimesel juhul oli patsient 54-aastane, replantatsioon tehti 5 tundi pärast hamba väljatõmbamist. Järelepärimisel selgus, et haige oli hamba ise eemaldanud selle tugeva lõnkuvuse tõttu mõni kuu pärast replantatsiooni.

Teisel juhul oli patsient 38-aastane, replantatsioon toimus 24 t. pärast hamba väljatõmbamist.

Kolmandal juhul teostati replantatsioon 72 t. pärast hamba eemaldamist. Haige oli 40-aastane naissoost isik. Kõigil kolmel juhul oli tegemist parodontoosihaigetega.

Esitame mõne haigusjuhu kirjelduse.

Juht 1. Tütarlaps A. M., 17 aastat vana, ilmus 20. 6. 1960. a. Pärnu Linna Polikliiniku stomatoloogiaosakonda valutava hambaga. Diagnoos: $\underline{6}|$ hamba *periodontitis apicalis acuta*. Hammas tõmmati välja, täideti. 23. 6. 1960. a. teostati hamba replantatsioon infiltratsioonituimastusega. Järgmisel päeval kontrollvisiidil oli haigel $\underline{6}|$ hammast ümbritsev ige punetav, palpeerimisel valulik. Hammas ei valuta. Pärast replantatsiooni oli hammas valutanud umbes pool tundi. 2. 8. 1960. a. patsiendi hammas ei liikunud. Valusid ei esinenud. 11. 1. 1962. a. tüsistusi pole esinenud. Haige suunati röntgenoloogilisele uurimisele. 10. 1. 1963. a. tüsistusi pole tekkinud (vt. tahvel I, röntgenogramm 1).

Juht 2. Meeshaige A. N., 26 aastat vana (ambulatoorse kaardi nr. 9638). ilmus Pärnu Linna Polikliiniku stomatoloogiaosakonda 5. 9. 1961 valutava $|\overline{7}$ hambaga. Diagnoos: $|\overline{7}$ hamba *periodontitis apicalis acuta*. Hammas tõmmati välja, täideti ka retrograadselt. 1 tund pärast väljatõmbamist planteeriti hammas tagasi. Järelepärimisel telefoni teel ütles haige, et hammas pole valutanud. Ilmus kutse kohaselt 23. II 1962 ambulatoorsele vastuvõtule, mil tehti hambast röntgenogramm (vt. röntgenogramm 2).

Juht 3. Naishaige A. K., 28 aastat vana (ambulatoorse kaardi nr. 6401), ilmus 15. 1. 1962 Pärnu Linna Polikliiniku stomatoloogiaosakonda, et lasta $\overline{7}|$ hammas välja tõmmata. Diagnoos $\overline{7}|$ hamba *periodontitis apicalis chronica*. Hammas ekstraheeriti, täideti. Õnnestus täita suulaepoolne juurekanal. Hammas replanteeriti 5 tundi hiljem. 16. 1. 1962 hammas pole valutanud, kokkuhammustamisel aga valulik. 24. 1. 1962 hammas valutanud pole, esineb väike liikuvus. 23. II 1962. liikuvus puudub, tehtud röntgenogramm (vt. röntgenogramm 3).

Järeldused

1. Replanteerida võib edukalt krooniliste periodontiitide puhul siis, kui konservatiivselt ei ole enam võimalik ravida ja kui kirurgiline ravi pole näidustatud, näiteks purihammaste puhul.
2. Replanteerimist võib soovitada ka ägedate periodontiitide puhul pärast ägedate nähtude vaibumist.
3. Juuretäidisega ja ainult retrograadselt täidetud replantaadid andsid enam-vähem võrdseid tulemusi.
4. Isegi algava parodontoosivormi puhul oli tulemuseks ebaõnnestumine.
5. Tulemused olid parimad noortel isikutel — kooliõpilastel, kutseealistel jt. kuni 30 eluaastani.
6. Ebaõnnestumised esinevad üle 35-aastastel isikutel.

KIRJANDUS

1. Ахмедов А. А. Стоматология, 1960, 5, 33—35. — 2. Козлов В. А. Стоматология, 1960, 5, 35—38. — 3. Козлов В. А. Труды ордена Ленина Гос. ин-та усовершенст. врачей им. С. М. Кирова. Стоматологический сборник. Выпуск 30. Л., 1961. — 4. Kranz, P. Chirurgie des praktischen Zahnarztes. Leipzig, 1938. — 5. Hofer, O., Reichenbach, E., Kreudenstein, T., Wannemacher, E. Lehrbuch der klinischen Zahnheilkunde. Leipzig, 1959, 164—173.

О РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ

М. Граманн

Резюме

С 1960 г. по 1962 г. в I поликлинике г. Пярну у 40 больных была произведена реплантация зубов. Из 40 больных было 29 женщин и 11 мужчин в возрасте от 12—54 лет.

Все реплантированные зубы были кореннымн. Причиной реплантации в 13 случаях был хронический периодонтит, в 19 случаях — острый периодонтит, в 6 случаях — подострый периодонтит и в 2 случаях — острый гнойный периостит.

Промежуток времени от экстракции до реплантации колебался от 25 минут до 96 часов.

В 3-х случаях из 40 реплантация не удалась.

TUBERKULOOSIVASTASTEST RAVIMITEST PÕHJUSTATUD KÕRVALNÄHUD, NENDE RAVI JA VÄLTIMINE

(Kirjanduse ülevaade)

V. SUI

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Varsti pärast tuberkuloosivastaste preparaatide tarvitusele võtmist selgus, et need peale spetsiifilise toime tuberkuloositekitajasse omavad ka mittespetsiifilist soodsat või kahjulikku toimet makroorganismi. Tuberkuloosihaigete ravimisel on eriti tähtis teada tuberkuloosivastastest ravimitest põhjustatud kahjulikke kõrvalnähte, et neid õigeaegselt vältida või esinemise korral ravida. Tuberkuloositekitajate ravimiresistentsuse tekkimise kõrval on toksilised ja allergilised kõrvalnähud nimetatud ravimite teiseks oluliseks puuduseks.

A. Rabuhhini (10) andmeil esines kombineeritud antibakteriaalse ravi puhul ftivasiidi, streptomütsiini ja PAS-iga kõrvalnähte kuni 32,6 protsendil ravituist. S. Kalinovski ja kaastöölised (18) olid sunnitud kombineeritud ravi (PAS, isoniasiid ja streptomütsiin) kõrvalnähtude tõttu katkestama 12,2 protsendil haigeist (3148 haigest).

Kirjanduse andmeil väljendub ftivasiidi toksiline toime peavaludes, pöörituses, unisuses või unetuses, üldises nõrkuses, sageli polüneuriidi nähtudes; harva tekib teadvusekaotus. Närvisüsteemi düsfunktsiooniga tuleb tõenäoliselt seletada ka kaebusi valude üle südame piirkonnas ja düsuuria nähte. R. Vilenskaja (3) andmeil täheldati haigete ravimisel ftivasiidiga senini nõrgenenud maksafunktsioonide normaliseerumist vastavalt sellele, kuidas toimus paranemine ja vähenes tuberkuloosist põhjustatud intoksikatsioon. Ravimitest tingitud intoksikatsiooniga haigeil maksa talitlus ei paranenud (hipuurhappe ja kusiaine süntees ei intensiivistunud). Preparaadi kõrvaltoime (polüneuriit jt.) sümptoomid võivad ilmneda ka kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt sedastataval paranemisel (7).

Autorid, kes kirjeldavad kõrvalnähte ftivasiidi tarvitamisel, manustasid ftivasiidi 0,3—3,5 g (enamasti 1—2 g) ööpäevas. Kõrvalnähud võivad tekkida ravi algul, vältel või lõpul. Kõrvalnähte esineb 2,8—22% (1,12) haigeist.

Kõrvalnähtude raskus ja rohkus isonikotiinhappe hüdrasiidiga (isoniasiid ehk tubasiid jt. sünonüümid) ravimise puhul näitavad, et see ravim on ftivasiidist toksilisem. Kõrvalnähud sarnanevad oma iseloomult enamasti ftivasiidist põhjustatuile, kuid raskematel juhtudel on ette tulnud akuutseid psühhoose, krampe, unetust ja üksikuid surmajuhte.

Streptomütsiini kasutusele võtmisel arvati algul, et selle toksilisus sõltub ainult või peamiselt histamiinitaolistest lisanditest. Hiljem aga selgitati, et täiesti puhta streptomütsiini manustamine pikema aja jooksul isegi väikeste terapeutiliste annustena kutsub esile makroorganismi kahjustusi (24 jt.). Streptomütsiini toimest närvisüsteemi kõrgematesse osadesse kõnelevad psühhoosid (5 jt.). Pärast streptomütsiini tarvitamist patoloogilised muutused elektroentsefalogrammis paljudel juhtudel kas süvenevad või ilmuvad piirkondades, kus neid varem ei olnud (22). Ravimise ajal nimetatud antibiootikumiga täheldatakse krampe, kõõrsilmsust, laugude halvatust, akommodatsiooni- ja kõnehäireid. Üldiselt on tuntud tasakaalu- ja kuulmishäirete kujunemine, mis enamiku autorite andmeil püsivad kaua või jäävad alatiseks.

Toksiliste nähtude tekkimine streptomütsiini puhul oleneb manustamise viisist (eriti toksiline on subarahnoidaalne manustamine), ühekordse või üldannuse suurusest, haige vanusest (vanad inimesed on tundlikumad), eelnenud haigustest (keskkõrva haigused ja peaajupõrutused) ning nähtavasti ka tuberkuloosivormist (näiteks on tüsistusi rohkem tuberkuloosist põhjustatud meningiidi ja fibrokavernoosse kopsutuberkuloosi puhul). Streptomütsiinist tingitud kõrvalnähtude sagedus erinevate autorite andmeil on 3—26% (9,14).

PAS-i manustamine kutsub sageli esile düspeptilisi nähte. Kirjeldatakse ka maksa- ja neerukahjustusi. Mürgistusest põhjustatud hepatiidid võivad esineda kollasusega või kollasuseta. Kilpnäärme talitlus võib olla ainult pidurdatud, kuid halvemal juhul võivad kujuneda pöördumatud muutused näärmekoes. Haruldusena täheldatakse PAS-ravi puhul süsivesikute-ainevahetuse muutusi ja psühhoose.

PAS-i tarvitamisel ilmuvad kõrvalnähud sageli paarikuuse ravi järel, kuid võivad tekkida ka juba mõni päev pärast manustamise algust. Kõrvalnähte esineb erinevate autorite andmeil 2—20% ravituist (15).

Tsükloseriini kasutamisele järgnevad sageli närvisüsteemi talitluse häired: krambid, peavalu, värisemine, polüneuriidid, depressioon, teadvusehäired, hallutsinatsioonid. Näiteks L. Vallade, H. Hugonenq, J. Jude (23) andmeil esines 2028 mitmesuguse tuberkuloosivormiga haige ravimisel intoksikatsioon ja talumatus 31% ravituist. Väidetakse, et tsükloseriini suhtes on tundlikumad alkohoolikud, psüühiliselt labiilsed isikud ja naised. Närvisüsteemi kahjustuste tekkimisel ei ole oluline preparaadi üldhulk, vaid ühekordse annuse suurus.

Tibooni suhtes on eriti tundlikud raskete tuberkuloosivormidega lapsed. Toksilistest nähtudest tuleks nimetada parenhümatoossete elundite ja luuüdi kahjustusi.

Farmakoloogilise komitee poolt 1959. a. tarvitamiseks lubatud preparaadid etoksüüd ja beamsk (bepask) on vähetoksilised, kuid võivad esile kutsuda allergilisi nähte. Etoksüüdi ei soovitata anda üle 1 g ööpäevas.

Peale igale preparaadile omaste toksiliste nähtude võivad eelnimetatud preparaadid tekitada kas toksiliste nähtudega samaaegselt või eraldi allergilisi nähte. Allergilised nähud ei ole iseloomulikud ainuüksi tuberkuloosivastastele preparaatidele, vaid neid põhjustavad ka paljud teised ravimid. Tuberkuloosivastastest preparaatidest kutsuvad allergilisi nähte

(kehatemperatuuri tõus, konjunktiviidid, dermatiidid, verepildi muutused, liigeste ja lihaste valud, kuiv pleuriit, anafülaktiline šokk) esile peamiselt PAS ja streptomütsiin.

Ravimitest põhjustatud toksiliste ja allergiliste nähtude puhul tuleb annust vastavalt vähendada või raskematel juhtudel manustamine katkestada. Negatiivseks küljeks on see, et preparaadi manustamisel väiksemas annuses ei saavutata organismis bakteriostaatilist kontsentratsiooni. Peale selle, nagu teada, soodustab bakteriostaatilisest kontsentratsioonist madalam kontsentratsioon tuberkuloositekitajate ravimiresistentsuse kujunemist.

Kõrvalnähtude tekkimise puhul ühe või teise preparaadi toimel võib seda asendada teise sama rühma preparaadiga (ravimiresistentsuse puhul niisugune rühmasisene preparaatide vahetamine tulemusi ei anna). Nii näiteks võib tubasiidi asemel manustada ftivasiidi, ftivasiidi talumatuse korral larusaani. Tasakaaluhäirete tekkimisel streptomütsiiniravi tagajärjel soovitatakse edasi ravida dihüdrostreptomütsiiniga. Varem soovitati kõrvalnähtude vältimiseks manustada streptomütsiini ja dihüdrostreptomütsiini korraga, kuid mõnede autorite arvates see end ei õigusta.

Ühe preparaadi talumatuse puhul võib seda vahetada ka teise rühma preparaadiga, kui see on antud tuberkuloosihaige ravimise seisukohalt vastuvõetav. Näiteks soovitab A. Semjonov (11) PAS-i asendada tibooniga.

Antibakteriaalse ravi ajal tuleb vitamiine kasutada ka siis, kui ilmseid kõrvalnähte ei esine, eriti aga kõrvalnähtude puhul. Isonikotiinhappe preparaatidest põhjustatud toksilisi nähte välditakse ja ravitakse C-, B_1-, B_{12}-, PP-vitamiiniga ja rutiiniga, eriti B_6-vitamiiniga. B_6-vitamiin vähendab isonikotiinhappe hüdrasiidi toksilisust, sest ta moodustab viimasega ühinedes hüdrasoonid. B_6-vitamiini hulk organismis väheneb. R. Ross (20) kirjutab 300 haige vaatluse tulemuste alusel, et püridoksiiniga ei saa vältida niisuguseid kõrvalnähte nagu krampe, psühhoose, somnolentsust ja tasakaaluhäireid. Võimalikuks osutus polüneuriidi vältimine püridoksiini (2 korda 25 mg ööpäevas) manustamisega ravi ajal isoniasiidiga. Tuleb aga lisada, et polüneuriidi ravi püridoksiiniga võib jääda väheefektiivseks. Näiteks N. Magalifi ja T. Ungeri (6) andmeil ftivasiidist põhjustatud polüneuriidiga haiged, kel subjektiivsed ja objektiivsed sümptoomid olid nõrgalt väljendunud, tervistusid täielikult 4—6 kuu jooksul. Jäsemete funktsiooni raskemate häiretega (distaalsete lihaste halvatus) haigetel esines isegi pärast 2-aastast ravi püridoksiiniga perifeersete närvide talitluse häireid.

Seoses isonikotiinhappe preparaatide kiire inaktiveerumisega osa tuberkuloosihaigete organismis on vaja manustada preparaati suurtes annustes. Seejuures esineb neil, kel ftivasiid kiiresti inaktiveerub, suhteliselt rohkesti kõrvalnähte ja sageli talumatust (13). Ftivasiidi kiiresti inaktiveerivaid haigeid võib kindlaks teha aktiivse ftivasiidi ja selle laguproduktide eritumise määramise abil uriinist. Neil haigeil tuleks eriti hoolikalt jälgida närvisüsteemi tegevust ja maksa talitlust.

Streptomütsiinist tingitud toksilisi nähte ravitakse A-, B_1-, B_{12}-, PP-vitamiinidega, paraamiinobensoehappega, proseriiniga, dimerkaptopropanooliga ja glükoosiga. L. Popova (8) lähtub sellest, et streptomütsiini toksilise toime mehhanismis on tähtis osa patoloogilise refleksi tekkimisel antibiootikumi manustamise kohalt ja soovitab selle refleksi väljalülitamiseks süstida streptomütsiini novokaiinilahuses.

Mõned autorid (16,19) soovitavad jälgida vestibulaarreflekse ja nende häirete korral streptomütsiiniravi lõpetada. Eksperimentaalses töös (jälgisime streptomütsiini terapeutiliste annuste toimet hiirtesse, kusjuures võrdlesime ravimi toimet tingitud kaitsereflekside väljakujunemisele ja vestibulaaraparaadi talitlusele) tegime kindlaks, et streptomütsiin takistab kaitsereflekside kujunemist enne vestibulaaraparaadi talitluse häirete

tekitamist. Järelikult võib kaitserefleksi omandamise kiiruse muutuste jälgimisel ennetada raskemate, s. o. tasakaaluhäirete kujunemist.

PAS-i puuduseks on selle kiire eritumine organismist. Bakteriostaatilise kontsentratsiooni säilitamiseks on vaja PAS-i tarvitada 15—20 g ööpäevas. Et vähendada sellise ravimihulga sissevõtmise ebameeldivust ja düspeptiliste nähtude tekkimist, kasutatakse PAS-i dražeedena. Meeldiv on kasutada PAS-i lisanditega, mis vees lahustudes annavad kihiseva joogi (prantsuse preparaat STA-PAS). Et PAS ärritab mao retseptoorset aparaati, soovitab P. Vinnikov (4) 10—15 minutit enne PAS-i sissevõtmist juua 30—40 ml 0,5%-list novokaiinilahust; tugevate düspeptiliste nähtude puhul kasutada samal hulgal 1%-list novokaiinilahust. Aminasiin vähendab iiveldust, oksendamist, kõhulahtisust ja parandab isu (17).

PAS-i kasutatakse meil ka dihüdrostreptomütsiini paraamiinohappe soolana (pasomütsiin), mis veeni või lihasesse süstimisel toimib bakteriostaatiliselt. Samasugust efekti annab PAS šveitsi preparaadis INGA-PAS ja prantsuse preparaadis pasiniasiidis. Vitamiinidest soovitatakse PAS-ravi puhul C-, B_1- ja B_{12}-vitamiini.

Tsükloseriinist põhjustatud kõrvalnähtude vältimises ja ravis omavad tähtsa koha sedatiivsed preparaadid, nagu reserpiin ja aminasiin; soovitatakse B_1- ja B_6-vitamiini.

Tuberkuloosihaigeile, kel esinevad kaasnevad allergilised haigused või kes on varem saanud sama ravimit, tuleb enne antibakteriaalse ravi algust teha kontakttest (2).

Allergiliste nähtude vältimiseks ja raviks soovitatakse ravikuuri vältel iga päev kasutada 10%-list kaltsiumkloriidilahust, periooditi dimedrooli, kortisooni, AKTH-d, prednisooni või prednisolooni. Hormoonipreparaatide määramisel tuleb aga peamiselt lähtuda tuberkuloosihaige seisundist, mitte kõrvalnähtude olemasolust. Personali võib desensibiliseerida vastava tuberkuloosivastase preparaadi süstimisega tõusvates annustes (21).

Tuleb veel märkida, et kombineeritud tuberkuloosivastase ravi korral samaaegselt kahe või kolme preparaadiga väheneb ravimiresistentsuse kujunemise sagedus, kõrvalnähtude sagedus aga tõuseb (10,12). Sellest võib järeldada, et tugevama antibakteriaalse toime taotlemine mitme preparaadiga samaaegselt toob kaasa ka mittespetsiifilise kahjuliku toime tugevnemise makroorganismisse. Antibakteriaalsete preparaatide kahjuliku toime võimalikkus nõuab, et tuberkuloosihaiged saaksid antibakteriaalse ravi kõrval organismi tugevdamiseks pidevalt mitmesuguseid patogeneetilisi ravimeid.

Kuna kindlaid vahendeid tuberkuloosivastastest preparaatidest põhjustatud kõrvalnähtude ravimiseks pole teada, siis on nende vältimisel eriline tähtsus. Meie eksperimentaalsest tööst, milles kasutasime rida närvisüsteemi funktsionaalse seisundi uurimise meetodeid, selgus, et tingitud kaitserefleksid on kujunemise ajal eriti tundlikud tuberkuloosivastaste preparaatide (ftivasiid, streptomütsiin ja PAS) toime suhtes. Neurotoksiliste kõrvalnähtude vältimise seisukohalt oleks seega otstarbekohane täiendada tuberkuloosihaigete neuroloogilist uurimist tingitud kaitserefleksi kujunemise kiiruse jälgimisega.

KIRJANDUS

1. Аганкин И. Н. и Юкелис И. И. Вестн. венерол. и дерматол., 1954, 1. 6—10. — 2. Аскаров У. А. Основные проявления побочного действия антибиотиков в клинике. Ташкент, 1960. — 3. Виленская Р. Н. Пробл. туберкулеза, 1959. 6, 56—63. — 4. Винников П. Л. Сов. медицина, 1959, 10, 123—126. — 5. Гринштунт Е. М. Пробл. туберкулеза, 1959, 5, 68—76. — 6. Магалиф Н. И., Унгер Т. К. 2-я обл. конференция невропатологов и психиатров Закарпатья. Тезисы докладов, Ужгород, 1960, 16—17. — 7. Мащик З. Дыхание и кровообращение у больных ту-

беркулезом легких при лечении фтивазидом. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1957. — 8. Попова Л. Г. Пробл. инфекционной патологии и иммунологии. Ин-т нормальной и патологической физиологии. Труды ин-та. Том. I, 1958. 175—179. — 9. Рабухин А. Е. Лечение туберкулезного больного. М., 1953. — 10. Рабухин А. Е. Лечение больного туберкулезом. М., 1960. — 11. Семенов А. Д., Бабицкий М. Я. Химиотерапия больных туберкулезом легких методом последовательного назначения антибактериальных препаратов. Л., 1961. — 12. Семенов А. Д., Бабицкий М. Я., Городний С. Б., Левушкович Ю. В. Всесоюзное совещание по вопросам борьбы с туберкулезом. Тезисы докладов. М., 1961, 39—41. — 13. Шмелев Н. А., Козулицына Т. И. и Смирнов Г. А. Пробл. туберкулеза, 1961, 6, 32—37. — 14. Яковлева А. А. Сов. медицина, 1960, 1, 103—109. — 15. Aleksander, G. L. Reactions with Drug Therapy. Philadelphia — London, 1955. — 16. Brown, H. A., Hinshaw, U. C. Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 1946, 21, 347. — 17. Figueras, E. R. Diseases Chest, 1956, 30, 4, 429—434. — 18. Kalinovski, S. Z., Lloyd, T. W., Moyes, E. N. Amer. Rev. Resp. Dis., 1961, 83, 3, 359—371. — 19. Robert, Fr. Acta oto-rhino-laryngol. belg., 1954, 8, 2, 202. — 20. Ross, R. R. J. Amer. Med. Assoc., 1958, 168, 3, 273. — 21. Sandler, A. Brit. J. Tuberc., 1955, 49, 3, 231—241. — 22. Urban, B. Acta neurochirurg., 1961, 3, 398—428. — 23. Vallade, L., Hugonenq, H. u. Jude, J. P. Presse méd., 1959, 67, 4, 138. — 24. Weinstein, L. u. Ehrenkranz, N. J. Streptomycin and Dihydrostreptomycin. New York, 1958, 30—35.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ИХ ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

В. Суй

Резюме

По данным литературы, токсическое действие фтивазида проявляется в виде головных болей, головокружения, сонливости или бессонницы, общей слабости ,а также явлений полиневрита. Побочные явления, вызываемые изониазидом, в основном схожи с побочными явлениями, возникающими после применения фтивазида, но выражены значительно сильнее (психозы, судорожные приступы, отдельные смертельные исходы). Токсическое действие стрептомицина на нервную систему может вызвать психозы, судороги, нарушения равновесия, слуха, аккомодации и речи. Нарушения нервной деятельности наблюдаются особенно часто после применения циклосерина (дрожание, судороги, головная боль, полиневриты, нарушения сознания). Токсическими явлениями при применении тибона являются повреждения паренхиматозных органов и костного мозга. Применение ПАСК вызывает у некоторых больных диспептические явления.

Одновременно с токсическими могут наблюдаться и аллергические явления.

При побочных явлениях дозу препарата необходимо уменьшить или заменить его другим. Для профилактики и лечения побочных явлений от противотуберкулезных препаратов используют витамины.

Экспериментальные исследования автором токсического действия противотуберкулезных препаратов на нервную систему указывают на необходимость использования или выработки более точных методов распознавания побочных явлений.

TUBERKULOOSIBAKTERITE RAVIMIRESISTENTSUSE MÄÄRAMISE KLIINILINE TÄHTSUS

Arstiteaduse kandidaat *L. JANNUS* ja *V. HARJO*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*, ja Eesti NSV Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *E. Kama*)

Antibiootikumidega ja kemoterapeutikumidega ravimise pikaajalisel kestusel on tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse kujunemine seaduspärane nähtus, mis tuleb ilmsiks vastavate preparaatide toime uurimisel nii *in vitro* kui ka *in vivo*, s. o. kliinilistes ja eksperimentaalsetes tingimustes.

J. Croftoni (11), N. Lincolni (12) ja arvukate teiste autorite tööde põhjal kujuneb ravimisel streptomütsiiniresistentsus välja esmajoones kaugele arenenud fibrokavernoossete tuberkuloosivormide puhul, kuna tuberkuloosi eksudatiivsete vormide ja varajase hematogeense generalisatsiooni korral areneb ravimiresistentsus märgatavalt harvemini.

Võib pidada tõestatuks, et haigetel, kellel on tekkinud mingi ravimi suhtes resistentsus, ei ole võimalik saada raviefekti, kui selle antibiootikumi või keemilise preparaadi manustamise kestust pikendada või ravimi annust suurendada. Varasem väide, et INH (isonikotiinhappe-hüdrasiidi) suhtes resistentsete tuberkuloosibakterite virulentsus on vähenenud (14), osutus põhjendamatuks, sest tuberkuloosi prognoos neil haigeil ei erine tundlike tuberkuloositekitajatega haigete tuberkuloosiprotsessi prognoosist.

Ravi efekt sõltub suurel määral antibakteriaalse preparaadi difundeerumisvõimest ja vajaliku kontsentratsiooni saavutamisest veres ning erinevates kolletes. Kirjanduse andmeil on teada, et eri tuberkuloosikolded võivad sisaldada erineva tundlikkusega tüvesid (8, 13).

Kuni käesoleva ajani arvatakse, et ravimiresistentsete tuberkuloosibakterite poolt esilekutsutud tuberkuloosiprotsessi epidemioloogiline oht ei ole suur (1,3).

1961. a. Torontos toimunud XVI rahvusvahelise tuberkuloosikonverentsi andmeil (9) on ravimiresistentsete tuberkuloosibakterite tüvede esinemissagedus ravimata tuberkuloosihaigete hulgas väga erinev: see kõigub eri maades 2 ja 16% vahel. Sellel konverentsil esitatud materjalidest selgub, et primaarne ravimiresistentsus esineb ravimata haigetel kõigis maades, kuid andmeid selliste haigete tõelise arvu kohta pole kusagil olemas. Näiteks M. Oifebachi ja H. Rudoi järgi (7) oli esmaselt tuberkuloosi haigestunute hulgas haigeid ravimiresistentsete BK tüvedega 1954.—1956. a. 8,2% ja 1957.—1959. a. 7,5%. A. Chavesi ja kaasautorite teateil (10) eraldati New Yorgis 1960. a. 428 esmaselt, varem antibakteriaalset ravi mittesaanud haigelt 71 ravimiresistentset tuberkuloosibakterite tüve (16,6%). Samad autorid märgivad, et viimase 5 aasta jooksul on eriti tõusnud esmaste INH-resistentsete BK tüvede arv (1955. a. — 6,5%: 1960. a. — 13,8%). Tuberkuloosi kliinilised nähud primaarse ravimiresistentsuse puhul ei erine millegagi selle haiguse üldtuntud sümptoomidest. Samal ajal on kindlaks tehtud, et resistentsete tuberkuloosibakterite poolt esilekutsutud tuberkuloosiprotsess allub halvasti ravile (14, 15).

Meie vabariigis alustati massilist tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse määramist Eesti NSV Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri bakterioloogialaboratooriumis 1960. aastal. 1961.—1962. a. avati tuberkuloosialased bakterioloogialaboratooriumid veel Võrus, Saaremaal ja Taageperas.

Eesti NSV Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri bakterioloogialaboratooriumis uuriti 1960.—1961. a. 773 tuberkuloosihaigelt eraldatud patoloogilist materjali (röga, bronhiloputis, punktaat, uriin) bakterioskoopiliselt ja bakterioloogiliselt. Uuritud haigete hulgas oli 77% mehi ja 23% naisi. Tuleb märkida, et analüüsiks kasutatud materjal oli võetud valikuta.

Bakterioskoopilisel uurimisel leiti materjalis tuberkuloosibaktereid 648 haigel (84%). Bakterioloogiliselt osutus positiivseks, s. t. andis söötmeil kasvu, 575 haige patoloogiline materjal (74%). Kõigil tuberkuloosihaigetelt eraldatud 575-l *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvel määrati tundlikkus *resp.* resistentsus streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-i suhtes. 108 haigel määrati tuberkuloosibakterite ravimiresistentsus rohkem kui üks kord. Määramiseks rakendati peamiselt kaudset ehk kulturaalset meetodit. Söötmena kasutati tahket muna-asparagiinsöödet MA, osal juhtudel ka poolsünteetilist Školnikova vedelsöödet.

Vastavalt VI üleliidulise ftisiaatrite konverentsi otsusele rakendasime resistentsuse hindamisel järgmisi piirväärtusi: streptomütsiini suhtes

5 γ/ml, ftivasiidi suhtes 1 γ/ml ja PAS-i suhtes 10 γ/ml. Kõigist 575-st *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvest olid ravimitundlikud 179 (31%) ja -resistentsed 396 (69%) tüve. Resistentsust ühe ravimi suhtes täheldati 190 tüvel (33%), nendest ainult streptomütsiini suhtes 90 juhul, ainult ftivasiidi suhtes 89 juhul ja ainult PAS-i suhtes 11 juhul. Resistentsust samaaegselt kahe ravimi suhtes sedastati 174 juhul (30%), neist streptomütsiini ning ftivasiidi suhtes 152 korral, streptomütsiini ning PAS-i suhtes 13 korral ja ftivasiidi ning PAS-i suhtes 9 korral. Samaaegselt resistentsust streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-i suhtes täheldati 32 haigelt eraldatud tüvel.

Osa autoreid on arvamusel (2), et viimastel aastatel on ravimiresistentseid tuberkuloosibaktereid eritavate haigete arv tunduvalt vähenenud. Nad põhjendavad seda antibakteriaalsete preparaatide ratsionaalsema kasutamisega viimasel ajal. Meile tundub selline põhjendus ühekülgne. On teada, et ravimiresistentsuse määramise esimestel aastatel sooritati nimetatud uurimised peamiselt rasketel, kaugele arenenud tuberkuloosiprotsessiga haigetel, kes halvasti alluvad antibakteriaalsele ravile. Niisugustel haigetel esineb aga ravimiresistentseid tuberkuloosibakterite tüvesid tunduvalt sagedamini kui teiste tuberkuloosivormide puhul ning seepärast oli resistentsete tuberkuloosibakterite tüvede protsent tegelikust kõrgem.

Käesolevas töös analüüsitud haigete hulgas oli 31 koldelise, 146 infiltratiivse, 130 dissemineerunud ja 251 fibrokavernoosse kopsutuberkuloosiga haiget; ülejäänud 17 haiget põdesid teisi tuberkuloosivorme. Meie andmed näitavad, et koldelise ja infiltratiivse kopsutuberkuloosiga haigetelt eraldatud *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvedestolid ravimiresistentsed 52%, dissemineerunud tuberkuloosi puhul oli see näitaja 62% ja fibrokavernoosse kopsutuberkuloosi puhul 84%. Peab lisama, et fibrokavernoosse kopsutuberkuloosiga haigetel täheldati suhteliselt kõrget streptomütsiiniresistentsust; märgatavalt sagedamini kui teiste vormide puhul konstateeriti samaaegset resistentsust streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-i suhtes. Meil ei osutunud võimalikuks leida seost tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse ja haigete vanuse ning soo vahel.

Uuritute hulgas leidus 59 esmast haiget, kes varem antibakteriaalset ravi ei olnud saanud. Kõik ülejäänud haiged olid kasutanud antibakteriaalseid preparaate, kusjuures suurem osa neist pika aja kestel ja hulgaliselt. Rohkem kui pooltel uuritud haigetest oli tuberkuloosiprotsess kestnud enam kui 5 aastat. Haigetel, kellel tuberkuloosiprotsess oli väldanud kuni 1 aasta, leidus ravimiresistentseid tuberkuloosibakterite tüvesid ainult 30%-l uuritud juhtudest. Kui aga haigus oli kestnud üle kahe aasta, oli vastav näitaja juba suurem kui 80%. Ühesuguse sagedusega oli resistentsus välja kujunenud nii streptomütsiini kui ka ftivasiidi suhtes. Eelöeldust järeldub, et tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse tekkimiseks haige organismis ei ole vaja eriti pikka aega.

Nagu eespool mainitud, oli meie poolt uuritud haigete hulgas 59 esmaselt avastatut. Nendelt haigetelt eraldatud bakterite tüvedest oli tundlikke 52 (88%) ja resistentseid 7 (12%). Nimetatud tüvedest olid resistentsed ainult streptomütsiini suhtes 2, ainult ftivasiidi suhtes 1 ja PAS-i suhtes 2, kuna 2 tüve olid samaaegselt streptomütsiini- ja ftivasiidiresistentsed. Ainult üks uuritud tüvedest oli ftivasiidi suhtes kõrge resistentsusega, teistel aga oli madal resistentsus kas streptomütsiini, ftivasiidi või PAS-i suhtes.

108-l meie poolt uuritud haigel määrati ravimiresistentsus korduvalt. 88 haigel kontrolliti bakterite ravimitundlikkust kaks ja 18 haigel kolm korda. Üksikute määramiste vaheajad olid 6—24 kuud. Tuberkuloosibakterite streptomütsiiniresistentsuse dünaamika uurimisel võib öelda, et 52-st streptomütsiini suhtes tundlikust tüvest muutusid kahe aasta kestel

resistentseks 26 tüve (50%), 55-st ftivasiiditundlikust tüvest 19 (35%) ja 93-st PAS-i suhtes tundlikust tüvest ainult 5 (4,7%). 33-st bakterite tüvest, mis esimesel määramisel olid streptomütsiini suhtes madala resistentsusega (5—10 γ/ml), osutusid teistkordsel määramisel resistentseks 28 tüve (neist 7 kõrge resistentsusega), kuna 5 tüvel sedastati streptomütsiini suhtes tundlikkust. 23-st esmakordsel määramisel kõrget streptomütsiiniresistentsust näitavast tüvest (50—100 γ/ml) osutusid ühe aasta kestel tundlikuks 3 tüve, kuna 4 tüve resistentsus streptomütsiini suhtes langes. 42-st esmasel määramisel madalat ftivasiidiresistentsust omavast bakterite tüvest (1—10 γ/ml) olid kahe aasta pärast madala resistentsusega ainult 23 tüve, 7 osutusid ftivasiidi suhtes tundlikuks, kuna 12 tüve ftivasiidiresistentsus tõusis. Ükski 11 tüvest, mis esmasel määramisel olid kõrge ftivasiidiresistentsusega (25—50 γ/ml), ei muutnud kahe aasta kestel oma resistentsuse astet.

Meie poolt saadud andmed kinnitavad M. Lebedeva ja S. Voropajeva arvamust (5), et streptomütsiiniresistentsus kujuneb ftivasiidiresistentsusest tunduvalt kiiremini.

Missugust efekti annab antibakteriaalne ravi haigetel, kes eritavad ravimiresistentseid tuberkuloosibaktereid, selle kohta lähevad kirjanduse andmed lahku. Kui haigel on välja kujunenud tuberkuloosibakterite kõrge resistentsus streptomütsiini ja ftivasiidi suhtes, püütakse nimetatud preparaatide kasutamist tema ravimisel vältida. Haigetel, kes eritavad kõrge streptomütsiiniresistentsusega tuberkuloosibaktereid (kuni 10 000 γ/ml), halveneb streptomütsiini manustamisel tuberkuloosiprotsess sageli järsult ja nad alluvad halvasti isegi teiste antibakteriaalsete ravimite toimele. Varajasemat arvamust, et *Mycobacterium tuberculosis*'e ftivasiidiresistentsuse kujunemine haige organismis on soodne tegur, ei saa pidada õigeks. Nn. «puhaste» ftivasiidiresistentsete *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvede olemasolu haige organismis tuleb lugeda negatiivseks nähtuseks ja haigete ravi ftivasiidiga on neil juhtudel vähe efektiivne.

KIRJANDUS

1. Асеев Д. Д. Труды I-й Всероссийской конференции фтизиатров. М., 1957, 39. — 2. Тот же, Труды Ин-та туберк. АМН СССР. М., 1961, X, 257—263. — 3. Груздева Н. А. Пробл. туберк., 1962, 1, 43—46. — 4. Клебанов М. А. и др. Пробл. туберк., 1958, 6, 16—28. — 5. Лебедева М. Н. и Воропаева С. Д. Лекарственная устойчивость микроорганизмов. М., 1960. — 6. Мамолат А. С. и Розенберг Г. И. Пробл. туберк., 1962, 2, 15—19. — 7. Ойфебах М. И. и Рудой Н. М. Труды Ин-та туберк. АМН СССР. М., 1961, X, 275—279. — 8. Сергеев В. В. Труды Ин-та туберк. АМН СССР. М., 1961, X, 299—306. — 9. Шебанов Ф. В. Пробл. туберк., 1962, 1, 7—17. — 10. Chaves, A. D., Dangler, G., Abeles, H., Robins, A. B., Widelock, D. Amer. rev. resp. dis., 1961, 84, 5, 647—655. — 11. Crofton, J. Brit. Med. J., 1948, 116, 1009. — 12. Lincoln, N. S. Am. rev. tuberc., 1950, 62, 572. — 13. Owen, C. A., Karlsson, A. G., Zeller, A. J. Bact., 1951, 62, 53. — 14. Pickroth, G., Oehring, H. Z. Tuberk., 1961, 117, 5—6, 319—331. — 15. Virtanen, S. Duodecim, 1962, 78, 399—402.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

Л. Яннус и *В. Харьо*

Резюме

В бактериологической лаборатории Республиканского противотуберкулезного диспансера Эстонской ССР в 1960—1961 гг. проводились бактериоскопические и бактериологические исследования мокроты, промывных вод бронхов, пунктатов, мочи 773 больных туберкулезом.

При бактериологическом исследовании положительным оказался патологический материал 575 (74%) больных. Из 575 штаммов микобактерий туберкулеза лекарственночувствительными оказались 179 (31%) и лекарственноустойчивыми 396 (69%) штаммов. Устойчивость к одному препарату (стрептомицину, фтивазиду или ПАСК) была установлена у 33%, к двум препаратам — у 30% и одновременно к трем препаратам — у 6% изученных штаммов. Лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза отмечалась значительно чаще у больных с фибрознокавернозным туберкулезом легких (84%), чем у больных с очаговым, инфильтративным или диссеминированным туберкулезом легких (соответственно 52%, 52% и 62%).

Среди обследованных было 59 впервые выявленных больных туберкулезом, ранее не лечившихся антибактериальными препаратами. Из выделенных от этих больных штаммов лекарственночувствительными были 52 (88%) и лекарственноустойчивыми 7 (12%).

TALLINNA TUVIDE UURIMISEST ORNITOOSI SUHTES*

(EELTEADE)

L. VIŠNJAKOVA, arstiteaduse kandidaat *G. MEDINSKI* ja *H. PIHL*

(Pasteuri-nimelisest Leningradi Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *M. Nikitin* ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Tuvide (*Columba livia*) nakatumist ornitoosi täheldasid esimest korda 1940. a. H. Pinkerton ja R. Swank (10). Inimeste haigestumist ornitoosi, mille nakkusallikaks olid tuvid, kirjeldasid 1940. a. K. Meyer, B. Eddie ja H. Yanamura (7), Hiljem on kõikjal linnades avastatud poolmetsikult elunevaid nakatunud tuvisid, samuti esineb ornitoosi posti- ja lihatuvidel. [D. Dane, M. Beech (6), B. Babudieri (5), K. Meyer (8) jt.].

NSV Liidus on ornitoosi leitud poolmetsikutel tuvidel Moskvas ja selle ümbruses [L. Kuborina (2), Chzou Kuen (4)]. Pasteuri-nim. Leningradi Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi eriti ohtlike nakkushaiguste osakond tõestas, et Leningradis on samuti ornitoosi peamiseks nakkusallikaks poolmetsikud tuvid. [K. Tokarevitš, F. Krasnik, L. Višnjakova (3)]. Siin tekivad aeg-ajalt sporaadiliste haigestumiste foonil mitteulatuslikud puhangud [L. Višnjakova, B. Meitin, M. Polesitskaja (1)]. Leningradi tuvide nakatavust ornitoosi on tõestatud nii seroloogiliselt kui ka viroloogiliselt, kusjuures on avastatud kuus viirusetüve (3).

Arvestades ornitoosi laialdast levikut tuvide seas nii välismaal kui ka Nõukogude Liidus ja lindude arvukust ning elanikkonna tihedat kontakti nendega, uurisime tuvisid ornitoosi suhtes ka Tallinnas.

Mitmesugustest kohtadest püütud tuvidelt võeti uurimiseks tiivaalustest veresoontest verd. Verest eraldati seerum. Enne lahjendamist inaktiveeriti seerumit 56° C juures 30 minuti jooksul.

Reaktsiooniks vajalik antigeen valmistati kanaembrüo rebukottidest, mis olid nakatatud psittakoosiviirusega (tüvi «*C*») M. Volkerti ja P. Christenseni (12) meetodil. «*C*» tüvi isoleeriti 1959. a. haigelt papagoilt. Antigeeni tiitrimine rekonvalestsendi seerumiga toimus nn. malelaua korras.

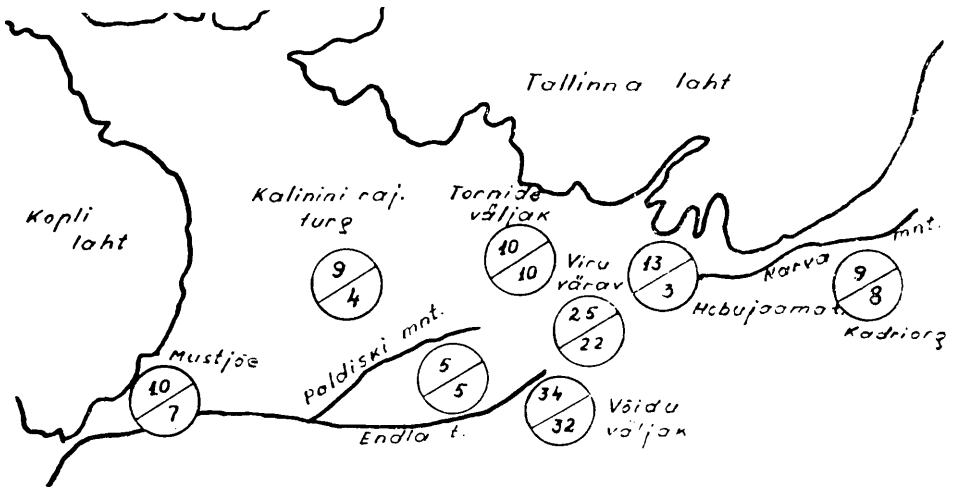
Komplemendi sidumise reaktsiooni (KSR) tehti üldiselt tuntud meetodi järgi antigeeni kahe ühikuga ja merisea komplemendiga termostaadi tingimustes 37° C juures ühe tunni jooksul. Positiivseteks peeti reakt-

---

* Uurimine toimus professor K. Tokarevitši juhendamisel.

siooni tulemused siis, kui komplemendi sidumise pidurdus oli mitte väiksem kui 2 risti.

Töös kasutati samuti teataval määral modifitseeritud komplemendi sidumise inhibiitorreaktsiooni (KSIR) metoodikat N. Schmidti ja H. Hardingi (11) järgi.



Ornitoosi nakatunud tuvide esinemiskohad Tallinnas (lugeja — uuritud tuvide arv, nimetaja — ornitoosi nakatunud tuvide arv)

Uuritavad tuvid püüti Tallinnas 8 kohast (vt. joonis). 6 neist asus linna keskuses ja 2 äärelinnas (Kadriorg ja Mustjõe). Nimetatud piirkondadesse kogunevad tuvid 100—200-pealiste parvedena, kus neid elanikud toidavad. Elanikkond puutub tuvidega kokku kogu aasta jooksul; kontakt sageneb suve-sügisperioodil, mil neid linde eluneb hulgaliselt parkides, väljakutel jm. (vt. foto).

Enamikul uuritud lindudest ei esinenud ilmseid haigusnähte. Ainult kahel Viru värava juurest ja kolmel Võidu väljakult püütud tuvil täheldati ornitoosile omaseid nähte, nagu konjunktiviit ja rohke limavool nokaavadest ning sakrunud sulestik. Et ornitoosi tuleb kõigepealt salmonelloosist diferentseerida, uuri bakterioloogiliselt kõikide tuvide soolesisaldist. Salmonellasid ei avastatud ühelgi linnul.

Tuvide seroloogilise uurimise tulemused KSR ja KSIR abil on esitatud tabelis (vt. tabel). 115 tuvi uurimisel avastati komplementi siduv antikeha 34 linnul (29,5%) lahjendustes 1:4 kuni 1:512, kusjuures 18 linnu seerum sisaldas antikehi kõrgetes tiitrites (1:64—1:512), mis osutab viiruse suurele aktiivsusele. Komplementi siduvad antikehad esinesid eri kohtadest püütud tuvidel erinevalt. Võidu

väljaku ja Endla tänava lindudest täheldati ligi pooltel positiivset komplemendi sidumise reaktsiooni ja enamikel juhtudel koguni veel suurtes lahjendustes (1:64—1:512). Samal ajal aga uuritud lindude teistes rühmades avastati kolplementi siduvaid antigeene ainult üksikuil isendeil.

113 seerumi uurimisel komplemendi sidumise inhibiitorreaktsiooniga leiti 68 linnul (60,2%) blokeerivaid antikehi lahjendustes 1:4—1:1024. Inhibiitorantikehade avastamise sagedust iseloomustas suur ühtlus: ainult kahes kohas (Hobujaama tänav ja Kalinini rajooni turg) elunevatel tuvidel leiti inhibiitorantikehi vähem kui pooltel uuritud lindudest. Selle uurimismeetodi puhul ilmnes samuti rohkem kui pooltes (41) posi-

Tabel

Tallinna poolmetsikute tuvide uurimise tulemused

Tuvide püügikoht	Lindude arv	KSR							KSIR							Kokku (+++) KSR ja KSIR
		Negat.	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64 ja >	Kokku (+++)	Negat.	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64 ja >	Kokku (+++)	
Kadriorg	9	9										1		7	8	8
Mustjõe	10	8		1	1			2	5			1	2	2	5	7
Hobujaama t.	13	11		1	1			2	10			1	1		2	3
Viru värav	25	19					6	6	7	2	3	3	1	9	18	22
Võidu väljak	34	19	1	2	5	3	6	15	14	1		5	3	11	20	32
Tornide väljak	10	6				1	2	4	1		1			8	9	10
Endla t.	5	1				1	3	4	2				1	2	3	5
Kalinini raj. turg	9	8					1	1	6				1	2	3	4
Kokku uuritud	115	81	1	4	6	5	18	34 (29,5%)	45	3	4	11	9	41	68 (60,2%)	91 (79,1%)

Märkus: 1. KSIR tehtud 12 Hobujaama t. ja 8 Kadrioru tuvil.
2. KSR ja KSIR positiivsete reaktsioonide summa koosneb seerumite arvust, milles on avastatud nii komplementi siduvad kui ka inhibiitorantikehad või ühed nendest.

tiivselt reageerinud seerumites blokeeriv aktiivsus kõrgetes tiitrites — 1:64 ja enam.

Seega avastati Tallinna 115 poolmetsiku tuvi uurimisel kahe seroloogilise uurimismeetodiga ornitoosi 91 tuvil (79,1% uurituist). Kuuest kohast püütud tuvidel esinesid spetsiifilised immuunkehad kõigil või peaaegu kõigil tuvidel (Endla tänav, Tornide väljak, Võidu väljak jne.).

Ornitoosi nakatumise tulemusena tekivad tuvidel komplementi siduvad ja inhibiitorantikehad või ainult üks liik nendest antikehadest. Sellega ei ole tuvide nakatustase võrdne KSR ja KSIR positiivsete tulemustega. Komplementi siduvad antikehad säilivad lühikest aega (mitte üle 4—5 kuu) pärast nakkuse põdemist [G. Monreal (9)]. Nende antikehade keskmiste või kõrgete tiitrite ilmnemisel võib eeldada värsket nakatumist või latentse nakkuse ägenemist. Kõrgete tiitrite esinemine enamikel uuritud tuvidel ja haiguse tüüpiliste nähtude täheldamine üksikutel lindudel viitab epizoootiale, mis nähtavasti esines enne uurimist hiljuti Tallinna tuvide keskel. See lubab väita, et Võidu väljakul ja Endla tänaval esines 1962. a. septembri-novembrikuus, mil toimus uuritavate tuvide püüdmine, laialdane ornitoosiviiruse tsirkuleerimine tuvide seas, sest sel ajal enam kui pooltel uuritud lindudest täheldati komplementi siduvaid antikehi tiitrites 1:64—1:512, aga inhibiitor- ja komplementi siduvaid antikehi rõhuval enamikul tuvidest. Tuvide keskel teki-

vad epizoootiad peamiselt sügiskuudel, mil tõuseb ka haigusjuhtude arv inimeste seas. Kliiniliselt väljendunud nähtudega püütud tuvide väike arv on peaasjalikult seotud sellega, et täiskasvanud lindudel kulgeb nakkus sageli varjatult, sümptoomideta. Kuid sellised linnud levitavad siiski nakkust oma ekskrementidega.

Arvestades ülaltoodud andmeid võib suure tõenäolisusega oletada ornitoosi esinemist ka Tallinna elanikkonna hulgas. Praegu aga diagnoositakse inimestel seda haigust nähtavasti teiste nimetuste all.

Järeldused

1. Leiti, et Tallinnas elunevad poolmetsikud tuvid on nakatunud ornitoosi. Linna 8 kohast püütud 115 tuvil avastati komplementi siduvaid antikehi — 34 (29,5%), aga inhibiitorantikehi — 68 (60,2%). Mõlemate reaktsioonide alusel selgus, et uuritud tuvidest oli nakatatud 91 (79,1%) lindu. Komplementi siduvate antikehade kõrgete tiitrite (1:60—1:512) esinemine uuritavatel lindudel osutab epizoootiale.

2. Arvestades tuvide kõrget nakatumist ornitoosi ja elanikkonna tihedat kontakti nendega, on vaja epidemioloogiliste ja kliiniliste näidustuste tekkimisel uurida haigeid inimesi (atüüpilise kopsupõletikuga või kauakestva ebaselge päritoluga palavikuga isikuid) viroloogiliselt ja seroloogiliselt, et selgitada ornitoosi esinemise võimalus.

KIRJANDUS

1. Вишнякова Л. А., Мейтин Б. И., Полесицкая М. И. Домовая вспышка орнитоза, связанная с голубями. В кн.: Риккетсиозы. Болезни с природной очаговостью. Л., 1961, 267—272. — 2. Куборина Л. Н. Вопр. мед. вирусол. 1961, 7, 151—153. — 3. Токаревич К. Н., Красник Ф. И., Вишнякова Л. А. Орнитозная инфекция в Ленинграде (фактические материалы и перспективы изучения и профилактики). Тезисы итоговой конференции ин-та им. Пастера, Л., 1961, 60—63. — 4. Чжоу Куэнь. Ж. эпидемиол., микробиол. и иммунобиол. 1962, 3, 115—117— 5. Babudieri, B. Terapia (Milano), 1956, 41/1, 3—19. — 6. Dane, D., Beech, M. Med. J. Australia, 1955, 1, 12, 428—429. — 7. Meyer, K. F., Eddie, B. and Yanamura, H. I. Proc. Soc. Exptl. Biol. and Med., 1942, 49, 609—619. — 8. Meyer, K. F. Bull. World Hlth. Org. 1959, 20, 101. — 9. Monreal, G. Veterinärmed., 1958, 5, 3, 273—294. — 10. Finkerton, H., Swank, R. L. Proc. Soc. Exptl. Biol. a. Med., 1940, 45, 704—705. — 11. Schmidt, Nathalie J., Harding, H. B. J. Bacteriol., 1956, 71, 2, 217—222. — 12. Volkert, M., Christensen, P. Acta pathol. et microbiol. scand., 1955, 37, 2, 211—218.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ГОЛУБЕЙ Г. ТАЛЛИНА В ОТНОШЕНИИ ОРНИТОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Л. Вишнякова, Г. Мединский и Х. Пихл

Резюме

Было серологически обследовано на орнитоз 115 голубей отловленных в октябре—ноябре 1962 г. на 8 участках города Таллина. Исследование осуществлялось при помощи реакции связывания комплемента (РСК) и ингибиторной реакции связывания комплемента (ИРСК). КС антитела обнаружены в сыворотках 34 птиц (29,5%) в титрах от 1 : 4 до 1 : 512, причем в сыворотках 18 из них был установлен высокий уровень антител — порядка 1 : 64 — 1 : 512.

При исследовании 113 сывороток при помощи ИРСК у 68 голубей (60,2%) были обнаружены блокирующие антитела в титрах 1 : 4—1 : 1024. При данном методе также более половины положительно реагирующих сывороток (41) обладали блокирующей активностью в высоких титрах — 1 : 64 и выше.

Таким образом, в результате обследования 115 полудиких голубей города Таллина при помощи этих двух серологических методов инфицированность вирусом орнитоза обнаружена у 91 птицы, т. е. у 79%, причем в 6 участках города специфические иммунные тела имели все или почти все обследованные голуби.

На основании наличия средних или высоких титров специфических антител следует предполагать свежее инфицирование или обострение латентной инфекции у данных птиц. Обнаружение высоких титров у некоторых групп обследованных голубей, а также установление внешних признаков заболевания у отдельных особей, надо полагать, свидетельствует об орнитозной энзоотии среди них.

Учитывая значительную пораженность вирусом орнитоза полудиких голубей города и тесный контакт населения с ними, необходимо при наличии эпидемиологических показаний (соответствующий анамнез) и клинических данных (атипичная пневмония или длительное лихорадочное состояние неясной этиологии) проводить вирусологическое и серологическое обследование больных для исключения орнитозной природы заболевания.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

STROFANTIINI MANUSTAMISEST TILKINFUSIOONIGA

D. PIHELGAS

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Mitmesugused eksperimendid ja kliinilised kogemused näitavad, et farmakoloogiliste ainete toime võib märgatavalt varieeruda olenevalt organismisse viimise kiirusest (1 jt.).

V. Bakanskaja ja T. Tõrjakova (1) tõestasid 1953. a. katsetega koertel, et ravimite manustamisel on suur tähtsus sellel, kui kiiresti need veeni viiakse. On teada, et plasmavalgud adsorbeerivad peaaegu kõiki farmakoloogilisi aineid, kusjuures erinevad valgufraktsioonid ühinevad erinevate ainetega. Ravimid liituvad kõige sagedamini albumiinidega. Real juhtudel muudab ühinemine valgufraktsioonidega aine farmakoloogilist aktiivsust. Plasmavalkudega võib ühineda ainult kindel, antud ühendile iseloomulik hulk ainet. Ülejääk võib jääda valkude poolt sidumata ja seetõttu anda teistsuguse farmakoloogilise toime, kiiremini kaduda vereringest ja üle minna organismi kudedesse või uriini.

Muutes ravimi veeni manustamise kiirust võib muuta ühes ajaühikus verega seguneva ravimi hulka. Kiirel süstimisel saavutame algul kõrge kontsentratsiooni, sealjuures aga ravimi valkudega sidumata osa kaob vereringest kiiremini ja selle kontsentratsioon veres langeb. Aeglasel süstimisel saavutame veres kestvama ja kõrgema ravimikontsentratsiooni. Erineva süstimiskiirusega võime reguleerida ravimi veres ringlemise aega.

Koronaar- ja kardioskleroosi rasketel juhtudel ning nende komplikatsioonide puhul ei anna strofantiini ühemomentne süstimine veeni sageli soovitud tulemusi. 1952.—1956. a. rakendati Leningradis V. Valdmanni (2) initsiatiivil strofantiini veenisisest tilkinfusiooni. Selle abil loodeti saavutada ravimi püsivamat ja täielikumat adsorbeerumist ja efektiivsemat farmakoloogilist toimet. Strofantiini tilkinfusiooni tehti koronaararterite ateroskleroosiga, südameastma ja üldise südame-ning veresoonkonna puudulikkuse nähtudega haigetele (kokku 50). 15 haigel, keda raviti sel meetodil, ei kordunud südameastma hood aasta jooksul, nende töövõime taastus.

26 isikut jäi töövõimetuks, kuid verevarustus paranes neil märgata-

valt, öösised hingematmishood kadusid, diurees suurenes, pulss aeglustus ja hingamissagedus vähenes. Neist viis tulid 3—4 kuu järel tagasi kliinikusse, et tilkinfusioonikuuri korrata, mis andis jälle häid tulemusi. Soovitud tulemusi ei saadud viiel haigel, kellel esines neerude puudulikkus koos kõrge arteriaalse vererõhuga.

V. Labutin (3) tegi strofantiini tilkinfusiooni 34-le stenokardiaga haigele. Valud vähenesid või kadusid 20 haigel.

Tartu Linna Kliinilises Haiglas rakendatakse seda meetodit 1956. a. alates koronaar- ning kardioskleroosi ja nende komplikatsioonide puhul. Vaatlesime 30 haiget. Patsientidele viidi tilkinfusioonina veeni strofantiini 0,5—0,12 mg 100—200 ml 5%-lises glükoosi- või füsioloogilises lahuses, kuhu lisandati vajaduse korral eufülliini, novokaiini, hepariini, B_1- ja C-vitamiini. Raviprotseduuri viidi läbi üks kuni kaks korda päevas viie kuni kümne päeva vältel.

17 haigel, kellel eelnevad ühemomentsed strofantiinisüsted (0,25 mg päevas 3—10 päeva vältel) ei andnud tulemusi, saavutati tilkinfusiooniga ilmset edu: enesetunne paranes järsult, õhupuudustunne kadus, stenokardilised valud vähenesid või kadusid, pulsi frekvents normaliseerus, diureesi suurenemisega muutusid tursed minimaalseiks või kadusid, südame- ning veresoonkonna puudulikkus vähenes ühe astme võrra või kadus, vererõhk normaliseerus. Töövõimeliseks muutus üks patsient, kes ka ainukesena enne käesolevat ravi töötas. Teised patsiendid olid juba varem haiguse tõttu tööst eemale jäänud või kõrges eas pensionärid.

Ilmseid positiivseid tulemusi saime veel viiel haigel, keda vahetult enne ei olnud ravitud ühemomentsete strofantiinisüstetega.

Ühel haigel, kellel kuuenda ühemomentse strofantiinisüste järel tekkis intoksikatsioon (iiveldus, bigemiinia), saime strofantiini tilkinfusiooniga häid tulemusi ilma kõrvalnähtudeta.

Tulemusteta jäi 8 haige ravimine. Kõigil neil oli varem tagajärjetult rakendatud ühemomentseid strofantiinisüsteid. Neist 7 juhul oli tegemist südame- ning veresoonkonna kroonilise puudulikkuse lõppstaadiumiga. Ühel haigel andis mõõduka efekti hilisem digitaalise manustamine suu kaudu.

Eeltoodud andmetest nähtub, et tilkinfusiooniravi rakendati eranditult rasketel haigusjuhtudel. Sealjuures võis tilkinfusiooni ebasobivaks lugeda ainult ühel juhul, kus digitaliseerimine osutus efektiivsemaks.

Vastunäidustusi tilkinfusioonile ei ole. Haiged talusid seda ravimeetodit hästi.

Toome näiteks ühe haigusloo.

Meeshaige K., 70 a. vana, saabus kliinikusse 3. I 1959. a. (haiguslugu nr. 33). Kliiniline diagnoos: *morbus hypertonicus III, cardiosclerosis atherosclerotica, insufficientia c/v gr. II b.* Saabudes esines patsiendil düspnoe, absoluutne arütmia, pulss 72—82 korda minutis, nõrga täitumusega.

Vererõhk 180/90 mmHg. Maks oli palpeeritav kolme põikisõrme võrra allpool roietekaart, jalgadel ödeem, mis ulatus poole sääreni. Kehakaal oli 89,3 kg, diurees 600 ml ööpäevas, fonuriidi manustamise järel 1600—1900 ml ööpäevas. Patsient sai eelnevalt kodus ja algul kliinikus ühemomentsete süstetena veeni kümne paeva vältel *Strophantini* 0,00025, *Sol. Natrii chlorat.* 0,9% 10,0 ilma olulise eduta. Alates 7. I 1959. a. sai patsient üks kord päevas kolmveerand tunni jooksul tilkinfusioonina *Sol. glucosi* 5% 200,0, *Strophantini* 0,00025. Infusioon lõpetati 13. I 1959. a. Düspnoe ja pulsi defitsiit kadusid, pulsi frekvents langes 68—72 korrale minutis, vererõhk 160/90 mmHg-le, maks vähenes (oli palpeeritav ühe põikisõrme laiuselt allpool roietekaart), ödeem jalgadelt kadus. Kaal langes 83,6 kg-le, diurees tõusis 850 ml-le, fonuriidi manustamisel 1600 ml-le (vedelikku sai patsient 1000 ml ööpäevas). Raviefekti saavutamise järel mindi üle digitaalise andmisele.

Mitmesuguste ravimite tilkinfusiooni edukas rakendamine juhtudel, kus samad ravimid tavalise, kiirema manustamisviisi puhul mõju ei avaldanud, näitab, et ravimite efektiivsus ei olene ainult preparaadi doosist ja organismisse viimise viisist, vaid ka verre ja kudedesse viimise kiirusest.

Strofantiini manustamine tilkinfusioonina võib anda positiivseid tulemusi juhtudel, kus südame- ning veresoonkonna puudulikkuse ravi muude vahenditega jääb tagajärjetuks. Seetõttu on kirjeldatud ravimeetodi laialdasem rakendamine praktikas igati põhjendatud.

KIRJANDUS

1. Баканская В. В. и Тырякова Т. П. Доклады Академии Наук Таджикской ССР. Сталинабад, 1953, 8, 69—73. — 2. Вальдман В. А. Труды XIV всесоюзного съезда терапевтов. М., 1958, 225—227. — 3. Лабутин В. М. Вопросы патологии крови и кровообращения. Л., 1959, 119—125. — 4. Goldstein, A. J. Farmac. and Exptl. Therap., 1949, 95, 2, 102—165.

О КАПЕЛЬНЫХ ВЛИВАНИЯХ СТРОФАНТИНА

Д. Пихельгас

Резюме

Действие лекарственных веществ может значительно варьировать, в зависимости от скорости введения их в организм. При тяжелых формах коронаро- и кардиосклероза и их осложнениях одномоментное внутривенное введение строфантина часто не дает желаемых результатов.

В Тартуской городской клинической больнице начиная с 1956 г. применяются внутривенные капельные вливания строфантина, рекомендованные В. А. Вальдманом. Из 30 больных у 22 отмечены положительные результаты терапии. Применение строфантина в виде капельных вливаний часто оказывается эффективным и в тех случаях, когда лечение другими средствами остается безрезультатным.

Указанный метод заслуживает более широкого внедрения в практику.

SCHAMBERGI TÕVE JUHT

R. TOOTS

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Schambergi tõbi on naha hemosiderooside hulka kuuluv dermatoos, mida iseloomustab rauda sisaldava pigmendi hemosideriini ladestumine nahasse. Kuna *Morbus Schambergi* on harva esinev haigus, kirjeldame meie poolt jälgitud juhtu.

Meeshaige S. P., 36 a. vana, saabus Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda 25. XI 1961. a. (haiguslugu nr. 17379) kaebustega jalgadel esinevate pigmendilaikude üle. Naha tundlikkus olevat laikude kohal alanenud. Pikemaajalisel käimisel tekkivat jalgades valud.

Haigestunud esmakordselt 1945. a., mil punetavad laigud ilmunud varvastele. Haigus halvenenud pidevalt, tekkinud uued punetavad laigud ja täpid labajalgadel, säärtel ja hiljem ka reitel. Hiljem laigud laatunud ja laikude keskosa muutunud värvuselt pruuniks. Nahk hakanud ketendama. Laikude servapoolsetes osades aga tekkinud pidevalt uued lööbeelemendid. Viimasel aastal märganud haige protsessi levikut ka õla- ja küünarvartele. Ravi on seni olnud edutu. Haiguse teket seostab haige ise raske külmetusega. Haigusnähud ilmunud mõni aeg pärast seda, kui haigel tulnud viibida mitu tundi hilissügiseses jõevees. Eluanamnees iseärasusteta.

Objektiivselt haige üldseisund hea. Toitumus hea. Perifeersed mahlasõlmed pole kombeldavad. Luud ja liigesed patoloogiata. Perifeerne pulss alajäsemetel hästi palpeeritav. Turseid ei ole. Neel puhas, tonsillid normis. Hambad terved. Labajalgadel, säärtel, reitel ja tuharatel mitmesuguse suuruse ja kujuga pruunid pigmendilaigud, mille ääreosades leidub punetavaid täppe ja väiksemaid punetavaid laike. Vanade kollete keskosades nahk mõõdukalt atrofeerunud ja ketendab. Mõlemal õlavarrel sedastatavad üksikud väikesed hemorraagiad ja pigmendilaigud. Südames, veresoonkonnas, hingamiselundites ega kõhuõõneelundites patoloogilisi muutusi ei leitud. Närvisüsteem iseärasusteta.

Laboratoorsed uuringud. Veri: erütrots. 4 870 000, hgb. 15,4 g%, leukots. 6400, SR 3 mm/t. Esines trombotsüütide hulga mõõdukalt väljakujunenud langus perifeerses veres. Valge vere pilt normis. Verejooksu aeg 0'45", hüübimisaeg 3'30". Erütrotsüütide resistentsus — algus 0,50% NaCl, lõpp 0,44% NaCl. Väljaheite analüüsil leiti *ascaris lumbricoides*'e mune. Rindkereelundite röntgenoloogiline uuring patoloogilise leiuta. Nesterovi proov negatiivne. Kontšalovski proov negatiivne. Kapillaroskoopia (vasaku käe IV sõrme küünevallil): foon hägune, papillid ödematoossed, lingud väga häguselt nähtavad. Lingud lühikesed, suhteliselt sirged. Esineb perikapillaarne ödeem. *Plexsus subpapillaris*'t ei ole näha.

Naha biopsia. Uuringuks võeti nahatükike nii vanast kui ka värskest koldest. Patoloogilis-histoloogiline leid: kapillaaride hulk on suurenenud, esineb kapillaaride endoteeli turse ja proliferatsioon, kapillaaride ümbruses on rohkesti suurte kogumitena ümar- ja plasmarakke. Teistes osades esineb väga rohkesti hemosideriini. Histoloogiline leid vastab patoloog-histoloogi (R. Oršanskaja) arvates progresseeruvale pigmentpurpurale (*Morbus Majocchi-Schamberg*).

Haiglas anti haigele raviks rutiini 0,02 kolm korda päevas, *Sol. Vitamini C* 5% — 10.0 veeni; kortisooni 150 mg päevas, hiljem prednisolooni 40 mg päevas. Alajäsemeid kiiritati ultravioletkiirtega.

Ravi tulemusena lööbeementide teke lakkas, vanadel pigmendilaikudel oli märgata ketendamise suurenemist, laikude värvus muutus heledamaks.

Üldvaade alajäsemetel esinevatest nahamuutustest

Viimasel ajal viivad mitmed autorid [U. Lever (3) jt.] *Morbus Schambergi* koos *Purpura anularis teleangiectoides Majocchi, dermatosis lichenoides purpurosa et pigmentosa Gourgerot Blum*'i ja *anginoma serpeginosum*'iga ühe nimetuse — *purpura pigmentosa progressiva* (*Majocchi Schamberg*) alla, sest nimetatud haigused on omavahel sedavõrd lähedased, et sageli ei saa neid kliiniliselt ega histoloogiliselt eristada.

Haiguse etioloogia on seniajani ebaselge. Selle tekkimist on seotud luuesega, tuberkuloosiga, seedetraktist pärinevate intoksikatsioonidega, krooniliste koldeliste infektsioonidega jne. (5). A. Leövey ja K. Vezekenyi (6) kirjeldavad kahte haigusjuhtu, kusjuures ühel juhul esinesid hemofiilia tüüpi hüübimishäired, teisel juhul oli aga tegemist fibriini hulga langusega perifeerses veres. Mitmed autorid (1, 4) on leidnud trombotsüütide hulga märgatavat langust veres, U. Leveri (3) arvates on tegemist ebaselge etioloogiaga kapillariidiga.

Mikrofoto. Naha biopsia. Esineb rohke ümarrakune infiltratsioon.

Meie poolt jälgitud juhul võib etiopatogeneetilise momendina arvesse tulla kapillaaride kahjustus, kapillariit. millele osutavad kapillaroskoopiline ja patoloogilis-histoloogiline leid. Algselt kahjustas kapillaare tõenäoliselt anamneesis esinev tugev külmetus.

Käesoleva juhu kirjeldamisega tahame juhtida tähelepanu sellele, et pigmendilaikude esinemisel alajäsemetel tuleb mõelda ka Schambergi tõve võimalusele. Kompleksraviga võib saavutada tulemusi.

KIRJANDUS

1. Големба П. И. Вестн. венерол. и дерматол., 1951, 5, 22—24. — 2. Зильберман Б. БМЭ, т. 16, 684—685. — 3. Левер У. Ф. Гистология кожи. Перевод с англ., М., 1958, 144—146. — 4. Отчеты о заседаниях специальных обществ и съездов. Московское дермато-венерологическое общество. Заседание от 4 VI 1936. Сов. вестн. венерол. и дерматол., 1936, 11, 1077. — 5. Chatellier, L. Nouvelle Pratique Dermatologique. Paris, 1936, Tome V, 495—500. — 6. Leövey, A. und Vezekenyi, K. Dermatol. Wochenschr., 1960, B. 141, 2, 37—43.

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ШАМБЕРГА

Р. Тоотс

Резюме

Болезнь Шамберга принадлежит к дерматозам. Характерным является отложение пигмента гемосидерина в коже. Этиология заболевания неизвестна. Одни авторы указывают на сифилис, туберкулез, очаговую инфекцию или хроническую интоксикацию кишечного происхождения, другие же — на нарушение свертываемости крови. По мнению У. Ф. Левера, болезнь Шамберга является капилляриитом неясной этиологии.

В Таллинской республиканской больнице находился больной с типичным для болезни Шамберга изменениями кожи. Капилляроскопия показала выраженные изменения капилляров. При гистологическом исследовании кожи были обнаружены характерные изменения — увеличение числа капилляров, пролиферация и отек эндотелия, вокруг капилляров имелись большие скопления круглых и плазматических клеток и гемосидерина.

TROMBOOSIDELE KALDUVA HAIGE OPERATIIVSEST RAVIST SAPIPÕIEJUHA KIVI PUHUL

P. LAASIK

(Tallinna Vabariiklikust IV Haiglast, peaarst arstiteaduse kandidaat *A. Nordberg*)

Sapipõiekivide puhul esineb komplikatsioonidest sagedamini *ductus cysticus*'e ja *ductus choledochus*'e sulgumine kiviga. Harvemini juhtub, et sapipõiejuhas fikseerunud kivi läbib juha seina ja tekitab sisemise spontaanse sapiuurise. Sisemiste spontaansete sapiuuriste profülaktika seisneb õigeaegses sapipõie kivitõve operatiivses ravis.

Tallinna Vabariikliku IV Haigla kirurgiaosakonda hospitaliseeriti 12. III 1963 (haiguslugu nr. 238) naishaige J. R., 57 a. vana, diagnoos: *Concrementum ducti cystici. Pancreatitis chronica. Fibrosis pulmonum bilateralis. Pneumonia lobi intermedii pulm. dextr. Emphysema pulmonum. Cor pulmonale* I *compensata.*

Kaebused ja haiguse kulg. Haigestus 1936. a. toidumürgistuse nähtudega, esines iiveldus, oksendamine, kõrgenenud temperatuur ja kõhulahtisus. Pärast ambulatoorset ravi püsis patsiendil kõhulahtisus, mida kliinilisel uurimisel diagnoositi hepatokoletsüstiidina. Määrati konservatiivne ravi ja dieet. Dieedi laiendamise puhul esinesid patsiendil sageli seedehäired. 1950. a. seedehäired suurenesid; raviti sümptomaatiliselt kui enterokoliiti ja koliiti. 1961. a. hospitaliseeriti kiirabi korras ägeda pankreatiidi diagnoosiga. Hilisem täiendav uurimine kinnitas koletsüstiidi diagnoosi sapipõiejuha kiviga (vt. tahvel III, röntgenogrammid 1 ja 2, 1961. a.). 1963. a. jaanuaris ägenesid valud ja seedehäired ning patsient suunati kirurgiaosakonda operatiivsele ravile (vt. tahvel IV, röntgenogrammid 3 ja 4, 1963. a.).

Elu anamneesis on tähtis 1928. a. teostatud apendektoomia, mille järel patsiendil tekkis kopsuinfarkt (paremas kopsus), sellele järgneva eksudatiivse pleuriidiga (viibis statsionaarsel ravil 3,5 kuud).

1941. a. oli haigel mõlema jala sügavate veenide tromboos, raviti statsionaaris ja ambulatoorselt 5 kuud.

Status praesens: korrapärase kehaehitusega, keskmise toitumusega 57-a. naispatsient. Nahk ja nähtavad limaskestad puhtad. Üle mõlema kopsuvälja kare vesi-

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 1

Röntgenogramm 4

Röntgenogramm 3

kulaarne hingamiskahin, alumistes kopsuosades, eriti paremal, kuivi ja märgi bronhiaalseid räginaid. Parema kopsu alumine piir respiratoorselt vähem liikuv. Südametegevus korrapärane, toonid puhtad — tasased. Pulss — 56', RR — 100/70. *Abdomen* — normaalse konfiguratsiooniga, palpeerimisel hellus parema roidekaare all, eriti paremal pool epigastriumis. Sapipõie piirkonna palpeerimisel tekib valu keskjoone poole epigastriumis. Maksa serv roidekaare all. Põrn ei ole palpeeritav.

Alajäsemetel veenilaiendeid ei esine. Palpeerimisel patoloogilise leiuta.

EKG 14. III 1963 madalalaineline EKG. Parema vatsakese ülekoormatus. Müokardi düstroofilised muutused.

Kliiniline vere analüüs: hgb. — 82%, erütrots. — 4 000 000 indeks. 1,0, trombots. 213 200 (52 : 1000). SR — 6 mm l/t. Vere hüübimise aeg 4'08". Leukots. 4200, basof. 3%, eosinof. 6%, keptt. 4%, segmentt. 37%, lümfots. 38%. monots. 12% (13. III). Vere tolerantsus hepariinile 17' (norm 7'—11') (13. III 63.). Protrombiiniindeks 100% (13. III 63.). Uriinis urobiliini jäljed (14. III 63.) Quicki proov 59,4% (Natr. benzoicum'i eritus üldse). 21. III protrombiiniindeks 88%. 23. III 63. bilirubiini veres 10 mg%.

20.—22. III 63 patsient operatsiooniks ette valmistatud. Fenüliini 0,03 2 korda päevas. 23. III 63. — kombineeritud intratrahheaalse narkoosi all tüüpiline koletsüstektoomia. Operatsioonil leidis kinnitust röntgenograafiline uurimine — hernesuurune kivi oli tunginud sapipõiejuha seina. *Ductus cysticus* armistunud, ei ole sapijuhasondiga läbitav.

Patoloogilis-histoloogiline vastus nr. 58881—82: 1) sapipõie limaskestaalune vähene fibroos. Põletikuline infiltratsioon puudub, sein õhuke; 2) sapipõiejuha — limaskestaalune fibroos väga vähese ümarrakulise reaktsiooniga. Aktiivne põletik puudub. Mikroskoopilisel vaatlusel sarnaneb kivi kolesteriin-lubjakiviga. Kivi ümbruses kustunud põletikuline protsess (fibroos).

Postoperatiivsel perioodil, 1.—2.—3. päeval, temperatuur subfebriilne, edaspidi normaalne.

27. III 63 vere analüüs hgb. 74%, leukots. 7800, eosinof. 2%, keppt. 6%, segmentt. 66%, lümfots. 18%, monots. 8%. SR mm l/t. Vere hüübimine — 3'27". Bilirubiin veres 1,0 mg%. Protrombiiniindeks 114%. Vere tolerantsus hepariinile 7'.

Uriinis — urobilinogeen ++, sapipigm. (—), urobiliin (—). 28. III 63. rakendatud tromboosi vältimiseks profülaktiliselt: hepariini 8000 üh 3 korda päevas veeni ja sinkumari 28 mg päevas. 29. III 63 hepariini 8000 üh. 2 korda päevas veeni ja sinkumari 24 mg päevas. 30. III 63 hepariini 8000 üh. 1 kord päevas veeni ja sinkumari 8 mg päevas. 30. III 63 vere tolerantsus hepariinile 15'45". Protrombiiniindeks 35%. Vere analüüs: vere hüübimine 6'39". hgb. 75%, SR — 21 mm l/t, leukots. 12 800, valku, eosinof. 5%, keppt. 4%, segmentt. 72%, lümfots. 18%, monots. 6%. 31. III 63. sinkumari 4 mg. 1. IV 63. sinkumari 4 mg. 1. IV 63. protrombiiniindeks 45%.

Edaspidi manustati sinkumari 4 mg päevas kuni 8. IV 63, siis 2 mg päevas kuni 13. IV 63. 3. IV 63 protrombiiniindeks 53%, vere hüübimine 6'07". 8. IV 63. protrombiiniindeks 52%, vere hüübimine 5'40".

3. IV 63 patsiendil õmblused haavalt eemaldatud, haav paranenud *per primam*.

Kontroll 24. IV, s. o. 1 kuu pärast operatsiooni, patsient ei ole enam rangel dieedil, haava piirkond korras. Seedehäireid ei ole esinenud.

Kirjeldatud juht näitab, et anamneesis esinenud tromboseerumise juhud ja kalduvus trombooside tekkimiseks ei ole vastunäidustuseks vanemate inimeste opereerimisel, kui postoperatiivsel perioodil rakendatakse raviks antikoagulante laboratoorse kontrolli all.

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО СКЛОННОГО К ТРОМБОЗАМ ПО ПОВОДУ КАМНЯ ПРОТОКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

П. Лаазик

Резюме

Описывается случай внедрения в стенку пузырного протока камня величиной с горошину. Так как по анамнестическим данным у больного ранее были случаи тромбоза и имелась склонность к ним, то больному в период подготовки к операции и после нее были назначены антикоагулянты (фенилин, гепарин, синкумар).

MOSKVA APTEEKIDE TÖÖKOGEMUSTEST

M. AUS

(Apteekide Peavalitsusest, ülem *I. Podolski*)

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 308 (1961. aastast) «Elanikkonna medikamentoosse teenindamise parandamise abinõudest» elluviimisel on üheks olulisemaks teguriks apteekide ja raviasutuste omavaheline tihe koostöö. Nimetatud seisukohast lähtudes peab arste informeerima apteegis olemasolevatest ja sinna saabuvatest ravimitest, mida teevad Moskva linna apteegitöötajad arstide koosolekuil regulaarselt.

Mõnede raviasutuste juurde on asutatud informatsiooninurgad, kus kartoteegis võib leida andmeid apteeki saabunud uute ravimite kohta. Siin asuvad ka vitriinid uute ravimitega. Samasugune informatsiooninurk on organiseeritud ka apteegis (mitte ofitsiinis, vaid apteegi tagumistes ruumides), kuhu on avatud juurdepääs igale meditsiinitöötajale.

Elanikkonna teenindamisel osutavad suurt abi apteekide juurde loodud ühiskondlikud nõukogud, mille tööst võtavad osa apteegi teenindamispiirkonda kuuluvate asutuste töötajad ja pensionärid, kes on enamikus farmatseudid ja meditsiinitöötajad. Nõukogu liikmed on kursis ravimite sortimendiga ning valvavad tipptöötundidel apteegi ofitsiinis. Kui haigele on välja kirjutatud antud momendil apteegis puuduv ravim, astub ühiskondlik nõukogu ühendusse vastava raviasutuse juhtkonnaga, juhtides tähelepanu retsepti väljakirjutanud arsti puudulikule sidemele apteegiga. Ühiskondliku nõukogu liikmed viivad ravimeid koju üksinda elavatele raskesti haigetele, peavad sanitaarhariduslikke loenguid majavalitsuste juures ja asutustes. Peale selle võtavad nad osa nõupidamistest Moskva Linna Apteegivalitsuse juures, kus annavad edasi elanikkonna soove ja arvamusi ning oma tähelepanekuid apteegitööst.

Külastades Moskva apteekide tootmisruume, leiame paljudes kaasaja nõuetele ja maitsele vastavat sisustust. Assisteerimisruumis asub metallkonstruktsiooniga ja plastmasskattega assisteerimislaud. Laud on kerge, hästi puhastatav, nägus ja praktiline. Ta koosneb üksikutest osadest ja teda võib kokku seada vastavalt ruumi kujule kas pikisuunaliselt, T- või U-kujuliselt jne. On võimalik muuta töökohtade arvu ja sisseseadet. Laua laekaisse, kus säilitatakse töövahendeid (uhmreid, spaatleid jt.), saab monteerida bakteritsiidseid lampe, millega kiiritatakse iga pesemiselt tulnud töövahendite partiid.

Assisteerimisruumi ei kuhjata üle tarbetu mööbliga; siin on peale assisteerimislaua ainult analüütiku töölaud, seinale kinnitatud väike A-kapp ja dubleerivate seisuanumate kapp. Dubleerivad seisuanumad võimaldavad rangelt kontrollida täidetavate seisuanumate sisu vastavust etiketile. Täidetud ja analüüsitud sisuga seisuanum asetatakse pärast nõutavate andmetega varustamist tagavarakappi ning vajaduse korral asendatakse temaga tühjaks saanud seisuanum. Sellega on tagatud, et assisteerimislauale satuvad ainult analüüsitud sisuga seisuanumad ka sel ajal, kui analüütik ei tööta.

Destilleeritud vesi juhitakse destilleerimisruumist kinnise süsteemi kaudu otse assisteerimislauale; mõnel pool tehakse seda kompressori abil. Rõhu reguleerimiseks on süsteem varustatud vastava ventiiliga. Enne süsteemi sisenemist kiiritatakse vett spetsiaalselt selleks konstrueeritud bakteritsiidse lambiga.

Apteegipraktikas on sageli vaja märkida teatavat kindla temperatuuri saavutamise momenti. Selleks on kasutusele võetud kontaktiermomeeter, mis on ühendatud kellamehhanismiga, kusjuures soovitud temperatuuri puhul kostab helisignaal.

Kesk-apteegilaole esitatavate tellimuste koostamist lihtsustavad kau-

pade tähestikulises järjekorras trükitud tellimislehed, millele tuleb märkida ainult tellitava kauba kogus.

Retseptuuri tundmaõppimiseks on apteekides organiseeritud komisjonid, kuhu kuuluvad apteegi juhataja või juhataja asetäitja, analüütik, retseptaar-kontrolör ja assistent. Komisjon teeb kindlaks sagedasti korduvate ravimite retseptid apteegisiseseks jaendamiseks ja määrab kindlaks ühe- või mitmepäevase vajaduse vastavalt säilivusajale.

Vedelravimite jaendamisel on praktikas kasutusele võetud büretisüsteem. Ühe tuubuspudeli külge on kummivooliku ja kolmikklaastoru abil kinnitatud kahe büreti täitetorud. Et ei oleks vaja jälgida vedeliku nivood täidetavas büretis, on büretid suletud korgiga, mida läbib kapillaartoru. Kapillaartoru alumise otsa asetamine täitmisnivoo maksimaalsele kõrgusele takistab nivoo edasist tõusu. Kui bürett on täitunud, suletakse täitmiskraan ja avatakse väljavoolukraan. Paralleelse büretiga sooritatakse samal ajal vastupidine operatsioon. Sellega hoitakse aega kokku ja tööjõudlus tõuseb viiskümmend protsenti.

Apteekide sanitaridele on suureks abiks pudelipesemismasinad. Pestud pudelid asetatakse mitmekorruselistele nõrgumisrestidele. Kui restid on pestud anumatega täitunud, lükatakse nad pärast pudelite nõrgumist sterilisaatori juurde. Esiteks hõlbustab tööd see, et reste saab pudelite pesemise ajal paigutada enda lähedale, teiseks jääb ära pudelite ümbertõstmine nõrgumisrestilt kandekasti, et neid sterilisaatorisse viia.

Puhaste ja tarvitatud töövahendite ning pudelite transportimist assisteerimis- ja pesemisruumi vahel kergendavad neljarattalised 2—3-korruselised toidu serveerimise kärud. Assistent paneb tarvitatud töövahendid oma töökoha kõrval seisvale kärule. Sanitar transpordib määrdunud anumad käruga pesemisruumi ja toob tagasi puhtad pudelid ning töövahendid.

Eespool esitatu peaks järgimist leidma ka meil. Sellega paraneks elanikkonna teenindamine ja tõuseks apteekide töö kvaliteet.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ АПТЕК Г. МОСКВЫ

М. Аус

Резюме

Одним из важных факторов в улучшении снабжения населения лекарствами является тесная связь аптек и лечебных учреждений. Аптечные работники Москвы регулярно информируют врачей об имеющихся в аптеках, а также о поступающих в них лекарствах. В некоторых лечебных учреждениях организованы уголки информации, где в картотеке имеются данные о новых лекарствах, поступивших в аптеку. В уголке размещены также витрины с новыми лекарствами. Такие же уголки информации имеются и в аптеках.

Большую помощь в обслуживании населения оказывают созданные при аптеках общественные советы, в работе которых принимают участие работники учреждений района обслуживаемого аптекой, а также пенсионеры, в большинстве фармацевты или медицинские работники. Члены совета помогают аптечным работникам, относят лекарство на дом одиноким больным, читают санитарно-просветительные лекции в домоуправлениях и учреждениях, принимают участие в совещаниях Московского городского аптечного управления, которое они информируют о пожеланиях и мнениях населения, а также сообщают свои замечания по работе аптек.

Многие московские аптеки имеют оборудование, соответствующее современным требованиям и вопросам. Ассистентские помещения не загромождены излишней мебелью. Дистиллированная вода подводится при помощи закрытой системы из дистилляционного помещения к ассистентскому столу, в некоторых местах для этого используется компрессор.

В аптеках созданы комиссии, задачей которых является выявление наиболее частых прописей для последующей внутриаптечной расфасовки наиболее часто выписываемых лекарств.

Опыт московских аптек нужно внедрить в нашей республике, это улучшит обслуживание населения и поднимет качество работы аптек.

MÜOKARDI INFARKTI EELSE SEISUNDIGA HAIGETE DIAGNOOSIMINE JA RAVI

Arstiteaduse kandidaat *B. SCHAMARDIN*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist. direktor professor *P. Bogovski*)

Müokardi infarktile eelneva haigusseisundi, nn. preinfarktse seisundi, õige hindamine ning ravi on esmajärgulise tähtsusega müokardi infarkti tekkimise ärahoidmisel.

Teatavasti on müokardi infarkt raske ja eluohtlik haigus, mis tekib seoses südame pärgarterite valendiku umbumisega. Haigus areneb südame pärgarterite ateroskleroötilise kahjustuse taustal. Kahjustatud pärgarterite valendikku võivad ulatuda nende seintes paiknevad ateroskleroötilised naastud, mis ahendavad veresoonte valendikku ning seega takistavad südamelihase verevarustust. Ateroskleroötilised naastud võivad haavanduda, nendele ladestub fibriini ning tekivad trombid, mis täielikult topistavad pärgarteri valendiku teatava osa. Selle tagajärjel südamelihase kindla piirkonna verevarustus ning toitumine häirub ja tekib müokardi infarkt. Müokardi infarkti tekkemehhanismis etendab olulist osa ateroskleroötilise kahjustuse ühtelangemine veel kahe järgmise teguriga: 1) pärgarteri kokkutõmbumisega ehk koronaarspasmiga ja 2) vere hüübivuse suurenemisega. Koronaarspasm puhkeb teatavasti stenokardiahoogudena, mis on pärgarterite ateroskleroosi põdevatel haigetel sagedaseks nähuks. Need hood ilmuvad valuaistingutena südame piirkonnas — rinnaku taga. Valu kiirgub vasakusse kätte, abaluu ja õla piirkonda, vasakule kaelapoolele, harvemini ülakõhu piirkonda.

Vere hüübivuse suurenemine on üheks oluliseks eelduseks trombi tekkimisel pärgarterite valendikus.

Müokardi infarkt algab tüüpilisel juhul tugeva stenokardiahooga, mille puhul stenokardiahoogu leevendavad vahendid, nagu nitroglütseriin, validool, tavaliselt mõju ei avalda. Valudega kaasnevad nõrkus, õhupuudustunne ning kollapsinähud (vererõhu langus, pulsi nõrgenemine, kahvatus, tsüanoos). Järgnevatel päevadel täheldatakse kehatemperatuuri tõusu ja iseloomulikke muutusi veres (leukotsütoos, erütrotsüütide settereaktsiconi kiirenemine, transaminaasi aktiivsuse suurenemine jne.). Infarkti kliinilised nähud ja kulg sõltuvad suurel määral infarkti ulatusest ja asukohast müokardis.

Müokardi infarktiga haigete uurimisel on kindlaks tehtud, et neil esines enamikul juhtudest infarktieelne seisund (I. Levina andmeil 71% haigetest). Nimetatud seisundit ei täheldata sageli vanematel (üle 60 a.) isikutel. Nii müokardi infarkti kui ka preinfarktset seisundit esilekutsuvate teguritena tuleks nimetada üldiseid stenokardiahooge põhjustavaid momente (ebameeldivused, psüühiline trauma, füüsiline pingutus jt.). Tuleb mainida, et mõningal määral soodustavat mõju haiguse tekkele võivad avaldada ka meteoroloogilised tegurid (ilmastiku vaheldumine, õhurõhu suur päevane kõikumine külmal aastaajal).

Infarktieelse seisundi diagnoosimisel tuleb arvestada pärgarterite ateroskleroosi esinemist haigel. Infarktieelse seisundi põhilised tunnused on järgmised. 1. Juhul, kui haigel esinesid juba varem stenokardiahood, täheldatakse nüüd nende hoogude tugevnemist ja sagenemist; valude kiirgumine toimub laiaulatuslikumalt; nitroglütseriin ei mõju küllaldasel määral valuvaigistavalt; stenokardiahood esinevad haigel rahulikus olekus, näiteks öösel magades; valuhoogudega võib kaasneda üldine nõrkus ja hingeldamine. 2. Juhul, kui haigel tekkisid stenokardiahood esimest korda, viitab hoogude kiire progresseerumine infarktieelsele seisundile — hood esinevad sel puhul sageli ja valud süvenevad kord-korralt; täheldatakse stenokardiahoogude esinemist rahulikus olekus, kusjuures nitroglütseriin ei avalda küllaldast mõju. 3. Pärgarterite ateroskleroosi neil juhtudel, kus stenokardiahood täiesti puuduvad, võivad ilmneda infarktieelsele seisundile iseloomulikud nähud, nagu üldine nõrkus, väsimus ja hingeldamine ning õhupuudustunne.

Preinfarktses seisundis haigetel võib sageli sedastada vere hüübivuse suurenemist, mis avaldub protrombiiniindeksi kõrgenemises; kehatemperatuur on normaalne, enamikel juhtudel on ka erütrotsüütide settereaktsioon ja leukotsüütide arv ning transaminaasi aktiivsus normaalne. Elektrokardiogrammis esineb koronaarpuudulikkuse või südamelihase varajasema koldelise kahjustuse nähte; nende sümptoomide puudumine aga ei eita veel infarktieelse seisundi võimalust. Viimasel juhul tuleb korduvalt elektrokardiogramme teha. Kui ei ole tarvitusele võetud efektiivseid profülaktilisi abinõusid, siis võib vahel nädalaid ja kuid kestnud infarktieelne seisund lõppeda infarktiga. Preinfarktse seisundi hindamisel tuleb alati kaalutleda, kas ei ole tegemist südamelihase infarktiga, mille diferentsimine on mõnikord väga raske. Sellistel juhtudel annavad lõpliku vastuse elektrokardiogrammi tulemused ning haige tervise seisundi jälgimine järgnevate päevade jooksul.

Preinfarktses seisundis tuleb ravi määramisel lähtuda järgmistest põhimõtetest: 1) vere hüübivuse vähendamine, 2) pärgarterite spasmi kõrvaldamine, 3) ratsionaalne režiim. Infarkti kahtluse puhul tuleb kuni diagnoosi kindlaksmääramiseni kohelda ja ravida isikut nagu infarktiga haiget. Kõigepealt tuleb sellisele haigele kindlustada absoluutne rahu (voodirežiim). Kui visad stenokardiahood ei leevendu nitroglütseriini toimel, siis süstitakse 1 ml 1—2%-list promedoolilahust naha alla või 0,5—1,5 ml 1—2%-list omnopoonilahust. Paralleelselt võib kasutada stenokardiahoo kupeerimiseks pärgartereid reflektoorselt laiendavaid menetlusi, nagu soojenduskotte või sinepiplaastreid südame, vasaku õla ja käe piirkonda. Kollapsinähtude esinemisel tarvitatagu südamevahendeid (kordiamiin jt.).

Vere hüübivuse vähendamiseks kasutatakse antikoagulante. Nende tarvitamine peab toimuma käsikäes vere hüübivuse näitaja — protrombiini — kontrollimisega. Normaalsetel tervetel inimestel on protrombiiniaeg 21—24 sekundit, protrombiiniindeks aga 85—100%. Infarktieelses seisundis esineb mõnikord protrombiiniindeksi tõus kuni 120% ja enam. Ravi puhul antikoagulantidega püütakse saavutada protrombiiniindeksi langust 40—50% võrra, võrreldes algväärtustega, ja hoida protrombiini sel tasemel pikema aja jooksul.

Preinfarktse seisundi raviks kasutatakse antikoagulantidest fenüliini, neodikumariini, pelentaani, hepariini jt. preparaate. Ravimi doseerimisel tuleb rangelt arvestada individuaalseid iseärasusi, sest mitte kõik inimesed ei ole ühesuguse tundlikkusega antikoagulandi suhtes. Seepärast alustatakse ravi teatavatest prooviannustest, jälgides 1—2 päeva vältel protrombiiniaja muutusi. Nii näiteks tarvitatakse fenüliini algul 0,03 g 3—5 korda päevas mõne päeva jooksul, hiljem aga 0,03 g 1—2 korda päevas pikema aja kestel. Müokardi infarkti kahtluse korral on soovitatav viivitamata manustada kiiresti toimivat antikoagulanti — hepariini (kuni

50 000 TÜ esimesel ööpäeval, seejärel järgneva 2—3 päeva jooksul annust pidevalt vähendada); paralleelselt on soovitatav anda fenüliini.

Antikoagulantidega ravimisel tuleb rangelt jälgida, et ei tekiks üledoseerimist, mis võib põhjustada vere hüübivuse tunduvat vähenemist ja selle tagajärjel tüsistusi (neeru-, mao-, soole-, emaka- ja ajuverejooksud). Ei tohi lubada protrombiiniindeksi langust alla 40%. Seepärast on antikoagulantidega ravimisel põhiliseks nõudeks kontrollida protrombiiniaega ja teha uriini analüüse (arvestades hematuuria tekke võimalust, mis on üledoosimise varajane tunnus). Selle reegli alahindamine võib põhjustada tõsiseid verejookse. Nende vältimiseks antikoagulantidega ravimise ajal ei ole soovitatav samaaegselt panna kaane ja teha novokaiiniblokaadi. Antikoagulantide tarvitamisel tuleb alati arvesse võtta esinevaid vastunäidustusi. Nad on vastunäidustatud hemorraagiliste diateeside jt. haiguste korral siis, kui protrombiini on veres alla 70%. Nimetatud ravimite tarvitamisel langeb vere hüübivus maksa ja neerude talitluse häirete korral ning haavandtõve puhul. Tuleb meeles pidada, et antikoagulante ei määrata menstruatsiooni ajal.

Verejooksude korral tuleb preparaadi andmine katkestada ning viivitamatult manustada K-vitamiini (vikasooli lihasesse annuses 5 ml 0,3%-list lahust 3 korda päevas), P-vitamiini või rutiini, askorbiinhapet, kaltsiumkloriidi, vajaduse korral tehakse sama grupi värske vere hemostaatiliste annuste (75—150 ml) ülekandeid.

Antikoagulantidega ravi ajal on keskharidusega meditsiinipersonali kohustuseks hoolega jälgida haige seisundit ja kiiresti informeerida arsti juba esimestest verdumisele viitavatest sümptoomidest (igemete veritsemine, nahaalused verevalumid jne.), äärmisel juhul peab aga ise tarvitusele võtma vajalikud abinõud.

Tähelepanekud näitavad, et antikoagulantidega ravimisel mitte üksnes ei täheldata vere hüübivuse vähenemist, vaid ka stenokardiliste valude nõrgenemist. Arvatakse, et valuvaigistav efekt on tingitud antikoagulantide veresooni laiendavast toimest.

Paralleelselt antikoagulantidega tuleb infarktieelse seisundi ravil kasutada pärgartereid laiendavaid vahendeid. Nende ravimite tarvitamise sihiks on müokardi verevarustuse parandamine ja stenokardiahoogude vältimine. Selleks kasutatakse pikemaajalise toimega pärgartereid laiendavaid vahendeid, nagu nitropentooni, nitranooli, nitrosorbiidi, papaveriini, eufülliini jt. Nitranooli antakse tablettidena 0,002 g 3—4 korda päevas pärast söömist; tablett tuleb katki närimata alla neelata. Nitropentooni määratakse 0,01 g tablettidena keele alla 2—4 korda ööpäevas, raskematel juhtudel aga 2 tabletti 2—4 korda ööpäevas. Ravikuur nitranooliga või nitropentooniga kestab 15—20 päeva, mida vajaduse korral võib korrata. Nii nitranool kui ka nitropentoon on vastunäidustatud glaukoomi puhul. Paralleelselt võib rakendada eufülliini (0,1 g 2—3 korda päevas suu kaudu või 0,25 g küünaldena 2 korda päevas), diuretiini luminaaliga. Need vahendid väldivad stenokardiahoo teket, kuid ei kupeeri olemasolevat hoogu. Viimase kupeerimiseks kasutatagu nitroglütseriini (1 tablett keele alla); ei tule karta nitroglütseriini korduvat tarvitamist.

Vajaduse korral võib soovitada rahustava toimega südamevahendeid (korvalooli e. valokordiini 5—10 tilka 3 korda päevas), bromiide, palderjani, luminaali, validooli jt.

Haige paranemisjärgus võib 5 ml 2%-list novokaiini 3 korda nädalas lihasesse süstida, kokku 12 süstet ravikuuri vältel. Ravikuuri algul tuleks novokaiini individuaalse tundlikkuse selgitamiseks teha kaks proovisüstet — esimene kord 1,0 ml 2%-list novokaiini lihasesse ning kolme päeva pärast 3,0 ml. Kui seejuures kõrvalnähte ei teki, võib ravikuuri alustada.

Preinfarktiga haigeile määratakse üldrežiim, lähtudes alati iga konkreetse haigusjuhu individuaalsetest iseärasustest. Range voodirežiim on vajalik infarkti kahtluse puhul. Kui selgub, et infarkti ei olnud, tuleb

haiget siiski pidada voodirežiimil 7—10 päeva jooksul või kuni stenokardia kadumiseni ja üldseisundi paranemiseni, seejuures aga lubades siibri asemel kasutada klosetitooli. Edaspidi võib alustada ravikehakultuuriga, kusjuures haige tohib voodis istuda, alates teise nädala lõpust aga ka käia; olenedes haige seisundist võib alates umbes 20. päevast üle minna vabale režiimile. Haige koduse ravi puhul tuleb talle kindlustada täielik rahu. Haige kirjutatakse tööle alles pikemaajalise ravi järel, kui ta enesetunne on tunduvalt paranenud ning ka objektiivsed näitajad (korduvalt teostatud elektrokardiogramm, vere analüüs) lubavad haige tervise seisundit pidada rahuldavaks. Liiga varajane ravi katkestamine ning preinfarktses seisundis haige tööle lubamine võib vahel põhjustada saatuslikke tagajärgi.

Haigete dieet on individuaalne ja oleneb haiguse raskusest. Rasketel juhtudel antakse esimestel haiguspäevadel vaid puu- ja aedviljamahlu, hiljem mitmekesistatakse menüüd pidevalt. Haigete toitmine peab toimuma kindlatel kellaaegadel. Päevane toiduhulk jaotatakse viiele söögikorrale. Viimane söögiaeg ei tohi olla hiljem kui 2—3 tundi enne magamaminekut. Toit peab olema kergesti seeditav, toitainete poolest täisväärtuslik ja vitamiinirikas. Toidusedelist tuleb välja jätta rohkesti loomseid rasvu sisaldavad, vürtsitatud ja suitsutatud toiduained, näiteks maks, neerud ja soolased toidud. Soovitatav on menüüsse võtta piima- ja taimetoite, nagu hapu- ja kohupiim ning aedvili. Samas tuleb aga hoiduda toitudest, mis tekitavad kõhupuhitust (hapukapsad, värske rukkileib, herned). Süüa võib keedetud tailiha ja vähesel määral nn. «doktorivorsti.» Haige menüüsse peab kuuluma kuivatatud puuvili (ploomid, aprikoosid, õunad, rosinad); on soovitatav anda riivitud peeti, porgandimahla, rasvavaba kefiiri. Tuleb piirata toiduga saadava vedeliku üldhulka (1—2 liitrini ööpäevas). Tüsedate haigete kehakaalu tuleb maha võtta. Peab jälgima haige seedimist. Kõhukinnisuse korral ja selle vältimiseks määratakse rabarbrijuurt (*Pulv. radicis Rhei* 0,5 2 korda päevas). On soovitatav määrata vitamiine (PP-vitamiini, C-vitamiini).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПРЕДИНФАРКТНОМ СОСТОЯНИИ

Б. Шамардин

Резюме

Правильная оценка и своевременное лечение прединфарктного состояния имеет первостепенное значение для предупреждения возникновения инфаркта миокарда.

Основными признаками прединфарктного состояния являются: усиление и постоянное утяжеление и учащение приступов стенокардитических болей, неполный болеутоляющий эффект от применения нитроглицерина, появление стенокардии покоя, появление слабости, усталости и одышки. В таких случаях следует при выборе терапевтических мероприятий в некоторых случаях исключать возможность уже имеющегося инфаркта миокарда.

Основные терапевтические мероприятия при прединфарктном состоянии сводятся к следующим : 1) уменьшение свертываемости крови путем применения антикоагулянтов; 2) применение средств, расширяющих венечные сосуды сердца; 3) соблюдение общего режима и соответствующей диеты. Лечение должно проводиться в каждом конкретном случае строго индивидуализировано.

ANEEMIA

H. KAHN

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Aneemiaks ehk kehvveresuseks nimetatakse haiguslikku seisundit, mille puhul erütrotsüütide arv või hemoglobiinisisaldus veres on vähenenud. E. Kosti (2) järgi on meestel normaalselt ühes kuupmillimeetris 4,5—5 miljonit erütrotsüüti, naistel 4,2—4,8 miljonit. Hemoglobiinisisaldus erütrotsüütides on normaalne siis, kui meestel iga 100 ml verd sisaldab 14,5—17 grammi (14,5—17 g%)* ja naistel 13—16 grammi (13—16 g%) hemoglobiini. Ülalnimetatust madalamad näitajad viitavad aneemia esinemise võimalusele. Aneemia tekkimise momenti ei saa alati täpselt kindlaks määrata. Sellepärast võibki kirjanduses leida erütrotsüütide arvu ja hemoglobiini hulga kohta ka teisi norme, mis märgatavalt erinevad eespool mainitud andmetest. Ei ole kahtlust, et erütrotsüütide arvu vähenemine alla 3,8 miljoni või hemoglobiini langus alla 10 g% on juba aneemia tunnus. Olenevalt erütrotsüütide arvu või hemoglobiini hulga vähenemise määrast jaotatakse aneemiad kergeteks, keskmise raskusega ja rasketeks.

Et aneemia puhul erütrotsüütide arv ja hemoglobiini hulk ei vähene alati võrdselt, on enamikul juhtudest ülekaalus kas erütrotsüütide arvu (hüperkroomne aneemia, värvusindeks on sel juhul 1-st suurem) või hemoglobiini hulga vähenemine (hüpokroomne aneemia, värvusindeks on 1-st väiksem). Juhul, kui erütrotsüütide arv ja hemoglobiini hulk vähenevad üheaegselt ning proportsionaalselt, nimetatakse aneemiat normokroomseks. Värvusindeks, mis näitab erütrotsüütide arvu ja hemoglobiini hulga omavahelist suhet, võrdub sel juhul ligikaudu 1-ga.

Aneemia põhjused võivad olla väga mitmesugused (vt. tabel). Aneemia võib tekkida: 1) verekaotuse tagajärjel, 2) erütrotsüütide kiirenenud lagunemise (hemolüüsi) tulemusena, 3) funktsionaalsete või orgaaniliste häirete tõttu vereloome-elundites.

Verekaotus on aneemia sagedaseks põhjuseks. Siinjuures tuleb silmas pidada, et mitte ainult suured verekaotused (verejooksud suurte tuiksoonte vigastuste tagajärjel, äge verejooks maohaavandist jt.) ei põhjusta aneemiat, vaid ta võib areneda ka korduvate väikeste verejooksude tõttu (verejooksud hemorroididest, kroonilised verejooksud maost, pikaajalised ja vererohked menstruatsioonid jne.).

Erütrotsüütide kiirenenud lagunemisest tingitud aneemiat esineb suhteliselt harva. Hemolüüsi tekitab eelkõige konstitutsionaalsetest iseärasustest tingitud haigus — hemolüütiline kehvveresus. Nimetatud haiguse võivad omakorda esile kutsuda mitmesugused mürgid (arseen-vesinik, fosfor, ussimürk, seenemürk jt.) ning mõned nakkushaigused, näiteks malaaria ja streptokokkidest ning anaeroobsetest mikroobidest põhjustatud sepsis. Erütrotsüütide kiirenenud lagunemist põhjustab ka sobimatusse gruppi kuuluva (samuti reesussobimatu) vere ülekandmine. Kui erütrotsüütide arv ja hemoglobiini hulk kahaneb hemolüüsi puhul proportsionaalselt, jääb värvusindeks seda liiki aneemiate puhul normaalseks, s. o. võrdub ligikaudu 1-ga.

Vereloome häired võivad tekkida paljudel põhjustel. Üheks neist on vereloome jaoks vajalikkude ainete puudulik esinemine organismis (raua,

---

* Veel hiljuti kasutati meie raviasutustes vere hemoglobiinisisalduse väljendamiseks Sahli ühikuid ehk protsente. Ümberarvestamine gramm-protsentidesse on hõlbus, kui meeles pidada, et 6 Sahli ühikut võrdub hemoglobiini ühele grammile. Näide: kui 90 ühikut hemoglobiini Sahli järgi on vaja väljendada gramm-protsentides, siis 90 : 6 = 15 g%.

koobaldi, vase, mõningate vitamiinide, eriti B_{12}- ja B_6-vitamiini jne.). Vereloomeks vajalike ainete vähesus või puudumine organismis võib olla tingitud: 1) nende ainete vähesusest või puudumisest toidus, 2) nende puudulikust imendumisest seedetraktis mao kroonilise alahappesuse, resetseeritud mao, maokasvaja jm. puhul) ja 3) organismi suurenenud vajadusest vereloome jaoks vajalike ainete järele (rasedus, kloroos ehk kahvatustõbi).

Tabel

Vereloome skeem ja aneemia mõned põhjused

Hüperkroomse aneemia põhjused	Vere moodustumise tähtsamad etapid		Hüpokroomse aneemia põhjused
	erütrotsüüdid	hemoglobiin	
B_{12}-vitamiini, soolhappe ja teiste hemopoeesi soodustavate ainete puudumine toidus	B_{12}-vitamiini sisaldav toit («Välimine antianeemiline faktor»)	Rauda sisaldav toit	Raua puudumine või vähesus toidus
B_{12}-vitamiini, soolhappe ja teiste hemopoeesi soodustavate ainete mitteimendumine (maosooletrakti funktsionaalsed või orgaanilised haigused, difüllobotrioos jms.)	B_{12}-vitamiini ühinemine mao gastromukoproteiidiga («Sisemine antianeemiline faktor»)	Pepsiini, soolhappe ja askorbiinhappe kaasabil toimub raua imendumine läbi peensoole verre	Pepsiini ja soolhappe puudumine või vähesus maos (kroonilised alahappesusega kulgevad gastriidid, resetseeritud magu) Askorbiinhappe vaegus organismis Kloroos
Maksa põletikulised haigused. Mõnede vitamiinide (askorbiinhappe, ribofla-viini, nikotiinhappe) puudumine	Niinimetatud maksa faktori moodustumine maksas (B_{12}-vitamiini-valgu kompleks)	Raud ühinemisel porfüriiniga (viimane tekib maksas amiinohappest glütsiinist) moodustub heem	Raud ei ühine porfüriiniga (pliimürgistus)
Luuüdi tegevuse pärssumine (nakkushaigused, kiiritustõbi, bensoolimürgistus jne.) Luuüdi hävimine (luuüdi asendumine vähikoega jne.)	Erütrotsüütide moodustumine luuüdis	Heemi ja valgu (globiini) ühinemise tulemuseks on hemoglobiin	
Erütrotsüütide kiirenenud lagunemine — hemolüüs (arseenvesiniku mürgistus, vereülekanne sobimatu grupi verega, malaaria jne.) Hemolüüsist tingitud aneemia on normokroomne	Küpsed erütrotsüüdid		Ägedad verejooksud (algul normokroomne, mõne päeva pärast hüpokroomne aneemia) Kroonilised verejooksud

Peale selle võivad vereloome-elundite talitlust häirida kroonilised maksa- ja neerupõletikud, alatoitumine ja mõned sisenõristusnäärmete haigused. Aneemia tekkepõhjuste olulise rühma moodustavad mitmesugused tööstuslikud mürgid (bensool, plii jt.) ja ioniseeriv kiirgus. Seoses tööstuse, eriti keemiatööstuse kiire arenguga on vaja nendele teguritele järjest suuremat tähelepanu pöörata. Kõrvuti mõnede tööstuslike mürkidega võivad ka üksikud ravimid, näiteks fenatsetiin, pikaajalise tarvita-

mise järel aneemiat tekitada. Valgeveresuse ja luuüdis vohama hakanud vähi metastaaside puhul toimuvad vereloomes suured muutused, millega paratamatult kaasneb aneemia.

Aneemia tunnused. Kuigi aneemiat ei saa iseseisvaks haiguseks pidada, on ta alati üheks oluliseks, sageli esmajärgulise tähtsusega haiguse tunnuseks. Et erütrotsüütide arvu ja hemoglobiini hulga vähenemisega halveneb kudede hapnikuvarustus, võivad toimuda tõsised nihked kogu organismi talitluses. Eriti tundlik hapnikupuuduse suhtes on kesknärvisüsteem. Sellepärast ongi kesknärvisüsteemi häired peaaegu alati aneemia esimesteks tunnusteks.

Sageli võib aneemiat kindlaks teha juba haige välisel vaatlusel. Nahk ja limaskestad, eriti silmade limaskestad, muutuvad kahvatuks. Juhul, kui on tegemist hemolüüsist tingitud aneemiaga, muutub haige nahk kollakaks. Niisugune naha värvus on põhjustatud hemoglobiini laguproduktide suurenemisest veres. Südame kuulatlemisel esineb sageli südame tipul süstoolne kahin.

Kergekujulise aneemia puhul kulgeb haigus algul vähemärgatavate nähtudega ja süveneb aegamööda.

Paljudel juhtudel subjektiivne seisund peaaegu ei muutu ja ainult tundlikumad inimesed väsivad kiiremini ning erutuvad kergesti. Haigusprotsessi süvenemisel alaneb inimese töövõime, tekib väsimus ja apaatia, haiged kaebavad virvendust silmade ees, kuminat kõrvades, uimasust ja valu südame piirkonnas. Füüsiliste pingutuste puhul tekib kergesti hingeldus. Ülalkirjeldatud tunnuste seost aneemiaga kinnitab erütrotsüütide arvu ja hemoglobiini hulga vähenemine.

Aneemiast põhjustatud subjektiivsete ja objektiivsete häirete kõrval leiame tavaliselt ka teisi põetavale haigusele iseloomulikke muutusi. Näiteks Addison-Biermeri tõve (nn. pernitsioosse aneemia) puhul, kus kõrvuti kehvveresusega esineb ka muutusi närvisüsteemis (tundlikkuse häired jäsemetes, spastilised pareesid jalgades jt.).

Ravi. Kõigepealt tuleb kõrvaldada tegurid, mis põhjustasid haigel aneemia tekkimist. Eriti oluline on see ägeda verejooksu puhul. Neil juhtudel sõltub verekaotuse suurus esmaabi andmise kiirusest ja kvaliteedist. Surmavaks osutub $^1/_3$—$^1/_2$ verehulga kaotus. Pärast verejooksu sulgemist pannakse haige lamama (madala peaalusega) ja määratakse voodirežiim. Kopsuverejooksu puhul asetatakse haige poolistukile. Verejooksu lakkamist soodustavad vere hüübivust suurendavad vahendid, nagu kaltsiumkloriid, želatiin jt. Krooniliste verejooksude puhul (kopsust, maost, emakast jne.) tuleb algul katsetada konservatiivse raviga, ebaõnnestumise korral peab aga rakendama operatiivset ravi.

Raua puudulikku imendumist seedetraktist (alahappesusega kulgeva kroonilise gastriidi puhul, mao või soolte resektsiooni tõttu jne.) saab parandada sel teel, et haigele hakatakse andma soolhapet ja C-vitamiini. Mao alahappesuse korral on häiritud ka valkude seedimine, mille tagajärjel võib tekkida vereloomeks vajalike valkude puudus. Sel puhul kasutatakse lisaks soolhappele pepsiini ja pankreatiini.

Nakkushaigustest põhjustatud aneemiad mööduvad enamikel juhtudest ilma erilise ravita varsti pärast haiguse möödumist. Kuid mõnikord on aneemia põhjuste kõrvaldamine väga raske või koguni võimatu. Niisugune olukord tekib näiteks kaugele arenenud vähktõve, valgeveresuse, kiiritustõve ja raske bensoolimürgistuse puhul.

Teiseks oluliseks abinõuks võitluses verevaesusega on vereülekanded. Muidugi pole mingit vajadust teha vereülekandeid kõigile haigetele, kuid raskete aneemiate puhul — olgu nad siis tingitud suurest verejooksust või mõnest raskest haigusest — on vereülekanne hädavajalik. Lisaks verevarude suurendamisele ergutavad vereülekanded ka vereloomeelundeid, mis omakorda kiirendab verekoostise normaalseks muutumist.

Ülekantava vere kogus oleneb vajadusest, ulatudes mõnikord 1—2 liitrini. Vereloome ergutamiseks tehakse vereülekandeid väikestes hulkades (100 ml). Kõrvuti vereülekannetega võib ringleva vere hulka suurendada füsioloogilise keedusoolalahuse või viinamarjasuhkrulahuse süstimisega veeni.

Enamikul juhtudest tuleb aneemia puhul kasutada aineid, mis on vajalikud normaalseks vereloomeks. Selleks otstarbeks on olemas palju erineva koostisega ravimeid, näiteks kampoloon, antianemiin, hemostimuliin, mitmesugused rauda sisaldavad preparaadid, B_6 ja B_{12}-vitamiin jne. Kõige olulisemad neist on raud ja B_{12}-vitamiin. Raud on hädavajalik hemoglobiini moodustamiseks. Soolest imenduvad ainult kahevalentsed rauaühendid, kuna puhas redutseeritud raud ja kolmevalentsed rauaühendid imenduvad väga halvasti. Normaalse maonõre puhul muutub toidus sisalduv redutseeritud raud kahevalentseks raudkloriidiks. Soolhappe puudumisel maonõres ei muutu toidus leiduv raud kahevalentseks rauaks, mille tõttu tekib organismis raua vaegus. Sellepärast tulebki mao alahappesuse korral tarvitada soolhapet. Et raud ja soolhape kahjustavad hambaid, tuleb pärast nende sissevõtmist suud loputada leige veega. B_{12}-vitamiin on aga vajalik punase luuüdi häireteta tegevuseks, sest viimases toimub erütrotsüütide moodustumine. Kui erütrotsüütide arv ja hemoglobiini hulk veres on vähenenud, tuleb samaaegselt manustada nii rauda kui ka B_{12}-vitamiini. Kui erütrotsüütide enam-vähem normaalse arvu puhul ilmneb tunduv hemoglobiini alanemine, tuleb kasutada rauda; vastupidise olukorra puhul aga B_{12}-vitamiini. Selle illustreerimiseks toome järgmise näite:

46-aastane naispatsient L. V. Aneemiline seisund tehti kindlaks Tallinna II Haigla Polikliinikus 1962. a. oktoobris. Raviks määrati B_{12}-vitamiini süstetena. Vaatamata viieteistkümnele süstele ei tõusnud hemoglobiinisisaldus veres. Enesetunne ei paranenud. Et patsient puutus tööl kokku nitrolakkidega, siis kahtlustati mürgistust ja ta suunati 20. detsembril 1962 konsultatsioonile Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektorisse.

Läbivaatusel kaebas haige töövõime langust, nõrkustunnet, käte «suremist», liveldust. Küüned murduvad kergesti. Hambad «lagunevad». Viimase nelja aasta jooksul sööb süstemaatiliselt kriiti. Patsient juhib tähelepanu sellele, et vajadus lubja järele ilmnes tal ka lapseeas, mil sõi krohvitud seinast lahtimurtud tükikesi. Sama tegid ka tema vend ja õde.

Haige nahk oli kahvatu ja niiske, silmavalged sinaka varjundiga. Südametegevus korrapärane. Pulss rahuldava täitumisega, 70 lööki minutis. Vererõhk 120/70 mm Hg. Kopsud patoloogilise leiuta. Ülakõht komplemisel valulik. Maks ja põrn ei ole kombeldavad.

Vere analüüs: erütrots. 4,97 miljonit, hemoglobiin 9,0 g%, värvusindeks 0,54. Seega on tegemist hüpokroomse aneemiaga. Uriinis: nõrgad valgujäljed, urobiliin — nõrgalt positiivne. Väljaheites parasiitide mune ei leitud. Maomahla analüüsi tulemused: 2, 42, 0/7, 12/32, 25/50, 28 51, 20/44. 14/30, 0/36. Günekoloog diagnoosis emakamüoomi.

Patsient hospitaliseeriti. Raviks määrati rauda (3,0 grammi *ferrum reductum*'it päevas) ühes soolhappe ja C-vitamiiniga. 10 päeva kestnud ravi tulemusena paranes patsiendi enesetunne tunduvalt. Vajadus kriidi järele kadus juba 4.—5. ravipäeval. Vere analüüs: erütrots. 4,91 miljonit, hemoglobiin 11,4 g%, värvusindeks 0,70.

Seega suurenes hemoglobiinisisaldus veres 10 päeva kestnud rauapreparaadi tarvitamise järel 2,4 g% võrra (seega Sahli järgi 1,4% päevas), samal ajal, kui sellele eelnenud 15 ampulli B_{12}-vitamiini süstimine ei andnud mingeid tulemusi.

Aneemia profülaktika. Toit peab olema mitmekesine. See peab sisaldama küllaldaselt rauda, vitamiine ja valku. Soovitatakse tarvitada puu- ja aedvilja ning liha. Ühekülgne piimatoit soodustab aneemia tekkimist.

Tähelepanu tuleb pöörata närvisüsteemi seisundile. Pidev ületöötamine, tugev psüühiline pinge, istuv eluviis ja vähene viibimine värskes õhus soodustavad aneemia tekkimist ja arenemist.

Kroonilised põletikulised protsessid pärsivad vereloome-elundite tegevust. Sellepärast on vaja kõiki haigusi õigeaegselt ja põhjalikult ravida. Eriti tuleb kiirustada niisuguste haiguste ravimisega, mille puhul esine-

vad sagedased verejooksud (hemorroidid, menstruatsioonihäired, haavandtõbi jms.).

Aneemiliste seisundite tekkimise vähendamiseks tuleb parandada töötingimusi ja tarvitusele võtta vajalikke ettevaatusabinõusid kokkupuutumisel tervistkahjustavate ainetega, millele meie tingimustes vahel erilist tähelepanu ei pöörata. Kui tööprotsessid on automatiseeritud ja hermetiseeritud, ei suuda isegi tugevatoimelised veremürgid ohustada töölise tervist. Seni, kuni pole veel kõikjal loodud laitmatuid töötingimusi, on vaja suure toksilisusega aineid järk-järgult asendada kahjutute või vähem toksiliste ainetega. Näiteks pärast seda, kui bensooli hakati võimaluste piires asendama toluooli ja ksülooliga, on bensoolimürgistustest põhjustatud rasked aneemilised seisundid peaaegu täiesti kadunud. Kõikidele, kes hakkavad tööle tervistkahjustavates tingimustes, tuleb õigeaegselt ja põhjalikult selgitada ohutustehnika nõudeid.

KIRJANDUS

1. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955. — 2. Кост Е. А. Методы исследования системы крови. В кн.: Многотомное руководство по внутренним болезням. М., 1962, т. 6. 52—102. — 3. Багдасаров А. А., Дульцин М. С. Анемия. В кн.: Многотомное руководство по внутренним болезням. М., 1962, т. 6, 103—288. — 4. Оленева В. А. Питание при малокровии. М., 1958.

АНЕМИЯ

Х. Кахн

Резюме

Причины анемии могут быть весьма различными. Анемия может возникнуть в результате: 1) кровопотерь, 2) ускорения разрушения (гемолиза) эритроцитов, 3) функциональных и органических нарушений органов кровотворения.

Для успешного лечения следует прежде всего устранить факторы, вызвавшие возникновение анемии. Для лечения используют соляную кислоту, витамин С, камполон, гемостимулин, различные препараты железа, витамин B_6 и др. Делают переливания крови. Наиболее существенными лекарственными веществами являются витамин B_{12} и двухвалентные соединения железа.

MEDITSIINIÕDE — SANITARI ÕPETAJA JA JUHENDAJA

E. KURVITS

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla vanemõde

Sanitaridel teatavasti ei ole enne tööle asumist mingit eriettevalmistust. Nende teadmiste täiendamine ja kogemuste omandamine toimub jooksva töö käigus, samuti selleks korraldatud sanitaarmiinimumi õppustel.

Sellise meetodi tõhusus oleneb niihästi juhendatavast enesest kui ka juhendajate kvalifikatsioonist, pedagoogilistest võimetest ja eelkõige isiklikust eeskujust. Eriti oluline on uusi, raviasutusse esimest korda tööle tulevaid sanitare põhjalikult tööga tutvustada, aidata neil haiglamiljöös kohaneda.

Kesk- ja noorema meditsiinipersonali koostöö põhineb nõudlikkusel ja vastastikusel usaldusel. Usalduseta ei saa töötada. Nõudliku suhtumisega peavad meditsiiniõed sanitarides kasvatama sellist vastutustunnet oma töös, et neid võiks usaldada igas olukorras. Noorema meditsiinipersonali juhtimine, kontrollimine ja selle eest vastutamine on iga medit-

siiniõe ülesandeks. Õdedel ja sanitaridel peab olema kõige tihedam koostöö. Sanitar, kes ei täida õe korraldusi, vaidleb vastu (isegi palatis haigete kuuldes), on distsiplineerimatu. Töötaja distsipliinitaseme üheks mõõdupuuks ongi korralduste täitmine. Üks täidab oma tööülesanded kiiresti ja täpselt, teine vastumeelselt ja aeglaselt. Kannatajaks on siin aga haige, kelle tervise huvides toimub kogu töö. Nende pärast peame kõrvale jätma kõik isiklikud tunded ja antipaatiad, mis vahel võivad ajendiks olla koguni tülide tekkimisel õe ja sanitari vahel, ning silmas pidama ainult haigete heaolu. Kujutlege igaüks iseennast haigena sellises haiglas, kus tööd tehakse lohakalt, personal tülitseb omavahel, kõik on pahurad ja tüdinenud. Me ei tohi arvata, et see, kes on nõudlik, on paha; ja see, kes kunagi midagi ei nõua, on hea. See tähendaks valet arusaamist töötajate suhetest.

Meditsiiniõed peavad sanitare õpetama rangelt töödistsipliini pidama ja töö sisekorra eeskirju täitma. Tuleb nõuda, et sanitarid ilmuksid õigel ajal tööle ja peaksid täpselt kinni tööpäeva pikkusest. Eririietuse selgapanemine ja äravõtmine, samuti muud ettevalmistused peavad toimuma enne töö algust ja pärast töö lõppu. Tuleb nõuda, et kogu tööaeg kasutataks ainult tööülesannete täitmiseks, mitte lubada tegelda kõrvaliste ega isiklike asjadega või juttu ajada; ei tohi tegevuseta ringi jalutada ja teisi töötajaid nende töö juures segada. Rangelt keelata valve ajal omavoliliselt osakonnast lahkumine, valvepostil tukkumine või magamine.

Sanitarid, nagu kõik meditsiinitöötajad, peavad tööl olema puhtas erirõivastuses, puhaste käte ja küüntega. Meessanitarid peavad tööle ilmuma korralikult raseerituna. Meditsiinipersonalil ei sobi tööl kanda ehteasju (kõrvarõngaid, kaelakeesid, käevõrusid, sõrmuseid jne.), samuti mitte huuli värvida. Personalile kasutamiseks antud erirõivastust ja jalanõusid ei tohi haigla territooriumilt välja viia ega kasutada väljaspool oma tööülesannete täitmist. Tuleb õpetada sanitare täitma ohutustehnika, töötervishoiu ja tuleohutuse nõudeid, kasutades selleks väljaantud erirõivastust ja kaitsevahendeid.

Palatisanitari konkreetsed tööülesanded määrab kindlaks osakonna vanemõde vastavalt osakonna profiilile. Sanitarilt tuleb nõuda, et ta vastutaks temale kinnistatud ruumide puhtuse, õige koristamise ja tuulutamise eest. Teisele vahetusele tuleb töökoht üle anda puhtana ja korralikuna.

Sanitarid peavad abistama õdesid haigete pesemisel, vannitamisel, kammimisel, küünte lõikamisel ja üldse nende isikliku puhtuse eest hoolitsemisel. Samuti võivad palatiõed kasutada sanitaride abi nõrkade haigete söötmisel ja vajaduse korral ka haigete abistajatena riietamisel. Palatiõde koos sanitariga korrastavad raskesti haigete voodid, vahetavad pesu jne. Sanitaridel tuleb siibreid ja uriinipudeleid tuua ja viia, neid puhastada ja desinfitseerida.

Palatiõde peab pidevalt liikuma palatites, olema kontaktis sanitaridega, jälgima nende tööd ja vajaduse korral tähelepanu juhtima hooletussejäetud ülesannete täitmisele.

Õde peab sanitarile õpetama haigete eest hoolitsemisel tähelepanelikku ja korrektset käitumist. Kunagi ei tohi hakata haigetega vaidlema ega sõnelema. Kõik haigete soovid ja palved, mis ei riku kodukorda ega ravirežiimi, tuleb kohe täita (juua anda, voodit korrastada jne.). Soovidest ja nõudmistest, mis sanitari arvates täitmisele ei kuulu, tuleb ette kanda palatiõele. Sanitarile peab õpetama, missugused nõuded igal üksikul juhul võivad ravirežiimiga vastuolus olla (näit. millal tohib haigele pärast operatsiooni juua anda).

Sanitaridele tuleb õpetada, et nad suhtuksid kõikidesse haigetesse võrdselt, mitte eelistama üht teisele. Kõiki haigeid tuleb kõnetada «teie»

-vormis. Kuigi haigetega ei tohi vaielda ja tuleb täita nende õigustatud nõudmised, ei ole vaja neile teha ka lubamatuid järeleandmisi, vaid kindlalt, isegi ilma häält tõstmata nõuda korralduste täitmist ja haigla režiimile allumist.

Sanitaril ei ole lubatud haige sugulastele ega tuttavatele anda mingisuguseid andmeid ega avaldada arvamusi haige tervise kohta, samuti ei tohi sanitar ilma arsti või õe loata haigetele pakke, esemeid ja toiduaineid ning kirju üle anda.

Kõrvuti personali ja haigete vaheliste suhetega on samavõrd olulised personali omavahelised suhted. Need peavad olema rajatud viisakusele, sõbralikkusele, seltsimehelikkusele, vastastikusele abistamisele. Igal kollektiivi liikmel tekib tahestahtmata omavahelisi sümpaatiaid ja antipaatiaid, mis ei tohi aga mingil juhul kajastuda töös.

Eriti ei tohi lubada familiaarset suhtlemist erinevas ametiastmes töötajate vahel tööajal (sinatamine jne.), samuti ka mitte familiaarsust personali ja haigete vahel.

Õdedel tuleb sanitaridesse suhtuda viisakalt, asjalikult, nõudlikult. Korralduste ja märkuste tegemine peab toimuma väljaspool palatit, mitte haigete juuresolekul. Korralduste täitmist tuleb nõuda järjekindlalt. Parim vahend selleks on õdede endi vastutustunde kasvatamine, sest laitmatult töötav õde on sanitaridele heaks eeskujuks.

Heaks meditsiinitöötajaks pole aga keegi sündinud, vaid selleks saadakse oma teadmisi pidevalt täiendades ning vastutustunnet ja õiget töösse suhtumist süvendades.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА — УЧИТЕЛЬ И РУКОВОДИТЕЛЬ САНИТАРКИ

Е. Курвитс

Резюме

Как известно, санитарки до поступления на работу не проходят никакой специальной подготовки.

Повышение знаний и приобретение навыков достигается в ходе текущей работы и в прохождении санитарного минимума.

Эффективность такого метода прежде всего зависит от личного примера, квалификации и педагогических способностей медицинской сестры, которая руководит работой санитарок.

Поэтому медицинские сестры должны обучать санитарок строго соблюдать трудовую дисциплину и выполнять правила внутреннего распорядка. Кроме того, санитарок необходимо обучить правилам техники безопасности, гигиене труда и противопожарным требованиям.

Лучшим средством воспитания санитарок является отношение самих медицинских сестер к труду, так как безукоризненно работающая сестра всегда будет для санитарок хорошим примером.

TARTU MEDITSIINILISE KOOLI LÕPETAJAD

Juba teist aastat toimuvad Tartu Meditsiinilises Koolis riigieksamid kaks korda aastas — veebruaris-märtsis ja juunis. Keskharidusega noored, kes on astunud 2½-aastase õppeajaga osakonda (velskrid, akušöörid, sanitaarvelskrid), lõpetavad kooli kevad-talvel. Käesoleva aasta märtsikuus lõpetas Tartu Meditsiinilise Kooli 23 noort.

1. Ene Auk
2. Helju Evert
3. Helvi Heinaste
4. Linda-Helena Hunt
5. Malle Hõbemäe
6. Helle Jõgis
7. Ilona-Illi Kilgas
8. Anne Klaas
9. Mati Kongo
10. Florida Kõrnas
11. Leonora Kütt
12. Linda Lõhmus
13. Heldur Lüütsepp
14. Reet Muru
15. Vello Nuut
16. Ludmilla Oinus
17. Vaige Pihl
18. Helgi Punt
19. Helgi Saarelaan
20. Aleftina Tisler
21. Malle-Maivi Valk
22. Evi Välbe

Velsker-laborandi erialal anti lõputunnistus Urve Vestelile.

Juunikuus lõpetab Tartu Meditsiinilise Kooli päevase osakonna 90 õpilast. 1. augustil 1963. a. siirdub tööle 47 meditsiiniõde, 18 velsker-laboranti ja 25 hambaarstide eriala lõpetajat.

19. augustil 1963. a. algavad vastuvõtueksamid. Kool võtab vastu 240 uut õpilast, neist 180 päevasesse osakonda, 20 õhtusesse ja 40 kaugõppeosakonda. Statsionaarselt võetakse vastu niihästi keskharidusega kui ka 8-klassilise kooli lõpetanud noori. Keskkooli lõpetanud võivad astuda velskrite ja meditsiiniõdede erialadele, 8-klassilise kooli lõpetanud aga meditsiiniõdede, velsker-laborantide ja sanitaar-velskrite erialale. Õhtune ja kaugõppeosakond on mõeldud töö kõrvalt õppijaile. Õhtusesse osakonda võetakse ainult meditsiiniõdede erialale. Kooli võivad astuda isikud, kes töötavad ravi-profülaktilistes asutustes (sanitarid, desinfektorid, registraatorid jt.). Kaugõppeosakonda võetakse vastu õpilasi meditsiiniõdede ja lasteasutuste õdede erialale. Kooli kaugõppeosakonda võivad astuda ainult isikud, kes töötavad meditsiiniõdedena, kuid ei oma veel kutset.

A. Horn

TALLINNA MEDITSIINILINE KOOL 20-AASTANE

Käesoleva aasta aprillikuus tähistati Tallinna Meditsiinilise Kooli 20. aastapäeva. Kool on teatavasti asutatud 1943. a. kevadel Tambovis.

19. aprillil korraldati lahtiste praktiliste õppuste päev. Kooli õppejõud L. Trei, N. Raaga, U. Sibul, V. Pedak, A. Saks ja A. Rooks demonstreerisid kolleegidele ja külalistele Leningradi, Riia ja Tartu meditsiinilistest koolidest hambaproteeside valmistamise, kirurgia, farmatseutilise keemia, anatoomia ja haigete põetamise praktikume. Külaliste poolt märgiti üksmeelselt praktiliste õppuste head taset, kusjuures eriti tõsteti esile õpetaja V. Pedaku farmatseutilise keemia praktikumi kooli äsja valminud laboratooriumis. Elavat huvi tekitas ka dots. A. Seppo valmistatud kirurgiaalane film.

Metoodiline konverents, mis toimus järgmisel päeval, oli seekord pühendatud meditsiinilise deontoloogia ja kutse-eetika aktuaalsetele küsimustele. Kooli direktori N. Tihase ja õppejõudude A. Valdmaa, R. Adamsoni, V. Pedaku

ja K. Sõerde kõrval esinesid ettekannetega külalised I. Tõlevitš (Leningrad), A. Fischer (Riia) ja L. Boston ning R. Markovitš (Tartu). Muide R. Markovitš alustas oma õpinguid meditsiini alal 20 aastat tagasi Tambovis ja töötab nüüd pärast Tartu Ülikooli lõpetamist Tartu Meditsiinilises Koolis õppejõuna.

Pidulikul aktusel anti õpetaja H. Mäele, A. Saarele ja V. Pedakule eeskujuliku töö eest Riikliku Kõrgema ja Kesk-erihariduse Komitee aukirjad. Tervishoiu ministri käskkirjaga avaldati kiitust mitmele kooli õppejõule pikaajalise eduka töö eest.

K. Sõerde

RAJOONI KESKHARIDUSEGA MEDITSIINITÖÖTAJATE KVALIFIKATSIOONI TÕSTMISEST

1962. a. kevadel kerkis Harju rajooni keskharidusega meditsiinitöötajatel üles küsimus, kuidas oma meditsiinilisi teadmisi täiendada. Küpses mõte luua ühiskondlikel alustel nõukogu, kes hakkaks selle eest plaanikindlalt hoolitsema.

20. mail 1962 tuli rajooni tervishoiuosakonnas kokku initsiatiivgrupp, kuhu kuulusid Harju kiirabi velsker A. Saar, Iru velskripunkti juhataja M. Rebane, Nabala velskripunkti juhataja B. Šiskov, Kallavere Haigla ämmaemand M. Dargel, Keila Polikliiniku velsker I. Kuusk, Harku Haigla patronaažiõde H. Kärner ja Saue velskripunkti juhataja A. H. Saar. Koosolekust võttis osa tervishoiuosakonna juhataja N. Ress. Nõukogu otsustati nimetada Harju rajooni keskharidusega meditsiinitöötajate teadmiste täiendamise nõukoguks. Töö otsustati korraldada sektsioonides. Velskrite sektsiooniga hakkasid tegelema A. Saar ja B. Šiškov, ämmaemandate sektsiooniga ämmaemand M. Dargel, õdede sektsiooniga H. Kärner ja laborantide sektsiooni töö juhendajateks olid Kallavere Haiglast A. Marjakova ja Keila Haigla laborant N. Nuut.

Et saada ülevaadet kõigist rajooni keskharidusega meditsiinitöötajaist, saadeti haiglatesse ankeedid, kuhu peale üldandmete ja eriala paluti märkida, millal keegi oma teadmisi on täiendanud või atesteerimisel olnud, millist meditsiinilist lisaeriala soovitakse omandada ning milliseid loenguid kuulata keskharidusega meditsiinitöötajate konverentsidel.

Järgmiseks koosolekuks oli saabunud 144 täidetud ankeeti. Teadmisi sooviti täiendada 16 erialal, näiteks anestesioloogia, füsioteraapia, günekoloogia jne. Ettekannete teemasid konverentsideks esitati 51. Koosolekul paluti Harju Rajooni TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat N. Ressi kokku leppida Tallinna haiglatega praktika läbiviimise suhtes nendele, kes soovisid end täiendada valitud erialal.

Esimene keskharidusega meditsiinitöötajate konverents toimus 12. detsembril 1962.

Seal valiti teadmiste täiendamise nõukogu uus koosseis.

Uue koosseisu kohaselt jaotati ametid järgmiselt: esimees A. Saar, esimehe asetäitja B. Šiškov, sekretär I. Kuusk, velskrite sektsiooniga tegeleb M. Rebane, ämmaemandatega H. Mesentseva (Keila Haigla ämmaemand), õdede sektsiooniga H. Kärner ja laborantidega Keila Haigla laborant K. Teikes.

1963. a. I ja II kvartali tööplaani võeti järgmised kohustused:

1) korraldada ülerajooniline keskharidusega meditsiinitöötajate konverents, 2) kontrollida ja juhendada rajoonis asuvate haiglate õdede nõukogude tööd. Selle paremaks läbiviimiseks suunata kaks nõukogu liiget eelnevalt tutvuma Tallinna Vabariikliku Haigla ja Tallinna II Haigla õdede nõukogu tööga. 3) velskrite sektsioon otsustas korraldada igakuuseid väljasõite velskripunktidesse, alustades neist, kus töötavad väheste töökogemustega velskrid. Kohale sõidavad rajooni paremate velskripunktide juhatajad, patronaažiõed ja nõukogu liikmed ning aitavad kõrvaldada esinevaid puudusi, vahetada kogemusi ja pidada ka hiljem tihedat sidet.

Väljasõitudel otsustati tähelepanu pöörata vaktsineerimisele, ambulatooriumi tööle, meditsiinilisele dokumentatsioonile, rasedate ja laste patronaažile, töövõimetuslehtede ja tõendite väljaandmisele, sanitaar-selgitustööle ja sanitaarsele olukorrale.

Õdede sektsioon võttis endale kohustuseks välja selgitada rajooni haiglates olevad füsioteraapiaaparaadid ja kas neid kasutab eriväljaõppega töötaja. Neile haiglatele, kus füsioteraapiaprotseduure teeb ilma eriväljaõppeta meditsiinitöötaja, tehakse ettepanek saata õde end täiendama kas mõne suurema haigla füsioteraapiakabinetti või korraldatavatele kursustele.

Järgmisel koosolekul arutatakse ämmaemandate ja laborantide tööd. Andmed ja nimekirjad nende kohta koostavad sektsioonide töö eest vastutavad nõukogu liikmed.

I. Kuusk

TRÜKISÕNAST SANITAARHARIDUSTÖÖS

Arstiteaduse kandidaat *H. JÄNES*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Trükisõna on mõjuvõimas propagandavahend sanitaarharidustöös. Loengud, eriti raadio- ja televisioonisaated ununevad suhteliselt kiiresti, trükitoodet aga on võimalik mälu värskendamiseks alati uuesti lugeda. Eesti NSV on ühe elaniku kohta realiseeritavate perioodiliste väljaannete arvult esikohal Nõukogude Liidus ja ka raamatute kirjastamise poolest oleme esirinnas. See näitab, kui soodsad võimalused on meil meditsiiniliste teadmiste levitamiseks elanikkonna hulgas.

Trükisõna osatähtsus teadmiste, sealhulgas ka tervishoiualaste teadmiste levitajana kohustab meid tõsiselt suhtuma populaarteaduslike artiklite ja väljaannete kvaliteedisse. Meie ei tohi lugejatele anda vähevääruslikku ja igavat lugemismaterjali.

Populaarteaduslike väljaannete temaatika peaks olema võimalikult laialdasem. Kirjutada võib ja tuleb kõigest, mis on oluline elanikkonna teadmiste taseme tõstmise või tervishoiu seisukohalt. Selles osas oleme suured võlglased lugejaskonna ees. Mitmekordselt ja üksluiselt on «läbi jahvatatud» enamik haigustest, kuid peaaegu midagi pole ilmunud noorsoo sugulisest kasvatusest, kuurordi- ning mudaravist, dispanseersest meetodist, mida me üha laialdasemalt rakendame, ja teistest valdkondadest. Üksikutest haigustest ei ole vaja kirjutada nii palju, kui seda meil seni on tehtud. Tuleb meeles pidada, et peame kirjutama mitte haigele, vaid tervele inimesele, täisverelist elu elavale töötajale. Sanitaarharidusliк trükis peab aitama töötajal selgitada organismi võimalusi võitluses tervistkahjustavate teguritega; ta peab näitama, kuidas otstarbekalt kasutada kirjutises antud teadmisi tervishoiust ja füsioloogiast. Sanitaarharidustöö peab inimest õpetama paremini elama ja töötama.

Hoopis puuduvad meil arstiteaduse teoreetilisi probleeme, näiteks pärilikkust, regeneratsiooni, morfogeneesi, ja muid küsimusi käsitlevad populaarsed ülevaated. Ei maksa karta, et toimetused neid vastu ei võta. Kui töö on huvitavalt kirjutatud, siis ta ka ilmub.

Populaarteadusliku kirjutise ülesanne ei seisne üksnes teadmiste andmises, vaid ta peab inimeses äratama sügavamat huvi käsitletava aine vastu. Lugeja peab hakkama otsima uusi täiendavaid materjale probleemi kohta. Seepärast ei ole halb, kui näiteks brošüüri lõpus esitatakse bibliograafilised andmed teiste populaarteaduslike väljaannete kohta, mis puudutavad sama küsimust või selle piirialasid. Autori poolt kasutatud puht-teadusliku kirjanduse loetelu ei ole otstarbekas, sest tavalisele lugejale ei ole enamasti üksikuurimuste materjal jõukohane ja võib põhjustada isegi väärarusaamist.

Populaarteaduslikus artiklis või üksikväljaandes tuleb eelkõige igakülgselt valgustada profülaktika küsimusi. Kui on juttu haigustest, siis peaks autor väga tagasihoidlikult käsitlema võimalikke komplikatsioone

ja prognoosi, sest siin võib väga kergesti eksida, mis omakorda põhjustab asjatut hirmu ning arusaamatusi. Üldse tuleb vältida kartust põhjustavaid andmeid, mis võivad olla iatrogeensete haiguste põhjuseks.

Lugejale on vaja anda praktilisi profülaktilisi näpunäiteid, et tal oleks selge, kuidas konkreetselt talitada tervishoiu, kehakultuuri jne. küsimustes. Ärge kirjutage «sööge mõõdukalt», «magage küllaldaselt», «tarvitage vitamiinipreparaate» jne. Selliste üldiste fraaside kirjutamisest ja lugemisest pole kellelgi kasu. Tuleb täpselt näidata, milliseid vitamiine, kui palju ja millal tarvitada, millistes toiduainetes neid leidub jne.

Niisuguseid täpseid juhiseid ei tohi aga anda haiguste medikamentoosse ravi kohta, sest see on individuaalne ja sõltub väga paljudest teguritest. Ravimite loetelusid ja ettekirjutusi annab arst, mitte populaarteaduslik väljaanne. Tuleb aga näidata, et tänapäeval on palju efektiivseid vahendeid, mis õigeaegsel otstarbekal kasutamisel annavad soovitud tulemusi. Rõhutage, et ise ravida ei tohi. See on ohtlik, sest üks ja sama ravim toimib sama haiguse korral eri inimestesse isesuguselt.

Populaarteaduslikus kirjutises esitatud seisukohad peavad olema veenvad. Ei tohi kirjutada üldsõnaliselt ega deklaratiivselt. Šabloonilised üleskutsed ei avalda mõju, sest nad ei anna inimestele midagi uut. Parem on lugejale mitte ette kirjutada nõuandeid (sõnad «peab», «tuleb» ja teised taolised on meil kujunenud lausa parasiitlikeks), vaid tuleb talle tõestada, et autoril ja seega ka arstiteadusel on õigus. Lugeja veenmiseks sobivad ilmekad statistilised andmed, loomadega tehtud katsete tulemused, huvitavad näited igapäevasest praktikast jne. Tarvitage kohalikke, vabariigist pärinevaid näiteid, sest muidu võib lugejal kergesti kujuneda selline mõttekäik, et «kas meil see asi ikka nii on?»

Populaarteaduslikus kirjutises tuleb olla ettevaatlik nendes küsimustes, milliste kohta teaduslikud andmed ja uurimiste tulemused ei ole veel ammendavad. Eriti puudutab see diskussioone nende haiguste etioloogia ja ravi alal, mida elanikkond peab «ravimatuks». Arstiteadlaste omavahelistest vaidlustest võib kirjutada tagantjärele siis, kui probleem on teaduslikult lahendatud. Kui etioloogia ja ravi kohta, näiteks vähktõve puhul, on mitu teooriat, siis esitage nad lihtsalt kronoloogilises järjestuses. Lugeja taipab isegi, et probleem ei ole lõplikult lahendatud ja sellele lahenduse leidmiseks töötatakse pingelisalt.

Populaarteaduslik kirjandus ei tohi olla areeniks, kust autor propageerib oma teoreetilisi seisukohti, ravimeetodeid jne. Haige loeb ka teiste spetsialistide kirjutisi, kus võib esineda hoopis erinevaid andmeid. Kellele ta peab siis õiguse andma? Nii võib inimene kaotada usalduse populaarteaduslike kirjutiste vastu.

Lugejate usalduse kaotab autor ka siis, kui tema veenmiseks tuuakse teaduslikult põhjendamata andmeid. Ärge unustage, et lugejaskonna (samuti võimalike retsensentide) hulka võivad kuuluda asjatundjad, kes võib-olla isegi põhjalikumalt tunnevad antud teemat.

Lugejat ja tema eelteadmisi ei tohi ala- ega ülehinnata. Populaarteaduslik artikkel peab olema määratud kindlale lugejaskonnale, sest erinevat esituslaadi nõuavad kolhoosnik ja tööline, nooruk ja eakas isik, insener ja loodusteadlane. Mingisugusele abstraktsele «keskmisele lugejale» orienteeruda ei ole õige, sest niisugusel juhul võib kirjutatu ühele olla liiga primitiivne, teisele aga ülemäära keeruline. Üldiselt võib meie vabariigis arvestada keskharidusega lugejat, kes on omandanud mingi elukutse. Erandi moodustavad muidugi koolinoorte nooremale ja keskmisele astmele mõeldud sanitaarhariduslikud väljaanded. Öeldu käib eelkõige üksikväljaannete kohta. Kui te kirjutate ajakirjadele ja ajalehtedele, arvestage konkreetse väljaande profiili ja lugejaskonda. Mis on sobiv näiteks ajakirjale «Nõukogude Naine» ei ole mõnikord hoopiski vastuvõetav ajakirjale «Tehnika ja Tootmine.»

Ei ole vaja kõiki mõtteid üksikasjalikult kirja panna. Lugejale peab jääma võimalus mõttekäiku edasi arendada, et jõuda sinna, kuhu autor tahtis teda juhtida. Niisugusel viisil on trükisõna hoopis mõjuvam.

Meditsiinilises populaarteaduslikus väljaandes ei tohi alahinnata illustratsioonide tähtsust. Head illustratsioonid (fotod, joonised, skeemid, diagrammid) abistavad lugejat materjali omandamisel. Illustratsioonid peavad teksti täiendama, peavad olema nii tihedalt kontekstiga seotud, et artikkel ei ole ilma joonisteta loetav — ainult siis on mõte neid teksti paigutada.

Pole vaja selliseid, kahjuks sageli esinevaid mõttetuid illustratsioone, nagu näiteks pildid vererõhu mõõtmisest, laste jalutuskäigust jne. Illustratsioonid ei tohi olla ka liiga täpsed, eriti kehtib see anatoomilise ja histoloogilise temaatika kohta. Liigsete detailidega ülekoormatud joonis jääb lugejale sama kaugeks kui mittemidagiütlev foto. Eeskujuks võib siin tuua illustratsioone (eriti näitlikke skeeme) ajakirjast «Zdorovje.»

Populaarteaduslikus kirjutises on eriti tähtis stiil. See peab olema elav ja piltlik. Teema olgu esitatud huvitavalt, süžee pingeline, näited ning faktid põnevad. Keel peab olema ilmekas, kasutatav sõnavara rikkalik. Väljendustes välditagu nii liigset akadeemilisust kui ka vulgariseerimist, eelkõige aga šablooni. Üldreeglina peaks autor populaarteadusliku artikli või brošüüri puhul märgatavalt rohkem vaeva nägema kui teadusliku publikatsiooni vormistamisega, sest siin kehtivad ka paljud nendest nõuetest, mida esitatakse ilukirjandusele. Kahjuks peetakse seda vaeva enamasti ülearuseks. Seepärast on populaarteaduslikud artiklid pahatihti hallid ja ilmetud, kirjutatud kantseleikeeles, esineb loengutest ja haiguslugudest pärinevaid standardseks muutunud väljendeid. Kui artikkel on trafaretne ja igav, siis kannatavad ka tema muud väärtused. Ei maksa kirjutada töid, kus kõik on küll õige, aga lugeda ei taha seda keegi.

Populaarteaduslik kirjutis nõuab esitatavast materjalist sõltuvat originaalset ülesehitust. Enamasti ei saa siin šablooniliselt rakendada õpikutes ja käsiraamatutes otstarbekaks kujunenud esitusviisi. Miski ei ole lugejale tüütavam, kui igal pool leida näiteks sellist materjali sisulist järjestust: etioloogia, patogenees, diagnoos, ravi jne. Ja keda võikski huvitada õpiku vormis kirjutatud õpetussõnad! Öeldu käib ka pealkirjade kohta. «Hüpertooniatõbi ja selle profülaktika», «Gripp ja selle vältimine», «Soolenugilised ja nendest hoidumine» jne. on ära tüüdanud kõiki. Pealkiri peab tõmbama raamatut ostma või artiklit lugema. Eespool toodud näidete korral on ostjaks või lugejaks tavaliselt haige, kellele profülaktika õpetamine on juba hilinenud.

Eraldi peab puudutama ladina või kreeka keelest pärinevate erialaste terminite kasutamist. Selge on, et nendega ei tohi liialdada. Pealegi on võimalik kõiki öelda ka selges eesti keeles, millega elanikkond on rohkem harjunud kui meedikud. Populaarteaduslik väljaanne rikastab niisugusel juhul ka ühiskeelt. Kui kasutatakse võõrkeeltest pärinevaid arstiteaduslikke oskussõnu, siis toodagu tingimata ka nende eestikeelsed vasted. Ei ole paha ära märkida ka oskussõna kirjaviis algupärases keeles koos seletusega selle päritolu kohta.

Arstiteaduses tuntakse sõna mõjuvõimu ja osatakse sõna kasutada tõhusa ravivahendina. Veel suuremat mõju kasvatusvahedina võivad sõnad avaldada trükitult. Kasutagem seda mõju. Kirjutage rohkem ja paremaid töid populaarteaduslikus vormis, arvestades, et lugejad ootavad tarku, veenvaid ja huvitavaid kirjutisi tervise hoidmise kohta.

О ПЕЧАТНОМ СЛОВЕ В САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ

Х. Янес

Резюме

Печатное слово является действенным средством пропаганды в санитарно-просветительной работе. Лекции ,в особенности радио- и телевизионные передачи, сравнительно скоро забываются, напечатанное же можно легко обновить в памяти путем повторного чтения. Эстонская ССР по количеству реализуемых на душу населения периодических изданий занимает по Советскому Союзу первое место, по изданию книг мы также в числе первых. Это показывает, какие благоприятные возможности мы имеем для распространения медицинских знаний среди населения.

Это обязывает нас серьезно относиться к качеству научно-популярных статей и изданий. Можно и нужно писать обо всем, что имеет значение с точки зрения здравоохранения и поднятия уровня знаний населения. Неоднократно и однообразно писалось о большинстве заболеваний, тогда как мало печатается статей и брошюр, посвященных вопросам полового воспитания молодежи, грязелечения, диспансерного метода, который мы все шире применяем, а также другим вопросам. Не нужно писать так много об отдельных заболеваниях, как это делали до настоящего времени. Необходимо помнить, что мы должны писать не для больного ,а для здорового человека, для трудящихся живущих полнокровной жизнью.

Санитарно-просветительная работа должна учить людей лучше жить и работать. В научно-популярной статье или отдельном издании нужно, прежде всего, разносторонне освещать вопросы профилактики. Если вопрос касается болезней, то автор должен весьма осторожно говорить о возможных осложнениях заболевания и его прогнозе, так как здесь можно легко допустить ошибку, что в свою очередь может вызвать иатрогенное заболевание.

Читателям следует давать практические профилактические указания, чтобы им было ясно, как надо конкретно поступать в данном случае. Не пишите «ешьте умеренно», «спите достаточно», «употребляйте витаминные препараты» и т. д. От чтения таких общих фраз нет никакой пользы. Необходимо точно указывать, какие витамины, в каких дозах и как употреблять, какие пищевые продукты содержат эти витамины и т. д. Но таких точных указателей нельзя давать при описании медикаментозного лечения заболеваний, так как лечение назначает лечащий врач ,а не научно-популярное издание. Следует подчеркнуть, что самому лечиться не следует. Это опасно, так как одно и то же лекарство действует при одном и том же заболевании на разных людей различно.

В научно-популярных изданиях следует быть осторожным в вопросах, о которых научные сведения и результаты исследования еще недостаточны. Если имеется несколько гипотез об этиологии или несколько способов лечения заболевания, как, например, раке, то их нужно приводить просто в хронологическом порядке. Читатели сами поймут, что проблема не решена до конца и над разрешением ее напряженно трудятся.

Популярно-научная статья должна быть предназначена для определенного круга читателей, так как различный способ изложения материала требуется для рабочего и колхозника, подростка и пожилого человека, инженера и биолога. Для медицинского научно-популярного издания важны и иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы, диаграммы) помогающие читателям усвоить материал. В качестве примера следует указать на иллюстрации (в особенности на наглядные схемы) в журнале «Здоровье».

Стиль научно-популярного произведения должен быть живой и образный, тема интересной, сюжет напряженным, примеры и факты убедительными, язык выразительным. При работе над научно-популярным произведением следует прилагать больше усилий, чем для оформления научной публикации, так, при первой нужно выполнять многие требования, предъявляемые к произведениям художественной литературы.

В медицине знают цену словесного воздействия и умеют использовать слово в качестве лечебного фактора. Еще большее действие может оказывать печатное слово. Используйте это влияние. Пишите больше и лучше в научно-популярной форме, учитывая, что читатели ждут умных, убедительных и интересных книг по вопросам здоровья.

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA TEADUSLIK KONVERENTS

Möödunud aasta detsembris toimus Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna järjekordne teaduslik konverents, mille tööst võttis osa hulgaliselt vabariigi meditsiinitöötajaid.

Avaistungil äratasid tähelepanu assistent L. Schotteri uurimused silmamagnetite magnetvälja topograafiast ja kirurgilisest topograafiast. Autori poolt konstrueeritud silmamagneteid kasutatakse juba edukalt võõrkehade eemaldamiseks silmast. Suurt huvi pakkus füüsiku dots. P. Prülleri ja arstiteaduse kandidaadi J. Riivi töö «Haigestumise ja suremise seosest atmosfääri ionisatsiooni ning muude meteoroloogiliste faktoritega», mis valmis füüsika-matemaatikateaduskonna ja arstiteaduskonna teadlaste üha laieneva teadusliku koostöö tulemusena.

Palju väärtuslikke tähelepanekuid leidus teaduskonna kirurgia, operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateedri (juhataja prof. A. Linkberg) õppejõudude ettekandeis, mis käsitlesid perifeersete veresoonte siirdistutamise ja Sudecki sündroomi ravi küsimusi. Dots. E. Siirde ning tema kollektiiv esitasid uusi andmeid aeroionisatsiooni toimest organismile.

Teisel istungil kuulati ettekandeid vereringeelundite füsioloogiast ja patoloogiast ning reumast. Erilist tähelepanu pälvisid assistent K. Rägo ja aspirant R. Ridala tööd. K. Rägo töötas välja südamelihase kineetilise aktiivsuse uue uurimise meetodi, mis põhineb tema poolt konstrueeritud aparaatide — vibrokardiograafidega registreeritud vibratsioonide analüüsil. Esitatud töödes anti sellele meetodile teoreetiline põhjendus, toodi huvitavaid andmeid selle meetodiga südametsükli faasilise struktuuri uurimise kohta nii tervetel kui ka haigetel.

Huvitavaid andmeid autoantikehade esinemisest reuma ja kroonilise mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidiga haigete seerumis esitas arstiteaduse kandidaat L. Päi. Tänu koostööle orgaanilise keemia kateedriga (vanemõpetaja T. Ilomets) ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudiga (aspirant L. Priimägi) kasutati uurimustes tselluloosil fikseeritud antigeeni ja koekultuuride meetodeid. Reumatoidfaktori määramise kliinilisest tähendusest infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidiga haigeil rääkis assistent A. Seffer. Autor kasutas töös tema poolt välja töötatud uut reumatoidfaktori määramise metoodika modifikatsiooni.

Kolmandal istungil esitati uurimusi meditsiinilise keemia alalt. Elavaid vaidlusi tekitasid siin dots. R. Looga ja arstiteaduse kandidaadi M. Kulli ettekanded, milles esitati uusi huvitavaid andmeid atsetüülkoliini ja adrenaliini toimest vereringesse nende preparaatide intravenoossel manustamisel.

Andmeid mõnede Tartu Riikliku Ülikooli orgaanilise keemia kateedris sünteesitud atsetüülamiinoetanoolide farmakoloogilisest toimest esitati prof. G. Kingisepa ning vanemlaborant H. Kurvitsa ettekandes. Tööst selgus, et üksikuid uuritud preparaate võiks edukalt kasutada kliinikus. Väärtuslikke tähelepanekuid leidus vanemõpetaja T. Ilometsa ja assistent S. Teesalu uurimuses «Koera pankrease nõre valguliste komponentide arvu ja suhtelise hulga paberelektroforeetiline määramine.»

Neljas istung oli põhiliselt pühendatud morfoloogiaalastele, samuti sünnitusabi ja günekoloogia küsimustele. Suurt huvi pakkusid siin arstiteaduse kandidaadi K. Põldvere töö, aspirant Ü. Hussari ettekanne ja dots. Ü. Arendi uurimus. Arstiteaduse doktor V. Fainberg rääkis tema poolt välja töötatud partogrammi koostamise pedagoogilisest tähtsusest. Uusi tähelepanekuid endokriinsetest nihetest menopausi ajal, samuti hüpomenstruaalse sündroomi ning amennorröa korral esitasid vanemõpetaja I. Veerma ja arstiteaduse kandidaat K. Gross.

Viimasel istungil räägiti hingamis- ja seedeelundite füsioloogiast ja kliinikust, esitati uurimusi tuberkuloosi ja epideemilise hepatiidi alalt. Suure praktilise väärtusega oli dots. L. Kerese ettekanne «Hapniku annusest hüpokseemia kõrvaldamiseks imikutel pneumooniate puhul.» Huvitavaid andmeid leidus dots. S. Laanese, assistent E. Türi ning vanemlaborant M. Silla ja arstiteaduse kandidaat H. Sillastu tuberkuloosialastes ettekannetes. Epideemilise hepatiidi epidemioloogiast, diagnostikast ja selle haiguse puhul esinevatest veeainevahetushäiretest rääkisid infektsionistid (kateedri juhataja — arstiteaduse kandidaat Z. Saar).

Üldse esitati konverentsil ligi 70 teaduslikku ettekannet, mis antakse välja ka eraldi kogumikuna Tartu Riikliku Ülikooli Toimetiste sarjas.

A. Lenzner

EESTI NSV PUNASE RISTI SELTSI VII ERAKORRALINE KONGRESS

5. märtsil 1963 toimus Tallinnas Eesti NSV Punase Risti Seltsi VII erakorraline vabariiklik kongress, mille tööst võttis osa 171 delegaati ja 256 külalist.

Kongress kuulas ära Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee ettekande seltsi tööst 1962. aastal ja eelseisvatest ülesannetest. Ettekandest ilmnes, et seltsi liikmete arv on kasvanud vabariigis 1962. a. vältel 22 tuhande ja viimase 4 aasta jooksul 108 tuhande inimese võrra. Eesti NSV Punase Risti Selts on muutunud massiliseks ühiskondlikuks organisatsiooniks, mille ridadesse kuulub 24,4% kogu vabariigi täiskasvanud elanikkonnast ja 90% vastavaealistest kooliõpilastest.

Tunduvalt on paranenud seltsi komiteede poolt läbiviidav organisatsiooniline ja agitatsioonilis-massiline töö. Paremini on hakanud töötama seltsi lektorite grupid. Kolhoosides ja sovhoosides demonstreeritakse sagedamini populaarseid meditsiinialaseid filme. Kohalikes ajalehtedes ja raadios avaldatakse üha rohkem materjale meditsiinilistel teemadel ja Punase Risti Seltsi tööst. Rohkem korraldatakse küsimuste-vastuste õhtuid. Punase Risti Seltsi komiteed võtsid aktiivselt osa tervisekoolide ja tervisekoolide töö organiseerimisest. Viidi läbi puhtusedekaade ja -kuid, tervisepäevi, laiaulatuslikult tõmmati kaasa elanikkonna hulki osa võtma ühiskondlikus korras tehtavatest koristamistöödest, heakorrastamisest ja haljastamisest.

Paljude tööstusettevõtete sanitaaraktivistid võtsid meditsiinitöötajate juhtimisel ja koos ametiühingu organisatsioonidega osa tegevusest töötingimuste parandamisel, haigestumise ja traumatismi profülaktika alal. Ühiskondlik sanitaaraktiiv võttis osa ka poliomüeliidi, difteeria, gripi, soolenakkuste jne. vastu võitlemisest ning aitas seega meditsiinitöötajail kaitsepookimisi ja muid epideemiatõrje üritusi läbi viia.

Maal võtsid ühiskondlikud sanitaarvolinikud paljudes kohtades osa piimafarmide sanitaarse olukorra ülevaatustest ja võitlusest lüpsjate käte haigestumiste vältimiseks. Eriti aktiivselt kulges see töö Tartu rajoonis.

1962. a. jooksul valmistasid Eesti NSV Punase Risti Seltsi organisatsioonid ette üle 5000 aktivisti koduste põetajate ringides. Paljud neist töötavad raviasutuste juures ühiskondlike aktivistidena, põetades jaoskonnaarstide ülesandel kodus viibivaid haigeid.

Punase Risti Seltsi aktivistid, sanitaarpostide liikmed ja sanitaarsalklased osutavad kvaliteetset esmaabi äkiliste haigestumiste ja õnnetusjuhtude korral.

Koolide Punase Risti Seltsi organisatsioonid teevad nimetamisväärset tööd õpilaste sanitaarhügieenilise kasvatamise alal.

Mõningat edu saavutasid vabariigi Punase Risti Seltsi organisatsioonid ka sanitaarsalkade ja -postide ettevalmistamisel.

Edusamme on märgata doonorluse arendamisel, eriti tasuta doonorluse alal, mille osas on 1962. a. plaan täidetud vabariigi ulatuses 194,5%. Peaaegu pooled tasuta verd andvatest doonoritest elavad maal. Eriti edukalt kulges tegevus tasuta doonorluse alal Kingissepa, Valga ja Jõgeva rajoonis.

Kõrvuti nende edusammudega märkis kongress ära ka palju olulisi puudusi Eesti NSV Punase Risti organisatsioonide töös.

Vabariigi mõningates rajoonides on täiskasvanud elanikkonna hulgast seltsi liikmete protsent veel madal (Hiiumaal — 16,2%, Paides — 16,4%, Kingissepa rajoonis — 17,5%).

Eesti NSV Punase Risti Selts tervikuna ei täitnud 1962. aastal plaanilisi ülesandeid sanitaarpostide ja ühiskondlike sanitaarvolinike ettevalmistamise alal. Paljud rajooni- ja linnakomiteed jätsid enamiku oma 1962. a. plaanis ettenähtud ülesannetest täitmata (Rakvere, Paide, Kohtla-Järve). Mitte kõik Eesti NSV Punase Risti komiteed ja meditsiinitöötajad ei tõmba veel sanitaaraktiivi küllaldasel määral kaasa profülaktiliste ja sanitaartervistavate ürituste läbiviimisele (Põlva, Paide, Narva). Sanitaaraktiiv võtab veel vähe osa võitlusest tuberkuloosi ja vähktõve vastu. Seltsi mõned komiteed kontrollivad vähe piimafarmide sanitaarset olukorda ja ei tunne küllalt huvi lüpsjate-karjatalitajate professionaalsete haiguste vastu.

Seltsi koolisektsioonid võitlevad veel puudulikult lühinägelikkuse, skolioosi ja kooliõpilaste teiste tervise häirete tekkimise põhjustega.

Pärast küsimuste läbiarutamist võttis kongress vastu otsuse, kus Eesti NSV Punase Risti Seltsi organisatsioonide peamiseks ülesandeks peetakse üha laialdasema ja mitmekülgsema abi osutamist vabariigi tervishoiuorganitele ühiskondliku aktiivi kaasatõmbamisel sanitaar-tervistavas töös. Kongress kutsus üles kõiki vabariigi Punase Risti Seltsi organisatsioone tarvitusele võtma abinõusid ühiskondliku algatuse edaspidiseks arendamiseks. Kongress tegi seltsi komiteedele ettepaneku moodustada mitmeid uusi ühiskondlikel alustel töötavaid sektsioone.

Eriti rõhutati vajadust parandada töötingimusi tööstusettevõtetes, kolhoosides ja sovhoosides, võidelda piimafarmide, ühiskondlike toitlustamisettevõtete ja lasteasutuste kõrge sanitaarse kultuuri eest ning nakkushaiguste vastu. Kongress kutsus kõiki seltsi komiteesid üles aktiivselt osa võtma võitlusest tuberkuloosi ja vähktõve vastu.

Kongressi otsuses osutatakse tõsist tähelepanu ka sanitaarsalkade ja -postide ettevalmistamise kvaliteedi tõstmisele, tasuta doonorluse edaspidisele arendamisele ja reservdoonorite kasvatustöö parandamisele.

Kongress valis Eesti NSV Punase Risti Seltsi delegaadid NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside V üleliidulisele kongressile Moskvas.

B. Pšenitšnikov

TARTU TERAPEUTIDE SELTSI TEGEVUSEST

1962. a. sügisperioodil on Tartu Terapeutide Selts pidanud kolm koosolekut.

11. oktoobril 1962. a. toimus ühine koosolek koos Tartu Kirurgide Seltsiga. Päevakorras olid järgmised ettekanded: «Saavutusi ja perspektiive südamerikete kirurgilise ravi organiseerimisel Tartus»(Ü. Lepp, A. Kliiman ja J. Gross) ning «Reumakabineti tööst Tartus» (A. Seinmann).

Reuma probleemi käsitleti ka järgmisel koosolekul, mis toimus 1. novembril 1962. a. A. Seffer kõneles antistreptolüsiinitiitri määramisest reumahaigetel ja L. Päi reuma ja reumatoidartriidi kulu erinevustest olenevalt ravist.

22. novembril 1962. a. esines ettekandega H. Vadi teemal «Erütreemia ravist radioaktiivse fosforiga». Samal koosolekul esitas seltsi juhatus aruande kaheaastase tegevuse kohta. Seltsile valiti uus juhatus järgnevaks kaheks aastaks koosseisus: Ü. Lepp (esimees), A. Seffer (abiesimees), R. Kaskmets (laekur), N. Sachris (sekretär) ja J. Gross (abisekretär). Revisjonikomisjoni valiti S. Aru, A. Ruubel ja V. Salupere.

V. Saarma

TALLINNA TERAPEUTIDE TEADUSLIKU SELTSI KONVERENTSILT

Käesoleva aasta 21. veebruaril toimus Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi 15. aastapäevale pühendatud konverents.

Konverentsi avas Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maurer. Ta rõhutas arstide teaduslik-praktiliste konverentside süstemaatilise korraldamise tähtsust. Juhatuse esimees L. Mardna käsitles oma ettekandes seltsi tegevust ja edaspidiseid ülesandeid. Käesoleval ajal kuulub Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi liikmeskonda üle 200 terapeudi, sealhulgas ka arste Haapsalust, Tapalt ja vabariigi teistest linnadest. 141 istungil on esitatud ligemale 300 ettekannet. Ainuüksi viimase 5 aasta jooksul on seltsi liikmed trükis avaldanud 75 teaduslikku tööd. 1962. aastal loodi arstide-laborantide sektsioon.

Konverentsil kanti ette seltsi asutajaliikme, Eesti NSV teenelise arsti prof. M. Mastbaumi viimane teaduslik töö «Haige käsi».

N. Moltšanovi ettekandes ägedate kopsupõletikkude diagnoosimisest ja ravist rõhutati haiguse ägedate vormide täisväärtusliku ravimise tähtsust, et vältida haiguse krooniliseks muutumist. Suurt tähelepanu pöörati antibiootikumide rakendamise õigele metoodikale ja ornitoosi probleemile.

Huvitava ülevaate meie vabariigis kõige enam levinud vähktõve vormide etioloogiast esitas P. Bogovski. Tähelepanu äratab kopsuvähki haigestumise sagenemine, kuigi haigusjuhtude arvukuse poolest on esikohal maovähk.

Suure huviga kuulati K. Kõrge ettekannet ärritusravi mehhanismist.

Prof. A. Dembo, Ž. Teslenko ja M. Proektor on välja töötanud müokardi isheemia nn. elektrokardiograafiliste tunnuste diferentsiaal-diagnostilise kriteeriumi. Praktilise tähtsusega on järeldus, et müokardi isheemia elektrokardiograafilised tunnused võivad sõltuda ka mittekoronarogeensetest põhjustest. B. Šamardin analüüsis Tallinna elanikkonna haigestumist südame-veresoonkonna haigustesse sõltuvalt töö iseloomust. Kõige kõrgemat haigestumist täheldatakse elektri- ja soojusenergia tootmisel töötavail isikuil ja meditsiinitöötajail.

N. Elštein tutvustas konverentsist osavõtjaid sapiteede patoloogiliste nähtude diagnoosimist ja ravi käsitlevate küsimustega. Nähtavasti ei etenda mikroobid koletsüstiitide ja kolangiitide etioloogias mitte alati otsustavat osa. Sugugi väiksema tähtsusega pole sapiteede närviregulatsiooni ja ainevahetuse häired.

L. Sõrmus ja L. Mardna analüüsisid krooniliste koletsüstiitide kirurgilise ravi terapeutilisi aspekte, kuna radikaalse ravi õigeaegsuse määravad terapeudid.

Kaks ettekannet puudutasid hematoloogia-alaseid probleeme. A. Mardna, L. Sepp ja A. Juske rääkisid leukoosi ja tuberkuloosi üheaegsest esinemisest, N. Bartelsen käsitles agranulotsütoosi ravi.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeudi, Eesti NSV teenelise arsti A. Gunteri ettekandele järgnesid mitmed huvitavad sõnavõtud (prof. A. Dembo, S. Bakman, F. Markusas).

Tallinna Linna TSN Täitevkomitee autasustas aukirjaga seltsi esimeest L. Mardnat ja vanimat juhatuseliiget N. Bartelseni.

Konverentsil valiti Tallinna Teadusliku Terapeutide Seltsi auliikmeteks Üleliidulise Teadusliku Terapeutide Seltsi aseesimees ja Leningradi Teadusliku Terapeutide Seltsi esimees — NSV Liidu Teaduste Akadeemia tegevliige prof. N. Moltšanov, Tartu Terapeutide Teadusliku Seltsi esimees dots. K. Kõrge ja Üleliidulise Teadusliku Terapeutide Seltsi juhatuse liige prof. A. Dembo.

Konverentsi materjalide põhjal avaldati eesti ja vene keeles autoreferaatide ja ettekannete teeside kogumik «Mõningaid kaasaegseid probleeme sisehaiguste alal».

N. Elštein

VANEM-MEDITSIINIÕDEDE VABARIIKLIKUST SEMINARIST TARTUS

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla õdede nõukogu initsiatiivil organiseeriti esimest korda 22. ja 23. veebruaril 1963. a. koos Tartu Linna õdede nõukoguga vabariigi raviasutuste vanemõdedele seminar raskesti haigete põetamise ja hooldamise küsimustes. Seminarist võttis osa 176 vanemõde. Kahel istungil kuulati ära 15 ettekannet.

Seminari avas Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla õdede nõukogu töö juhendaja, peaarsti asetäitja ravi alal H. Kanter, kes selgitas seminari eesmärke ja põhutas vanemõe osatähtsust ja tema teadmiste täiendamise vajalikkust eluohtlikus seisundis raskesti haigete põetamisel.

L. Veeber tutvustas seminarist osavõtjaid teoreetiliselt ja praktiliselt kaasaegsete elustamismeetoditega kliinilise surma puhul.

Raskesti haigete põetamise põhimõtetest andsid ülevaate arstid O. Luts — terapeutiliste haigete põetamisest, J. Samarütel — üldkirurgiliste haigete põetamisest, E. Liiv — traumatoloogiliste haigete põetamisest ja järelravist.

A. Kaasik käsitles oma ettekandes hingamisteede hooldamise küsimusi ja väliste hingamishäirete kaasaegseid ravivõimalusi.

Raskesti haigete toitmisest ning tähtsamate ainevahetusprotsesside juhtimisest rääkis E. Kross.

Respiratsioonitsentrumi vanemõde T. Pikk esines ettekandega neurokirurgiliste ja neuroloogiliste haigete põetamisest, demonstreeris ühtlasi raskesti haige voodit ja haige pööramist.

Teisel istungil käsitles R. Paimre närvisüsteemi traumaga haigete ravi ja hooldamist. Aju vaskulaarsete insultide ravimisest ja hooldamisest rääkis H. Rüpp. H. Noor esitas huvitava ettekande akuutsete mürgistustega haigete ravist ja hooldamisest. L. Luts puudutas raskesti haigete ravikehakultuuri küsimust. E. Roode esitas uuemaid andmeid füsioteraapia alal. M. Sannamees rääkis raskesti haigete transportimisest ja juhtis vanemõdede tähelepanu vigadele, mis esineb sel alal rajoonides ja raviasutustes. Tartu Linna õdede nõukogu esimehe M. Jürgensoni ettekanne käsitles vanemõe tööülesandeid.

Ettekannetele järgnesid elavad sõnavõtud. Seminarist osavõtjad omandasid värskeid teadmisi ja praktilisi oskusi raskesti haigete põetamiseks ja hooldamiseks.

E. Kurvits

NSV LIIDU ARSTITEADUSE AKADEEMIA ÜLDKOOSOLEKU XVII SESSIOON LENINGRADIS

Leningradis toimus 4.—9. veebruarini 1963 NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia üldkoosoleku XVII sessioon. Sessiooni eesmärgiks oli ära kuulata ja läbi arutada tänapäeva viroloogia olukord ning välja töötada uued uurimismeetodid. Sessioonist võtsid osa NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia president N. N. Blohhin, NSV Liidu tervishoiu minister S. V. Kurašov ja palju meie silmapaistvaid viroloogе, nagu professorid V. M. Ždanov, L. A. Silber, O. V. Barojan, V. D. Solovjov, A. A. Smorodintsev, A. K. Šubladze, M. P. Tšumakov jt. Istungitel kuulati 19 teaduslikku ettekannet ning ligi 60 sõnavõttu.

Sessiooni tööst võtsid osa ka Poola, Bulgaaria, Rumeenia, Ungari, Tšehhoslovakkia ja Saksa Demokraatliku Vabariigi teadlased. Eesti NSV-st olid kohale sõitnud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esimees A. Gunter ja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor A. Jannus.

Esinejad puudutasid kõige aktuaalsemaid küsimusi nii teoreetilise kui ka praktilise viroloogia valdkonnast. Märgiti, et viimasel aastakümnel on avastatud üle

120 uue viiruse, mis erituvad väliskeskkonda sülje, piima, uriini ja fekaalide kaudu. Nende hulgas on palju vähki tekitavaid ja nakkuslikku kollatõbe põhjustavaid viirusi.

Huvi pakkusid prof. L. A. Silberi andmed eksperimendi kohta, kus tal õnnestus *sclerosis multiplex*'i põdevalt haigelt saadud materjaliga nakatatud ahvidel esile kutsuda inimesele analoogilist haiguspilti.

Prof. O. V. Barojan rääkis viirushaiguste spetsiifilisest profülaktikast, mille abil saab tõsta inimorganismi vastupanuvõimet, vähendada neid nakkusi ning isegi mõned neist likvideerida.

Prof. M. P. Tšumakov esitas andmeid poliomüeliidivastase vaktsineerimise kohta NSV Liidus. Kui meil 1959. aastal immuniseeriti peroraalse elusvaktsiiniga umbes 15 200 000 inimest, siis 1960.—1962. aastani immuniseeriti ja revaktsineeriti üle 90 000 000 inimese, eeskätt 2 kuust kuni 20 aasta vanuseni; üksikutes vabariikides (Usbeki NSV, Läti NSV, Eesti NSV ja teistes) aga 35—55 aasta vanuseni. Dražeedena toodetava poliovaktsiiniga («Antipoliodražee-vaktsiin») on ka välismaal immuniseeritud üle 35 miljoni lapse (kuni 15 aasta vanused).

Viiruste klassifikatsioonist ja nomenklatuurist rääkis prof. S. J. Gaidamovitš. Professorite V. M. Ždanovi, D. M. Goldfarbi ja V. D. Solovjovi ettekanded olid pühendatud viiruse komponentide rakusisese sünteesi, viiruste geneetika ja viirusevastase immuunsuse küsimustele.

Paljud esinejad analüüsisid gripi ja respiratoorsete haiguste etioloogia, epidemioloogia, profülaktika ja kliiniku aktuaalsemaid küsimusi (G. F. Gause, R. S. Dreizin, A. A. Smorodintsev, N. I. Morozkin). Sessioonil rõhutati, et gripivastane vaktsineerimine peab saama massiliseks ürituseks, mis hõlmaks meie maa kogu elanikkonda.

M. B. Tsuker käsitles enteroviiruslikke nakkusi. Ta rääkis, et poliomüeliidiga sarnaste haiguste kerge kulg ja pareeside kiire möödumine ei saa olla poliomüeliidi väljalülitamise kindlaks kriteeriumiks teiste, temale sarnaste nakkuste hulgast. Ka siiani on avastamata poliomüeliiditaoliste kergete pareeside olemus, mistõttu see probleem nõuab veel edaspidist uurimist.

Kolm ettekannet puudutasid epideemilist hepatiiti. E. M. Tarejev, A. K. Šubladze ja E. A. Paktoris valgustasid selle haiguse etioloogiat, epidemioloogiat, profülaktikat ja kliinikut. E. A. Paktoris rääkis ka Eesti NSV-s läbiviidud õpilaste gammaglobuliniseerimisest ja gammaglobuliini kui epideemilise hepatiidi profülaktikavahendi efektiivsuse uurimisest. Ettekannetest selgus, et epideemilise hepatiidi etioloogiline faktor ei ole veel lõplikult välja selgitatud, kuid oletatakse, et peale spetsiifilise viiruse etendavad teatavat osa ka adeno- ja enteroviirused.

Sessiooni kahel viimasel päeval arutati organisatsioonilisi küsimusi. Konstateeriti, et viroloogia edaspidise arendamise eesmärgil on vaja luua veelgi tihedam kontakt välismaaga, eriti Ameerika Ühendriikides asuvate suurte viroloogialaboratooriumidega, näiteks J. Melnicku laboratooriumiga. Kahjuks valdavad meie teadlased nõrgalt võõrkeeli, eeskätt inglise keelt, mistõttu on jäänud palju võimalusi kasutamata välismaistes laboratooriumides töötamiseks. Instituutides tuleb tõsta insener-tehnilise personali osatähtsust, hankida rohkem koekultuure ja söötmeid ning luua abilaboratooriume. Peab tähelepanu pöörama kaadri valikule ja vabanema ballastiks muutunud teaduslikest töötajaist, kes ei ole suutelised andma teaduslikku produktsiooni. Erilist rõhku tuleb panna teadlaste kaadri noorendamisele. Edasi märgiti, et eeskirjad, mille põhjal valmistatakse ette meie teadlaste kaadrit, teaduse kandidaate ja doktoreid, on vananenud. Näiteks läheb teadlastele kasulikku aega asjatult kaduma kahe väitekirja vormistamisega ja liiga palju on mitmesuguseid etappe enne töö kaitsmist. Avaldati mõtteid teaduse kandidaadi kraadi asendamiseks ainult teaduste doktori kraadiga.

Sessioonil anti ühtlasi grupile teadlastele kätte NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia preemiad. Sessioon valis akadeemia viitsepresidentideks prof. S. R. Mardaševi ja prof. V. V. Parini. Akadeemia peasekretäriks valiti prof. O. V. Kerbikov.

A. Jannus

PUUK-ENTSEFALIITI JA TEISI ARBORVIIRUSLIKKE NAKKUSI KÄSITLEV KONVERENTS

Sõjajärgsetel aastatel on Balti liiduvabariikide meditsiinitöötajate tähelepanu köitnud nendel territooriumidel varem mitte esinenud uus nosoloogiline ühik — puuk-entsefaliit. Kuigi haigestumisjuhte on meie vabariigis täheldatud võrdlemisi vähe, tuleb meditsiinitöötajail siiski pidevalt tegelda puuk-entsefaliidi profülaktikaga ja selle haiguse vastu võitlemisega. Ülalnimetatuga seoses peaks suurt huvi pakkuma käesoleva aasta 29.—31. jaanuarini Minskis toimunud teaduslik sessioon puuk-entsefaliidi ja teiste arborviiruslike nakkuste küsimuses. Sessioonil tehti kokkuvõtteid Nõukogude Liidu erinevais geograafilistes piirkondades arborviiruslike (arthropod borne viruses) nakkuste valdkonnas läbiviidud uurimustest.

Sessioonil kuulati ära ettekandeid puuk-entsefaliidi rühma kuuluvate viiruste diferentseerimise ja klassifitseerimise ning atenueeritud tüvede selektsiooni küsimustes, puuk-entsefaliidi uutest uurimismeetoditest (viiruste interferentseerimismeetod, koekultuuride ja hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni kasutuselevõtmine), zooloogilis-parasitoloogilistes küsimustes ja puuk-entsefaliidi uurimise kliinilistest aspektidest. Peale selle tehti kokkuvõtteid mainitud haiguse vastu peetavast võitlusest. Nii nõukogude kui ka tšehhoslovakkia teadlaste poolt esitati üle 120 ettekande ja sõnavõtu. Suurt huvi äratasid M. Tšumakovi (koos kaasautoritega) ja E. Libikova (kaasautoritega) teadaanded 1962. aastal Kemerovo oblasti territooriumil avastatud puuk-entsefaliidile väga sarnase uue haiguse, nn. Kemerovo palaviku kohta. Koloraado puuk-palaviku tekitajale väga sarnane viirus leiti puugil *Ixodes persulcatus*, haigete veres ja seljaajuvedelikus, samuti kliiniliselt tervetel inimestel. Seroloogiliste meetodite abil tehti kindlaks sarvloomade nakatatus.

Et mitmetes Euroopa maades on puuk-entsefaliidi areaal laienenud ning selle haiguse kulg erinevates geograafilistes rajoonides isesugune, siis kõnelesid E. Levkovitš, V. Votjakov ja teised viiruste klassifitseerimise, diferentseerimise ja võrdleva uurimise aktuaalsusest.

Nagu mitmete teadlaste uurimused näitasid, omavad need küsimused vaktsiini valmistamisel ja seroloogilise diagnoosimise puhul suurt tähtsust. Erilist tähelepanu pöörati puuk-entsefaliidi diagnoosimisel rakendatavale hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsioonile ning samuti uute transmissiivsete nakkuste seroloogilisele luurele. E. Sarmanova, V. Iltšenko, S. Ananjani jt. ettekannetes kirjeldati eespool mainitud reaktsiooni metoodika spetsiifikat ja suhtelist lihtsust.

Mitmetes ettekannetes esitati üksikasjalikke andmeid puuk-entsefaliidi looduslike kollete kohta. Elav diskussioon tekkis arutletava haiguse uurimise kliiniliste aspektide valdkonnas. A. Panov väitis, et tekitajate bioloogilistel omadustel põhinev entsefaliitide kliiniline klassifikatsioon ei anna puuk-entsefaliitide rühma etioloogiliseks piiritlemiseks usaldatavat kriteeriumi. Soovitati eristada selle haiguse kaks põhivarianti — ida ja lääne variant.

Puuk-entsefaliidi vastase võitluse alal peeti tähtsaimaks ürituseks puukidenakkusekandjate hävitamist (N. Gortšakovskaja kaasautoritega, S. Gladkihh kaasautoritega). Nakkusekandjate hävitamine ulatuslikel territooriumidel vähendab tunduvalt haigestumist või likvideerib selle üksikutel maa-aladel täielikult.

Mitmetes sõnavõttudes kirjeldati koekultuuridel valmistatud vaktsiini epidemioloogilist ja immunoloogilist efektiivsust (D. Lvov, V. Prigorodov, V. Iltšenko jt.).

Sessioonil vastuvõetud resolutsioonis rõhutati arborviiruslike nakkuste vastu peetava võitluse aktuaalsust ja märgiti ära teaduslike uurimistööde edasised teed ning profülaktilised ja epideemiavastased üritused.

G. Medinski

I ÜLELIIDULINE KARDIOLOOGIA-ALANE ASUTAV KONVERENTS

1.—2. veebruarini 1963 toimus Leningradis I üleliiduline kardioloogia-alane asutav konverents, mille kutsus kokku NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Presiidiumi juures asuv Südame- ja Veresoonkonna Patoloogia Komitee.

Konverentsi avas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige A. Mjasnikov, kes rõhutas südame- ja veresoonkonna patoloogia järjest kasvavat tähtsust kaasaegses meditsiinis. Seoses sellega kerkis üles spetsiaalse Üleliidulise Kardioloogia Seltsi asutamise küsimus.

Ettekandes «Müokardi infarkti patogenees» märkis A. Mjasnikov, et ei saa paralleele tõmmata ateroskleroosi raskuse ja infarkti tekke vahele, vaid infarkti geneesi puhul tuleb arvestada teisi tegureid, nagu pärgveresoonte kollateraalse vereringe seisundit, südamelihase funktsionaalset ülekoormust, kestvat neuro-psüühilist pingutust (teaduslikel töötajatel näiteks esineb infarkti umbes 3 korda sagedamini kui töölistel). Kesknärvisüsteemi osatähtsust demonstreerivad loomadega tehtavad katsed: aju kindlate piirkondade ärritamisega õnnestub esile kutsuda muutusi südamelihases, kusjuures algul täheldatakse staasi pärgveresoontes, hiljem nende spasmi, nekrootiliste kollete arengut ning armistumist hilisemal perioodil. Ka vere antikoaguleerivate mehhanismide pärssumus tekib kesknärvisüsteemist lähtuvate impulsside mõjul.

A. Smoljannikov rääkis kollateraalse vereringe tähtsusest müokardi infarktiga haigetel. Pärgarterite stenoseeriva skleroosi ja pikaajaliselt kulgevate spasmide puhul areneb tavaliselt kollateraalne koronaarringe, millel on väljakujunenud infarkti puhul kompensatoorne tähtsus, takistades transmuraalse infarkti teket.

Müokardi infarkti kliinikul peatus P. Lukomski. Ta rõhutas makroinfarkti

ja mikroinfarkti (ehk peenekoldelise infarkti) diferentsimise vajadust; selleks soovitas määrata vere transaminaasi ja aldolaasi aktiivsust ning C-reaktiivset valku. Antikoagulantidega ravimisel tuleks tähelepanu pöörata maoverejooksude tekke võimalusele infarktihaigetel.

V. Vinogradovi ja V. Popovi ettekanne oli pühendatud ägeda kardiovaskulaarse puudulikkuse ravile. Puudub paralleelsus infarkti suuruse ja kollapsi raskuse vahel. Sageli tekib kollaps äkki. Ägeda kollapsi raviks soovitati kasutada mesatooni kombinatsioonis adrenaliiniga. E. Tšazov käsitles koronaarse tromboosi ravi fibrinolüsiiniga ja teiste antikoagulantidega.

Akadeemik A. Bakulev esitas andmeid koronaarse puudulikkuse ja müokardi infarkti operatiivse ravi headest tulemustest *a. mammaria interna* ligatuuri kasutamise puhul. B. Petrovski rääkis südame postinfarktsete aneurüsmide diagnoosimisest ja ravist. Et postinfarktsete aneurüsmide puhul on reaalne trombemboolia ja aneurüsmi ruptuuri oht, siis niisugustel juhtudel õigustab end operatiivne ravi — aneurüsmi resektsioon koos vahelihase plastilise operatsiooniga (diafragmalapi asetamine südamele).

Müokardi infarkti profülaktika alal tõstis Z. Volõnski esile järgmisi põhiprintsiipe: 1) üldist veresoonte haiguste profülaktikat, 2) ateroskleroosi ja hüpertooniatõve progresseerumise vältimist ja 3) infarktieelse seisundi ravi. Infarktieelses seisundis on soovitatav pikaajaline antikoagulantide (eriti dikumariin) kasutamine, hapnikuravi rakendamine ning radioaktiivse joodi tarvitamine jne.

Z. Janušk evitšius rõhutas fibrinolüsiini efekti müokardi infarkti varajasel ravil (juba esimeste tundide jooksul); selliselt ravitud haigetel näitab EKG paranemise dünaamikat juba esimese ööpäeva vältel.

I. Tšernogorov tutvustas uusi stenokardia ravimise viise — südamelihase fermentatiivsete biokeemiliste protsesside mõjustamise teel. Ta saavutas häid tulemusi iprasiidi ja felasiiniga ravimisel.

E. Šmidt esitas uusi andmeid aju ja koronaarvereringe häirete vastastikuste suhete, nn. kardiotserebraalse sündroomi kohta. Täheldati järgmisi sündroomivorme: 1) infarkti teket ajuinsuldiga haigetel (eriti sageli aju hüpotalaamilise piirkonna kahjustuse puhul), 2) tserebraalsete häirete teket infarktihaigetel (peavaludest kuni insuldini), 3) infarkti ja insuldi arenemist paralleelselt. Kardiotserebraalse sündroomi puhul tuleb olla ettevaatlik antikoagulantide manustamisega.

Uue diagnoosimismeetodi — koronarograafia — kliinilist rakendamist käsitles J. Petrosjani ja L. Zingermani ettekanne. M. Maršak ja A. Trubetskoi esitasid andmeid müokardi verevarustuse ja neurogeense isheemia mehhanismide kohta eksperimentaalse infarkti puhul. M. Raiskina leidis äkksurma patofüsioloogiliste mehhanismide uurimisel müokardi eksperimentaalse infarkti puhul, et müokardi isheemia põhjustab südame erutatavuse suurenemist ning võib reflektoorselt tekitada vatsakeste fibrillatsiooni. Infarktihaigete ravist alaägedas perioodis rääkis A. Gefter.

Ettekannetele järgnes palju sõnavõtte. D. Primak märkis sõnavõtu korras, et oluline tegur infarktipuhuse koliapsi patogeneesis on hematoparenhümatoosse barjääri permeaabluse suurenemine. Käsitles vereringe ja lümfiringe vastastikuste suhete häirumist ning selle tagajärjel tekkivat hüpoksiat, mida tuleb arvestada rasionaalsel ravimisel. B. Kušelevski soovitas pärast teistkordset infarkti läbipõdemist edaspidi kogu aeg antikoagulante tarvitada. N. Kuršakov nimetas müokardi infarkti «*vagus*'e neuroosiks», mistõttu on ka seletatav atropiini soodne toime. A. Bakulev rõhutas vajadust ravida infarktihaigeid spetsialiseeritud osakondades. Paljud sõnavõtjad olid põhjendatult selle vastu, et infarktihaigeil teostataks kirurgilist ravi ägedas järgus. Mõned neist soovitasid müokardi infarkti profülaktikas rakendada A- ja E-vitamiini kui kapillaare laiendavaid vahendeid ja nikotiinhapet kui koagulatsioonivastast tegurit.

I. Rõvkin informeeris Üleliidulise Kardioloogia Seltsi asutamisest. Konverents võttis vastu resolutsiooni seltsi teadusliku programmi kohta, milles on ette nähtud seltsi eesmärgid: ateroskleroosi, müokardi infarkti, hüpertooniatõve, stenokardia, südameklapirikete, kardiovaskulaarse puudulikkuse ja teiste südame- ning veresoonkonna haiguste uurimine. Järgnevalt valiti Üleliidulise Kardioloogia Seltsi juhatus, revisjonikomisjon ning auliikmed. Seltsi auliikmeteks valiti N. Anitškov, A. Bakulev, V. Vinogradov, P. Kuprijanov, N. Savitski, G. Speranski, V. Zelenin.

Konverentsist võttis osa 272 delegaati ning ligi 100 külalist, kelle seas oli ka arste Bulgaariast ja Tšehhoslovakkiast. Pärast konverentsi tööd toimus kardioloogia-alaste filmide demonstreerimine, oli korraldatud näitus südame- ja veresoonkonna uurimise meetoditest, külastati kliinikuid.

II üleliiduline kardioloogia-alane konverents otsustati läbi viia 1965. aastal.

B. Schamardin

Tähtpäevad

A. NORDBERG 60-AASTANE

1. mail tähistati Tallinna Vabariikliku IV Haigla peaarsti ja ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetaja arstiteaduse kandidaadi Anton Adami p. Nordbergi 60. sünnipäeva.

A. Nordberg sündis 1. mail 1903 Paides. Noorukina töötas ta mitmesugustel aladel ja õppis maakorralduse kursustel Võšni-Volotšokis.

1925. a. kutsuti A. Nordberg Punaarmee ridadesse (Baltimere sõjalaevastikku), kust ta astus S. M. Kirovi nimelisse Sõjaväe-Meditsiini Akadeemiasse, mille lõpetas 1932. aastal. Pärast akadeemia lõpetamist teenis juubilar mitmetes väeosades sõjaväearstina. 1938. aastal viibis S. M. Kirovi nimelise Sõjaväe-Meditsiini Akadeemias üheaastasel täienduskursusel otorinolarüngoloogia alal.

Suure Isamaasõja ajal teenis A. Nordberg eesti rahvusväeosades ja 1942.—1946. a. oli ta 8. Eesti Laskurkorpuse 7. diviisi 86. üksiku meditsiinilise sanitaarpataljoni komandör.

Pärast Suure Isamaasõja lõppu töötas juubilar ligi 3 aastat (1946.—1948.) Tarbekunsti Instituudis vanemõpetajana, 1948. aastal läks A. Nordberg tervislikel põhjustel erru. Seejärel töötas lühemat aega Pärnu kuurordis sanatooriumi peaarstina, kust 1948. aastal määrati Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitjaks. 1959. aastal määrati A. Nordberg Tallinna Vabariikliku IV Haigla peaarstiks, kus töötab ka käesoleval ajal.

1953. aastal kaitses A. Nordberg Moskvas Arstide Täienduse Keskinstituudi juures kandidaadiväitekirja. Seejärel hakkas A. Nordberg uurima Eesti tervishoiu organisatsiooni ajalugu. Sel alal on tema sulest ilmunud rohkesti töid.

Teenete eest Suures Isamaasõjas on teda autasustatud Punalipu ordeniga ja kahe Punatähe ordeniga ning medalitega.

Juubeli puhul autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium A. Nordbergi aukirjaga.

Vabariigi meditsiinitöötajad, kes tunnevad juubilari tasakaaluka, rahuliku, tagasihoidliku ja tõsise töömehena, soovivad talle head tervist ja töötahet veel paljudeks aastateks.

Kaastöötajad

KIRILL KLENSKI 50-AASTANE

23. aprillil 1963 tähistati Eesti NSV Teaduste Akadeemia bioloogia- ja meditsiiniteaduste osakonna teadusliku sekretäri Kirill Sergei p. Klenski 50. sünnipäeva.

K. Klenski tegevus meditsiini alal on olnud mitmekesine. Pärast nõukogude võimu kehtestamist Eestis töötas ta üliõpilase-praktikandina Narvas Kreenholmi Manufaktuuri haiglas. Suure Isamaasõja perioodil suunati ta Riikliku Evakueerimise Komisjoni käsutusse, seejärel kuni mobiliseerimiseni töötas K. Klenski Samarkandi tuberkuloosihaiglas. 1943. aastani teenis ta Nõukogude armees velskrina ning hiljem kutsuti Moskvasse Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogusse. Paralleelselt õpingutega Moskva II Meditsiini Instituudis võttis ta inspektorina aktiivselt osa Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi tööst meditsiinikaadri komplekteerimise ja meditsiinilise varustuse hankimise alal, mis oli ette nähtud peatselt fašistlikust okupatsioonist vabastatava Eesti NSV jaoks.

Äsja blokaadist vabanenud Leningradis tegi K. Klenski Arstide Täiendusinstituudi juures läbi spetsialiseerumise kursuse epidemioloogia ja tervishoiu organisatsiooni alal. 1944. a. juulis määrati ta Valgamaa operatiivgrupi tervishoiuosakonna juhatajaks ja pärast Valga linna vabastamist sanitaar-epidemioloogia jaama juhatajaks. 1945. a. töötas K. Klenski Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi Nakkushaiguste Vastu Võitlemise Valitsuses, siis 1947. aastani Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogus tervishoiu ja sotsiaalkindlustuse grupis. Sama aasta oktoobrikuus võeti juubilar vastu NLKP ridadesse. Seejärel siirdus K. Klenski Tartusse, kus oli Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja Tartu osakonna juhatajaks. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetas juubilar 1950. a. Samal aastal astus ta aspirantuuri, kuid kutsuti uuesti NSV Liidu Relvastatud Jõudude teenistusse, kus töötas väeosa vanemarstina. Pärast demobiliseerimist töötas ta 1956.—1961. aastani Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis teadusliku sekretärina. Käesoleval ajal on ta Eesti NSV Teaduste Akadeemia bioloogia- ja meditsiiniteaduste osakonna teaduslikuks sekretäriks.

Juubilar on aktiivselt osa võtnud ka ühiskondlikust tegevusest, eriti parteitöö alal ja Punase Risti Seltsis. Ta on palju ära teinud teadusliku meditsiinilise kirjanduse tõlkija ja redigeerijana. Käesoleval ajal teeb ta kaastööd ka ajakirjale «Nõukogude Eesti Tervishoid».

K. Klenskit on autasustatud medaliga «Töövapruse eest Suures Isamaasõjas».

Soovime juubilarile jätkuvat indu, tervist ja jõudu edaspidiseks tööks.

Kolleegid

EESTI NSV TEENELINE ARST KONSTANTIN PEDUSSAAR 80-AASTANE

14. aprillil tähistas Eesti NSV teeneline arst Konstantin Pedussaar 80. sünnipäeva.

Juubilar sündis 1883. a. Leningradis (tolleaegses St. Peterburis) ametniku perekonnas. Pärast keskkooli lõpetamist jätkas ta 1904. a. õpinguid Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. 1912. a. asus Tallinnas tööle Vene-Balti Laevaehitustehase arstina. Samal ajal oli ta ka praktiseerivaks arstiks. Esimese maailmasõja ajal (aastail 1914—1918) töötas K. Pedussaar Vene Punase Risti Tallinna hospidalis ordinaatorina. 1918. aastal siirdus ta tööle Tallinna tervishoiuosakonda, kus oli arstiks ja kooliarstiks 1944. aastani.

Alates 1944. a. oli ta Tallinna I Abihaigla (hiljem Tallinna Linna III Haigla) juhatajaks. 1947. aastast töötas ta Vabariiklikus Tallinna Onkoloogia Dispanseris. K. Pedussaar võttis aktiivselt osa onkoloogiaasutuste võrgu loomisest ja väljaarendamisest vabariigis, töötades dispanseris oskonnajuhatajana ja ordinaatorina kuni vanaduspensionile siirdumiseni (1959. a.).

K. Pedussaar paistis tööülesannete täitmisel silma erilise kohusetundlikkuse, täpsuse ja kõrge kutse-eetikaga. Vaatamata kõrgele eale on juubilar endiselt tarmukas, tundes huvi nii meditsiini küsimuste kui ka oma kõrvalharrastuse— vanade keelte — vastu.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 1945. a. anti K. Pedussaarele teenelise arsti aunimetus ja aukiri.

Soovime lugupeetud juubilarile veel paljudeks aastateks head tervist ja reipust.

Kolleegid

PROVIISOR M. SOOLO 70-AASTANE

30. juunil s. a. tähistab Tallinna apteegi nr. 1 juhataja asetäitja Mari Soolo 70. sünnipäeva ja ühtlasi 48-aastase töö juubelit.

M. Soolo sündis 30. juunil 1893. a. Suure-Jaani kihelkonnas Enge külas talupoja tütrena.

Juubilar lõpetas Tartu ülikooli farmaatsiaosakonna 1925. aastal. Samal aastal asus ta tööle Tallinna Ühise Haigekassa apteegis (praegu apteek nr. 1) selle asutamisest alates. Siin töötab M. Soolo kuni senini apteegi juhataja asetäitjana, välja arvatud lühike ajavahemik 1941—1942, mil ta oli praeguses Tallinna Farmatseutilises Tehases osakonnajuhatajaks ja 1951—1955, mil ta viidi ajutiselt üle apteek nr. 2 juhataja asetäitjaks.

Otsese kutsetöö kõrval on ta tegutsenud pedagoogilisel alal, olles aastaid lektoriks Punase Risti Seltsi meditsiiniõdede kursustel ja õppejõuks Tallinna Meditsiinilises Koolis. Samuti on M. Soolo pidevalt juhendanud farmaatsiaosakonna üliõpilasi.

Eesti NSV apteekide töötajad tervitavad juubilari tähelepanuväärse tähtpäeva puhul ja soovivad talle nooruslikku indu ja pikka iga.

Kaastöötajad

Küsimusi ja vastuseid

KUIDAS TEHA SÜDAME MASSAAŽI?

Südame massaažiks kasutatakse kahte põhilist meetodit: otsest ehk rindkeresisest massaaži ja kaudset ehk rindkerevälist massaaži Kouwenhoveni järgi intaktse rindkere puhul. Nendest esimest on kodumaises kirjanduses detailselt kirjeldatud (В. А. Неговский, Оживление организма и искусственная гипотермия, М., 1960; П. К. Дьяченко, В. М. Виноградов, Частная анестезиология, Л., 1962, стр. 324—328 jt.). Meetod seisneb südame vatsakeste rütmilises käega kokkusurumises keskmiselt 60 korda minutis tavaliselt läbi vasakpoolse torakotoomia-ava. Viimane tehakse võimalikult kiiresti 4.—5. roidevahemikus, vajaduse korral aseptikanõudeid rakendamata, sest taaselustamise püsiv efekt on reaalne vaid siis, kui massaaži alustatakse hiljemalt 3. minutil (maksimaalselt 4.—5. minutil) pärast kliinilise surma tekkimist. Meetodi eelisteks on massaaži suur efektiivsus ning võimalus visuaalselt diferentsida südameseiskust vatsakeste fibrillatsioonist ilma EKG-ta. Meetodi tõsiseks puuduseks on müokardi tugev mehaaniline traumeerimine, millest sugenevad sageli laialdased verevalumid koos südametegevuse uue lakkamisega. Seetõttu on ka südametegevuse primaarse taastumise puhul, mida saavutatakse enamikul juhtudest, püsiva efekti sagedus (haige tervistumine) üsna vähene. Südamelihase traumeerimise kõrval on meetodi puuduseks ka pleuraõõne infitseerumise võimalus koos sellest tulenevate komplikatsioonidega.

Sellistel kaalutlustel on viimase kahe aasta jooksul pälvinud järjest enam tähelepanu südame massaaž Kouwenhoveni järgi rindkereõõnt avamata. Selleks asetatakse rinnakule veidi kõrgemal mõõkjätkest ühe käe randme peopesapoolne pind ning suurema jõudluse saavutamiseks toetatakse sellele teine käsi. Niimoodi asetatud kätega surutakse jõuliselt ja järsult (vältida roietemurde!) rinnakule 60—80 korda minutis. Süda surutakse sellega rinnaku ja lülisamba vahele ning ta tühjeneb verest. Surve rinnakule lõpetatakse järsult. Rindkere laieneb oma elastsuse tõttu ning rindkereõõnes tekib negatiivne rõhk. Viimane soodustab venoosset juurdevoolu südamele. Küllalt energilise massaaži puhul on ka lakanud südametegevuse ajal pulss suurtel arteritel selgesti palpeeritav.

Loomulikult tuleb massaaži ajal teha pidevalt kunstlikku hingamist, mille meetoditest on parim kopsude ventilatsioon endotrahheaalse intubatsioonitoru vahendusel. Kui selleks võimalused puuduvad, on kõige ratsionaalsem «suu-suul» meetod või selle modifikatsioonid. Sissehingamise faasis on otstarbekas üks massaažitsükkel vahele jätta, et mitte takistada kopsude täitumist õhuga. Südame massaaž Kouwenhoveni järgi koos «suu-suul» hingamise (või selle mõne modifikatsiooniga) on teostatav ka üheainsa isiku poolt, milleks vahelduvad 3—5 massaažitsüklit ühe kunstliku hingamise aktiga.

Südame massaaži kaudse meetodi puudusteks on vastunäidustatus rindkere seina vigastuse või lahtise pneumotooraksi puhul, samuti raskused südameseisaku diferentsimisel fibrillatsioonist (vajalik EKG). Vastukaaluks sellele on aga rida eeliseid: müokardi minimaalne traumeerimine küllaldase tsirkulatoorse efekti juures, pleuraõõne infitseerumise ohu puudumine, rakendatavus igasuguse geneesiga äkksurmade puhul (müokardi infarkt, mehaaniline trauma jne.) ning igas situatsioonis ilma mingisuguste abivahenditeta. Viimane asjaolu on vast kõige olulisem ning muudab meetodi eriti hinnatavaks väljaspool kirurgiaosakonna miljööd tekkivate äkksurmade puhul, samuti terminaalses seisundis viibiva haige transportimisel.

Südame massaaži rakendamise näidustuseks (koos teiste reanimatsioonivõtetega) on vereringe järsk lakkamine igasuguse geneesiga äkksurmade korral, mille puhul kahjustuse iseloom ja ulatus ei muuda võimatuks elutegevuse taastumist.

(M. Kivilo, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri anestesioloog).

Referaate

Elamus esinev tuvidega seotud ornitoosipuhang. Л. А. Вишнякова, Б. И. Мейтин, М. И. Полесицкая (Домовая вспышка орнитоза, связанная с голубями). Риккетсиозы. Болезни с природной очаговостью. Труды Ленинградского ин-та ЭМ им. Пастера, Л., 1961, 267—272.

Leningradis uuritud tuvidest osutus üle poole ornitoosist nakatunuiks. Nendel lindudel avastati 1960. a. 6 ornitoosiviiruse tüve.

1960. a. kevadel registreeriti Leningradis ühes Smolnõi rajoonis asuvas elamus 7 ornitoosi haigestumise juhtu, kusjuures 6 isikut pärinesid ühest ja samast ning 1 haige naaberkorterist. Haigestumine toimus alates 18. maist kuni 6. juunini. Haiged töötasid kõik erinevates kohtades, neil polnud midagi ühist kutsetöös. Haigus algas järsku temperatuuri tõusuga, tuimade valudega kogu kehas ja rindkere piirkonnas ning kuiva köhaga. 4 isikul tekkisid 3—4 päeva kestel prodromaalnähud, mis avaldusid nõrkustundes ja peavaludes. Palavik kestis 4.—17. päevani; pärast temperatuuri langust täheldati veel õhtuti selle subfebriilset tõusu (18.—32. päevani). 6 haigel esines koldeline kopsupõletik (5-l parempoolne, alumises sagaras). Ilmseid südame-vereringe kahjustusele viitavaid tunnuseid ei esinenud. Vere uurimisel sedastati esimesel nädalal enamikul juhtudel SR kõrgenemist (18—53 mm 1. tunnil), leukotsüütide arv oli normaalne, mõnel juhul kallakuga leukopeeniale. Haigestumise keskmine kestus oli 30 päeva.

Raviks kasutati mitmesuguseid antibiootikume, peamiselt biomütsiini ja tetratsükliini.

Spetsiifilised antikehad avastati komplemendi sidumise reaktsiooniga peamiselt teisel ja kolmandal haigusnädalal (tiitrites 1:8 kuni 1:32), kusjuures kolmandal ning neljandal nädalal täheldati mõnedel haigetel juba antikehade tiitri langust, mis on seletatav antibiootikumide intensiivse kasutamisega. Vere ja kurgulima viroloogilised uurimised jäid negatiivseks.

Puhangu pikaldane kestus (esimesest haigestumisest viimase haigestumiseni kulus 20 päeva) ja haigestumine perekonnas 1—3-päevaste vaheaegadega viitas mingi püsiva nakkusallika olemasolule või haiguse kontaktsele levikule. Seejuures tuli arvestada, et ornitoosi levikut inimeselt inimesele esineb väga harva.

Haigusallikana kahtlustati tuvisid, kes arvukalt elunesid antud majas ja naaberelamuis. Tuvide pesitsemist soodustasid seintes asuvad horisontaalsed ventilatsioonikäigud, mis avanesid elutubadesse, sest välisseintel asuvate avade kaitsevõred (ava suurus oli 20×20 sm) olid aja jooksul purunenud.

Maja ümbrusest püüti kinni 19 tuvi. Tuvide seroloogilisel uurimisel avastati 7 linnul komplementi siduvad antikehad tiitrites 1:8 kuni 1:128. Lahangul esines mõnel tuvil põrna suurenemine.

Kui mitme uurija arvates ornitoosi antikehade leidumine tuvidel tiitris 1:16 ja rohkem viitab nakkuse aktiivsele faasile, siis tuleb kirjeldatud puhangu nakkusallikaks pidada tuvisid.

Kodutuvide uurimise tulemus ornitoosi suhtes Moskvas ja selle ümbruses.

Чжоу Куэнь (Результат исследования сизых голубей на орнитоз в Москве и ее окрестностях). Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1962, 3, 115—117.

Ornitoosi avastamiseks Moskva ja selle ümbruskonna tuvidel uuris autor 1960. a. 324 poolmetsikult elunevat kodutuvi. Tuvid olid püütud 10 erinevast kohast.

Mitte hiljem kui 2—3 päeva pärast püüdmist võeti tuvide südamest verd, millest eraldati seerum. Seerum säilitati —20° temperatuuri juures. Uurimisel kasutati komplemendi sidumise reaktsiooni. Spetsiifilisi antikehi avastati 324 uuritud tuvist 112 linnul 1:8 ja kõrgemates tiitrites. Seega oli ornitoosi nakatunud 34,5% uuritud tuvidest. Nakatunud tuvisid leidus igas uuritavas rajoonis. Eriti kõrge nakatuvus esines Riia vaksali ja Taganskaja väljaku piirkonnast püütud tuvidel. Esimesest kohast püütud 48 tuvist sedastati ornitoosi 29-l ja väljakult püütud 72 linnust oli nakatunud 33. Selline tuvide kõrge nakatumine ornitoosi viitab ka inimeste haigestumise võimalikkusele. 1960. aastal avastatigi inimeste nakatumisjuhte tuvidest. Seda illustreerib järgmine näide.

Botkini-nimelisse haiglasse hospitaliseeriti 17. II 1960. a. haiged M. ja T. (mees ja tema naine), diagnoos: gripp ja kahtlus Q-palaviku esinemise suhtes. Naine haigestus 10. II, mees — 11. II.

Haigel T. tekkis isupuudus. 11. II alates esinesid külmavärinad, tugev peavalu, halb uni, kõhukinnisus, kuiv köha. Temperatuur kõikus 38—39° piires. Kliinilisel uurimisel leiti haigel kopsudes üksikuid niiskeid räginaid vasakul ja rohkeid räginaid paremal abaluualuses piirkonnas. Keel kergelt kaetud, kurk kergelt pune-

tav. Maks ja põrn olid kombeldavad roidekaare piiril. Wrighti, Widali, Weil-Felixi, Huddlesoni ja Burneti reaktsioonid negatiivsed. Röntgenoloogilisel uurimisel leiti kopsudes hõrgalt väljendunud põletikuline reaktsioon.

Haigel M. oli haigestumise algus analoogiline. Kopsude koputlemisel täheldati tal alumistes osades sümmeetriliselt esinevat kõla lühenemist. Kuulatlemisel esinesid paremal kogu kopsu ulatuses kõlavad, niisked, peenemullilised räginad. Keel paksenenud, kaetud. Põrn ja maks olid kombeldavad roidekaare piiril. Seroloogilised uurimised brutselloosi ja Q-palaviku suhtes negatiivsed.

Kliiniliste ja röntgenograafiliste andmete põhjal oletati haigetel ornitoosi esinemist. Epidemioloogilisel uurimisel selgus, et patsient M. oli 1960. a. jaanuarikuus toonud koju tänavalt leitud haige tuvi, kel esines kõhulahtisus. Perekonnas oli ainult 2 isikut, mees ja naine, kes mõlemad hoolitsesid tuvi eest. Lind paranes ja lasti uuesti vabadusse. Kuigi tuvi ei olnud võimalik uurida, võis tal oletada ornitoosi. M. ja T. ei pidanud tuvi põetamisel kinni hügieeninõuetest. Haigetele sooritatud nahasisene proov ornitoosi allergeeniga osutus positiivseks.

Lähtudes ornitoosi sagedasest esinemisest tuvidel, on tõenäoline, et ornitoosi haigestub palju rohkem inimesi, kui seda registreeritakse. Et meditsiinitöötajad ei ole veel küllaldaselt tuttavad ornitoosiga, siis nähtavasti diagnoositakse sageli ornitoosi teiste haigustena.

Ref. H. Pihl

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 7. märtsil 1963 Tallinna Vabariikliku Haigla ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla 1962. aasta tööd, kusjuures kuulati ära Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehe ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla peaarsti M. Bostoni ettekanded. Kolleegium märkis, et mõlema haigla töö on paranenud.

Vähe pannakse rõhku osakonnajuhatajate kvalifikatsiooni tõstmisele. Mõnede osakondade juhatajad ei ole kordagi osa võtnud kvalifikatsiooni tõstmise kursustest.

Ebarahuldavalt on mõlemates haiglates korraldatud meditsiinitöötajate dispanseerimine. Tallinna Vabariiklikus Haiglas toimub ortopeediliste haigete ravi ebarahuldavalt. Esineb järjekordi. Tõsiseid puudusi märgiti Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonna töös, mille tulemuseks on suur haigestumus vastsündinute hulgas.

Kolleegium kohustas Tallinna ja Tartu vabariikliku haigla peaarste võtma tarvitusele konkreetsed abinõud puuduste likvideerimiseks.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas oma istungil 14. märtsil 1963 tervishoiuasutuste kapitaalehituste plaani täitmist 1962. a. ning kapitaalehituste küsimust 1963. a. Ettenähtud plaani kohaselt pidi käiku minema 4 haiglat ja ekspluatatsiooni antama olemasolevate haiglate peale- ja juurdeehitused — kokku 555 voodikohta.

Tegelikult anti ekspluatatsiooni 4 haiglat 500 kohaga ehk 91% plaanis ettenähtud arvust.

Võlglasteks jäid Eesti NSV Kommunaalmajanduse ja Elanikkonna Teenindamise Ministeeriumi ehitusorganisatsioonid (55 voodikohta).

Käesoleval aastal alustatavateks suurematеks ehitusteks on Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser ja Tartu Kliinilise Haigla uus korpus.

Kapitaalremondi summade arvel tuleb ekspluatatsiooni anda Vabariiklikus Sõmeru Tuberkuloosi Sanatooriumis 200 voodikohta, Lõhavere haigla ning kohandada haiglateks endised rajoonide parteikomitee hooned Elvas, Vändras, Abjas, Märjamaal ja Keilas.

Kolleegium kohustas kapitaal-ehitusosakonna ülemat J. Kivimäge nõudma, et ettevõtteorganisatsioonid esitaksid tööde kohta graafikud hiljemalt 1. aprilliks 1963, samuti nõudma projekteerimisorganisatsioonidelt projekteerimistööde lepingute sõlminimist ja kontrollima lepingus toodud tähtaegadest kinnipidamist. Erilise kontrolli alla tuleb võtta 1963. a. kogu vabariigis käikuminevate haiglate ehitustööd.

Administratiiv-majandusosakonna ülemal R. Eriksool koos kapitaal-ehitusosakonna ülema J. Kivimäega tuleb välja töötada abimajandite ehituste perspektiivplaan käesoleva seitseaastaku ulatuses.

Kolleegium tegi ettepaneku ENSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariiklikule komiteele ja teistele ühiskondlikele organisatsioonidele luua ehitusplatsidel ühiskondlikud kontrollpostid, kes jälgivad plaani täitmist ja tööde kvaliteeti.

A. Kaldma

OPERATSIOONIÕDE J. LING 50-AASTANE

14. märtsil 1963 sai 50-aastaseks Kingissepa Linna Haigla operatsiooniõde Juuli Ling.

Ta sündis Muhumaal Linnuse külas talupidaja perekonnas. 1941. aastal asus ta tööle Kuressaare haiglasse sanitarina, kus täiendas pidevalt oma meditsiinialaseid teadmisi, paistis silma tööarmastuse ja hoolsusega. 1. oktoobril 1945 edutati teda meditsiiniõe kohusetäitja ametikohale. Kui 1947. aastal organiseeriti Eesti NSV Punase Risti Seltsi Saaremaa Komitee juurde meditsiiniõdede kursused, siis lõpetas need edukalt 1948. aastal ka J. Ling.

Sellest ajast alates töötab ta operatsiooniõena.

J. Ling on suurte kogemuste ja kõrge erialase eruditsiooniga operatsiooniõde. 22-aastase töötamise vältel Kingissepa Linna Haiglas on J. Ling leidnud kaastöötajate hulgas suurt poolehoidu. Talle on korduvalt kiitust avaldatud tervishoiuosakonna juhataja ja haigla peaarsti käskkirjadega.

Soovime, et juubilaril jätkuks veel paljudeks aastateks tervist, entusiasmi ja armastust oma töökohuste täitmisel.

A. Haavel

TEENITUD VANADUSPUHKUSELE

Tallinna Stomatoloogilise Polikliiniku kollektiiv saatis käesoleva aasta maikuus teenitud vanaduspuhkusele oma kauaaegse töötaja hambatehnik-proteesija A. Rochlini.

Odessa hambaproteesimise kooli lõpetamise järel 1905. aastal töötas Afroim Rochlin esialgu Valgevenes. 1907. aastal, siirdunud Tallinna, oli ta üks vähestest hambaproteesijatest tolleaegses Eestimaa kubermangus. Töötanud mõned aastad iseseisvalt, sai A. Rochlinist haigekassa hambatehnik.

Suure Isamaasõja perioodil töötas ta Nižni Tagili evakuatsioonihospidalis. 1944. aastal naases A. Rochlin Tallinna, kus läks tööle Tallinna Stomatoloogilisse Polikliinikusse (tollal hambaproteesimise laboratoorium).

Paljude tööaastate kestel on A. Rochlinit autasustatud ametiühinguorganisatsiooni aukirjadega ja avaldatud kiitust Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjades, samuti on talle avaldatud tänu nii töökoha kui ka patsientide poolt. Aktiivse ühiskondliku töötaja ja tähelepaneliku seltsimehena on A. Rochlin võitnud üldise lugupidamise.

Soovime talle püsivust ja tervist veel paljudeks eluaastateks.

Tallinna Stomatoloogilise Polikliiniku kollektiiv

VILJANDI LINNA HAIGLA ÕDEDE NÕUKOGU TÖÖST 1963. AASTAL

Viljandi Linna Haigla õdede nõukogu jätkab kesk- ja nooremale meditsiinipersonalile loengute korraldamist, kus referaatidega esinevad arstid ja õed.

Käesoleva aasta esimese poole loengute plaani kohaselt tuleb õdedele rääkida vereülekannetest ning vereülekannete tüsistuste ravist, karantiini tähtaegadest nakkushaiglas, desinfitseerivate lahuste valmistamisest, kateteriseerimistehnikast, hormooniravist, struumast, angiinidest, reumast ja selle profülaktikast.

Noorema meditsiinipersonali loeng-õppuste teemaks on raskesti haigete põetamine, sanitari käitumine ametikohustuste täitmisel ja väljaspool haiglat, töö palatis jne.

Kavas on korraldada ülerajooniline keskharidusega meditsiinitöötajate konverents.

Peale loengulise töö jätkub haigla osakondade, polikliiniku ja lastesõimede kontrollimine. Samuti jälgib õdede nõukogu õppeedukust ning seda, et töögraafik ei takistaks õppetööd.

K. Sossi

UUSI ARSTITEADUSE KANDIDAATE

Käesoleva aasta 25. aprillil kaitsesid oma väitekirja Eesti NSV Teaduste Akadeemia bioloogia- ja meditsiiniteaduste nõukogu ees kolm teaduslikku töötajat Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist.

Luule Terase töö teemaks oli «Rutiini, teelehtedest saadud P-vitamiini ja katehhiinide puhastatud preparaadi toimest maksa- ja lihaskoe hingamisele». Uurimust juhendas Eesti NSV Teaduste Akadeemia korrespondeeriv liige professor I. Sibul. Oponendid olid arstiteaduse doktor F. Lepp ja farmaatsiadoktor A. Siim.

«Kopsutuberkuloosiga haigete organismi reaktiivsuse võrdlev uurimus ravi vältel neerupealiste koore funktsionaalse seisundi määramise abil» oli Jaan Karusoo dissertatsiooni teemaks. Nimetatud tööd juhendas arstiteaduse doktor F. Lepp. Oponentideks olid arstiteaduse doktor I. Sibul ja arstiteaduse kandidaat H. Sillastu.

Hubert Kahni dissertatsiooni pealkirjaks oli «Etüleendiamiintetraäädikhappe kaltsium-dinaatriumsoola ($CaNa_2$) efektiivsusest krooniliste pliimürgistuste ravimisel». Tööd juhendas Leningradi Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi professor M. Kovnatski. Oponentideks olid arstiteaduse doktor M. Kask ja dotsent K. Kõrge.

Kõik kolm dissertatsiooni väärivad tähelepanu nii teooria kui ka praktika seisukohast.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia bioloogia- ja meditsiiniteaduste nõukogu andis L. Terasele, J. Karusoole ja H. Kahnile arstiteaduse kandidaadi kraadi.

H. Tammik

VANEMA TEADUSLIKU TÖÖTAJA NIMETUSED

Eesti NSV Teaduste Akadeemia esildusel kinnitas Kõrgem Atestatsiooni Komisjon vanema teadusliku töötaja nimetuse järgmistele NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi töötajatele:

Lii Jannusele — tuberkuloosi erialal, Georg Loognale — patoloogilise anatoomia erialal, Arvid Lutsule — otorinolarüngoloogia erialal, Imanta Maripuule — kutsehaiguste erialal ja Ingeborg Veldrele — hügieeni erialal.

G. Loogna

UUEST BCG-mise METOODIKAST

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 290 (11. VI 1962) alusel toimub kõigis liiduvabariikides üleminek tuberkuloosivastase vaktsineerimise seniselt peroraalselt ja perkutaanselt meetodilt intrakutaansele meetodile. Uue meetodi eeliseks on täpne doseeritavus, ökonoomsus ja kõrge efektiivsus. Postvaktsinaalne tuberkuliin-allergia püsib selle meetodi puhul tunduvalt kauem, mõnede autorite arvates kuni 15 aastat. Vastavalt sellele pikenevad edaspidi ka revaktsineerimise tähtajad. Immuunsuse väljakujunemise kriteeriumiks on vaktsiini sisseviimise kohale tekkiv lokaalne reaktsioon paapuli näol, mis püsib 2—3 kuud.

Esimestena Eesti NSV-s alustati intrakutaanse vaktsineerimisega Tallinna haiglate sünnitusosakondades. 1962. a. järgnesid neile Tartu, Pärnu, Narva ja Kohtla-Järve sünnitusosakonnad. 1963. a. toimub vastav ettevalmistus üleminekuks intrakutaansele vaktsineerimisele kogu Eestis nii vastsündinute kui ka vanemaealiste laste seas.

I. Einas

TALLINNA HAIGLATE UUED NIMETUSED

Vastavalt Tallinna Linna TSN Täitevkomitee otsusele nr. 122 (26. aprillist 1963) muudeti Tallinna haiglate nimetused. Nii nimetati Tallinna Linna II Haigla — Tallinna Tõnismäe Haiglaks ja Tallinna Linna III Haigla — Tallinna Harjumäe Haiglaks. Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haigla uueks ametlikuks nimetuseks on Tallinna Pelgulinna Haigla, Tallinna Kallavere Linnahaigla nimetuseks aga Tallinna Kallavere Haigla.

Samuti muudeti lastehaiglate nimetused. Tallinna Linna Laste Nakkushaigla on nüüd Tallinna Merimetsa Haigla, Tallinna Lastehaiglat aga nimetatakse otsuse alusel — Tallinna I Lastehaiglaks ja Tallinna Linna Keskrajooni Lastehaiglat — Tallinna II Lastehaiglaks.

H. Lind

INSTITUUDILE UUS NIMETUS

Seoses Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi üleandmisega NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia süsteemi otsustas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Presiidium 24. aprillil 1963. a. ülalnimetatud instituudi ümber nimetada NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiks.

H. Kahn

TALLINNA HAIGLATE SISEHAIGUSTE OSAKONDADE JUHATAJATE NÕUPIDAMISELT

Käesoleva aasta 4. veebruaril toimus Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonnas linna raviasutuste sisehaiguste osakondade juhatajate nõupidamine.

Tallinna peaterapeut N. Elštein tegi ettekande sisehaiguste ravi-alasest olukorrast ja eelseisvatest ülesannetest 1963. aastal. Arutletavad küsimused olid järgmised: jaoskonnaarstide töö, sisehaigustesse haigestumine, töövõime ekspertiis, sisehaigusi põdevate haigete dispanseerimine, spetsialiseeritud ja abikabinettide töö, statsionaarne arstiabi, terapeutide teaduslik-üldistav töö.

Ettekande arutlemisest võtsid osa M. Tšetverikova, L. Mardna, O. Vološ, N. Bartelsen, L. Sigalov jt.

N. Ilves

TALLINNA APTEEK NR. 8 UUTES RUUMIDES

Käesoleva aasta 6. aprillil avati uutes ruumides Tallinna apteek nr. 8.

Ruumide kujundamisel on suurt tähelepanu pööratud värvile. Värvikontrastide — oranži, rohelise ja valge oskuslik kombineerimine ofitsiini seinapindade katmisel, lakitud puitkiudplaadid aknavitriinides, palju valgust ja tagasihoidlikud mööbliesemed loovad hea üldmulje.

Nii mööbli kui ruumikujunduse autoriks on sisearhitekt A. Pikk.

Apteegi ofitsiinis on jalgadele tuginev sektsiooni-tüüpi mööbel. Selle mööbliga võib sisustada apteegi mistahes ruume.

Ofitsiini mööbel on kaetud heleda väärisvineeriga, mis esialgsete kogemuste järgi on osutunud värviga kaetud pindadest vastupidavamaks.

Assisteerimisruumi sisustus on värvitud valgeks. Assisteerimislaud on kaetud valkjast plastmassist plaadiga. Ruumi ühendab ofitsiiniga kahepoolsete ustega pöörikkapp.

Ka apteegi teiste ruumide, nagu materjaliruumide, roostevabast plekist vaiamutega pesuruumi, kokfooriumi, riietusruumi jne., sisustamisel on kasutatud vastavaid mööblisektsioone.

Apteek on varustatud ka ajakohase aparatuuriga.

P. Zobel

VÕITLUSEST TUVIDEGA TALLINNAS

Tallinna Linna TSN Täitevkomitee võttis 14. septembril 1962 vastu otsuse korra loomiseks tuvide esinemise ja pidamise kohta Tallinnas.

Selle otsuse realiseerimiseks on asutud võitlusse linnas elunevate poolmetsikute tuvide stiihilise pesitsemise vastu elamutes ja nende arvu reguleerimisele. Linna puhastuskontor korraldab tuvide püüdmist ja hävitamist. Heakorratrust aga on kohustatud looma linnas tuvide toitmiseks 3 kohta, mis asuvad eemal arhitektuurilistest mälestusmärkidest ja tihedasti asustatud elamukvartalitest.

Tõutuvide pidajad on kohustatud ennast registreerima Tallinna Linna Veterinaar-Sanitaar Jaamas. Senini on end registreerinud üle 40 tuvipidaja.

O. Pärli

ELEKTRONMIKROSKOOP INSTITUUDILE

Hiljuti sai Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut elektronmikroskoobi ЭМ-5. Aparaat võimaldab eristada veel kahte joont, mille vahemaa on 0,0000002 mm. Mikroskoobiga saavutatav lineaarne suurendus ekraanil on 1000 kuni 100 000 korda, millele lisandub veel fotosuurendus plaatidelt.

TALLINNA MEDITSIINILISE KOOLI VASTUVÕTU TINGIMUSED

1963. a. sügisel võtab Tallinna Meditsiiniline Kool vastu uusi õpilasi 5 erialale. Statsionaarsesse osakonda — meditsiiniõe, ämmaemanda, farmatseudi, hambatehniku ja lasteasutuse meditsiiniõe erialale. Vastuvõtt toimub keskkooli baasil, ainult meditsiiniõdesid võetakse vastu ka pärast 8. klassi lõpetamist. Samal erialal võetakse keskkooli lõpetanuid vastu ka vene õppekeelega rühma.

Sisseastumiseksamid keskkooli lõpetanuile toimuvad emakeeles (kirjand ja suuline) ja NSV Liidu ajaloos (suuline). Farmatseutidele toimub veel täiendav eksam keemias ja hambatehnikutele modelleerimises. 8 klassi haridusega kooli astujail tuleb sooritada eksamid eesti keeles (etteütlus ja suuline) ning matemaatikas (suuline). Eksamid toimuvad vastavalt koolides kehtivatele programmidele, seepärast konsultatsioone enne sisseastumiseksameid ei korraldata.

Kaugõppeosakonda võetakse vastu meditsiiniõe erialale ainult keskmeditsiinilisel ametikohal töötajaid. Võetakse vastu nii keskkooli kui ka 8 klassi haridusega isikuid. Sisseastumiseksamid on samad mis statsionaarses osakonnas.

Avalduste ja dokumentide vastuvõtmine toimub kuni 15. augustini. Eksamid algavad 19. augustil ja õppetöö 1. septembril.

Kooli astumiseks on vaja esitada järgmised dokumendid: 1) avaldus, kus on märgitud soovitav eriala, 2) soovitus-iseloomustus töökohalt, koolist või komsomolorganisatsioonilt, 3) elulookirjeldus, 4) sünnitõend, 5) kolm fotot (3×4), 6) arstitõend, vorm 28-b, 7) lõputunnistus koos notariaalselt kinnitatud ärakirjaga.

Dokumendid tuleb esitada kooli kantseleisse (Tallinn, Tõnismägi 12/14, tuba 21, telef. 422—87). Samast saab ka täpsemat informatsiooni kooli üksikute erialade, õppetöö ja tingimuste kohta.

K. Sõerde

SISUKORD

Teooria ja praktika

M. LUTS — Aktsidentsetest süstoolsetest kahinatest lastel 3

J. UNGER ja A. VIRU — Ebaühtlase südamerütmi seosest laste kehalise võimekusega 7

J. GROSS — Müokardi infarkti komplikatsioonidest 9

E. KOHANDI ja V. LIIV — Haimoriitidest lastel 14

K. RAPOPORT, A. CHEVALIER ja E. LOIGE — Peaaju õhkembooliaga haige eduka ravimise juht kõrgendatud atmosfäärirõhuga . . . 18

M. LÕVI — Hammaste replanteerimisest lastel lõualuupõletikkude ja traumade puhul 20

M. GRAMANN — Hammaste replanteerimisest 23

V. SUI — Tuberkuloosivastastest ravimitest põhjustatud kõrvalnähud, nende ravi ja vältimine 26

L. JANNUS ja V. HARJO — Tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse määramise kliiniline tähtsus . . 30

L. VIŠNJAKOVA, G. MEDINSKI ja H. PIHL — Tallinna tuvide uurimisest ornitoosi suhtes 34

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

М. ЛУТС — Об акцидентальных систолических шумах у детей 3

Ю. УНГЕР и А. ВИРУ — О связи неравномерности ритма сердечной деятельности с физическими способностями детей 7

Ю. ГРОСС — Об осложнениях инфаркта миокарда 9

Э. КОХАНДИ и В. ЛИЙВ — О гайморитах у детей 14

К. РАПОПОРТ, А. ШЕВАЛЬЕ и Э. ЛОЙГЕ — Случай удачного лечения воздушной эмболии головного мозга повышением атмосферного давления 18

М. ЛЫВИ — К вопросу реплантации зубов у детей при воспалительных заболеваниях и травматических повреждениях челюстей 20

М. ГРАМАНН — О реплантации зубов 23

В. СУЙ — Побочные явления, вызываемые противотуберкулезными препаратами, их лечение и предупреждение 26

Л. ЯННУС и В. ХАРЬО — Клиническое значение определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза 30

Л. ВИШНЯКОВА, Г. МЕДИНСКИЙ и Х. ПИХЛ — Обследование голубей г. Таллина в отношении орнитозной инфекции 34

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

D. PIHELGAS — Strofantiini manustamisest tilkinfusiooniga . . . 38
R. TOOTS — Schambergi tõve juht . 40
P. LAASIK — Tromboosidele kalduva haige operatiivsest ravist sapipõiejuha kivi puhul 42
M. AUS — Moskva apteekide töökogemustest 44

Abiks velskritele ja õdedele

B. SCHAMARDIN — Müokardi infarkti eelse seisundiga haigete diagnoosimine ja ravi 46
H. KAHN — Aneemia 50
E. KURVITS — Meditsiiniõde — sanitari õpetaja ja juhendaja . . . 54

Kaadri ettevalmistamine

A. HORN — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 57
K. SÕERDE — Tallinna Meditsiiniline Kool 20-aastane 57
I. KUUSK — Rajooni keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisest 58

Sanitaarharidustöö

H. JÄNES — Trükisõnast sanitaarharidustöös 59

Konverentsid ja nõupidamised

A. LENZNER — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduslik konverents 63
B. PŠENITŠNIKOV — Eesti NSV Punase Risti Seltsi VII erakorraline kongress 64
V. SAARMA — Tartu Terapeutide Seltsi tegevusest 65
N. ELŠTEIN — Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi konverentsilt . . 65
E. KURVITS — Vanem-meditsiiniõdede vabariiklikust seminarist Tartus 66
A. JANNUS — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Üldkoosoleku XVII sessioon Leningradis 66
G. MEDINSKI — Puuk-entsefaliiti ja teisi arborviiruslikke nakkusi käsitlev konverents 67
B. SCHAMARDIN — I Üleliiduline kardioloogia-alane asutav konverents 68

Tähtpäevad

A. Nordberg 60-aastane 70
Kirill Klenski 50-aastane 71
Teeneline arst Konstantin Pedussaar 80-aastane 72
Proviisor M. Soolo 70-aastane . . . 72
Küsimusi ja vastuseid . . . 73
Referaate 74
Kroonika 75

Обмен опытом и казуистика

Д. ПИХЕЛГАС — О капельных вливаниях строфантина
Р. ТООТС — Случай болезни Шамберга
П. ЛААСИК — Об оперативном лечении больного склонного к тромбозам по поводу камня протока желчного пузыря
М. АУС — Из опыта работы аптек г. Москвы

В помощь фельдшерам и сестрам

Б. ШАМАРДИН — Диагностика и лечение больных в прединфарктном состоянии
Х. КАХН — Анемия
Э. КУРВИТС — Медицинская сестра — учитель и руководитель санитарки

Подготовка кадров

А. ХОРН — Окончившие Тартускую медицинскую школу
К. СЫЭРДЕ — 20-летие Таллинской медицинской школы
Н. КУУСК — О повышении квалификации средних медицинских работников района

Санитарно-просветительная работа

Х. ЯНЕС — О печатном слове в санитарно-просветительной работе

Конференции и совещания

А. ЛЕНЦНЕР — Научная конференция медицинского факультета Тартуского госуниверситета
Б. ПШЕНИЧНИКОВ — VII внеочередной съезд Общества красного креста Эстонской ССР
В. СААРМА — О работе Тартуского общества терапевтов
Н. ЭЛЬШТЕЙН — О конференции Таллинского научного общества терапевтов
Э. КУРВИТС — О республиканском семинаре старших медицинских сестер в г. Тарту
А. ЯННУС — XVII сессия Общего собрания Академии медицинских наук СССР в Ленинграде.
Г. МЕДИНСКИЙ — Конференция по клещевому энцефалиту и другим арборвирусным инфекциям.
Б. ШАМАРДИН — I Всесоюзная учредительная конференция по кардиологии

Юбилейные даты

60-летие А. Нордберга
50-летие Кирилла Кленского
80-летие заслуженного врача Константина Педуссаара
70-летие провизора М. Сооло
Вопросы и ответы
Рефераты
Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

4

Juuli
August

6. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1963

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранении Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 25. VI 1963. Trükkimisele antud 29. VII 1963. Trükiarv 3700. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5+1 kleebis. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,17. Arvutuspoognaid 7,79. Tellimise nr. 5365. MB-06841.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuse ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede Ajakirjade Kirjastus

KOMMUNISTLIKU TÖÖ LIIKUMISEST VABARIIGI TERVISHOIUASUTUSTES

A. SARAP ja *U. MEIKAS*

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist ja Tervishoiutöötajate A/Ü Eesti Vabariikkust Komiteest)

Kommunistliku töö liikumine tekkis elanikkonna laialdaste hulkade algatusel ja ta on töötajate kõrge teadlikkuse eredaks väljenduseks.

18. XI 1958 ilmus ajalehes «Komsomolskaja Pravda» artikkel pealkirjaga «Leninlik komsomol võtab seitseaastaku vastu kommunistliku töö brigaadide loomisega». Esimesed kommunistliku töö brigaadid moodustati Moskva sorteerimisjaama depoo mootorvedurite remonditsehhi noorte kollektiivis. Samal ajal otsustas ka Dnepropetrovski Dzeržinskinim. Metallurgia Tehase kõrgahju nr. 12 noortekollektiiv lülituda kommunistliku töö liikumisse. Nad püstitasid järgmise loosungi: õppida, töötada ja elada uut moodi — kommunistlikult.

Praegu võtab NSV Liidus võistlusest kommunistliku töö kollektiivi nimetuse saamiseks osa juba üle 23 miljoni töötaja, sealhulgas ligi 500 000 meditsiinitöötajat. Seda nimetust taotleb enam kui 37 000 tehast, elektrijaama, kaevandust, ehitust, transpordi- ja põllumajandusettevõtet. Üle 2000 ettevõtte ja ehituse on juba kommunistliku töö kollektiivi nimetuse kätte võitnud.

Vene NFSV tööstus- ja ehitusala töötajate nõupidamisel (24. IV 1963) ütles N. S. Hruštšov oma sõnavõtus: «Nõukogude inimeste loov initsiatiiv ja tootmisalane aktiivsus avalduvad kujukalt kommunistliku töö liikumises. Selles kaasaja suurepärases nähtuses on orgaaniliselt liitunud võitlus kõrge tööviljakuse ja uue tehnika kasutusele võtmise eest, püüd teadmiste omandamisele, uued suhted inimeste vahel, kommunismiehitaja moraalikoodeksi juurdumine elus. Kommunistliku töö liikumine seostab üheks tervikuks töö, õppimise ja igapäevase elu, avaldab aktiivset mõju inimese elu ja tegevuse kõigile sfääridele, kujutab endast vaimse ja kehalise töö oluliste erinevuste likvideerimise tähtsat tegurit».

Üha laiemat hoogu võtab kommunistliku töö liikumine ka meie vabariigi ravi- ja profülaktikaasutustes. Esimesena anti kommunistliku töö kollektiivi nimetus Vastseliina apteegile, äsja said kommunistliku töö eesrindlase nimetuse ka Tallinna Linna Lastehaigla II ja III osakonna 32 töötajat ja Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaarosakonna 7 töötajat.

Kommunistliku töö kollektiivi nimetust taotlevad Tartus kiirabijaam, lastehaigla, laste luu-liigesetuberkuloosi sanatoorium, sanitaar-epidemioloogia jaam, Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla hingamiskeskus ja paljud teised meie vabariigi linnade ning rajoonide tervishoiuasutused.

Vaatamata sellele esineb tervishoiuasutustes veel tõsiseid puudusi, mistõttu vastuvõetud kohustused mõnikord ei soodusta asutuse töö kvaliteedi igakülgset paranemist, kaadri poliitilist ja erialast kasvu ning ei taga käesoleval perioodil aktuaalsete ülesannete täitmist. Mõned tervishoiuasutuste partei- ja ametiühinguorganisatsioonid ning nende juht-

kond on koguni jäänud äraootavale seisukohale — vaatame kuidas see teistel välja tuleb!

Seoses sellega kõneleksime mõningatest võimalustest kommunistliku töö liikumise arendamiseks tervishoiuasutustes. Võistlust kommunistliku töö kollektiivi nimetuse saamiseks on soovitatav organiseerida peamiselt osakondade, valvepostide, kollektiivide kaupa, tõmmates selleks kaasa kõiki töötajaid. Ühiskondlike organisatsioonide ja administratsiooni kaasabil töötatakse välja üldised kohustused, mis enne vastuvõtmist üldkoosolekul hoolikalt läbi arutatakse. Selleks, et kindlustada üldiste kohustuste edukat täitmist, võtavad töötajad endale individuaalseid kohustusi, lähtudes igal konkreetsel juhul isiklikest võimetest (tervise seisund, vanus, hariduslik tase, huvialad, perekondlik olukord jne.). Pärast üldiste kohustuste vastuvõtmist üldkoosolekul need vormistatakse ja paigutatakse stendile või tahvlile. Üksikute, kommunistliku töö eesrindlase nimetust taotlevate töötajate puhul pannakse välja nende fotod ja nende poolt vastuvõetud individuaalsed kohustused (mis on eelnevalt kinnitatud ametiühingu kohalikus komitees). Kollektiivse võistluse organiseerimisel on soovitatav näidata stendil, tahvlil jne. osavõtjate nimed ning töökohad.

Osakondade, kabinettide, laboratooriumide jt. töötajatega arutatakse pidevalt üldiste ja individuaalsete kohustuste täitmise käiku kas võistleva kollektiivi üldkoosolekul või kommunistliku töö organiseerimiseks ja juhtimiseks valitud organiseerimiskomitee koosolekul. Üldiste ja individuaalsete kohustuste täitmise kontrollbrigaadi kuuluvad partei-, ametiühingu- ja komsomoliorganisatsiooni, administratsiooni, ühiskondlike nõukogude esindajad ja liikmed. Selliseid kontrollimisi on vaja korraldada vähemalt üks kord kvartalis ja nende tulemused läbi arutada üldkoosolekul. Kui kohustuste täitmisel ilmneb puudusi, kommunistliku töö kollektiivi nimetust ei anta, vaid vastav kollektiiv saab rändvimpli, näiteks «Parim osakond, kes võistleb kommunistlikult töösse suhtumise eest.»

Kommunistliku töö eesrindlase või asutuse nimetuse andmisel kehtib järgmine kord:

a) kommunistliku töö eesrindlase, osakonna, laboratooriumi, kabineti jt. nimetus antakse osakonna või asutuse töötajate üldkoosolekul ja see jõustub pärast kinnitamist kohaliku ametiühingukomitee poolt parteiorganisatsiooni, administratsiooni esindajate ja komsomolikomitee osavõtul;

b) kommunistliku töö osakonna, jaoskonna nimetus antakse Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidiumi ja vastava linna, rajooni peaarsti poolt kohaliku ametiühingukomitee ja administratsiooni esitusel;

c) kommunistliku töö eesrindlase austav nimetus antakse Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi poolt Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidiumi ja vastava linna tervishoiuosakonna, rajoonihaigla peaarsti esitusel.

Kommunistliku töö kollektiivi austav nimetus antakse osakonnale, laboratooriumile, kabinetile jt. juhul, kui enamik nende töötajatest on täitnud endale võetud individuaalsed kohustused ning on igati väärilised kandma seda nimetust. Nimetus antakse ka siis, kui enamik osakondi, samuti ka töötajad on täitnud endale võetud üldised ja individuaalsed kohustused ning nad on väärilised kandma kommunistliku töö eesrindlase austavat nimetust.

Üldised ja individuaalsed kohustused peavad tagama mitte ainult tööalaste näitajate tõusu elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel, vaid kindlustama ka töötaja arengu mitmekülgseks laia silmaringiga spetsialistiks — kommunismiehitajaks.

On vastu võetud selliseid kohustusi, nagu tagada haigetele maksimaalsed mugavused statsionaaris, polikliinikus, teha töid ühiskondlikus korras (territooriumi haljastamine, mööbli värvimine jne.); tööruumide maitsekas kujundamine oma jõududega. Haarata kõiki töötajaid kvalifikatsiooni ja haridusliku taseme tõstmise mitmesuguste vormidega (eriharidus, üldharidus, poliitiline haridus, kunst, võõrkeeled jt.). Asendada eriala-spetsialiste (neuroloog, oftalmoloog, otorinolarüngoloog, günekoloog jt.) puhkuste ajal oma töötajatega. Juurutada kõikides osakondades uusi ravi- ja diagnoosimismeetodeid. Täita ohutustehnika ja töökaitse nõudeid (asutuses, osakonnas, kabinetis jne.). Korraldada personalile sooja toidu saamise võimalus. Alustada tootmisvõimlemist osakondades, laboratooriumides jm. Kindlustada tervishoiutöötajad kvalifitseeritud arstiabiga. Jälgida, et kõik kollektiivi liikmed võtaksid osa ühiskondlikust tööst ja tegeleksid kehakultuuriga, matkamisega, isetegevusega jne. Abistada töötajaid kodanlike igandite (alkoholi kuritarvitamine, altkäemaks, usk ning ebausk jne.) kütkeist vabanemisel.

Individuaalselt on soovitatav vastu võtta järgmisi kohustusi: spetsialiseeruda või tõsta oma kvalifikatsiooni. Omandada eriala I, II või III kategooria, täiendada end piirerialadel, omandada uusi ravi- ja diagnoosimismeetodeid või uus eriala, abistada noori spetsialiste töö organiseerimisel. Teha teaduslikku uurimistööd või üldistusi praktikas kasutatavate ravi- ja profülaktiliste meetodite efektiivsuse selgitamiseks. Esineda ettekannetega arstidele, kesk- ja nooremale meditsiinipersonalile, õppida vene ja eesti keelt, võõrkeeli, asuda õppima kesk- või kõrgemasse kooli, omandada eriharidus kaugõppe teel, täita rangelt meditsiinitöötaja kutseeetika nõudeid ja norme jms.

Teadlikkuse tõstmiseks ja silmaringi laiendamiseks võiks esineda ettekannetega oma töötajatele ja haigetele sisepoliitilisest olukorrast, ateistlikel teemadel, eetika-esteetika küsimustes. Alustada õppimist marksismi-leninismi õhtuülikoolis. Täiendada end oma huvialal (muusika, kirjandus, kunst, maal, skulptuur jt.), tutvustada töötajaid (ka haigeid) parimate saavutustega sellel alal. Osa võtta isetegevusest, kehakultuuritööst või organiseerida seda oma asutuses ja šeflusaluses kollektiivis.

Ühiskondlike kutsete omandamine (ekskursiooni-, matkajuht, agitaator, propagandist, ühiskondlik instruktor, ühiskondlik inspektor, ühiskondlik kontrolör. jt.). Osa võtta ühiskondlike organisatsioonide tööst (sotsiaalkindlustuskomisjon, kultuuri-, kehakultuuri, ohutustehnika jne. komisjonide tööst jt.). Abistada kaastöötajaid korteri remontimisel, koduümbruse korrastamisel, uue eriala omandamisel jne. Üldistada paremaid töökogemusi, suhtuda oma tervisesse kui ühiskondlikusse varasse. Jälgida ohutustehnika ja töötervishoiunõuete täitmist enda ja kaastöötajate poolt (röntgenikabinetis, katlamajas, autoklaavi juures, laboratooriumis jm.), propageerida tootmisvõimlemist ning võtta ise sellest aktiivselt osa jt.

Kommunistliku töö eesrindlase ja kollektiivi nimetus on kõrge ja austav, seda tuleb kalliks pidada, hoida kollektiivi au ja mitte rahule jääda saavutatuga, vaid minna üha edasi, taotleda uut edu. On vaja, et kommunistliku töö liikumisest osavõtjad näitaksid alati ja kõiges eeskuju, innustaksid töökaaslasi, annaksid neile üle oma kogemusi ja teadmisi, abistaksid mahajääjaid. Ei ole kahtlust, et üleskutse elada ja töötada kommunistlikult leiab laialdast toetust kõikides vabariigi tervishoiuasutustes.

ДВИЖЕНИЕ ЗА КОММУНИСТИЧЕСКИЙ ТРУД В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

А. Сарап и *У. Мейкас*

Резюме

Движение за коммунистический труд в лечебно-профилактических учреждениях республики приобретает все больший размах. Первой высокого звания коллектива коммунистического труда удостоена Вастселинаская аптека. Недавно звание ударник коммунистического труда присвоено 32-м лучшим работникам 2-го и 3-го отделений Таллинской детской больницы и 7-ми сотрудникам санитарного отдела Таллинской санитарно-эпидемиологической станции.

Сейчас за звание коллектива коммунистического труда в гор. Тарту борятся станция скорой помощи, детская больница, детский санаторий костно-суставного туберкулеза, санитарно-эпидемиологическая станция, дыхательный центр Тартуской республиканской клинической больницы, а также многие другие медицинские учреждения республики.

Борьбу за звание коллектива коммунистического труда рекомендуется организовывать по дежурным постам, отделениям и по учреждениям, охватывая всех работников. Общественными организациями и администрацией учреждения заранее разрабатываются общие задачи, которые до утверждения обсуждаются на общем собрании. Для обеспечения успешного выполнения общих задач каждый сотрудник принимает индивидуальные обязательства, исходя из конкретных возможностей. При этом учитывается выполняемый участок работы, возраст, состояние здоровья, образование, семейное положение и т. д.

После утверждения на общем собрании коллективные обязательства вывешиваются на стенды. При коллективном соревновании рекомендуется указать на стенде фамилии, должности и место работы всех участников соревнования.

В случаях присвоения звания передовика коммунистического труда отдельным работникам, объявляются результаты выполнения принятых индивидуальных обязательств и вывешиваются портреты.

Участники движения за коммунистический труд должны всегда являться примером на работе и в быту, вдохновлять на примерность остальных сотрудников, передавать им свой опыт и знания, помогать отстающим.

Teooria ja praktika

STRUUMA RESEKTSIOONI NÄIDUSTUSTEST

Arstiteaduse kandidaat *A. KLIIMANN* ja *E. TEEÄÄR*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*)

Operatsiooniperioodi füsioloogiliste ja patoloogiliste protsesside täpsem tundmaõppimine viimasel ajal, veel enam aga nende efektiivne medikamentoosse mõjustamise võimalus operatsiooni-eelsel ja operatsioonijärgsel perioodil ning operatsiooni ajal on tunduvalt vähendanud kirurgilise raviga seotud riski resektsioonide puhul (kaasa arvatud struuma resektsioon). Seoses eespool mainituga on letaalsus struuma resektsioonide tagajärjel pidevalt vähenenud.

Harvenenud on ka teised operatsiooniga seotud tüsistused, nagu *n. recurrens*'i vigastus, hüpoparatüreoos ja postoperatiivne hüpotüreoos, mida seostatakse samuti operatsioonitehnika täiustumisega [O. Nikolajev (5) jt.].

Et struuma- ja türeotoksikoosihaigete kirurgiline ravi on kõige püsivamaid positiivseid tulemusi andvaks ravimeetodiks, siis on tänapäeval paljud silmapaistvad kirurgid ja endokrinoloogid laiendanud struuma

resektsiooni näidustusi [R. Williams (6), A. Lidski (4), O. Nikolajev (5), M. Veber (2) jt.]. Mõnede endokrinoloogide [näit. A. Atabeki (1) jt.] arvates annab struuma mõjutamine joodi radioaktiivsete isotoopidega niivõrd häid tulemusi, et vähendab tunduvalt struuma kirurgilise ravi vajadust. Käesoleva töö autorid peavad niisugust seisukohta täiesti ekslikuks ja isegi kahjulikuks.

Enne struuma resektsiooni näidustuste käsitlemist tuleb peatuda mõningail terminoloogia ja klassifikatsiooni küsimustel.

Edaspidisel arutlusel võtame aluseks O. Nikolajevi (5) poolt soovitatud struumade kliinilise klassifikatsiooni, mille järgi kõik struumad jaotatakse nelja suurde rühma: I — difuusne (hüperplastiline) struuma; II — sõlmiline (adenomatoosne) struuma; III — difuusne ja sõlmiline segatüüpi struuma; IV — difuusne kolloidne ja sõlmiline konglomeraatne struuma. Diagnoosi vormistamisel tähistatakse loetletud struumavorme lihtsalt rooma numbritega I—IV. Suuruse järgi eristatakse struumadel 5 astet, mida diagnoosi märkimisel kirjutatakse araabia numbritega 1—5.

Türeotoksikoosi klassifikatsioonidest tuleks õnnestunumaks pidada S. Milcu klassifikatsiooni, mille järgi eristatakse patogeneesi aspektist lähtudes türeotoksikoosi mitut staadiumi.

I ehk neurootiline staadium, mille puhul haigel esinevad vegeto-neurootilised kaebused, kuid türeotoksikoosile iseloomulikke tunnuseid on kliiniliselt raske sedastada.

II ehk neuro-endokriinne staadium, mille puhul tekivad kilpnäärme funktsiooni häired ja türeotoksikoosile iseloomulikud tunnused — langeb töövõime ja kehakaal, areneb punnsilmsus ning struuma.

III ehk vistseropaatiline staadium, kus ilmnevad türeotoksikoosi tagajärjel tekkinud siseelundite kahjustused (südame, maksa jt. elundite kahjustused koos talitlushäiretega).

IV ehk kahheksiastaadium — väljakujunenud, sageli taaspöördumatute somaatiliste häiretega türeotoksikoosi viimane etapp. Esineb kalduvus absoluutsele arütmiale, türeotoksiliste kriiside ja komatoossete seisundite tekkimisele, mis võivad lõppeda surmaga.

Üle minnes struuma operatiivse ravi näidustuste käsitlemisele tuleb rõhutada üksmeelse operatiivse ravi nõuet struuma sõlmiliste vormide puhul, sõltumata sellest, kas niisuguse struumaga kaasneb türeotoksikoosinähte või mitte.

O. Nikolajevi (5) arvates on kilpnäärme adenoomidel kõik kasvajale omased tunnused.

Tähelepanu väärib veel asjaolu, et sõlmiline türeotoksiline struuma allub (teiste türeotoksilise struuma vormidega võrreldes) kõige vähem radioaktiivse joodi mõjule, samuti teistele konservatiivse ravi meetoditele.

Radioaktiivse joodi kasutamisega türeotoksilise adenoomi puhul võime hävitada kiiritusele tundlikuma normaalse kilpnäärmekoe osad, kuid J^{131} ravile suhteliselt resistentne adenoom jääb püsima ja võib põhjustada isegi türeotoksikoosi ägenemist. Sellise persisteeriva sõlme hilisemal operatiivsel eemaldamisel võivad tekkida hüpotüreoosinähud, sest kilpnäärmekoe normaalne osa on kiiritusel hävinud ja ta ei suuda enam vajalikul hulgal hormooni produtseerida.

Siit järeldub, et sõlmilise struuma ravi radioaktiivse joodiga on otstarbetu ja isegi ohtlik. Püsivaid positiivseid ravitulemusi võib niisugustel juhtudel anda ainult struuma resektsioon.

Teise rühma, kus püsivaid ja lõplikke ravitulemusi saame ainult kirurgilise raviga, moodustavad nn. segatüüpi sõlmilised difuussed struumad. Makroskoopiliselt täheldame, et selline struuma koosneb difuusselt hüpertrofeerunud kilpnäärmekoest, milles leidub üksikuid või hulgalisi adenomatoosseid sõlmi või tsüste.

Konservatiivne medikamentoosne ravi ei anna niisuguste struumavormide puhul püsivaid positiivseid tulemusi ja ravil radioaktiivse joodiga on samad negatiivsed küljed kui sõlmiliste struumavormide puhul.

Tuleb tähelepanu pöörata veel sõlmiliste ja segatüüpi struumade diferentsiaal-diagnoosimise raskustele nende eraldamisel teistest struumavormidest. Nimelt võivad adenomatoossed sõlmed asuda difuusselt hüpertrofeerunud näärmekoe osades ja sagarate tagumistes või retrosternaalselt paiknevates osades ning ei ole seepärast vaatlusel ega komplemisel sedastatavad. Niisugustel juhtudel võidakse sõlmiliste struumavormide asemel difuusset struumat diagnoosida ja ebasobiv konservatiivne ravi määrata.

Mis puutub aga struuma tõeliste difuussete vormide ravisse, siis on siin palju rohkem diskuteeritavaid seisukohti kui sõlmiliste ja segatüüpi struumade puhul.

Difuussetest struumadest ei soovitata opereerida hüpo- ja eutüreoidseid struumavorme, kui nendega ei kaasne sekundaarseid muutusi (põletik, pahaloomulisus, mehaaniline surve kõrile, söögitorule jne.). Hüpo- ja eutüreoidset struumat tuleb vaadelda kui kilpnäärme kompensatoorset hüpertroofiat, mis ei vaja kirurgilist ravi [O. Nikolajev (5) jt.].

Türeotoksilist difuusset struumat põdevaist haigeist vajavad operatiivset ravi kõik need, kellel konservatiivne ravi, sealhulgas J^{131}-ga, ei ole andnud püsivaid positiivseid tulemusi.

J^{131}-ga ravimise ebaedu põhjuseks difuussete türeotoksiliste struumade puhul võib olla: a) radioaktiivse joodi vähene akumuleerumine struumasse, b) radioaktiivse joodi liiga kiire elimineerumine struumast, c) türeotoksikoosi rapiidne areng, d) eelnev ravi kilpnääret blokeerivate medikamentidega (tiourea, broomi-, sulfaniilamiidipreparaadid), mille tõttu ei saa ravi J^{131}-ga rakendada, e) 4.—5. astmeni suurenenud difuussed struumad.

Kõigil niisugustel juhtudel tuleb rakendada operatiivset ravi struuma resetseerimise näol. Nimetatud ravi vajavad kõik raske kuluga türeotoksikoosi põdejad, sest konservatiivne ravi ei suuda kiiresti arenevat patoloogilist protsessi küllaldaselt pidurdada.

Türeotoksikoosihaigete kõige sobivamaks opereerimise ajaks peab O. Nikolajev (5) üleminekut türeotoksikoosi II staadiumist III staadiumi. Sel ajal pole veel välja kujunenud elutähtsate elundite tõsiseid kahjustusi ja haiged taluvad operatsiooni hästi. Esimeses, neurootilises staadiumis opereeritakse harva. Türeotoksikoosi on selles staadiumis veel raske diagnoosida, sest neid haigeid peetakse algul neuroosihaigeteks kuni türeotoksikoosi avastamiseni. Siin kasutatakse peamiselt konservatiivset ravi, kuid üksikjuhtudel oleme heade tulemustega opereerinud ka selliseid türeotoksikoosihaigeid. Seepärast arvame, et türeotoksikoosi I staadiumis võib kirurgilist ravi rakendada sel juhul, kui diagnoos on täpselt kindlaks määratud. Peatume lähemalt rasket vormi põdevate (III ja IV staadiumis) türeotoksikoosihaigete operatiivsel ravil. Kirjanduse andmeil ja oma kogemuste põhjal võime öelda, et viimaste aastate jooksul on operatiivne ravi türeotoksikoosi raske vormi puhul märgatavalt paranenud. Basedowi tüüpi kuluga türeotoksikoosihaigete, samuti kardiotoksilise struumaga haigete, eriti laste ja üle 50 aasta vanuste inimeste opereerimine ja operatsioonijärgne põetamine on saanud võimalikuks tänu potentseeritud üld- ja paiksete tuimastusmeetodite, aga samuti paljude uute ravimite kasutusele võtmisele ganglionblokaatorite, neurolüütikumide, uinutite, glükokortikoidide jt. näol. Nimetatud ravimeid kasutades on neid haigeid praegu võimalik võrratult väiksema riskiga opereerida. Näidetena esitame väljavõtteid haiguslugudest.

Juht 1. 62-aastane naispatsient H. K. (haiguslugu nr. 439), saabus haiglasse 1961. a. diagnoosiga *struma* 4/III, *thyreotoxicosis st.* IV, *insufficientia cardiovascularis chr. gr.* II^{B}.

Esines absoluutne arütmia kodade virvenduse ja laperdusega, maksa krooniline pais (vaatamata siseosakonnas enne saabumist rakendatud konservatiivsele ravile). Põhiainevahetus 151%, esinesid neerupealise insufitsientsuse nähud.

3. päeval pärast saabumist resetseeriti haigel struuma subtotaalselt. Operatsioon toimus intubatsioonimeetodil potentseeritud üldnarkoosi all.

Kahel esimesel operatsioonijärgsel päeval esines haigel tendents nn. postoperatiivse türeotoksilise reaktsiooni tekkeks vererõhu ja temperatuuri tõusu, pulsi sagenemise, motoorse rahutuse jne. näol. Nende, südametegevusele koormavalt mõjuvate nähtude ärahoidmiseks anti haigele aminasiini, heksametooni, püramidooni, dimedrooli, promedooli ja palaviku tõusmisel üle 37,5° rakendati ka füsikaalset jahutamist; jätkati digitoksiini manustamist. Kogu operatsiooni vältel sai haige mõõdukates doosides glükokortikoide.

Sellise raviga õnnestus vältida operatsioonijärgset türeotoksilist reaktsiooni, mille talumine muidu, s. o. südame-vereringe puudulikkuse tõttu, oleks küsitavaks osutunud.

Haige lahkus kliinikust 10. päeval pärast operatsiooni rahuldavas seisundis. 6 kuud hiljem selgus kontrollimisel, et haigel olid täiesti kadunud kardiovaskulaarse arütmia nähud, esines normaalne siinusrütm, s. o. 60 korda minutis. Türeotoksikoosinähud olid kadunud, patsient oli kaalus juurde võtnud.

Teine juht. 35-aastane naine V. P. (haiguslugu nr. 2427), viibis ravil diagnoosiga *struma* 2—3/I, *thyreotoxicosis st.* II *typus Basedowi*. Selgesti väljakujunenud türeotoksikoosinähud — tahhükardia kuni 150 korda minutis, punnsilmsus, käte ja laugude treemor, tugev higistamine. Põhiainevahetus 146%. Haiget oli kahe aasta jooksul neljal korral ravitud radioaktiivse joodiga, kuid türeotoksikoosinähud süvenesid.

Struuma resetseeriti, struumasagarad eemaldati subtotaalselt. Operatsioonil rakendati potentseeritud eeter-hapniku üldnarkoosi. Operatsiooni käik oli tüsistusteta, operatsiooni ajal vererõhk 110—125/70—80 mm Hg piires, pulsisagedus minutis kõigub 100—150 piires. Pärast operatsiooni tekkis aga haigel äärmiselt tugev türeotoksiline reaktsioon temperatuuri tõusuga 38,5°-ni, vererõhk tõusis 160/55 mm Hg-ni, pulsisagedus kuni 150 korda minutis, vaatamata sellele, et haige sai regulaarselt 3—4-tunniliste vaheaegadega püramidooni, aminasiini, heksametooni, dimedrooli ja novokaiini intravenoosselt. Reaktsiooni edasiarenemist õnnestus pidurdada vaid füsikaalse jahutamisega, mida rakendati temperatuuri tõusmisel üle 37,5°. Kolmandal operatsioonijärgsel päeval reaktsioon väheneb ja haige paranes hästi. Lahkus haiglast 11. päeval pärast operatsiooni heas seisundis.

Niisuguste raske kuluga türeotoksikoosi põdejate opereerimine põhjustas varem kõrge operatsioonijärgse letaalsuse peamiselt kahjustatud südame-vereringe ülekoormuse tõttu, nn. türeotoksilise kriisi perioodil. Käesoleval ajal suudame sel perioodil tekkivaid patoloogilisi reaktsioone tunduvalt paremini juhtida ja südame ülekoormust vältida. See ongi peamine põhjus, mis lubab raske kuluga türeotoksikoosi põdevate haigete suhtes struuma resektsiooni näidustusi laiendada.

Eriliseks olukorraks on juhud, kus haigeid tuleb igasuguste struumavormide puhul viivitamatult opereerida, näiteks siis, kui struuma põhjustab hingamishäireid hingetoru mehaanilise kompressiooni tõttu.

Kui tekib kahtlus struuma pahaloomulise degeneratsiooni suhtes, on kirurgiline ravi tingimata näidustatud.

Operatiivsele ravile kuuluvad veel ägedate ja krooniliste strumiitidega, sealhulgas Riedeli ja Hashimoto tüüpi struumadega haiged. Niisugustel juhtudel ei teostata aga alati radikaalset operatsiooni.

Relatiivseks vastunäidustuseks struuma resetseerimisel tuleks pidada: 1) türeotoksilise kriisi seisundeid, 2) türeotoksilise kooma seisundeid. Struuma resektsiooni ei peeta soovitatavaks puberteedieas (türeotoksikoosi kerge ja keskmise astme korral).

Vastunäidustustel peatudes tuleb erilist tähelepanu pöörata *status thymicolymphaticus*'ele. Uurimused näitavad, et 50%-l struuma resektsiooni tagajärjel surnuist oli *status thymicolymphaticus* [R. Williams (6)]. Seepärast on vaja erilist tähelepanu pöörata selle seisundi väljaselgitamisele struumahaigeil. Lisaks mainitule esinevad neerupealiste insufitsientsuse nähud, suurenenud lümfaatilise koe hulk, kudede pastoossus, lümfotsütoosi suurenemine, persisteeriv tüümus. Niisuguste haigete opereerimisel tuleb kasutada AKTH'i ja glükokortikoidiprepa-

raate — kortisooni, hüdrokortisooni, prednisooni jt. kogu operatsioonide perioodi vältel.

Mis puutub radioaktiivse joodiga ravitud türeotoksikoosihaigeisse, siis rakendatakse ka neil kirurgilist ravi, kui see osutub vajalikuks. Operatsioon on sel puhul mõnevõrra raskendatud. Struuma liitub tugevasti ümbritsevate kudedega, millest tingituna operatsioonitrauma on suurem ja allesjäetava näärmekoe osa valik raske, sest makroskoopiliselt on näärmekoe funktsionaalset seisundit raske hinnata ja allesjäänud näärmekoe funktsioon võib osutuda puudulikuks. Kohe pärast radioaktiivsete ravimite saamist taluvad haiged operatsiooni halvasti. Operatsioonijärgsel perioodil tekivad neil kriisid, seepärast ei ole soovitatav selliseid haigeid pärast radioaktiivset ravi enne 3—6 nädala möödumist opereerida. Türeotoksikoosi retsidiivide puhul (pärast ravi radioaktiivse joodiga) ei ole operatsioon enam nii ohtlik.

KIRJANDUS

1. Атабек А. А. Радиоактивный йод в терапии тиреотоксикозов. М., 1959. — 2. Вебер М. Р. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии. 1956, 3, 15. — 3. Леви Я. Л., Семенова Г. И., Цариковская Н. Г. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии. 1959, 5, 61—64. — 4. Лидский А. Г. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии. 1955, 2, 32—34. — 5. Николаев О. В. Эпидемический зоб. М., 1955. — 6. Williams, R. Textbook of Endocrinology, Philadelphia, 1956.

О ПОКАЗАНИЯХ К РЕЗЕКЦИИ ЗОБА

А. Клийман и *Э. Теэяар*

Резюме

Более точное изучение физиологических и патологических процессов операционного периода и возможность эффективного воздействия на них в операционный и послеоперационный период значительно уменьшило опасность, связанную с хирургическим лечением — резекциями, в том числе и резекции зоба. В связи с этим летальность после резекции зоба все более снижается. Реже наблюдаются и другие, связанные с операцией, осложнения.

Так как хирургическое лечение больных зобом и тиреотоксикозом дает наиболее стойкие, положительные результаты, то в настоящее время многие выдающиеся хирурги и эндокринологи значительно расширили показания к резекции зоба. Однако, по мнению некоторых эндокринологов, лечение зоба радиоактивным изотопом йода дает настолько хорошие результаты, что значительно уменьшает необходимость в хирургическом лечении. Авторы настоящей работы считают такой взгляд ошибочным и даже вредным.

В основу клинической классификации зобов положена классификация О. Николаева, а тиреотоксикозов — классификация С. Милька.

Оперативное лечение показано при узловатых формах зоба, независимо от того, сопровождается ли зоб явлениями тиреотоксикоза. Лечение узловатой формы зоба радиоактивным изотопом нода нецелесообразно и даже опасно. Это положение касается также и так называемых узловато-диффузных форм зоба смешанного типа. Из диффузных форм не рекомендуется оперировать гипо- и эутиреоидный зоб. Из числа больных тиреотоксическим диффузным зобом в оперативном лечении нуждаются те больные, у которых консервативное лечение, в том числе и лечение радиоактивным изотопом йода, не дало положительных результатов.

Оперирование больных тиреотоксикозом типа Базедова, а также больных с кардиотоксическими формами зоба, в особенности детей и лиц в возрасте старше 50-ти лет, стало возможным вследствие применения методов потенцированного общего наркоза и местного обезболивания, а также многих новых лекарственных веществ (ганглиоблокаторы, нейролитические и снотворные средства, глюкокортикойды и др.).

Безусловным показанием хирургического лечения является подозрение на злокачественное перерождение зоба. Оперативному лечению подлежат также больные острыми и хроническими струмитами.

Относительными противопоказаниями к резекции зоба являются: 1) состояние тиреотоксического криза, 2) тиреотоксическая кома. Резекцию зоба не рекомендуется проводить в период полового созревания. Особым противопоказанием является *status thymicolymphaticus*.

EESNÄÄRME ADENOMATOOSI HORMOONIRAVIST

H. PETLEM

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*)

Üheks aktuaalseks küsimuseks uroloogias on eesnäärme ehk prostata adenomatoosi ravimine hormoonipreparaatidega. Probleem on tähtis, sest nimetatud haigus on laialdaselt levinud ja põhjustab raskeid tüsistusi.

Prostata adenomatoosi sisesekretsiooni häirete alusel tekkimise teooriate alged ulatuvad tagasi aegadesse, mil hormoonid olid veel avastamata, kuid tunti juba sisenõristusnäärmete mõju organismi talitlusele. Sisenõristusnäärmete tähenduse uurimine organiekstraktide ning organipreparaatide manustamise abil ja näärmete kirurgilise eemaldamise kaudu võimaldas välja selgitada mitmesuguseid organismis toimuvaid muutusi. Nii on laiemalt tuntud 1885. a. F. Sinitsõni (6) poolt kirjeldatud kastratsioonioperatsioonid, mis eesnäärme adenomatoosiga haigetel andsid kliinilise tervistumise. Paljudest tähelepanekutest selgus, et kastraatidel ei esine eesnäärmes kunagi adenomatoosseid vohandeid ja näärme kude on neil alati atroofiline.

Arvestades varasemaid uurimusi ja oma tähelepanekuid ning kogemusi lõi L. Dunajevski (2) praegu laialdase tunnustuse leidnud teooria eesnäärme adenomatoosi tekkimise sisesekretoorsest iseloomust. Selle teooria järgi munandite mõlemad funktsioonid (spermatogeenne ja sisesekretoorne) vähenevad vanaduses tavaliselt ühtlaselt ja neil isikutel ei teki prostata adenomatoosi. Kui munandite spermatogeenne epiteel atrofeerub aga varem, toimub Leydigi rakkude sisesekretoorse tegevuse tõus. J. Griffiths'i (12) uurimused selgitasid, et munandite atroofilised muutused vanaduses toimuvad ebaühtlaselt — algul atrofeerub spermatogeenne epiteel, kuna Leydigi vaherakud säilivad kauem. M. Nemenov (4) ja M. Simonds (14) kiiritasid katseloomadel munandeid röntgenikiirtega, mille tulemusena munandite spermatogeensed rakud atrofeerusid, Leydigi rakkude sisesekretoorne aktiivsus aga suurenes. Ülaltoodud katsed ja tähelepanekud kinnitavad L. Dunajevski teooriat.

Eesnäärme adenoomtõve puhul on sugunäärmete funktsionaalse seisundi otsene määramine suguhormoonide bilansi abil mitmesugustel põhjustel raskendatud. Suguhormoonide uurimine toimub kaudselt uriinis leiduvate 17-ketosteroidide kaudu, mis on testosterooni ja neerupealise koorolluse androgeenide metaboliidid. 17-ketosteroidid pärinevad $^1/_3$ kuni $^1/_2$ ulatuses testosterooni-ainevahetusest ja $^2/_3$ kuni $^1/_2$ neist on neerupealiste koorolluse androgeenide lõpp-produktid. Eriti vanaduses ei kajasta 17-ketosteroidide peegel uriinis munandite endokriinset funktsiooni. Vanaduses väheneb munanditest pärinevate 17-ketosteroidide hulk tunduvamalt kui neerupealiste koorolluse steroidhormoonidest tekkinud metaboliitide hulk. Nii pole võimalik uriini 17-ketosteroidide järgi otsustada munandite androgeense aktiivsuse üle [E. Tonutti (15)].

Jälgisime haigetel kliinilise sümptomatoloogia kõrval ka neutraalsete 17-ketosteroidide peegli muutumist ööpäevases uriinis tavalise sümptomaatilise ravi, sünestrooli manustamise ja adenoomide kirurgilise eemaldamise puhul. Et meie uurimised on väikesearvulised, võime teha ainult esialgseid tähelepanekuid. 17-ketosteroidide keskmise normaalse taseme kindlakstegemiseks uriinis (võrdlusandmete saamiseks) teostasime uurimisi [W. Zimmermanni (16) järgi] eesnäärme adenomatoosi all mittekannatavatel samavanustel isikutel. Tavalise kliinilise režiimi ja konservatiivse ravi juures (kaasa arvatud ka sünestrooliravi) oli adenoomihaigetel uriini 17-ketosteroidide peegel stabiilne. Sünestrooliravi kasutasime pea-

miselt haiguse I ja II staadiumis. Pärast radikaalset adenoomektoomiat täheldasime uriini 17-ketosteroidide peegli tõusu, mida võib otseselt seostada operatsioonitraumaga. Kahe-kolme nädala vältel pärast operatsiooni stabiliseerusid 17-ketosteroidide väärtused operatsioonieelsetele väärtustele. Väga tüüpilised olid prostata kartsinoomi raviks kasutatud kastratsioonijärgsed muutused. Vahenditult pärast kastreerimist tõusis uriini 17-ketosteroidide peegel, kuid hilisemal operatsioonijärgsel perioodil langesid vastavad väärtused isegi kuni pooleni lähteväärtustest. Nii kinnitavad meie andmed seisukohti, et operatsioonitrauma põhjustab 17-ketosteroidide peegli tõusu. Täheldasime ka, et 17-ketosteroidide tase uriinis allub emotsionaalsetele mõjustustele. Nii tõusis ühel meie haigel vahenditult enne operatsiooni 17-ketosteroidide peegel uriinis kolmekordseks. Kuna teisi põhjusi ei esinenud, võis eelseisva operatsiooni ootus ja kartus vastava muutuse esile kutsuda neerupealiste koorolluse steroidhormoonide kaudu.

Kuigi prostata adenomatoosi ravi suguhormoonidega on laialt levinud, on selle efektiivsuse kindlakstegemine seotud tunduvate raskustega. Nimelt pole praeguseni veel välja töötatud hormooniravi hindamise objektiivseid näitajaid. Ravi tulemusi hinnatakse peamiselt kliiniliste haigussümptoomide muutumise kaudu. Kuid teatavasti esineb adenoomtõvega haigetel, eriti haiguse I staadiumis, perioodilisi paranemisi ka ilma ravita.

Puudub ka ühtne seisukoht raviks kasutatavate suguhormoonide valiku ja doseerimise kohta. Kõige rohkem kasutatakse naissuguhormoone, vähem meessuguhormoone; mõlemate hormoonide samaaegset või vaheldumisi rakendamist pooldavad vähesed [G. Alapin (1), C. Alken (9) jt.]. Osa autoreid soovitab suguhormoone manustada diferentsitult, s. o. vastavalt adenoomide histoloogilisele ehitusele: adenomatoossete vormide korral östrogeene ja fibromuskulaarsete vormide puhul androgeenipreparaate [H. Grissmann ja O. Drücke (11) jt.].

Et paljud autorid on täheldanud suguhormoonide head ravitoimet, kerkib üles küsimus ravi toimemehhanismist. Vastavas kirjanduses esineb peamiselt kaks seisukohta. Osa autoreid leiab, et suguhormoonid mõjustavad otseselt prostata adenoome, neid isegi taandarenema sundides [A. Toptšan ja A. Pomerantsev (8), J. Rapoport (5) jt.]. Enamik uurijatest pole aga täheldanud suguhormoonide otsest mõju adenoomide kasvule, vaid tõstavad esile nende toimet kogu organismisse ja eriti põie muskulatuurisse, kui on tegemist juba väljaarenenud urineerimishäiretega [I. Sobolev (7), M. Enfedjieff (13)]. Östrogeenide toimet prostata adenoomide histoloogilisele ehitusele on uuritud palju. Uurimismaterjalina on kasutatud nii operatsioonipreparaate kui ka punktsioonbiopsia abil saadud koetükke. H. Büscheri (10) andmetel tekib stilbeeni implantatsiooni tulemusena prostata näärmekoe epiteeli metaplaasia. Muutuste ulatus oleneb stilbeeni doosist ja nad on alati reversiibelid, taandudes ravi lõppemisel. Oma uurimustest tegi autor järelduse, et ravi östrogeensete preparaatidega ei anna püsivaid tulemusi. Ka A. Lapin (3) sai sünestrooliravi kasutamisel prostata histoloogilises ehituses ajutisi muutusi, mis kadusid samaaegselt ravi lõppemisega.

Nii langevad histoloogiliste uurimuste ja kliiniliste tähelepanekute tulemused ühte — östrogeenid ei mõjusta adenoomide suurust ega kasvu. Vaatamata sellele on östrogeenidega võimalik mõjustada kõige olulisemat prostata adenomatoosist tingitud haigusnähtu — põie evakuatsiooni häiret (düsuuriat). Tavaliselt põhjendatakse düsuuria tekkimist põie kaelaosas asuvatest vohanditest moodustunud mehaanilise takistusega. Meie täheldasime haigete kliinilisel uurimisel, eriti haigestumise I staadiumis, et düsuurilisi nähte põhjustab peamiselt põie muskulatuuri düsfunktsionaalne seisund. Pikaldaselt arenev peri- ja parauretraalsete

näärmete hüperplaasia kutsub esile patoloogilisi interotseptiivseid ärritusi ehk, teiste sõnadega, põhjendamatuid põietühjendamissignaale, millele põie muskulatuur kui lõppelund vastab reflektoorse kokkutõmbega — tenesmiga. Nii tekivadki haiguse I staadiumis düsuurilised vaevused ja nüktuuria, kuna öösiti suurendab põie muskulatuuri ärritusseisundit lisaks veel kongestiivne verepais vaagnapiirkonna kudedes ja elundites. Manustades nendele haigetele suurtes doosides sünestrooli võisime juba nädalase ravi järel täheldada põie detruusori toonuse nõrgenemist ja düsuuriliste nähtude vähenemist või kadumist. Sellega seoses paranes ka haigete üldseisund tunduvalt, sest une ja puhkuse häirija oli kõrvaldatud. Urineerimise normaliseerumist nii lühiaegse ravikuuri järel pole võimalik seletada adenoomide vähenemisega, vaid sünestrooli tuntud lõõgastava toimega põie detruusorile. Ka aastaid kestnud sünestrooliravi toimel ei täheldanud me ühelgi haigel adenomatoossete vohandite vähenemist või nende suurenemise aeglustumist või seiskumist.

Sünestrooliravi oleme viimastel aastatel kasutanud kokku 50 haigel. Ravi on enamasti alustatud statsionaaris ja jatkatud ambulatoorselt. Sünestrooli manustasime Toptšan-Pomerantsevi poolt soovitatud meetodil ja doosides. Sünestrooli 2%-list õlilahust süstiti üks kord päevas intramuskulaarselt 50—60 mg (= 2,5—3 ml) kahe kuu vältel. Kuna ravikuur jätkus sageli ambulatoorselt, kutsuti haiged perioodiliselt (kord nädalas) järelevaatusele. Kui selliste suurte dooside süstimisel ilmnesid feminisatsiooni nähud (rinnanäärmete valulikkus ja suurenemine jne.), vähendati ravidoosi poole võrra. Pärast ühekuulist vaheaega jätkus ravikuur ühe kuu vältel, kusjuures sünestrooli doos oli 20—40 mg päevas. Järgnes jälle kuuajaline vaheaeg ja ravikuur jätkus poole aasta vältel igapäevaste süstetega 20 mg päevas. Vaheajad on vajalikud selleks, et oleks võimalik jälgida taandunud kliiniliste sümptoomide ilmumist. Vajaduse korral tuleb ravikuuri jätkata.

Oma kogemuste alusel võime öelda, et sünestrooliravi on eriti tulemusrikas haigestumise I staadiumis, kus düsuurilised häired on põhjustatud vähem mehaanilisest kui funktsionaalsest komponendist. Sünestrool reguleerib põie tühjendamise funktsionaalset düsregulatsiooni. Et haigestumise II ja III staadiumis on ülekaalus mehaanilisest takistusest tingitud raskused põie tühjendamisel (põie detruusorlihas on muutunud või muutumas atooniliseks ja atroofiliseks), siis sünestrooliravi erilisi tulemusi ei anna. Kuid operatsiooniks ettevalmistamisel võib sünestrooliravi rakendada ka eeldusel, et põhiliseks jääb ikkagi operatiivne ravi.

KIRJANDUS

1. Алапин Г. Я. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов. М., 1954, 98—99. — 2. Дунаевский Л. И. Аденома предстательной железы. М., 1959. — 3. Лапин А. А. Урология, 1956, 2, 19—25. — 4. Неменов М. И. О влиянии рентгенизации яичек на предстательную железу. Дисс. Юрьев, 1916. — 5. Рапопорт Я. Л. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов. М., 1954, 78—88. — 6. Синицын Ф. И. Tsit. 2. järgi. — 7. Соболев И. И. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов. М., 1954, 102—104. — 8. ТопчанА. Б. и Померанцев А. А. Хирургия, 1949, 11, 61—68. — 9. Alken, C. E. Verhandlungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Leipzig, 1955, 26—40. — 10. Büscher, H. K. Idem. 1955, 40—45. — 11. Griessmann, H., Drücke, O. Z. Urol., 1955, Bd. 48, 1, 34—38. — 12. Griffiths, J. J. Anat. and Physiol, vol. XXIV, part II, 1890, 27—41. — 13. Enfedjieff, M. Verhandlungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Leipzig, 1955, 45—49. — 14. Simmonds, M. Frankfurter Z. Pathol., Bd. 21, 1918, 178—207. — 15. Tonutti, E. Verhandlungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Leipzig, 1955, 11—12. — 16. Zimmermann W. Z. phys. Chem., 1935, 233, 257.

О ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАМИ АДЕНОМАТОЗА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Х. Петлем

Резюме

Лечение аденоматоза предстательной железы синэстролом показано в I стадии заболевания, когда причиной дизурических явлений, являются главным образом, тенезмы мочевого пузыря. Лечение синэстролом устраняет функциональную патологию опорожнения мочевого пузыря.

Уровень содержания нейтральных 17-кетостероидов в моче больных при лечении синэстролом не изменялся.

ENDISE MÄRJAMAA RAJOONI ELANIKE PROFÜLAKTILISEST LÄBIVAATUSEST VÄHKTÕVE SUHTES

Arstiteaduse kandidaat *M. PURDE*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Vähktõve probleem muutub iga aastaga aktuaalsemaks. Suremine vähktõve tagajärjel suureneb seda enam, mida rohkem taanduvad nakkushaigused ja mida vanemaks elavad inimesed [J. Huxley, H. Grosse (8, 9)]. Vähktõve esinemissagedus ja vormid on eri maades erinevad, mida seletatakse elanikkonna vanuseliste iseärasuste ja meditsiinilise teenindamise tasemega. Paljudel juhtudel leiavad aga autorid seoseid nende maade kliima, oluṣtiku ja rahvaste harjumuste ning vähktõvevormide vahel [A. Tšaklin (6), J. Paymaster (4), V. Dvoirin (2), K. Bazikjan (1)]. Et tööd vähitõrje alal parandada, selleks tuleb uurida vähktõve epidemioloogiat ja tema esinemist ning levikut teatavas paikkonnas. Nõukogude Liidus on vähktõve epidemioloogiat uuritud arvukatel ekspeditsioonidel, mille tulemusena on leitud paikkondlikke iseärasusi huule-, suuõõne-, kopsu-, rinnanäärme- ja emakakaelavähi patoloogias [A. Tšaklin (7 jt.)].

Eesti NSV-s avastati 100 000 elaniku kohta pahaloomulisi kasvajaid 1958. aastal 161, 1959. aastal 173 ja 1960. aastal 174 (teatiste alusel). Vähktõve viis põhilokalisatsiooni moodustavad 68,8% kõikidest vähktõve vormidest: maovähk moodustab neist 23,4%, emakavähk 17,1%, kopsuvähk 10%, nahavähk 10,8% ja piimanäärmevähk 7,5% (1958., 1959., 1960. a. keskmised andmed).

Eesti NSV-s toimuvate uurimiste sarjas vähktõvesse haigestumise suhtes korraldati 1962. a. mais endise Märjamaa rajooni elanike profülaktiline läbivaatus. Selle organiseeris Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogia sektor ja Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser. Läbivaatusel uuriti elanikkonda ka tuberkuloosi haigestumise suhtes ning peatuti pikemalt toitlustamise küsimustel (Tallinna Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser, Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosi ja biokeemia sektorid). Uurimistöö viidi läbi kõikides kolhoosides, sovhoosides, sovhooside osakondades ja Märjamaa alevis. Kogu elanikkonna, kaasa arvatud onkoloogiliselt läbivaadatud vanemaealiste inimeste grupid, kopsude uuring toimus kohapeal, Onkoloogilisele läbivaatusele kuulusid mehed 30. ja naised 25. eluaastast alates. Hõlmati organiseerimata keskealisi ja vanemaid elanikke (rajooni vastava vanusega elanikest ligi 70%).

Onkoloogide poolt vaadati läbi 5684 inimest, neist 3361 naist ja 2323 meest. Läbivaadatud elanikud olid põhiliselt 30 kuni 70 aastat vanad (vt. tabel).

Tabel

Vanusegrupid	Mehed (%)	Naised (%)	Kokku (%)
19—24	1,3	2,3	1,9
25—29	4,5	8,0	6,4
30—39	21,5	16,9	19,0
40—49	19,6	21,7	20,7
50—59	27,8	27,0	27,4
60—69	18,3	17,6	17,9
70 aastat ja vanemad	7,0	6,5	6,7

Põhjalikuma informatsiooni saamiseks läbivaadatute kohta võtsime kasutusele perfokaardid. Andmete märkimine nimetatud kaartidele (kodeeritult) soodustas tunduvalt uurimist.

80% läbivaadatutest elas pidevalt Märjamaal, 17,5% moodustasid isikud, kes olid sinna tulnud teistest Eesti NSV rajoonidest (peamiselt noored põllumajanduse spetsialistid), 2,5% läbivaadatutest olid asunud Märjamaa rajooni väljastpoolt Eesti NSV-d. Seega võib kogutud andmeid pidada antud piirkonnale iseloomulikeks. Uuritud elanikkond tegi peamiselt põllutööd. Üks kolmandik meestest ja üks viiendik naistest sõi ebakorrapäraselt (vähem kui 3 korda päevas, pikkade vaheaegadega). Mehed, kel esines kaebusi maohäirete suhtes, toitusid enamasti korrapäratult. Elanikkond tarvitas segatoitu — liha, piima, köögivilja ja leiba. Negatiivse nähtusena tuleb märkida, et kevadel ja suvekuudel süüakse köögiviljadest ainult kartuleid, muid liike tarvitatakse peamiselt sügis-talvekuudel. Köögivilja vähese kasutamise tõttu esineb elanikel ilmselt vitamiinide ja nähtavasti ka mineraalainete puudus. Toiduaineteks on neil peamiselt sealiha ja piimasaadused, kuid suitsutatud liha ja kala peaaegu üldse ei sööda.

Alkoholi tarvitas meestest 69%, naistest — 1%. Meestest olid 62% ja naistest 2% suitsetajad; 1,5% meestest suitsetas piipu, teised sigarette ja paberosse (päevas tarvitasid kuni 10 sigaretti — 38%, kuni 20 — 52% ning üle 20 sigareti — 10%).

Küsitluse andmeil esines läbivaadatute sugulastel vähktõbe 12%. Tuberkuloosihaigeid oli läbivaadatute hulgas 5,75%; 45% oli põdenud grippi, kopsupõletikku aga 26% meestest ja 21% naistest, kusjuures korduvaid kopsupõletikke täheldati meestel enam kui naistel. 7%-l meestest ja 2%-l naistest oli esinenud maohaavandeid. 8%-l uurituist sedastati gastriiti. Mao patoloogiale viitavaid kaebusi esitasid nii meestest kui naistest 25%, kuid meeste kaebused olid komplekssemad, andes sagedasti «mao väheste kaebuste» sündroomi. Kopsuhaigustele viitavaid kaebusi täheldati meestel enam kui naistel. Meestel esines köha 21%-l, naistel 6%-l, röga eritust meestel 13%, naistel 3%. Kaebusi kõhukinnisuse üle oli 7—9%, kõhulahtisuse üle 4—6% jne.), mis viitas vastavate elundite uurimise vajadusele.

Läbivaadatutest 1200 mehel ja 500 naisel uuriti toitumuse ja hammaste seisukorda. Selgus, et 53%-l meestest ja 42%-l naistest olid hambad väga karioossed või paljud neist puudusid. Üldise hea toitumuse juures oli meestest asteenikuid 12%, püknikuid 6%; naistest oli asteenikuid 3%, püknikuid 2%.

Järelikult avastasime profülaktilisel läbivaatusel 6 naha-, 5 piimanäärme-, 3 alahuule-, 2 emakakaelavähi juhtu ning 1 munasarja- ja 1 neerukasvaja ning 1 maovähktõve palpeeritava juhu. Kopsude fluorograafilise

läbivaatuse andmeil esines 5 inimesel kahtlus kopsukasvaja suhtes ja nad suunati edasistele uuringutele. Vähieelseid seisundeid (välja arvatud naiste suguelundid) leidsime naistel 1,5%-l. Neil avastati peamiselt piimanäärmete fibroadenoome. Meestel esines vähieelseid seisundeid 0,5%-l, neil sedastasime haavandeid nahal, suus ja alahuulel. Healoomulisi kasvajaid, nagu lipoome, fibroome ja teisi, oli 1%-l läbivaadatutest. Nahavähki avastasime 3 mehel ja 3 naisel, kes olid üle 70 aasta vanad. Neist 2 mehel oli varem samuti esinenud nahavähk (muu lokalisatsiooniga). Ühel naisel aga oli varem diagnoositud piimanäärmevähki. Alahuule- ja maovähki avastati 40—70-aastastel meestel, piimanäärmevähki esines 40—70-aastastel naistel. Kõik vähktõvejuhud, välja arvatud munasarja- ja maokasvaja, olid ravitavates staadiumides. Maokasvaja osutus laparotomeerimisel inoperaabelseks (IV grupp). Eesti NSV onkoloogilise võrgu asutuste aruannetest nähtub, et maovähktõbe avastatakse hilises staadiumis ligikaudu 40% ulatuses (1958., 1959., 1960. a.). Mõistes tavalise profülaktilise läbivaatuse võimetust maovähi õigeaegsel avastamisel, eraldasime omaette rühmaks 238 inimest enam väljakujunenud «mao väheste kaebuste» sündroomiga; neid iseloomustavad andmed kanti perfokaartidele, mis hõlbustas analüüsimist. Maohaiguste avastamiseks pildistasime uuritavaid laiakaadrilise liikuva fluorograafi abil, keskmiselt 8 võtet. Kontrollimise eesmärgil suunati 53 inimest röntgenoloogilisele uurimisele Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse, kus diagnoositi kolmel mehel maovähki (II^a gr.), leiti ka rigiidseid gastriite ja haavandeid.

Ekspeditsiooni kohalviibimise ajal avastasime Märjamaa rajoonis 22 vähktõvejuhtu (0,38%), kopsukasvajaid kaasa arvamata (I^a grupp). Kirjanduse andmeil diagnoositakse elanikkonna profülaktilisel läbivaatusel vähktõbe keskmiselt 0,1—0,2%. Vähieelseid seisundeid — 0,7% ja enam [E. Prazdnikova (5), L. Nikitina (3)]. Seega avastasime ühe läbivaatusega sama palju vähihaigeid, kui aasta vältel Märjamaal üldse arvele võeti, nimelt täideti 1962. a. Märjamaa rajoonis 22 teatist lisaks meie poolt arvelevõetutele. Tegelik haigestumine vähktõppe ületab seega Märjamaa rajoonis senise arvelevõtmise 100% võrra.

Mao uuring laiakaadrilise fluorograafi abil õigustas end, sest avastasime ravitavaid vähktõvejuhte (II^a grupp).

Järeldused

1. Vähktõvesse haigestumise uurimiseks vaadati endises Märjamaa rajoonis läbi 5684 inimest, neist 2323 meest ja 3361 naist. Kogutud andmed iseloomustavad antud geograafilist piirkonda.

2. Teostatud profülaktilisel läbivaatusel avastati 22 vähktõvejuhtu (0,38%) ja kopsude fluorograafilisel uuringul 5 kopsukasvajat (I^a grupp). Vähieelseid seisundeid esines meestel 0,5% ja naistel 1,5%. Kasvajaid avastati ekspeditsiooni kohalviibimise ajal sama palju, kui aasta vältel üldse selles rajoonis arvele võetakse. Tegelik haigestumine vähktõppe endises Märjamaa rajoonis ületab senise arvelevõetud juhtude arvu 100%.

3. Elanikkonna onkoloogilisel profülaktilisel läbivaatusel võeti kasutusele perfokaardid, mis kiirendas andmete fikseerimist ja haigete kontingentide eraldamist ning lihtsustas töö tulemuste statistilist analüüsi.

4. Perforeeritud kaartide abil töötati läbi andmestik 238 isiku kohta, kel esines «mao väheste kaebuste» sündroom. Neil haigeil pildistati magu laiakaadrilise fluorograafi abil ning avastati maovähktõbe kolmel juhul. Elanikkonna profülaktilisel läbivaatusel on soovitatav kasutada mao uurimiseks laiakaadrilist fluorograafi.

KIRJANDUS

1. Базикян К. Л. Тезисы докладов VII Международного конгресса. М., 1962, 231. — 2. Двойрин В. В. Там же, 231. — 3. Никитина Л. Ф. Труды II всесоюзной конференции онкологов. Л., 1959, 808—815. — 4. Пэймастер Дж. С. Тезисы докладов VIII Международного противоракового конгресса. М., 1962, 228. — 5. Праздникова Е. Г. Труды II всесоюзной конференции онкологов. Л., 1959, 800—808. — 6. Чаклин А. В. Вопр. онкологии, 1959, 4, 494—501. — 7. Чаклин А. В., Орловский Л. В., Святухина О. В. и др. Тезисы докладов VIII Международного противоракового конгресса. М., 1962, 230 — 8. Huxley, J. Biological Aspects of Cancer. London, 1958. — 9. Grosse, H. Krebssyntropien. Wahlverwandtschaften und Lokalisationgesetze des Krebses. Jena, 1960.

О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ ЖИТЕЛЕЙ БЫВШЕГО МЯРЬЯМААСКОГО РАЙОНА С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАКОМ

М. Пурде

Резюме

В бывшем Мярьямааском районе онкологами было обследовано в 1962 г. 5684 человека, из них 2323 мужчин и 3361 женщин, что составляет почти 70% населения старше 30 лет данного района. При осмотре выявлено 22 случая рака (0.38%). При флюорографическом исследовании легких выявлено 5 опухолей легкого (Iа группа). Предраковых состояний обнаружено у 0,5% мужчин и у 1,5% женщин (без гинекологических предраковых состояний). Истинная заболеваемость злокачественными опухолями в Мярьямааском районе превышает заболеваемость по данным учета на 100%. Для регистрации данных профилактического осмотра использовалась перфорированная картотека, которая ускорила работу и облегчила разработку полученных данных. При помощи перфорированной картотеки была выбрана группа больных в количестве 235 человек с синдромом «малых признаков рака желудка». У этой группы исследовали желудок при помощи ширококадрового фото-флюорографа, и выявили 3 случая рака желудка (IIа группа).

RETIKULOOSI (RETIKULOENDOTELIOOSI) KLIINILISTEST ISEÄRASUSTEST

A. MARDNA

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Retikuloosi käsitleme järgmiste asjaolude tõttu: 1) retikuloosi diagnoositakse leukoosivormidest kõige halvemini, 2) retikuloosi puhul on haiguskulg individuaalselt erinev, eriti kroonilistel haigusjuhtudel, kusjuures haigus järest progresseerub, 3) küllaltki sageli esinevad üleminekud ühest haigusvormist teise, sealhulgas ka üleminekud blastoomiks. Viimane asjaolu viitab leukooside ja blastoomide ühtsele geneesile.

Kõigepealt nimetusest. Etioloogiat kõrvale jättes on retikuloosi (*resp.* retikuloendotelioosi) tüüpi leukoosi tekkes peamiseks vereloomeelundite strooma generaliseerunud hüperplaasia. Endoteliaalsed rakud, kui nad mõnikord ongi protsessist haaratud, on siiski alati teisejärgulise tähtsusega [H. Vlados (4, 5)]. Sellest lähtudes kajastabki nimetus «retikuloos» protsessi olemust paremini. Peame õigeks M. Dultsini ja G. Ossetšenskaja (6) seisukohta asendada termin «retikuloendotelioos» nimetusega «retikuloos».

Retikulosarkomatoosi, lümfosarkoomi ja lümfogranulomatoosi juhte me oma ülevaates ei käsitle, olgugi et need kuuluvad orgaaniliselt samasse

haigusgruppi. Nende haiguste geneetiline ühtekuuluvus peaks olema tõestatud paljude autorite [M. Dultsin ja G. Ossetšenskaja (6), N. Jarõgin (11), O. Knjazeva (7) jt.] tähelepanekutega: nimelt võivad ülalnimetatud haigusvormid üksteiseks üle minna.

1955.—1961. a. oli Tallinna Vabariikliku Haigla sisehaiguste osakonnas retikuloosiga ravil 19 haiget (9 meest ja 10 naist) 14—68 a. vanuses. 8 juhul oli tegemist ägeda, 8 juhul kroonilise ja 3 juhul alaägeda retikuloosiga. Kui kroonilise retikuloosi puhul olid kõik haiged (peale ühe 51-aastase meespatsiendi) üle 60 vanad, siis ägeda vormi puhul polnud märgata mingi vanuseastme prevaleerumist (haigete vanus 14—66 a.). Nii ägeda kui ka kroonilise retikuloosi puhul ei ilmnenud haiguse seost elukutse ega elukondlike tingimustega.

Retikuloosi diagnoosimine on üldiselt seotud suuremate raskustega kui teiste leukoosivormide kindlakstegemine, eriti krooniliselt kulgevatel juhtudel, kui haigete perifeerse vere näitajad püsivad pikka aega suhteliselt normaalsete väärtuste piires. See ongi üheks põhjuseks, miks saate- ja kliinilised diagnoosid niivõrd lahknevad. Nii ei olnud ühelgi meie juhtudest saatediagnoosiks retikuloos (*resp.* retikuloendotelioos) ja ainult 3 juhul kahtlustati ägedat leukoosi. Väljakujunenud organometaplaasia alusel käsitleti 2 juhtu kui kroonilist lümfadenoosi ja 2 juhul diagnoositi lümfogranulomatoosi. Enamasti on diagnoosi püstitamisel lähtutud ainuüksi prevaleeruvast haigussümptoomist, nagu aneemia, agranulotsütoos, ninaverejooks, tonsilliit.

Mõnel juhul põhjustas kõrge kehatemperatuur ja raske üldseisund diagnoosi — kõhutüüfus. Selle diagnoosiga sattus näiteks 30-aastane naispatsient V. (haiguslugu nr. 17366, 1959. a.) nakkushaiglasse, sealt aga juba pärast tüüfuse diagnoosi ümberlükkamist meie osakonda diagnoosiga — agranulotsütoos (patoloogilise verepildi tõttu).

Kõhutüüfust kahtlustati kõrge kehatemperatuuri tõttu ka 46-aastasel naispatsiendil A. (haiguslugu nr. 16555, 1959. a.), kuid infektsionisti konsultatsiooni põhjal jaoskonnahaiglas toodi patsient vereloomehaiguse kahtlusega (*aleucia aplastica*) üle Tallinna Vabariiklikku Haiglasse, kus tal diagnoositi ägedat retikuloosi. Viimati nimetatud patsiendi edaspidine haiguskäik on küllaltki huvitav, seepärast peatuksime sellel lähemalt.

Pärast ägeda retikuloosi diagnoosi püstitamist rakendati kompleksset ravi, millesse kuulusid ka steroidhormoonid. Ravi tulemusena saavutati täielik kliiniline ja osaline hematoloogiline remissioon. Patsient kirjutati heas seisundis kodusele ravile jaoskonnaarsti järelevalve all, kusjuures anti korraldus perioodiliselt kontrollida verepilti. Heaolu kestis 1,5 kuud. Siis tekkis kõrgendatud kehatemperatuuriga ühekordne kõhulahtisus, mille tõttu haige suunati kiiresti nakkushaiglasse. Seal lükati düsenteeria diagnoos ümber, kuid röntgenoloogiliselt sedastatavate varjustuste põhjal kopsus viidi patsient nüüd juba tuberkuloosikahtlasena tuberkuloosiosakonda. Tuberkuloosiosakonnas taastati lõpuks ägeda leukoosi diagnoos, kuid haige seisund oli vahepeal sedavõrd halvenenud, et teda ei saadud enam transportida Tallinna Vabariiklikku Haiglasse. Patoloogilis-anatoomiliselt kinnitati retikuloosi diagnoos.

Antud juht väärib meie arvates märkimist eriti seepärast, et jaoskonnaarst, kellel olid kõik andmed haige diagnoosi ja ravi kohta (s. t. ka võimalike tüsistuste kohta), arvestas ainult üht sümptoomi ja suunas patsiendi düsenteeriakahtluse tõttu nakkushaiglasse. Kuna aga perifeerne veri oli erilise patoloogiata, käsitleti ekstramedulaarseid vereloomekoldeid kopsus spetsiifiliste tuberkuloossete muutustena, kuigi raviva arsti epikriisist nähtub, et haige ise seda diagnoosi eitas, väites, et tal olnud täpselt samad nähud siis, kui lamas leukoosi diagnoosiga Tallinna Vabariiklikus Haiglas. See näitab eriti, kuivõrd vajalik on tihe kontakt raviasutuste vahel, rääkimata sellest, et vereloomehaigustega isikute dispanseerimine peaks olema kohustuslik.

Tähelepanematusest anamneesi ja üldseisundi vastu olid tingitud ka järgmised diagnostilised ja taktikalised vead.

Vaatamata patsiendi halvenenud enesetundele ning kõrgenenud temperatuurile mitme päeva vältel ja hemorraagilisele lööbele kogu kehal tõi Tallinna Linna Kiirabijaam 20-aastase haige K. (haiguslugu nr. 6778, 1956. a.) ninaverejooksu diagnoosiga Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-nina-kurguhaiguste osakonda. Sealt toodi ta ägeda leukoosi (retikuloosi) diagnoosiga üle sama haigla I sisehaiguste osakonda. Üldseisundit tähele panemata suunas otorinolarüngoloog 14-aastase meeshaige H. ja 26-aastase naishaige S. operatiivseks raviks kroonilise tonsilliidi diagnoosiga (!) kõrva-nina-kurguhaiguste osakonda, ehkki anamnestiliselt märgitakse mõlemal enesetunde halvenemist ning kõrgenenud kehatemperatuuri ja objektiivselt kogu kehal hemorraagiaid (kliiniline diagnoos — retikuloos).

Kliiniliselt pildilt ei erine äge retikuloos oluliselt ägeda leukoosi teistest vormidest. Nii esines meie patsientidel sellele haigusele nii iseloomulik kõrge kehatemperatuur, nõrkustunne, samuti hemorraagiline sündroom, sageli patoloogilised muutused kurgus. Hemorraagiline sündroom polnud välja kujunenud ainult kahel juhul. Ühel neist, 68-aastasel naishaigel S. (haiguslugu nr. 12345, 1956. a.) olid kliinilises pildis esikohal suurenenud lümfisõlmed (teistel ägeda retikuloosi juhtudel neid ei täheldatud) ning väljakujunenud hepato- ja splenomegaalia. Sealjuures esinev mõõdukas leukotsütoos (10 000—12 000) ja patoloogiliste elementide puudumine perifeerses veres tekitasidki esialgu diagnoosimisel raskuse, mille kõrvaldas sternaalpunktsioon (22,6% retikulotsüüte) ja lümfisõlmede biopsia.

Märkimist väärib, et, välja arvatud ülalmainitud leukotsütoosi juht, oli ainult ühel meie poolt jälgitud ägeda retikuloosiga haigeist leukotsüütide arv normaalne (7700), kõigil teistel aga esines leukopeenia (7000—200). Perifeerses veres esinesid kõigil haigeil retikulaarsed rakud, üksikjuhtudel kuni 100%-ni. Siinkohal peab tähendama, et meie andmed lähevad lahku näiteks G. Ossetšenskaja (8) tähelepanekuist, kes märgib, et ägedate aleukeemiliste retikulooside puhul ei esine perifeerses veres üldse retikulaarseid rakke või on neid siis ainult üksikutena.

Haigus kestis pärast ägeda retikuloosi diagnoosimist ainult ühel juhul 4 kuud, kusjuures esines 2-kuune remissioon. Kõik teised lõppesid surmaga 11 päeva kuni 2 kuu vältel. Surma põhjuseks oli enamasti väljakujunenud hemorraagia.

Kroonilise retikuloosi kliiniline pilt sõltub põhiliselt sellest, milliseid elundeid leukeemiaprotsess haarab. Kõigile juhtudele on aga omane lümforetikulaarkoe hüperplaasia vereloome häiretega, kusjuures perifeerses veres leukeemiale omased tunnused tavaliselt puuduvad. J. Davõdovski arvates ongi aleukeemiline verekoostis iseloomulik retikulaarsete rakkude hüperplaasiale vereloomeelundite stroomas, sest seetõttu on vabade rakkude pääs perifeersesse verre takistatud [tsit. G. Ossetšenskaja järgi 7, 8, 9].

Igal patsiendil olid haiguse kulus omad iseärasused. Järelikult on kroonilise retikuloosi kliiniline pilt küllaltki polümorfne. Üldiselt kaebasid meie haiglas viibinud haiged järjest süveneva nõrkustunde (9) ja sageli ka liigesevalude üle (6). Mõnel juhul olid viimased sedavõrd esiplaanil, et põhjustasid eksidiagnoosi.

Näiteks haigestus 64-aastane naispatsient V. (haiguslugu nr. 117, 1956. a.) valudega ristluu piirkonnas, puusades, põlvedes. Kasutatud antireumaatikumid (ambulatoorselt ja jaoskonnahaiglas) ei andnud tulemusi. Tallinna Vabariiklikusse Haiglasse suunati haige diagnoosiga *polyarthritis rheumatica, polyneuralgia, arteriosclerosis.* Et perifeerne veri oli erilise patoloogilise leiuta, kaebustes prevaleerusid näiliselt sklerootilised nähud (mälunõrkus, peapööritus) ja liigesevalud, röntgenoloogiliselt aga diagnoositi spondüloartroosi ja spondüloosi, kirjutatigi haige selle diagnoosiga rahuldavas seisundis välja. 3 kuu pärast saabus ta uuesti siseosakonda endiste kaebustega, kuid märgatavalt halvenenud üldseisundiga. Objektiivselt: regionaarsete lümfisõlmede, maksa ja põrna suurenemine, aneemia (hgb. 34—30%), leukopeenia (2800—2400). Leukogrammis retikulaarseid rakke 8—16%. Kroonilise retikuloosi diagnoosimise järel sai patsient vastavat ravi, mis andis korduvalt ajutise mõõduka paranemise. Aasta pärast õige diagnoosi püstitamist suri haige organmetaplaasia järjest tugevnevate nähtudega. Patoloogilis-anatoomiliselt kinnitati kroonilise retikuloosi diagnoos (haiguslugu nr. 15697, 1957. a.).

Käesoleval juhul on märkimisväärne, et haiguse algusest kuni lõpuni püsisid ägedad liigesevalud ja esines patoloogiline uriinileid [leukotsüüdid, erütrotsüüdid ja valk (jäljed)]. Viimane oli tingitud suurtest ekstramedullaarsetest vereloomekolletest neerudes.

Mis puutub erütropoeesi, siis enamikul meie haigeist oli see nimetamisväärse kahjustuseta ja ainult 2 haigel esines aneemia.

Kõigil meie haiglas kroonilise retikuloosiga viibinud haigeil olid mitmesuguses astmes suurenenud lümfisõlmed. Kui sellega kaasnes veel maksa ja põrna suurenemine, siis oli tavaliselt saatediagnoosiks kroooniline lümfadenoos (ehkki perifeerse verepildi järgi puudus selleks igasugune alus!) või lümfogranulomatoos.

Viimase diagnoosiga suunati Tallinna Vabariiklikusse Haiglasse näiteks 68-aastane naispatsient A. (haiguslugu nr. 15256, 1957. a.), kellel esines anamnestiliselt juba 5 a. vältel lümfisõlmede üldine suurenemine. Enesetunnet see ei halvendanud. Alles vahetult enne haiglaravile suunamist tekkinud maksa ja põrna suurenemine (kuni väikese vaagnani), mis põhjustas enesetunde halvenemise. Statsionaaris punane veri rahuldavas seisundis (hgb. 78—50%), SR 15—18 mm/t., leukots. 2100—1600. Leukogrammis suhteline lümfotsütoos kerge nihkega vasakule (kepptuumalisteni) neutrofiilide osas. Sternaalpunktaat iseärasuseta. Alles lümfisõlme histoloogiline uuring selgitas nii diagnoosi kui ka patogeneesi. Tegemist oli retikuloosiga, mis arenes hiigelfollikulaarse adenopaatia foonil (Brill-Symmersi tõbi). Mainitud juht illustreerib ühe haigusvormi üleminekut teise.

Nagu teiste leukoosivormide puhul, nii oli ka retikulooside ravi alati rangelt diferentseeritud vastavalt haiguse iseloomule ja astmele. Ägedatel juhtudel kasutati antibiootikume, vereülekandeid, hormoonipreparaate, üldtugevdavat ravi. Kroonilistel juhtudel lisandusid sellele veel (maksa, põrna ja lümfisõlmede väljakujunenud suurenemise puhul): ühel juhul röntgeniravi ja ühel juhul tsütostaatiline ravi. Kahel kroonilise retikuloosiga haigel saavutati remissioon, mis kestis umbes pool aastat; 14 haigel 19-st kinnitus meie diagnoos patoloogilis-anatoomiliselt. Viie patsiendi haiguse edaspidise käigu kohta puuduvad meil aga kahjuks andmed.

KIRJANDUS

1. Беломенецкая Т. А. и Гец И. И. Архив патологии, 1960, 3, 61—64. — 2. Бялик В. А. Клинич. медицина, 1954, 5, 75—77. — 3. Бялик В. А., Баранов и др. Врачебн. дело. 1954, 12, 35—36. — 4. Владос Х. Х., Краевский Н. А. Сов. медицина, 1953, 3, 33—37. — 5. Владос Х. Х., Цаплигина Е. В. Терапевт. архив, 1952, XXV, 6, 46—54. — 6. Дульцин М. С. и Осеченская Г. В. Пробл. гематол., 1961, 4, 17—24. — 7. Князева Г. А. Архив патологии, 1954, 2, 36—39. — 8. Осеченская Г. В. Пробл. гематол. и переливания крови, 1959, 2, 13—21. — 9. Осеченская Г. В. Пробл. гематол. и переливания крови, 1956, 4, 16—21. — 10. Осеченская Г. В. и Хохлова М. П. Пробл. гематол. и переливания крови, 1958, 2, 19—26. — 11. Ярыгин Н. Е. Архив патологии, 1960, 3, 54—61.

Saabus toimetusse 31. märtsil 1962. a.

О КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ РЕТИКУЛЕЗА (РЕТИКУЛО-ЭНДОТЕЛИОЗА)

А. Мардна

Резюме

В 1955—1961 гг. в терапевтическом отделении Таллинской республиканской больницы находилось 19 больных ретикулезом (9 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 14 до 68 лет. Острая форма заболевания была у 8, подострая у 3 и хроническая у 8 больных. Все больные хроническим ретикулезом (кроме одного мужчины, 51 года) были старше 60 лет. Зависимости заболевания острым ретикулезом от возраста (14—66 лет) установить не удалось. Не удалось также установить связи между заболеваниями ретикулезом, профессией и условиями жизни больных.

Клиническая картина ретикулеза полиморфна. Больные жаловались на недомогание, повышение температуры, боли в суставах. При острых формах наблюдались кровотечения и изменения слизистых. Диагностика ретикулезов затруднена вследствие нередкого отсутствия в периферической крови патологических клеток. Этим, а также

нехарактерной клинической картиной можно объяснить то, что ни один из больных не был направлен в больницу с диагнозом ретикулеза, и только в трех случаях был заподозрен острый лейкоз. Больные поступали в основном с диагнозами: анемия, тонзиллит, носовое кровотечение и пр. В двух случаях, протекавших с высокой температурой и тяжелым общим состоянием, диагнозом направления был брюшной тиф. Отдельных больных направляли в гинекологическое отделение с подозрением на маточное кровотечение или аборт и даже в ЛОР-отделение для тонзиллэктомии.

Лечение проводилось дифференцированно, в зависимости от формы заболевания и ведущей симптоматики. Применялись гормональные препараты, антибиотики, переливания крови, в отдельных случаях цитостатические препараты и рентгенотерапия. В 14 случаях из 19 диагноз ретикулеза был патологоанатомически подтвержден. В 5 случаях исхода заболевания после выписки больных из стационара установить не удалось.

ELEKTROLÜÜTIDE TASAKAALUHÄIRETEST KARDIOVASKULAARSE PUUDULIKKUSE RAVIMISEL

Arstiteaduse kandidaat *N. ELŠTEIN* ja *A. RANDVERE*
(Eesti Raudtee Haiglast, peaarst *D. Migulin*)

Kardiovaskulaarse puudulikkuse uurimisel, mille tekkepõhjused on väga erinevad, äratavad viimastel aastatel üha rohkem tähelepanu elektrolüütide tasakaaluhäiretega seotud küsimused.

Elektrolüütide tasakaaluhäirete probleem kardiovaskulaarse puudulikkuse puhul seisneb peamiselt naatriumi, kaaliumi ja kloori dünaamika uurimises. Puudutamata kõiki kardiovaskulaarse puudulikkuse teooriaid, märgime üldtuntud fakti, et naatriumipeetus organismis põhjustab veepeetust, viimane omakorda aga hüpervoleemiat ja turseid.

Veresoonkonna patoloogia puhul üks kompensatoorseid mehhanisme on südamerütmi sagenemine. Sellega kaasneb südame süstoolse ja minutimahu langus.

V. Parin ja T. Meerson (7) arvavad, et südame minutimahu vähenemise ja arteriaalse süsteemi verega mitteküllaldase täitumise puhul tekib baroretseptorite ärritus, mis reflektoorselt kutsub esile aldosterooni hüpersekretsiooni. Aldosterooni rikkalik produktsioon põhjustab naatriumioonide suurenenud reabsorptsiooni neerukanalikeste distaalses osas ja kutsub seega esile naatriumioonide peetuse organismis. Sekundaarselt tekib veepeetus organismis ja selle tagajärjel tursed. Ringleva verehulga suurenemine põhjustab sel puhul hüpervoleemiat, mis omakorda soodustab vedelikupeetust kudedes.

On andmeid, et aldosteroon inaktiveeritakse maksas. Seepärast maksa paisunähtude puhul, mil tema funktsionaalne võime on langenud, suureneb aldosterooni toime. Seega tekib organismis *circulus vitiosus*, s. t. kardiovaskulaarne puudulikkus suurendab aldosterooni sekretsiooni, aldosteroon omakorda põhjustab naatriumipeetust ja turseid, maksa paisunähud aga pidurdavad aldosterooni inaktiveerimist, kuid suurenenud aldosterooni kontsentratsioon suurendab kardiovaskulaarse puudulikkuse nähte.

Kardiovaskulaarse puudulikkuse tekkemehhanismis on tähtis ka see, et aldosterooni mõjul suureneb kaaliumi eritus neerude kaudu, mis naatriumi asemel seob ainevahetuse laguprodukte.

J. Cort (14) leidis, et kaaliumipuudus müokardis vähendab müokardi funktsionaalset võimet. Sellele järeldusele tuleb oma töödes ka F. Lenci (5). Seega tekib veel teine *circulus vitiosus*: kardiovaskulaarse puudulikkuse puhul esineb naatriumipeetus organismis, samaaegselt tugevneb kaaliumi eritus. Kaaliumipuudus müokardi lihases omakorda suurendab kardiovaskulaarset puudulikkust.

Kardiovaskulaarse puudulikkuse teooriate hulgas äratab tähelepanu W. Raabi (8) kontseptsioon. Ta arvab, et kaaliumioonide vähenemine ja naatriumioonide suurenemine südamelihases vähendab südame kasuliku tegevuse koefitsienti. Kuid otsustavaks teguriks ei pea ta mitte aldosterooni, vaid adreno-sümpaatilise kateholamiinide süsteemi (adrenaliin, noradrenaliin)mõju. W. Raabi andmetel leiti südamelihases kardiovaskulaarse puudulikkuse puhul suurel hulgal sümpaatilisi kateholamiine. Sellega ühtivad ka S. Štšerbatenko (12) andmed, kes sellistel haigetel täheldas atsetüülkoliini (mis on sümpaatiliste kateholamiinide antagonist) vähenemist veres.

Millist seisukohta ka ei arvestataks kardiovaskulaarse puudulikkuse puhul esinevate elektrolüütide tasakaaluhäirete tekkepõhjusena (s. o. kas siduda seda aldosterooni hüpersekretsiooni või sümpaatiliste kateholamiinide toimega), on selge, et seda patogeneesi lüli arvestamata ei saa käesoleval ajal määrata õiget ja teaduslikult põhjendatud ravi.

Nende seisukohtade ellurakendamiseks on praktikas kaks tendentsi: 1) spetsiaalse dieedi, mis sisaldab vähem naatriumi ja rohkem kaaliumi, lülitamine ravikompleksi (Karelli, Pevsneri nr. 10 ja Kempneri dieedid); 2) kaaliumisoolade organismi viimine ja naatriumisoolade organismist eemaldamine ravimite abil.

Naatriumkloraadi, naatriumi ja kaaliumi normaaine sisaldus plasmas, veres ja erütrotsüütides

Autor	NaCl			Na			K		
	Plasma	Veri	Erütrotsüüdid	Plasma	Veri	Erütrotsüüdid	Plasma	Veri	Erütrotsüüdid
Predtetšenski kaasautoritega	650 mg%	450—550 mg%	—	300—350 mg%	180—240 mg%	40—130 mg%	17,5—22,5 mg%	—	—
Hallmann	570—620 mg%	450—510 mg%	—	240—350 mg%	160—250 mg%	—	16—20 mg%	120—220 mg%	300—600 mg%
Ardamatski kaasautoritega	—	—	—	136,1 mekv/l	95,6 mekv/l	45,2 mekv/l	52 mekv/l	37,1 mekv/l	77,4 mekv/l
Wendler	98—107 mekv/l	—	—	135—156 mekv/l	—	—	3,3—5,1 mekv/l	—	—

Puudutamata üksikasjalisemalt diureetikumide toimet (aga nendel on oluline vahe) märgime, et tuntumate diureetikumide efekt põhineb naatriumiooni ja ühtlasi ka vee väljutamisel organismist. See kehtib nii elavhõbeda-diureetikumide (merkusaal, novuriit) kui ka sulfoonamiid-diureetikumide (fonuriit, hüpotiasiid) kohta. Tuleb märkida, et glükosiidide toimemehhanism südamelihasesse osaliselt põhinebki naatriumi-kaaliumi tasakaalu normaliseerimisel [A. Gefter (3)].

Sellele vaatamata, et kontseptsioon elektrolüütide tasakaalu osatähtsusest kardiovaskulaarse puudulikkuse patogeneesis näib küllaltki mõistetav, esineb ometi palju vasturääkivaid fakte.

Vastust nõuavad kõigepealt 2 küsimust:

1) miks ei esine alati parallelism kardiovaskulaarse puudulikkuse

nähtude vähenemise ja naatriumi vähenemise ning kaaliumi suurenemise vahel veres? 2) miks suhteliselt tugevatoimelised diureetikumid (novuriit, merkusaal) pole mõningatel juhtudel efektiivsed?

Esimesele küsimusele on lihtsam vastata. Naatrium on peamiselt rakkudevaheline, kaalium rakusisene ioon.

Biokeemilised muutused, mis tekivad biokeemilistes vedelikkudes (näiteks veres) erinevate haiguste puhul, peegeldavad sageli ainult kaudselt rakkudes esinevaid muutusi. Ka naatriumi ja kaaliumi mittevastavus oleneb elektrolüütide sisaldusest veres ja rakkudes [J. Todorov (9)]. Seepärast elektrolüütide hulk veres ei väljenda alati nende tõelist suhet organismis. Nagu N. Ardamatski kaasautoritega (1) näitas, tuleb naatriumi ja kaaliumi määrata mitte ainult plasmas, vaid ka veres ja erütrotsüütides.

Huvitavad on G. Tšudnovski (11) andmed, kes näitas, et kaaliumisisaldus vereplasmas oli kardiovaskulaarse puudulikkuse I, IIA ja IIB staadiumis veidi vähenenud, seevastu naatriumisisaldus oli normi piirides. Kardiovaskulaarse puudulikkuse III staadiumis vähenes plasmas naatriumipeegel, kuid tõusis kaaliumipeegel. Hüpervoleemia esinemist nendel juhtudel võib autori arvates seletada sellega, et rakusisene kaalium asendub naatriumiga. On põhjust arvata, et viimane on neerude puudulikkuse üheks väljenduseks.

Keerulisem on küsimus haigete refraktaarsusest diureetikumide suhtes. G. Tšudnovski arvates langeb põhiosa selles kloori ainevahetusele. Nii elavhõbeda- kui ka sulfoonamiid-diureetikumid suurendavad tunduvalt kloori eritumist organismist. Mitmete autorite arvates soodustavad diureetikumid naatriumi ja kloori eritumist organismist vahekorras 1 : 1 sel ajal, kui normaalne naatriumi ja kloori suhe vereplasmas on 1,4 : 1,0. Seepärast võib intensiivne diureetikumide kasutamine põhjustada ka hüpokloreemiat. Seejuures elavhõbeda-diureetikumide tarvitamisel kaldub happelis-leeline tasakaal organismis alkaloosi poole, sulfoonamiid-diureetikumide puhul atsidoosi suunas. Et teatavad diureetikumid võivad mõjuda ainult kindlas keskkonnas, siis viimase muutumine koos hüpokloreemiaga on üks tähtsamaid põhjusi organismi resistentsuse kujunemisel diureetikumide suhtes.

Tähelepanu väärivad on Š. Kišfaludi (4) andmed, kus autor kolmel hüpotiasiidi-resistentsel juhul ei saanud diureesi suurenemist, kuid naatriumi ja kaaliumi eritumine organismist suurenes tunduvalt.

Teiseks elektrolüütide tasakaaluhäireks, mis süvendab refraktaarsust diureetikumide suhtes, on hüpokalieema. Selle põhjuseks on asjaolu, et suure diureetilise efekti puhul eritub kloor kaaliumühenditena, tekitades seega kaaliumipuuduse.

Elektrolüütide tasakaaluhäirete puhul, eriti nendel juhtudel, mil organism on refraktaarne diureetikumide suhtes, tekib ka hüponatrieemia.

Kliiniliselt esinevad hüponatrieemia puhul M. Földi (10) andmetel järgmised sümptoomid: kasvav apaatia, haige äärmine inertsus, lihaste tõmblused, janu, isupuudus, iiveldus, oksendamine, tahhükardia, «tühi pulss», oliguuria, jääklämmastiku tõus; tekivad teadvushäired, komatoosne seisund, ortostaatiline kollaps. Hüponatrieemiaga kaasneb sagedamini atsidoos ja asoteemia.

Hüpokloreemia profülaktikas ja haige väljatoomisel hüpokloreemilisest alkaloosist kasutatakse ammooniumkloriidi, soolhapet, kaaliumkloriidi, kaltsiumkloriidi. Kaaliumkloriidi koos naatriumkloriidiga rakendatakse atsidoosiseisundis olevate haigete ravimisel. Arvestades, et elavhõbeda-diureetikumid kutsuvad esile alkaloosi, võib atsidoosi puhul ettevaatlikult merkusaali või novuriiti kasutada.

Hüponatrieemia puhul soovitatakse veeni süstida 200—300 sm^3 3—5%-list naatriumkloriidilahust. See peab toimuma elektrolüütide tasa-

kaalu hoolikal kontrollimisel. Haigele tuleb määrata voodirežiim, mille puhul, nagu näitasid A. Muller, E. Manning ja A. Riondel (15), väheneb aldosterooni sekretsioon. Mõnikord tuleb soovitada rohkem vedelikku juua, sest viimase piiramine võib suurendada refraktaarsust diureetikumide suhtes.

Elektrolüütide tasakaalu füsioloogia ja patoloogia tundmine on äärmiselt tähtis. G. Atamanov (2) kirjeldab 2 kardiovaskulaarse puudulikkusega haiget, kes surid hüpokloreemia tagajärjel, mida õigeaegselt ei diagnoositud.

Toome näitena haigusjuhu.

68-aastane naispatsient N. (haiguslugu nr. 2854) saabus ravile Eesti Raudtee Haiglasse. Diagnoos: ateroskleerootiline kardioskleroos, aortoskleroos. Krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus IIB—III-st. Kardiaalne maksa tsirroos. Anasarka. Parempoolne hüdrotooraks. Astsiit.

Kaebas kerge, kuid pideva iivelduse, oksendamise, hingeldamise, unetuse üle. Ravi: voodirežiim, Pevsneri dieet nr. 10 perioodiliste riisi-kompotipäevadega, strofantiin, kamper, kaaliumkloriid, hüpotiasiid, novuriit. Ravijärgse perioodi algul dekompensatsiooninähud vähenesid, kuid iiveldus ja adünaamia, tugevnesid, oksendamine sagenes. Hiljem dekompensatsiooninähud suurenesid; oksendamine sagenes veelgi. Vaatamata uuesti määratud diureetikumidele vähenes diurees kuni 300 ml-ni päevas. 8. septembril muutus seisund väga raskeks: hingeldamine, hingamissagedus 34 korda minutis, tahhükardia kuni 150 lööki minutis, pulsi defitsiit 42. Arteriaalne vererõhk tõusis kuni 180/100 mm Hg. Kuigi manustati tugevdatud südamevahendeid, halvenes patsiendi seisund pidevalt.

10. IX 1962. a. NaCl hulk veres 479,7 mg%. Arvestades pikaajalist hüpotiasiidi manustamist (juba ambulatoorselt kasutas hüpotiasiidi) soolavaba dieedi foonil hindasime tekkinud sümptoomide kompleksi kui «madala soolasisalduse sündroomi», mille põhjuseks on hüponatrieemia ja hüpokalieemia.

Patsiendile manustasime tilkmeetodil veeni à 100 ml 3%-list naatriumkloriidilahust 2 päeva vältel. Juba esimesel päeval paranes patsiendi seisund märgatavalt: oksendamine lakkas, iiveldus ja hingeldamine vähenes, suurenes diurees ja patsient uinus. Pärast teist injektsiooni lakkas ka iiveldus, vähenes adünaamia, kuid tugevnes jalgade pastoossus. Senistele ravimitele lisati kordiamiini ja erposiidi. Diurees jäi püsima 400—500 ml piiridesse. 4. X 1962. a. NaCl hulk veres 585 mg%. Dekompensatsioon vähenes ja patsient kirjutati koju rahuldavas seisundis.

Viimastel aastatel on erilist tähelepanu pööratud kortikosteroidhormoonide (eriti kortisooni ja prednisolooni) manustamisele elektrolüütide tasakaaluhäirete puhul.

Kuni viimase ajani arvati, et kortikosteroidhormoonid soodustavad naatriumi- ja veepeetust organismis, s. o. tursete tekkimist, ning seega kardiovaskulaarse puudulikkuse puhul on nende kasutamine vastunäidustatud.

R. Mežebovski (6) oli üks esimesi autoreid NSV Liidus, kes kasutas kortikosteroidhormoone kardiovaskulaarse puudulikkuse ravimisel. Ta arvas, et on olemas 2 kardiovaskulaarse puudulikkuse vormi, kus nende kasutamine on õigustatud: 1) kardiovaskulaarne puudulikkus aktiivse reumaatilise protsessiga haigetel; 2) kardiovaskulaarse puudulikkuse refraktaarsed juhud.

R. Mežebovski poolt kirjeldatud 123 juhust andis kortikosteroidhormoonide kasutamine tulemusi 83 haigel, 35 haigel efekt puudus, ainult 5 haigel olid tulemused negatiivsed.

Haige N., kelle juures peatusime eespool, saabus uuesti statsionaari (haiguslugu nr. 4357) äärmiselt raskes dekompensatsiooniseisundis. Hüponatrieemianähte ei täheldatud, kuid esines täielik refraktaarsus diureetikumide suhtes. Vaatamata diureetikumide manustamisele oli diurees 300 ml. Patsiendile anti prednisolooni á 5 ml 3 korda päevas 5 päeva jooksul. Prednisolooni manustamise vältel diurees ei suurenenud. Prednisolooni ärajätmise järel pärast 0,6 ml novuriidi manustamist diurees 850—900 ml. Järgnevatel päevadel diurees 700—800 ml piires, dekompensatsiooninähud vähenesid ja enesetunne paranes.

Millise järelduse võime teha juhtudest, mil kortikosteroidhormoone kasutati kardiovaskulaarse puudulikkuse raviks ja milline on nende mehhanism positiivse efekti puhul?

N. Judaev (13) märgib, et AKTH ja neerupealise koorolluse hormoonid võivad ainevahetusele mõjuda diametraalselt vastupidiselt. G. Atamanov (2) arvab, et steroidhormoonid avaldavad mineraalainevahetusele reguleerivat mõju.

Selles küsimuses pole veel kõik kaugeltki selge, pole selge paradoksaalse reaktsiooni mehhanism, mille puhul naatrium organismist eliminеeritakse, kuid kaaliumipeegel tõuseb.

Käesoleval ajal koguneb üha rohkem andmeid selle kohta, et kui organism on kardiovaskulaarse puudulikkuse korral refraktaarne diureetikumide suhtes, on otstarbekas kasutada kortikosteroidhormoone. Võimalikud on ka juhud, kus efekt võib olla negatiivne, seepärast peab hormoonide kasutamine põhjendatud olema ja toimuma range kontrolli all. Alati tuleb arvestada organismi individuaalset reaktsiooni.

KIRJANDUS

1. Ардаматский Н. А., Милославский Я. М., Лихванцев В. А. и др. Терапевт. архив, 1962, т. XXXIV, 2, 81—85. — 2. Атаманов Г. С., Лечение и профилактика хронической сердечно-сосудистой недостаточности. Чебоксары, 1962, — 3. Гефтер А. И., Недостаточность кровообращения и ее лечение. В кн.: Многотомное руководство по внутренним болезням, т. 1, 1962, 83—142. — 4. Кишфалуди Ш., Венгерская медицина, 1961, 1, 19—31. — 5. Ленци Ф., Баланс электролитов и сокращение миокарда. В кн.: Достижения кардиологии, М., 1959, 153—184. — 6. Межебовский Р. Г., Применение стероидных гормонов в лечении сердечной недостаточности. В кн.: Применение стероидных гормонов в клинике внутренних болезней. М., 1962, 85—89. — 7. Парин В. В. и Меерсон Ф. З., Очерки клинической физиологии кровообращения. М., 1960. — 8. Рааб В., Адренергическо-холинергическая регуляция обмена веществ и функций сердца. В кн.: Достижения кардиологии, М., 1959, 67—152 .— 9. Тодоров И., Лабораторное дело, 1962, 11, 3—9. — 10. Фёлди М., Венгерская медицина, 1962, 4, 3—12. — 11. Чудновский Г. С., Терапевт. архив, 1962, т. XXXIV, 1, 31—38. — 12. Щербатенко С. И. Цит. по Г. С. Атаманову. — 13. Юдаев Н. А., Кортикостероиды, их секреция и характер действия. В кн.: Применение стероидных гормонов в клинике внутренних болезней. М., 1962, 5—16. — 14. Cort J. H., Цит. по М. Фёлди. — 15. Muller A. F., Manning E. L., Riondel A. M., Schweiz. med. Wochenschr., 1956, 86, 1362..

О ПАТОЛОГИИ ОБМЕНА ЭЛЕКТРОЛИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н. Эльштейн и *А. Рандвере*

Резюме

Проблема патологии обмена электролитов при недостаточности кровообращения сводится в основном к изучению динамики натрия, калия и хлора. От состояния электролитного баланса во многом зависит эффективность лечения больного с недостаточностью кровообращения, в частности действие мочегонных средств и сердечных глюкозидов.

В то же время представление об истинном соотношении электролитов в организме может дать определение их не только в цельной крови, но и в плазме и эритроцитах.

Наряду с обзором проблемы, в статье приводится описание синдрома низкого содержания соли, развивающегося иногда при применении ртутных и сульфаниламидных мочегонных средств. В одном из наблюдаемых авторами случаев больная была выведена из этого состояния применением внутривенных вливаний 3% раствора поваренной соли.

В тяжелых случаях недостаточности кровообращения при рефрактерности организма к мочегонным средствам представляется перспективным применение кортикостероидных гормонов, оказывающих, видимо, регулирующее влияние на обмен электролитов.

RAVIMIALLERGIAST

M. EITELBERG
(Tallinna Tõnismäe Haiglast, peaarst *A. Joakimov*)

Teatavasti esineb farmakoteraapias väga mitmesuguseid tüsistusi. 1. Üledoseerimine, mil haigele manustatakse liiga suuri ravimiannuseid või ei arvestata kumulatsioonivõimalust. Üledoseerimine võib toimuda ka tavaliste annustega juhul, kui organismi mõned talitlused on häiritud. Näiteks streptomütsiini toksiline toime avaldub kiiremini neerude langenud elimineerimisvõime korral, digitaalise toksilisus tõuseb hüpokaleemia puhul jne. 2. Talumatus mõne ravimi suhtes, mis on tingitud resorptsioonitingimuste, ainevahetuse või eliminatsiooni individuaalsetest iseärasustest. 3. Preparaadile omane spetsiifiline kõrvaltoime, näiteks kõrvade kohisemine ja tasakaaluhäired salitsüülipreparaatide kasutamisel. 4. Ravimi kaudne toime, mis ei ole ravimi farmakoloogilisest toimest otseselt tingitud, vaid tuleneb viimasest kaudselt. Näiteks biomütsiini kasutamise tagajärjel muutub soole mikrofloora, mis põhjustab patsiendil B-hüpovitaminoosi. 5. Allergilised reaktsioonid.

Neid tüsistusi näevad arstid iga aastaga sagedamini, vahel on nad rasked ja isegi saatuslikud.

Ravimid-allergeenid satuvad organismi mitmel teel: naha kaudu parenteraalsel manustamisel, suu kaudu ja sissehingamisel.

Allergilisi reaktsioone täheldati teatavate ravimite kasutamisel juba enne II maailmasõda (aspiriin, amidopüriin). Viimaste aastakümnete jooksul on ravimite arv ja nende tarvitamine tunduvalt tõusnud. Seoses sellega on sagenenud ka allergilised tüsistused. Kirjanduses leidub andmeid peaaegu kõikide ravimite kohta, mille tarvitamine on põhjustanud allergilisi tüsistusi. Allergiline reaktsioon võib tekkida juba nädala kestel pärast ravimi esmakordset tarvitamist. Teinekord aga kasutab patsient aastaid teatavat ravimit enne, kui vallandub allergiline reaktsioon.

Allpool esitame andmeid internistide poolt kasutatavate ravimite kohta, mille puhul esineb kõige sagedamini allergilisi reaktsioone. Nende kliinilise sündroomi iseloomustamiseks mainiksime sel puhul järgmisi esinevaid sümptoome.

1. Arseen. Nahalööbed, agranulotsütoos, trombotsütopeenia, entsefaliit ja müeliit. 2. Aspiriin. Nahalööbed, bronhide spasm. 3. Atofaan. Nahalööbed, tursed, agranulotsütoos. 4. Barbituraadid. Nahalööbed, leukopeenia, trombotsütopeenia. 5. Fenotiasiini derivaadid (aminasiin jt.). Nahalööbed, eriti kokkupuutumisel nahaga, tursed, harva agranulotsütoos ja trombotsütopeenia. 6. Fenoolftaleiin (purgeen). Nahalööbed, temperatuuri tõus, peavalud. 7. Insuliin. Nahalööbed. Leukopeenia, trombotsütopeenia. Täheldatakse ligikaudu 1‰ diabeetikutest. 8. Jood. Nohu, nahalööbed, tursed, temperatuuri tõus. Kirjanduses esineb andmeid *periarteriitis nodosa* tekkimisest. 9. Novokaiin. Nahalööbed, turse süstekohal, bronhide spasmid. 10. PAS-Na, Nahalööbed, agranulotsütoos ja trombotsütopeenia. 11. Penitsilliin. Nahalööbed, sügelemine, temperatuuri tõus, artralgiad-neuralgiad. Ohtlik on anafülaktiline šokk, mis võib põhjustada kiiret surma. Järgnevalt esitame sümptoome, mis šoki eelnähtudena sunnivad penitsilliiniravi kohe lõpetama: a) nõrkus- või minestustunne pärast süstet; b) kuumustunne kurgus või jäsemetes; c) sügelemine süstekohal või üle kogu keha; d) ängistustunne kurgus, hingematmine või kõhaärritus; e) järsku tekkiv valu rinnus, rinde all või kõhus. 12. Pürasolooni derivaadid (amidopüriin, butadioon jt.) ning fenatsetiin. Esinevad ka preparaatides, mille nimetusest seda kahjuks ei nähtu. Agranulotsütoos, trombotsütopeenia. 13. Streptomütsiin. Nahalööbed, liigesevalud ja -tursed, tem-

peratuuri tõus võivad esineda ravikuuri 2.—3. nädalal. Eriti disponeeritud on meditsiinipersonal kontakt- ja inhalatsiooniallergia tõttu. 14. Sulfaniilamiidid (ka antidiabeetilised vahendid). Temperatuuri tõus ravikuuri vältel, nahalööbed, liigesevalud ja- tursed, harva leukopeenia ja trombotsütopeenia. Tähelepanu väärivad andmed *periarteriitis nodosa* väljakujunemisest sulfaniilamiidiallergia tagajärjel. 15. Tetratsükliinid (biomütsiin, aureomütsiin jt.). Allergilised tüsistused on haruldased. 16. Tiouratsiilid. Leukopeenia, temperatuuri tõus. 17. AKTH, antiastmokriin jt. hormoonipreparaadid. Allergilised reaktsioonid on siin tõenäoliselt tingitud ballastainetest.

Tuleb rõhutada, et sulfaniilamiidide või antibiootikumide rakendamisel märkame vahel, et palavik ei lange niivõrd kiiresti, kui seda ootaksime haiguse kohalike sümptoomide taandarenemise põhjal; või tekib koguni ravimise ajal uus temperatuuri tõus. Nendel juhtudel tuleks mõelda ravimi poolt tekitatud sensibilisatsioonile ja sellest tingitud temperatuuri uuele tõusule (seekord allergilisele). Katseks tuleb kahtlusalune ravim ära jätta ja ühtlasi antiallergilist ravi alustada.

Ravimite kasutamisega seotud allergiliste tüsistuste profülaktika on raskendatud seetõttu, et puuduvad kindlad meetodid varitseva ohu ennustamiseks. Isikutel, kellel on esinenud allergianähud ükskõik milliste ainete suhtes, tekib ka ravimitest põhjustatud allergia sagedamini. Ei saa eitada ka päriliku eelsoodumuse osa allergiliste reaktsioonide puhkemisel. Seega hoolikalt kogutud anamnees, ainult näidustatud ravimite kasutamine, selgitustöö elanikkonna ja meditsiinipersonali hulgas, ravimite allergiseerivate omaduste põhjalik tundmaõppimine ning nende arvestamine ravi vältel, võimaldab raskete tüsistuste arvu viia miinimumini.

Allergiliste tüsistuste raviks oleme vastavalt kliinilisele sündroomile kasutanud järgmisi vahendeid:

1) patsiendi rahustamine sõna abil, 2) kahtlustatava ravimi manustamise lõpetamine, 3) adrenomimeetilisi vahendeid, 4) C-vitamiini suurtes annustes koos rutiiniga, 5) antihistamiinipreparaate, 6) kortisooni või prednisolooni, 7) südame-vereringe vahendeid vastavalt vajadusele.

Kaltsiumisoolade veeni manustamisest oleme loobunud, sest paljud ei talu seda hästi.

Tallinna Tõnismäe Haigla I siseosakonnas on ravimitest tingitud tõsine allergiline reaktsioon esinenud või on seetõttu hospitaliseeritud 7 patsienti ehk ligi 1,5% 1963. aasta esimese viie kuu vältel ravil viibinud haigetest.

1. Naispatsient T. S., 54 aastat vana (haiguslugu nr. 1540), viibis 27. III—8. V 1963 haiglas ravil esmaselt diagnoositud türeotoksikoosi tõttu. Alustatud metüültiouratsiiliravi järel tundis end hästi. 9. ravipäeval tekkisid peavalud ja temperatuur tõusis paari päevaga 40° piiridesse. Ühtlasi esinesid peavalud ja kõrvetav valu epigastriumis. Leukotsüütide arv langes 3800-ni. Pärast ravimi ärajätmist normaliseerusid temperatuur ja üldseisund 2 päeva vältel.

2. Naispatsient L. V., 40 aastat vana (haiguslugu nr. 2332), viibis I siseosakonnas alates 11. V 1963. Hospitaliseeriti endomüokardiidi tõttu. Kodus oli nädala jooksul võtnud naatriumsalitsülaati, statsionaaris jätkati ravi aspiriiniga. 3. ravipäeval ilmus käsivartele sügelev nõgeselööve, mis ööpäeva vältel generaliseerus. Pärast aspiriini ärajätmist kadus lööve 24 tunni jooksul. Ravi jätkati prednisolooniga.

3. Naispatsient N. E., 23 aastat vana (haiguslugu nr. 1690), viibis haiglas 5.—11. IV 1963. Haigestus 10. III grippi, mille puhul jaoskonnaarst määras etasooli. 6 päeva järel läks haige tööle. Et ta end veel hästi ei tundnud, võttis oma algatusel ravimit edasi. 29. III tõusis temperatuur järsku 39°-ni, vappekülm, valud rinnaku taga. 2. IV leukotsüütide arv 1900, patsient hospitaliseeriti akuutse leukoosikahtlusega. Vitamiiniravi tagajärjel normaliseerus leukotsüütide arv 4 päeva jooksul ja haige üldseisund paranes.

4. Naispatsient A. N., 35 aastat vana (haiguslugu nr. 2533), viibis ravil 22. V—1. VI 1963. Hospitaliseeriti angioneurootiliste tursete tõttu. Esinesid ka punetavad laigud näol ja rinnal. Kasutas aastate vältel purgeeni ja peavalutablette. Allergia kahtluse tõttu keelati haiglas purgeeni ja peavalutablettide tarvitamine, mille taga-

järjel tursed ja nahalööve kadusid 3 päeva vältel. Et haigel püsis peavalu, võttis ta ühe tableti tsitramooni. 8 tundi hiljem peavalu ägenes, tekkis psüühiline erutus. Ligikaudu poole tunni pärast tekkis kõrvetav valu rinnaku taga ning tugev näcturse. 24 tunni järel nähud möödusid. Nahalöövet aga ei sedastatud, mistõttu võib oletada veel ka allergiat tsitramooni suhtes.

5. Meespatsient B. I., 59 aastat vana (haiguslugu nr. 1854), viibis haiglas 13. IV — 20. V 1963 bronhiaalastmaga. Anamneesist oli teada ülitundlikkus penitsilliini suhtes. Patsient talus hästi antiastmokriini, kuid selle rayimi ühe süste järel tekkis äge hingematmis- ja ängistustunne. Nagu selgus, oli sama süstlaga eelnevalt süstitud penitsilliini, olgugi, et süstalt oli vahepeal keedetud.

6. Meespatsient K. O., 58 aastat vana (haiguslugu nr. 2410), viibis I osakonnas 16. V—30. V 1963. Haige hospitaliseeriti uuringute tegemiseks. Anamneesist oli teada, et patsient talub hästi joodipreparaate suu kaudu võetuna. Haigele tehti koletsüstograafia veeni manustatud bilignosti abil. 10 minutit pärast 2 ml bilignosti süstimist manustati ülejäänud hulk. ½ tundi hiljem tõusis temperatuur vappekülma saatel 38°-ni, haige higistas, oksendas ja tal esines kardiovaskulaarne kollaps. Patsiendi üldseisund oli väga raske 12 tunni kestel, mille järel reaktsioon möödus. Antud juht näitab, et allergeeni talumine ühe aplikatsiooniviisi korral ei garanteeri veel taluvust teise manustamisviisi puhul.

7. Naispatsient M. M., 54 aastat vana (haiguslugu nr. 1887), viibis ravil alates 15. IV 1963. Hospitaliseeriti raviresistentse pernitsioosse aneemiaga. Ka haiglas rakendatud antipernitsioosne ravi osutus efektituks. Perifeerse vere pilt oli tüüpiline sellele haigusele. Puudus aga neuroloogiline sündroom. Anamneesist selgus, et haige oli 1940. aastast alates pidevalt kasutanud kuni 3 peavalutabletti päevas. 1951. aastast alates saanud ka korduvalt pikema aja kestel streptomütsiini kopsutuberkuloosi ravimiseks.

Haiglas langes erütrotsüütide arv 900 000-le (värvusindeks 1,4), leukotsüütide arv 2000-le ja trombotsüütide arv 10 000-le. Arenes hemorraagiline sündroom. Üldseisund raske. Sternaalpunktaati ja kliinilist pilti arvestades püstitati hüpotees allergilise geneesiga aplastilise aneemia kohta. Alustati prednisoolooniravi. Kui ravi oli kestnud 2 nädalat, paranes üldseisund ja hematoloogiline staatus. Ravi jätkub.

Nagu esitatud andmetest nähtub, tuleb haigete ravimisel tõsiselt arvestada ravimitest põhjustatud allergiat.

О ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

М. Эйтельберг

Резюме

Аллергические реакции при употреблении определенных лекарств наблюдались уже давно (при применении аспирина, амидопирина). В течение последних десятилетий количество лекарств и их употребление значительно возросло. В связи с этим участились и аллергические осложнения. В литературе имеются данные о многих лекарствах, употребление которых вызвало аллергические осложнения.

Из лекарственных средств, применяемых терапевтами, наиболее часто вызывают аллергические реакции мышьяк, аспирин, атофан, барбитураты, производные фенотиазина, фенолфталеин, инсулин, йод, новокаин, ПАСК, пенициллин, производные пиразалона, стрептомицин, сульфаниламиды, тетрациклины, тиоурацилы, АКТГ, антиастмокрин и др.

Профилактика аллергических осложнений, связанных с приемом лекарств, затруднительна, вследствие отсутствия определенных методов предсказания грозящей опасности.

У лиц, ранее страдавших аллергическими явлениями, аллергия вызванная лекарственными веществами проявляется чаще.

Тщательно собранный анамнез, использование только показанных лекарств, детальное изучение аллергизирующих свойств лекарств, которые следует учитывать при лечении, позволит свести до минимума количество тяжелых осложнений.

EESTI KAUGESÕIDU KALAPÜÜGILAEVADE MEREMEESTE TOITLUSTAMISEST

A. PANDRE ja *A. RIHMA*

(Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haiglast, peaarst *A. Pandre*, ja Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *L. Stepanova*)

Et kaasa aidata meremeeste toitlustamise parandamisele, uurisime Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu Kalatööstuse Valitsuse Eesti Kalapüügiekspeditsioonide Baasi kalapüügilaevade meremeeste toitlustamise organiseerimist, toiduratsioone ja haigestumist.

Eesti Kalapüügiekspeditsioonide Baasi kalapüügilaevade meremeeste toitlustamine on organiseeritud vastavalt NSV Liidu kalatööstuse ministri ringkirjale nr. 161-u (28. VI 1956). Eesti NSV kalatööstuse ministri käskkirja nr. 275 (14. VII 1956) alusel toimub toitlustamine laeva kulul. Meremeestele, kes teenivad laevadel, on selleks ühe isiku kohta lähissõidul ja sadamas olles ette nähtud 22 rubla ja 90 kopikat ja kaugesõidul 42 rubla ja 41 kopikat kuus.

Laeval valmistab toitu kokk, kes merel küpsetab ka leiba ja saia. Sageli ei oma kokad erialast ettevalmistust ega küllaldaselt praktilisi kogemusi, mida kujukalt kinnitab asjaolu, et meie poolt kontrollitud 50 kokast oli ainult 12 varem toitu valmistanud. Ülejäänud 38 laevakokka oli varem töötanud mitmesugustel teistel erialadel. Ühistoitlustamine toimub laeval tavaliselt kolm korda päevas. Lõunasöök koosneb harilikult kolmest roast — supist, liha- või kalapraest ja magustoidust. Hommiku- ja õhtusöögiks on tavaliselt soe toit ja võileivad kohvi või teega. Plaanipäraseid menüüsid päeva kohta ei koostata. Leiba ja saia saavad meremehed piiramatus koguses.

Pikkadeks merereisideks, mis sageli kestavad 4—5 kuud, ei ole kaugesõidu kalapüügilaevadel (RR, SRT, SRT-R) küllaldaselt toiduainete panipaiku. Seetõttu saab 25—30-liikmelise meeskonna jaoks toiduaineid kaasa võtta maksimaalselt 30 kuni 45 päevaks. Merel olles saadakse küll toiduaineid lisaks baaslaevadelt, kuid seal on nende sortiment piiratud ja mõnikord pole ka kogus küllaldane. Esineb juhtumeid, et toiduainete kvaliteet jätab soovida; seda eeskätt värske köögivilja, kartuli ja värske puuvilja osas. Laevad, mis sõidavad Atlandile püügile juunist kuni septembrini, saavad kartuleid ja köögivilja kaasa võtta minimaalses koguses, kusjuures eelmise aasta kartul ja ületalve säilitatud köögivili on madala kvaliteediga, varajane kartul ning köögivili ei ole pikemat aega säilitatav. Kiiresti riknevate toiduainete, näiteks liha ja lihasaaduste, piima ja piimasaaduste jms., säilitamiseks on külmutusruum. Külmutusruum ja laeva köögi külmutuskapp on liiga väikesed ning ei võimalda kõigi kiiresti riknevate toiduainete hoidmist vastavalt sanitaareeskirjadele. Seetõttu ei saa piima ja mõningaid piimasaadusi, köögivilja ning värsket puuvilja merele vajalikul hulgal kaasa võtta.

Meremeeste toidu iseloomustamiseks töötasime läbi toidukulu aruanded ja teised dokumendid nelja laeva kohta kuue merereisi vältel. Kokku uuriti toiduratsioone 2919 päeva kohta sadamas ja 17 987 päeva kohta kaugesõidus. Vabariiklikus Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas toimunud valmistoidu kalorsuse määramised näitasid, et toiduratsioonide kalorsuse täitmine on 90—96% vahel. Et toiduratsioone hinnata, võrdlesime neid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Toitlustamise Instituudi poolt väljatöötatud ja riikliku sanitaarinspektori poolt 1951. a. kinnitatud füsioloogiliste toidunormidega. Püügilaevade meremeeste toidunorme võrdlesime III rühma, s. o. mehhaniseeritud või osaliselt mehhaniseeritud töö puhul ettenähtud toidunormidega (1, 2).

Nagu tabelis 1 toodud andmetest nähtub, sisaldavad toiduratsioonid ettenähtust tunduvalt vähem köögivilja, värsket puuvilja, mune, piima ja piimasaadusi (kohupiima, juustu jne.). Meremeeste toitlustamisel on kasutatud ainult kondenseeritud piima ja vähesel määral ka piimapulb-

Tabel 1

Eesti Kalapüügiekspeditsioonide Baasi kalapüügilaevade meremeeste toiduratsioonid

(Toiduainete hulk grammides ühe isiku kohta ööpäevas)

Laevad / Toiduained	Ettenähtud norm	Tegelikult tarvitatud					
		SRT 44—24 1. I 1960—30. IV 1960	SRT 44—24 1. VII 1960—31. XII 1960	SRT 44—24 1. I 1961—26. IV 1961	SRT-R 91—20 1. IX 1960—1. IV 1961	SRT 42—82 1. XI 1960—1. V 1961	SRT 44—80 18. I 1961—26. IV 1961
1. Rukkileib	195	115	140	155	165	150	130
2. Nisuleib, sai	405	420	305	317	395	375	335
3. Nisujahu	25	25	25	25	25	25	25
4. Kartulijahu	5	—	—	—	1	1	2
5. Makaronid ja tangained	80	108	112	103	153	100	135
6. Kartulid	300	800	580	780	900	1000	500
7. Köögivili	500	210	268	250	295	290	206
8. Värske puuvili	240	10	—	—	20	9	25
9. Kuivatatud puuvili	12.5	30	16	30	32	24	22
10. Suhkur	100	105	115	147	160	107	117
11. Kondiitritooted ja keedised	—	33	60	37	17	40	25
12. Mesi	5	—	—	—	—	—	—
13. Viljakohv	3.5	1.5	1	2	2	1	2.5
14. Tee	1	0.5	0.6	0.4	1	0.2	0.8
15. Kakao	0.5	0.6	0.5	0.3	1	1	1.5
16. Liha ja lihasaadused	250	205	166	210	240	237	160
17. Kala	70	200	200	200	200	200	200
18. Täispiim	500	—	—	—	—	—	—
19. Kondenseeritud piim	—	42	18	29	40	48	48
20. Kohupiim	30	—	—	—	2	3	—
21. Hapukoor	20	5	6	15	5	24	11
22. Juust	20	2.5	8	8	4	10	5
23. Või ja rasv	35	65	96	98	80	60	68
24. Taimeõli	20	8	9.6	7.5	7	12	12.5
25. Margariin	—	—	—	—	23	20	2
26. Munad *	57	12	30	19	9	14	30

* Ühe muna kaal on arvestatud 57 grammi

rit. Rukkileiba on tarvitatud, võrreldes saiaga, tunduvalt vähem. Viimane asjaolu on tingitud sellest, et merel viibides küpsetatakse peamiselt nisu- ja rukkijahu segust pagaritooteid. Suhkrut, keediseid ja koorevõid on tarvitatud ettenähtust rohkem, samuti ka makarone ja mitmesuguseid tangaineid. Et merel on võimalik kala saada piiramatus koguses, siis on kala tarvitamine meremeeste toiduratsioonis arvutatud asjaosaliste tähelepanekute järgi umbes kolm korda rohkem ettenähtud normist. Laeval, kus on vilunud kokk, kes valmistab mitmesuguseid kalaroogi, võib värske kala tarvitamine olla veelgi suurem.

Tabelis 2 on võrreldud päevase toidu valgu-, rasva- ning süsivesikute sisaldust. Toidu kalorsuse, valgu-, rasva- ja süsivesikute sisal-

duse arvutamisel arvati maha toiduainete kao protsent (3). Tabelist 2 selgub, et toidu kalorsus on enamikel laevadel küllaldane ja vastab ligilähedalt ettenähtud normile. Üksikute toitainete hulk ja nende omavaheline suhe ei vasta aga ratsionaalse toitlustamise nõuetele. Peetakse soovitatavaks, et toidu kalorsusest moodustaksid 14% valgud, 30% rasvad ja 56% süsivesikud. Seega kaaluline vahekord 1:1:4. (4)

Tabel 2

Eesti Kalapüügiekspeditsioonide Baasi kalapüügilaevade meremeeste toiduratsioonide valgu-, rasva- ja süsivesikute sisaldus

(Ühe isiku kohta ööpäevas grammides)

Laevad / Toiduained	Valgud			Rasvad			Süsivesikud			Üldkalorsus
	Loomsed	Taimsed	Kokku	Loomsed	Taimsed	Kokku	Puu- ja köögivili	Teraviljasaadused	Kokku	
SRT 44—24 1. I 1960—30. IV 1960	56,2	56,8	113,0	86,6	14,0	100,6	264,6	348,9	613,5	3913
1. VII 1960—31. XII 1960	51,5	47,4	98,9	109,9	14,4	124,3	257,2	293,3	550,5	3824
1. I 1961—26. IV 1961	57,8	51,0	108,8	117,0	12,5	129,5	306,5	303,7	610,2	4152
SRT-R 91—20 20. IX 1960—1. IV 1961	61,6	63,7	125,3	119,2	13,5	132,7	331,6	389,3	720,9	4704
SRT 42—82 1. XI 1960—1. V 1961	63,5	57,6	121,1	109,9	17,5	127,4	301,2	340,1	641,3	4310
SRT 44—80 18. I 1961—26. IV 1961	52,1	52;1	104,2	91,9	19,2	111,1	230,9	343,0	573,9	3813
Ettenähtud norm III rühmale	82,0	59,0	141,0	108,0	26;0	134,0			558,0	4112

III rühmale ettenähtud valgu kogusest, s. o. 141 grammist, saadi 99 kuni 125 grammi. Toiduratsioonides ettenähtud rasva hulk on enamasti küllaldane, kuid taimsete rasvade osatähtsus on selles suhteliselt väike. Süsivesikuid on toiduratsioonides normist rohkem, ulatudes mõnel laeval kuni 700 grammini päevas. Keskmiselt annavad valgud — 12%, rasvad — 24% ja süsivesikud — 64% kalorsusest.

Tarvitatud toiduainete analüüs näitab, et köögivilja on kasutatud vähe. Kartuli kogused on ettenähtust küll suuremad, kuid seoses mitterahuldavate säilitustingimustega on kadu tavaliselt tunduvalt suurem. Värske puuvili aga peaaegu puudub. Sellest tingitult on C-vitamiini toidus mittepiisavalt. Et püügilaevadel valmistatavaid toite pidevalt ei vitaminiseerita, siis tekib paratamatult C-hüpovitaminoos. Meremeeste toit on ka kaltsiumivaene. Laevade meeskonnad said kaltsiumi ja fosforit päevas alljärgnevalt:

SRT 44—80	— kaltsiumi	0.63 g	fosforit	—	1.97 g	suhe	1:3.1
SRT 44—24	„	0.55	„		1.93	„	1:3.5
SRT-R 91—20	„	0.71	„		2.40	„	1:3.0

Vajadus kaltsiumi järele on täiskasvanuil 1 g päevas. Peetakse soovitatavaks, et kaltsiumi ja fosfori kogused toidus suhtuksid nagu 1:2. (4). Teraviljasaadustest ja teistest taimsetest toiduainetest omastatakse kaltsiumi puudulikult. Seetõttu on vaja suurendada toiduratsioonides

piimasaaduste (piimapulber, juust jne.) hulka. See on hädavajalik, et võidelda meremeestel esineva furunkuloosiga (8).

Raske füüsiline töö, korrapäratu töörütm püügiperioodidel ning sageli esinevad rasked meteoroloogilised tingimused loovad soodsa pinna külmetushaiguste tekkimiseks.

Meremehed põevad sageli ägedaid ning kroonilisi maokatarre ja mao- ning kaksteistsõrmiksoole haavandeid. Nende haiguste arv on suurenenud. Kui 1959. a. haigestumist lugeda 100, siis 1960. a. oli see 140 ja 1961. aastal juba 148. Kui võrrelda kolme viimase aasta andmeid vabariigi keskmiste näitajatega, siis nähtub, et kalapüügilaevade meremeeste hulgas on haigusjuhtude arv küll tunduvalt väiksem, kuid samal ajal on haiguse kestus kuni kaks korda pikem. Mainitud asjaolu viitab sellele, et arsti poole pöördutakse peamiselt raskete haigusjuhtude korral, mis nõuavad pikaajalist ravi. Kergemad haigusjuhud jäävad sageli registreerimata.

Tervise tugevdamiseks on muu kõrval vaja rohkem rõhku panna õigele ja korrapärasele toitlustamisele.

Järeldused

1. Toitlustamine kalapüügilaevadel on ebakorrapärane. Tööst tingituna pole kindlaid söögiaegu. Toidu kvaliteet on sageli seetõttu madal, et laevadel puuduvad kvalifitseeritud kokad. Puudulikult ja juhuslikult varustatakse laevu värske köögi- ja puuviljaga ning piimasaadustega. Eriti mitterahuldav on see kevadel ja suvel, kui eelmise aasta köögivili on oma väärtusest palju kaotanud ja värske köögivili pole pikemat aega säilitatav.

2. Ebakorrapärane toitumine ja köögivilja, värske puuvilja ning piimasaaduste poolest vaene toiduratsioon on üheks põhjuseks, miks meremehed sageli haigestuvad seedetrakti haigustesse.

3. Eesti Kalapüügieksperditsioonide Baasi kalapüügilaevade meremeeste toitlustamise parandamiseks on vaja: a) varustada kalapüügilaevu senisest paremini köögivilja, värske puuvilja ja piimasaadustega; b) kevadel ja suvel on soovitatav meremeeste toitu vitaminiseerida C- ja B-vitamiiniga, et tõsta organismi vastupanuvõimet haiguste ja raskete töö- ning olustikutingimuste suhtes; c) peab tunduvalt tõstma kokkade kvalifikatsiooni ja nende vastutust, on vaja jõuda selleni, et meeskonnale valmistatud toit oleks maitsev ja kvaliteetne. Erilist rõhku tuleb panna aga mitmesuguste kalatoitude valmistamisele ja mitmekesistamisele (praadimisele, röstimisele, keetmisele, marineerimisele, kuivatamisele jne.); d) tuleb võimaluste piires kinni pidada kindlatest söögiaegadest. Öötöö korral tuleb toitmine korraldada nii, et meremehed saaksid enne töö algust ja töö ajal (kui töö kestab üle 4—6 tunni) väikese lisaeine — võileibu, kuuma kohvi jne.

KIRJANDUS

1. Супоницкий М. Я., Картелев И. С. Справочник-пособие по санитарному законодательству. М., 1959. — 2. Moreinis, J. Toitlustervishoid, Tallinn, 1955. — 3. Штенберг А. И., Геллер Г. Н., Кацнржак Е. Ф. Расчетные таблицы химического состава и питательной ценности пищевых продуктов. М., 1954. — 4. Рейслер А. В. Гигиена питания. М., 1957. — 5. Розенфельд Г. Туберкулез и питание. Авториз. перевод с немецкого. Берлин, 1926. — 6. Бременер С. М. Язвенная болезнь М., 1961. — 7. Гукасян А. Г. Язвенная болезнь. М., 1961. — 8. Соловьева Л. В. Профилактика гнойничковых заболеваний кожи. М., 1961.

Saabus toimetusse 17. septembril 1962

О ПИТАНИИ МОРЯКОВ ЭСТОНСКИХ РЫБОЛОВНЫХ ТРАУЛЕРОВ ДАЛЬНЕГО ПЛАВАНИЯ

А. Пандре и *А. Рихма*

Резюме

Для улучшения питания моряков рыболовных траулеров базы эстонской рыболовной экспедиции исследовали организацию питания, рационы питания и заболеваемость на четырех траулерах в течение 6 плаваний.

Исследования показали, что калораж пищи на большинстве траулеров соответствовал предусмотренным нормативам. В то же время количество и соотношение отдельных продуктов не всегда отвечали требованиям рационального питания. Питание на рыболовных траулерах не регулярное. В зависимости от работы не придерживаются определенных часов приема пищи, качество питания не отвечает требованиям, прежде всего потому, что на траулерах нет квалифицированных поваров. Кроме того, траулеры недостаточно снабжаются свежими овощами и фруктами. Эти обстоятельства являются одной из причин заболевания моряков хроническим катарром и язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.

Если сравнить данные заболеваний за три последних года со средними показателями, то выясняется, что хотя и число случаев заболевания моряков рыболовных траулеров значительно снизилось, но длительность этих заболеваний увеличилась в два раза.

Для улучшения питания моряков рыболовных траулеров эстонской рыболовной экспедиции необходимо намного лучше прежнего снабжать рыболовные траулеры овощами, свежими фруктами и молочными продуктами. Кроме того, весной и летом необходимо пищу моряков витаминизировать витаминами С и В. Необходимо повысить квалификацию поваров и повысить их ответственность перед командой в приготовлении вкусной и качественной пищи. Особенное внимание надо уделять приготовлению разнообразных рыбных блюд (жарить, варить, мариновать, сушить). Необходимо в пределах возможности придерживаться определенных часов питания. В ночное время работы необходимо наладить питание таким образом, чтобы моряки получали до и во время работы (если работа длится более 4—6 часов подряд) небольшой завтрак ввиде бутербродов, горячего кофе и т. д.

NIMME-RISTLUU RADIKULIIDI ETIOLOOGIAST JA PATOGENEESIST

Arstiteaduse kandidaat *M. FARBER*

(Narva Linna Haiglast, peaarst *A. Blum*)

Nimme-ristluu radikuliidi etioloogia ja patogenees on erakordselt suure tähtsusega. Veel 15—20 aastat tagasi arvas enamik kodu- ja välismaiseid uurijaid, et nimme-ristluu radikuliiti põhjustavad peamiselt nakkus, intoksikatsioon ja külmetus. Kuid viimasel ajal toimunud uurimused on näidanud, et nakkuse ja külmetuse osatähtsus nimme-ristluu radikuliidi tekkes on väike.

Z. Lurje (4) andmeil võis haiguse seost nakkusega konstateerida ainult 4,4%-l haigeist. Autori arvates ei selgita nimme-ristluu radikuliiti käsitlev nakkus- ja intoksikatsiooniteooria haiguse retsidiveeruvat iseloomu. Jääb ebaselgeks, mispärast nakkus on rangelt piirdunud ning ei levi kogu närvisüsteemis, miks ei haigestu lapsed ja nooremad isikud. Teatavasti esineb alla 20 aasta vanustel nimme-ristluu radikuliiti erakordselt harva.

Viimastel aastatel on üha laialdasema tunnustuse võitnud seisukoht, et enamikul juhtudest on nimme-ristluu radikuliidi tekkepõhjuseks lülisamba lülidevaheliste ketaste kahjustused.

Kaasaja andmeil võib väita, et 30—40 aasta vanustel isikutel algavad lülidevahelistes ketastes degeneratiivsed muutused, mida soodustab ketaste verevarustuse puudulikkus. Kõigepealt muutub säsituuma struktuur, toimub deformeerumine. Trauma puhul sopistub ketas välja ja tema sidekoeline võru võib rebeneda.

Et lülidevahelise ketta sidekoeline võru on anatoomiliselt nõrgem tagaosas, siis täheldatakse enamasti ketta väljasopistumist ehk songa tahapoole. Kuna ketta surumist tahapoole takistab lülisamba tagumine pikiside, toimub väljasopistumine lateraalselt kas paremale või vasakule. Kui sidekoeline võru rebeneb, siis sopistub säsituuma säsiollus välja ning surub nimme-ristluu piirkonna närvijuurtele nende väljumiskohal kõvakelmest.

N. Popova (5) seletab lülidevahelise ketta väljasopistumist järgmiselt: lülisamba paindumisel aheneb lülidevaheline vahemik eestpoolt ja laieneb tagantpoolt, mille tõttu surutakse ketas tahapoole. Kui lülisammas saab vigastada, toimub samuti tugev rõhumine kettale ning seejärel selle väljasurumine sidekoelisest võrust.

Peale selle võib paljudel juhtudel haigestumise aluseks olla ka kollase sideme paksenemine või mõlemate tegurite üheaegne esinemine. Enamikel juhtudel täheldatakse ketta väljasopistumist viienda nimmelüli ja esimese ristluulüli või neljanda ja viienda nimmelüli vahel.

Lülidevahelise ketta kahjustuse osatähtsusele nimme-ristluu radikuliidi patogeneesis pöörasid Nõukogude Liidus juba 1938. aastal tähelepanu A. Šenk ja M. Kagan (7). Sõjajärgseil aastail on see küsimus leidnud ulatuslikku valgustamist paljudes uurimustes nii meil kui ka välismaal.

Viimase 5 aasta kestel oleme jälginud 289 nimme-ristluu radikuliiti põdevat haiget (226 haiget raviti statsionaaris, 63 — ambulatoorselt). Enamikul haigetest esines krooniline nimme-ristluu radikuliit. Ägedat radikuliiti täheldati ainult 19 haigel.

Anamneesi ja kliinilise uurimise andmeil sedastasime järgmisi haigestumise põhjusi: 1) traumad, mille hulka arvasime põrutuse, kukkumise, raskuste tõstmise, äkilised kehaliigutused; 2) krooniline kehaline ülepingutus; 3) külmetus; 4) infektsioon; 5) kaasnevad põhjused — lülisamba muutused, kehaline ülepingutus, külmetus (vt. tabel).

Tabel

Radikuliidi põhjus	Protsent haigete üldarvust
Trauma	29%
Krooniline kehaline ülepingutus	20%
Külmetus	9%
Infektsioon	5%
Kaasnevad põhjused	22%
Selgitamata põhjused	15%

Järelikult oli trauma radikuliidi etioloogiliseks faktoriks peaaegu kolmandikul haigeist. Sealjuures arenes haigus tunduval enamikul mitte kukkumise ning põrutuse, vaid raskuse tõstmise, keha painutamise või sirutamise tagajärjel. Üldsummas olid traumad ja krooniline kehaline ülepingutus, mida samuti võib lugeda traumade hulka, etioloogilisteks teguriteks peaaegu pooltel haigetest. Kui arvestada asjaolu, et «kaasnevate põhjuste» rühma liigitasime haiged, kellel lülisamba muutuste kõrval täheldati ka pikaajalist kehalist ülepingutust, siis tõuseb see arv veelgi.

Radikuliiti põhjustanud nakkused olid järgmised: gripp — 6 juhul, brutselloos — 2, reuma — 2, tuberkuloos — 1, väikese vaagna põletikulised protsessid — 4 juhul.

Traumade osatähtsusele nimme-ristluu radikuliidi tekkes viitavad ka teised uurijad. Näiteks Z. Lurje (4) tegi kindlaks, et pooltel tema poolt uuritud haigeist tekkisid nii esimene haigushoog kui ka retsidiiv kukkumise, raskuse tõstmise või mõne muu kehalise ülepingutuse tagajärjel.

E. Raudam koos kaastöötajatega (6), A. Chevalier (8) ning A. Kisseljova (3) on arvamusel, et nimmeradikuliidi arengus on juhtiva tähtsusega trauma. Esitame mõningad haiguslood.

Juht 1. 32-aastane haige A. (haiguslugu nr. 1476) saabus neuroloogiaosakonda 2. aprillil 1958, kaebas teravaid valusid nimme-ristluu piirkonnas ja vasakus jalas. Valud algasid 29. märtsil 1958 pärast raskuse tõstmist. Esimest korda haigestus radikuliiti 1956. a. 1957. a. juunis ja detsembris esinesid retsidiivid, mis möödusid pärast ambulatoorset ravi.

Objektiivselt: lülisamba vasakpoolne skolioos. Seljalihased pingusseisundis. Valulikkus Valleix'i ja Gara punktides vasakul pool. Laségue'i sümptoom on väljendunud vasakul. Neri, Déjèrine'i ja Bechterewi sümptoomid positiivsed. Põlverefleksid elavad. ühtlased. Vasak ahhillese refleks nõrgenenud, parem elav. Vasaku sääre piirkonna välispind alatundlik. Seljaajuvedelik patoloogiliste muutusteta. Lülisamba röntgenogrammil on täheldatavad esimese ristluulüli lülikaare lõhenemised.

Pärast ravi, sealhulgas B_{12}-vitamiini süstimist epiduraalõõnde, kirjutati patsient 10. aprillil 1958 haiglast välja paranenult. Ent samal aastal esinesid veel mõned retsidiivid.

Juht 2. 34-aastane haige P. (haiguslugu nr. 2748), lõngavedaja, saabus neuroloogiaosakonda 15. juunil 1959, kaebas valusid nimme-ristluu piirkonnas. Haigestus 10. juunil 1959 tööl olles. Väikese raskuse tõstmisel tundis ootamatult «kuidas nimmeosas midagi raksatas», mille tagajärjel tekkis terav valu. Esimest korda haigestus nimme-ristluu radikuliiti 1946. aastal, samuti raskuse tõstmisel.

Objektiivselt: lülisamba lordoos on tasandunud nimmepiirkonnas. Seljalihased pingusseisundis. Valulikkus Gara punktis. Laségue'i ja Déjèrine'i sümptoomid positiivsed. Põlve- ja ahhillese refleksid elavad, ühtlased. Alatundlikkust ei esine. Lülisamba nimme-ristluu piirkonna röntgenogramm patoloogiliste muutusteta. Pärast ravi kirjutati patsient 4. juulil 1959 haiglast välja rahuldavas seisundis.

Juht nr. 3. 42-aastane haige Z. (haiguslugu nr. 1398), laadija. saabus neuroloogiaosakonda 30. märtsil 1956, kaebas valusid nimme-ristluu piirkonnas ja paremas jalas. Haigestumise põhjuseks peab haige rasket kehalist tööd. 1956. a. jaanuaris tugevnesid valud märgatavalt, mille tõttu pöördus arsti poole. Et ambulatoorne ravi ei andnud tulemusi, suunati haige statsionaari.

Objektiivselt: parema sääre lihaste atoonia ja kerge atroofia. Laségue'i sümptoom on järsult positiivne paremal pool. Ka Bechterewi ja Déjèrine'i sümptoomid on positiivsed. Põlverefleksid elavad, ühtlased. Parem ahhillese refleks nõrgenenud, vasak elav. Parema põlve välispind alatundlik. Lülisamba nimme-ristluu piirkonna röntgenogramm patoloogiliste muutusteta. Tehti seljaaju punktsioon: seljaajuvedelik voolas välja sagedate tilkadena, esines pleotsütoos, valgusisaldus 0,33%, Pandy reaktsioon positiivne. Patsient kirjutati haiglast välja 22. mail 1956 paranemise saadiumis.

Nimetatud haigetel võib diagnoosida lülidevahelise ketta väljasopistumist. Selle kasuks kõnelevad anamneesi andmed: trauma kahe esimese haige puhul ning krooniline kehaline ülepingutus kolmandal haigel, samuti kliinilised andmed.

Lülidevahelise ketta väljasopistumise korral viienda nimmelüli ja esimese ristluulüli vahelt täheldatakse ahhillese refleksi nõrgenemist või puudumist, põia ja sääre välispinna alatundlikkust. Ketta väljasopistumisel neljanda ja viienda nimmelüli vahelt esineb põia ja sääre sisepinna alatundlikkus, võib tekkida suurvarbasirutajalihase nõrkus. Ketta väljasopistumisel kolmanda ja neljanda nimmelüli vahelt täheldatakse põlverefleksi nõrgenemist või puudumist. Lülidevahelise ketta väljasopistumisel võib ilmneda muutusi ka seljaajuvedelikus.

Haige Z. (haiguslugu nr. 1398) ja haige A. (haiguslugu nr. 1476) puhul võib diagnoosida lülidevahelise ketta väljasopistumist viienda nimmelüli ja esimese ristluulüli vahel. Sealjuures haigel A. leidis diagnoos kinnitust A. Chevalier'i poolt 8. jaanuaril 1959 Tallinna Vabariiklikus Haiglas tehtud operatsioonil.

Tavaliselt pole lülisamba nimme-ristluu piirkonna röntgenogrammil lülidevahelise ketta väljasopistumine nähtav, seetõttu põhiliseks aluseks diagnoosi määramisel on anamneesi andmed ja haige kliiniline uurimine. Viimase põhjal võib mitte ainult oletada lülidevahelise ketta väljasopistumist, vaid enamikel juhtudel kindlaks määrata ka selle toopika. Sellest kõnelevad operatsioonidel saadud kogemused, eriti Tartu Vaba-

riikliku Haigla neuroloogia- ja neurokirurgiaosakonnas ja Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonnas. Peale selle tuleb samuti arvesse võtta röntgenoloogiliselt avastatavaid kaudseid haigustunnuseid — lülisamba skolioosi ja üksikuid tahapoole suunatud osteofüüte, nimmelordoosi tasandumist või isegi vähest küfoosi. Viimast tunnust, samuti skolioosi, võib avastada kliinilisel järelevaatusel ning sel on määrav tähtsus lülidevahelise ketta väljasopistumise kindlakstegemisel.

Meie vaatluse all viibinud nimme-ristluu radikuliiti põdenud 289 haigel võis lülidevahelise ketta väljasopistumist diagnoosida 185 juhul, mis moodustas 64% kõigist vaadeldavaist juhtudest.

Nimmeradikuliidi tekke diskogeense ehk kettalise teooria kasuks kõnelevad samuti röntgenogrammidel sageli esinevad lülisamba nimmeristluu piirkonna patoloogilised muutused. Selliseid muutusi leidsime 54% uuritavaist haigeist. Mitmed autorid esitavad ligikaudu samasuguseid andmeid. Näiteks O. Viltšur (1) täheldas lülisamba patoloogilisi muutusi 257 haigest 185-l, A. Gordienko (2) leidis lülisamba muutusi 120 haigel 173-st, A. Kisseljova (3) avastas lülisambaanomaaliat 39% uuritavaist haigeist.

A. Šenki ja M. Kagani (7) arvates osutuvad lülisamba kaasasündinud muutused selleks aluseks, millel areneb lülidevahelise ketta haigestumine, ent deformeeriv spondüloos on lülidevaheliste ketaste degeneratiivsete muutuste järelduseks.

Niisiis meie vaatlused ja kirjanduse andmed näitavad, et nimmeristluu radikuliit on haigus, mis tekib kõige sagedamini lülidevahelise ketta kahjustuse tagajärjel. Kuid patoloogiliselt muutunud lülidevahelise ketta väljasopistumise juhtivaks etioloogiliseks teguriks on traumad.

KIRJANDUS

1. Вильчур О. М. Врожденные и приобретенные изменения позвоночника как этиологический фактор при люмбо-ишиалгиях. В сб.: Люмбо-ишиалгия, М.-Л., 1938, 99—114. — 2. Гордиенко А. Н. Мед. работник, 1957, 24 сент. — 3. Киселева А. А. Сравнительная терапевтическая активность ванн с различной концентрацией радиона при лечении больных пояснично-крестцовым радикулитом. Автореф. диссерт. канд. мед. наук. М., 1958. — 4. Лурье З. Л. Вопр. нейрохирургии, 1957, 4, 40—45. — 5. Попова Н. Н. Вопр. нейрохирургии, 1946, 1, 37—42. — 6. Раудам Э. И., Лука В. Я., Паймре Р. И.; Хейнсоо Э. К. и Верник А. Я. Ж. невропат. и психиатрии, 1960, 10, 1259—1267. — 7. Шенк А. К. и Каган М. И. Люмбо-ишиалгия и ее ортопедическая основа в свете современных данных. В сб.: Люмбо-ишиалгия, М. — Л., 1938, 115. — 8. Chevalier, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 4, 48—53.

К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

М. Фарбер

Резюме

В течение последних 5 лет под нашим наблюдением находилось 289 больных пояснично-крестцовым радикулитом. На основании анамнеза и клинического обследования можно было установить следующие этиологические факторы заболевания: 1) травма, 2) длительное физическое перенапряжение, 3) переохлаждение, 4) инфекция, 5) сочетанная этиология: изменения позвоночника, физическое перенапряжение, переохлаждение.

Среди всех этих факторов, травма и длительное физическое перенапряжение явились причиной заболевания почти у половины больных.

Из 289 больных, бывших под наблюдением, выпячивание межпозвонкового диска было диагностировано у 64%.

Наши наблюдения и данные литературы показывают, что пояснично-крестцовый радикулит чаще всего возникает в результате поражения межпозвоночного диска, а травма является ведущим этиологическим фактором, вызывающим выпячивание патологически измененного диска.

AKUUTSETEST KOPSUPÕLETIKKUDEST MÕNEDE EESTI NSV HAIGLATE ANDMEIL

A. VAPRA

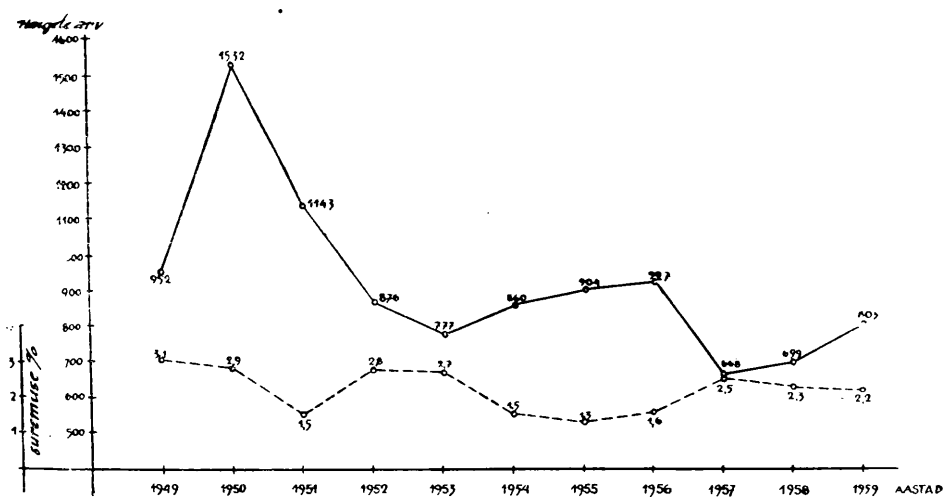
(Tartu Riikliku Ülikooli hospitaal-sisehaiguste kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *L. Päi*)

Vaatamata headele ravitulemustele sulfaniilamiidide ja antibiootikumidega on ägedate kopsupõletikkude (krupoosne ja bronhopneumoonia) erikaal, võrreldes teiste sisehaigustega, siiski veel küllalt kõrge [N. Moltšanov (4), A. Gukasjan (2), R. Austrian (10), G. Tšõgankov (9). R. Hegglin (13), A. Heymer (14)].

Viimase 15—17 aasta vältel on nii ägedate kopsupõletikkude kliinilises pildis kui ka etioloogias täheldatud tunduvaid muutusi. Sagedamini esineb atüüpilise sümptomatoloogiaga ja ka pikaldaselt kulgevaid kopsupõletikke [N. Moltšanov (4)].

Kopsupõletiku tekitajatena on streptokokkide ja stafülokokkide osatähtsus tunduvalt tõusnud, kuna pneumokokid põhjustavad haigust märksa vähem [A. Sylla (15), J. Beck (11)]. Mitmed teised autorid, nagu R. Austrian (10), I. Martõnov, I. Kravkov, V. Lossitski (3), leiavad aga, et kopsupõletike tekkes on endiselt esikohal pneumokokk.

R. Bridge (12) andmeil oleneb ravitulemus antibiootikumide kasutamisel peamiselt kaasnevatest haigustest. N. Moltšanov (4), V. Vinogradov (1), E. Skarlatto (7) on seisukohal, et krooniliste kopsupõletikkude arv on tunduvalt tõusnud, mille põhjuseks sageli on läbipõetud ja mitte vajalikul määral ravitud äge kopsupõletik.



Joon. 1. Krupoosse kopsupõletiku esinemine ja suremus 1949.—1959. a. (Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi andmeil).

Eesti NSV-s peaaegu puuduvad andmed krupoossesse kopsupõletikku ja bronhopneumooniasse haigestumise ja kliinilise pildi iseärasuste kohta. Samuti on kodumaises kirjanduses vähe ülevaatlikke materjale ägedate kopsupõletikkude esinemisest ja ravitulemustest (arvukamal haigete hulgal ja pikema ajavahemiku jooksul).

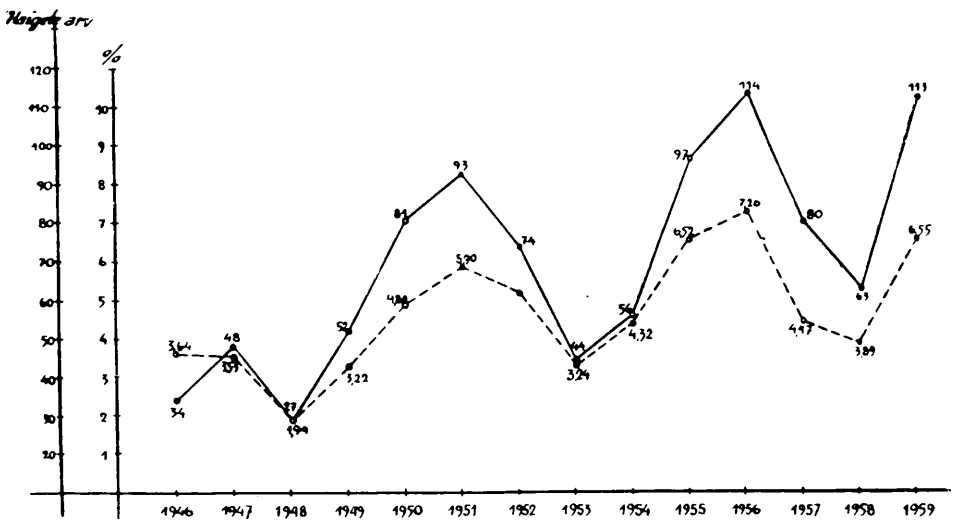
Autori tähelepanekud põhinevad Tartu, Tallinna, Viljandi ja Võru haiglatest pärineva 3049 haigusloo analüüsil 1922.—1959. a. ja isiklikel tähelepanekutel ning uurimustel Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonnas 1950.—1961. a. Ajavahemikus 1946—1959 on analüüsi-

tud 1799 krupoosse kopsupõletikuga haiget, nendest 642 haige ravimisel on tarvitatud sulfaniilamiide (naatrium-norsulfasooli, sulfidiini manustamise skeemi kohaselt), 435 ravimisel penitsilliini, 575 ravimisel kombineeritult sulfaniilamiide koos penitsilliiniga ja 70 haigele kombineeritud antibiootilist ravi (penitsilliin, streptomütsiin, biomütsiin). Nimetatud aastatel on 77 haige puhul rakendatud ka sümptomaatilist ravi. Võrdlusmaterjalina on uuritud 345 krupoosse kopsupõletikuga haiget aastail 1922—1940 Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonna andmetel, kus rakendati ainult sümptomaatilist ravi. Bronhopneumooniahaigete rühm koosnes 905 haigest (ajavahemikus 1946—1959). Neist raviti 131 sulfaniilamiididega. 285 penitsilliiniga, 356 üheaegselt sulfaniilamiidide ja penitsilliiniga ning 99 haiget raviti korraga mitme antibiootikumiga. 24 haige puhul rakendati sümptomaatilist ravi.

Ülevaate krupoosse kopsupõletikuga haigete esinemise ja suremuse kohta Eesti NSV-s annab joonis 1 (andmed haiglates ravil olnud haigete kohta).

Jooniselt 1 selgub, et viimasel ajal täheldatakse krupoosse kopsupõletiku vähenemistendentsi.

Aastail 1946—1959 viibis Tartu haiglate siseosakondades ravil 41641 haiget, nendest oli krupoosse kopsupõletikuga 1113 isikut ehk 2,7%, Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonna andmetel moodustasid krupoosse kopsupõletikuga haiged 1946.—1959. a. 3,2% kõigist sisehaigustega ravil olnud haigetest.

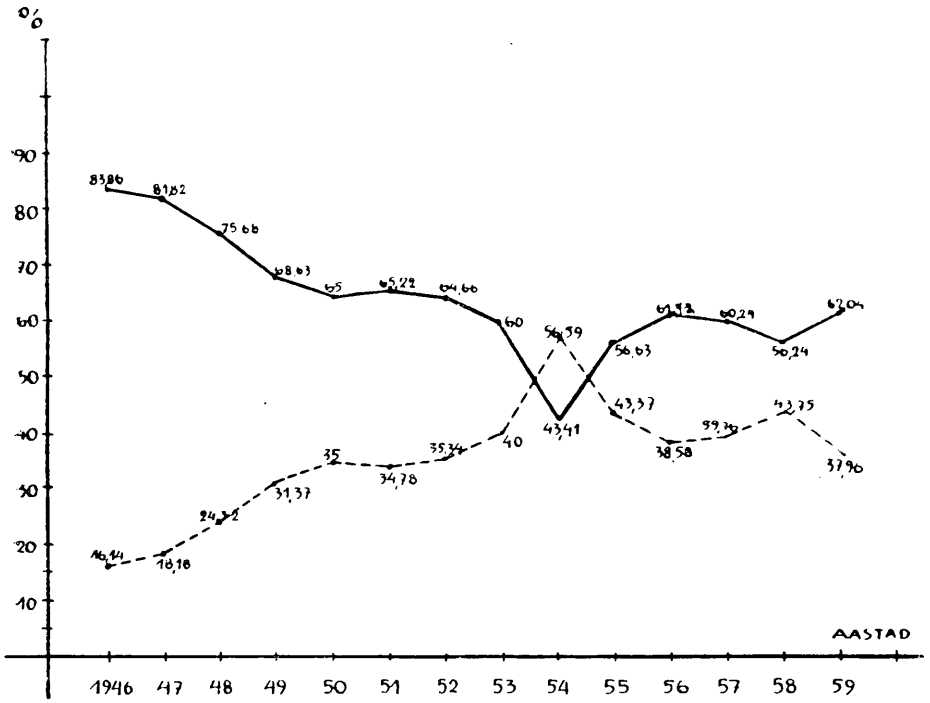


Joon. 2. Krupoosse ja bronhopneumooniaga haigete osatähtsus Vabariikliku Tartu Kliinilise Haigla siseosakonnas ravil viibinud haigete hulgas, võrreldes 1946.—1959. a. ravil viibinute üldarvuga.

Joonisel 2 on esitatud andmed nii krupoosse kui ka bronhopneumooniaga haigete kohta. Viimaseid hospitaliseeriti Tartu ja Viljandi haiglate siseosakondade andmetel aastail 1946—1959 1,2%. Bronhopneumooniat põdevate haigete arv on viimasel ajal tunduvalt tõusnud. Kui näiteks 1946. a. oli see 0,4% ja 1957. a. 0,7%, siis 1955. a. ja 1957. a. olid need andmed vastavalt 3,0%, 3,1% ja 3,2%.

Krupoosse pneumooniaga haigetest olid antibakteriaalse ravi ajal ülekaalus mehed, nii oli 1946. a. mehi 62,7%, 1947. a. 65,9%, kuid hilisematel aastatel naishaigete arv tõusis. Näiteks 1951. a. oli naishaigeid 53,3% ja 1956. a. 53,01%. Bronhopneumooniaga haigete rühmas oli mehi 44,1% ja naisi 55,9%.

Aastail 1922—1940 oli nooremate ja keskealiste haigete kontingent ülekaalus, nii oli 35,3% haigetest kuni 30 aastat vanad, 30—50 aasta vanuseid haigeid oli 33% ja üle 50 aasta vanuseid 31,7%. Antibakteriaalse ravi perioodil esinevate haigete vanusest saame ülevaate jooniselt 3, kust selgub, et 1946., 1947. ja 1948. a. olid ülekaalus nooremad ja keskealised, kuid hilisematel aastatel on vanemate haigete osatähtsus tunduvalt tõusnud. Sama on märganud ka R. Bridge (12). Bronhopneumooniaga haigetest moodustasid suurema grupi üle 50 aasta vanad haiged (41,8%).



Joon. 3. Krupoosse kopsupõletiku kulg vanuserühmade järgi (1946.—1959. a.).

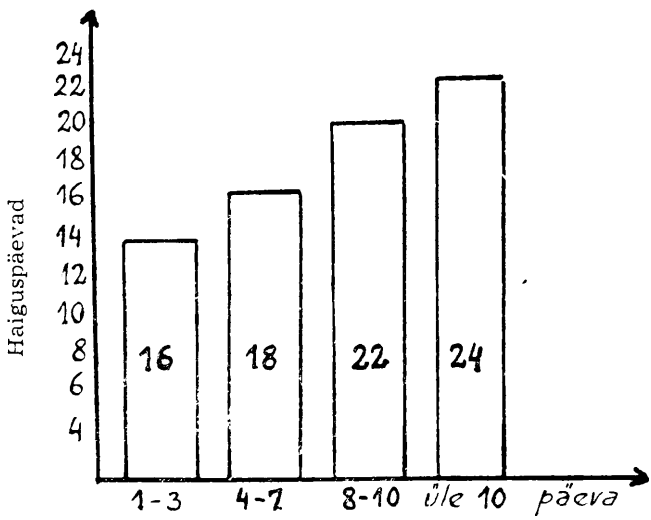
Põletikulise protsessi lokalisatsiooni suhtes täheldasime rühmas, kus rakendati antibakteriaalset ravi, rohkem ülemise kopsusagara põletikku kui sümptomaatiliselt ravitud haigetel. Antibakteriaalselt ravitud haigete rühmas oli parem ülemine sagar kahjustatud 20%-l haigetel, kuid sümptomaatilist ravi saanud haigetel (1922.—1940. a.) 13%-l. Antibakteriaalse ravi perioodil esines põletikulisi protsesse sagedamini ülemistes sagarates, mida on täheldanud ka N. Sabelnikov (6) ja F. Rosenblat (5).

Hospitaliseerimine. Antibakteriaalset ravi saanud haigete rühmas esines varajane hospitaliseerimine (1.—3. haiguspäeva vältel) — 40,3%-l haigetest. Kõige rohkem varakult hospitaliseeritud haigeid oli kombineeritud ravi saanud haigete rühmas, s. o. 45,1% ja kõige vähem (23,8%) kombineeritud antibiootilist ravi saanute rühmas. Suuremal osal nendest haigetest oli ravi alustatud juba kodus. Kõige sagedamini hospitaliseeriti bronhopneumooniaga haigeid 7. haiguspäeval, varem aga tunduvalt vähem (25,9%).

Haiguse raskuse järgi esines antibakteriaalset ravi saanud haigete rühmas kergeid haigeid 21,8%, keskmise raskusega haigeid 66,7% ja raskesti haigeid 11,5%. Sümptomaatiliselt ravitute rühmas (1922.—1940. a.) olid vastavad arvud aga 8,7%, 57,1% ja 34,2%. Kõige vähem raskeid haigeid (6,4%) täheldati sulfaniilamiididega ravitud haigete rüh-

mas, kuid kombineeritud antibiootikumidega ravitute rühmas oli raskesti haigete arv eriti suur (38,6%). Sulfaniilamiididega ravitute rühmas esines kõige rohkem nooremaid haigeid ja haigetel esines vähe kaasnevaid haigusi, kombineeritud antibiootilist ravi saanute rühmas oli haigete vanus tunduvalt kõrgem.

Ravi tulemused kehatemperatuuri normaliseerumise järgi. Krupoosse kopsupõletikuga haigetel, keda raviti antibakteriaalsete vahenditega, langes kehatemperatuur 48 tunni vältel 76,9% haigetel, kusjuures esimese 24 tunni jooksul suhteliselt kõige rohkem neil haigetel (54%), keda raviti penitsilliiniga, kõige vähem (18,5%) aga kombineeritud antibiootilist ravi saanute rühmas. Viimases rühmas olid aga kõige raskemad haiged. Bronhopneumooniaga haigetel langes kehatemperatuur 48 tunni vältel 52,4%.



Joon. 4. Krupoosset kopsupõletikku põdevate haigete haiglas viibimise aeg

Väga oluliseks teguriks haigete kiiremal paranemisel oli varajane hospitaliseerimine, millest annab ülevaate joonis 4. Nimetatud jooniselt selgub, et mida varajasemalt toimus hospitaliseerimine, seda lühem oli ka haigete haiglas viibimise aeg. Krupoosse kopsupõletikuga haigetel oli keskmine haiglapäevade arv 18, bronhopneumooniaga haigetel 17 ja sümptomaatiliselt ravitud krupoosse kopsupõletikuga haigete rühmal aga 19. Eeltoodust selgub, et vaatamata heale raviefektile oli ravi kestus antibakteriaalset ravi saanud haigetel ainult mõnevõrra lühem. See on ka arusaadav, sest et antibakteriaalne ravi ei kiirenda põletikulise infiltraadi taandarengut kopsus [A. Vapra (16)].

Antibakteriaalset ravi saanud haigetel nägime kliinilises pildis kiiret intoksikatsiooninähtude kadumist, harvem roostekarva röga, tunduvalt oli suurenenud atüüpiliselt kulgevate kopsupõletikkude arv. Viimastel aastatel esines ka pikaldaselt kulgevaid kopsupõletikke, kusjuures nende tekkepõhjuseks oli sageli hiline hospitaliseerimine, tekitajate resistentsus antibiootikumide, eriti aga penitsilliini suhtes ja organismi reaktiivsuse langus.

141 antibakteriaalset ravi saanud haigel jälgiti süstemaatiliselt arteriaalse vererõhu dünaamikat (palaviku, kriisi ajal, 3 päeva pärast kriisi ja väljakirjutamisel). Kriisi ajal täheldasime süstoolset hüpotooniat 53,8%, kusjuures diastoolset hüpotooniat esines aga 46,1%. Hüpotoonilise vererõhu väärtusi sedastasime peamiselt raskesti ja keskmise raskusega haigetel. Verevoolu kiirust uuriti 57 haigel 5 ml 10%-lise kaltsiumkloriidilahuse süstimise teel veeni. Verevoolu aeglustumine ilmnes raskesti ja keskmise raskusega haigetel. Need tähelepanekud näitavad, et vaatamata antibakteriaalse ravi suurele efektiivsusele, on siiski eriti oluline ka antibakteriaalse ravi perioodil hoolikalt jälgida kopsupõletikuga haige südame-vereringe süsteemi seisundit ja manustada veresoonte süsteemi toniseerivaid vahendeid. Leukotsüütide arvu ja valgevere diferentsiaal-

pildi suhtes esines enamikul haigetest tüüpiline hüperleukotsütoos (15 000—20 000 l mm^3). Seejuures meie andmed erinevad mitme teise autori andmetest, nagu A. Gukasjan (2) ja M. Turkeltaub (8), kes antibakteriaalse ravi perioodil leidsid suurel osal haigetest normaalseid leukotsüütide arvu väärtusi ja ka leukopeeniat.

37 krupoosse kopsupõletikuga ja 39 koldelise kopsupõletikuga haigel uuriti mikroobide esinemist rögas ja nende tundlikkust antibiootikumide suhtes. Esikohal oli siin *Streptococcus viridans*, teisel stafülokokid ja kolmandal kohal pneumokokid. Mikroobide tundlikkus oli vähenenud eriti penitsilliini suhtes, kuid levomütsetiini ja streptomütsiini suhtes olid nad tundlikumad. Bronhopneumoonia kliinilises pildis esines samuti muutusi. Tunduval hulgal (35%) algas ta ägedalt kõrge temperatuuriga ning tunduva leukotsütoosiga. Mitmel korral oli krupoosse ja bronhopneumoonia kliiniline sümptomatoloogia niivõrd sarnane, et sageli oli raske vahet teha, missuguse vormiga on tegemist. Seda on täheldanud samuti N. Moltšanov (4).

Komplikatsioonid ja suremus. Antibakteriaalset ravi saanud krupoosse kopsupõletikuga haigetel tekkis komplikatsioone 9,9%, sümptomaatiliselt ravitute rühmas (1922—1940) aga peaaegu kolm korda rohkem — 27,7%. Komplikatsioonidest oli esikohal pleuriit. Bronhopneumooniaga haigetel esines komplikatsioone tunduvalt vähem — 2,4%. Suremus oli antibakteriaalselt ravitud haigete rühmas 1,7%, sümptomaatiliselt ravitute rühmas (1922—1940) — 16,8% (krupoosse kopsupõletikuga haigetel). Surma põhjustas antibakteriaalselt ravitute rühmas peamiselt hiline hospitaliseerimine, kõrge vanus ja rasked kaasnevad haigused. Bronhopneumooniaga haigete suremus oli 1,3%.

Antibakteriaalsete preparaatide kasutamine ägedate kopsupõletikudega haigete ravimisel on väga efektiivne, kuid seda probleemi pole siiski täielikult lahendatud. Endiselt on oluline õigeaegne diagnoosimine, varajane hospitaliseerimine, ravivahendite küllaldane doseerimine. Antibiootikumide manustamisel peame arvestama mikroobide tundlikkust nende suhtes. Varajase diagnoosimise puhul tuleb arvesse võtta antibakteriaalse ravi mõjul muutunud kopsupõletiku kliinilist pilti, sest tüüpilist sümptomatoloogiat polę sageli välja kujunenud. Väga oluline on kompleksse ravi rakendamine (antibiootikumid, südamevahendid, vitamiinid, füsioteraapia, ravikehakultuur, hoolikas põetamine), mis kõik koos parandavad veelgi ravitulemusi.

Eeltoodust võime teha järgmised järeldused:

1. Haigestumine krupoossesse kopsupõletikku, vaatamata tema vähenemisele, püsib siiski veel kõrgena. Täheldatakse haigete arvu tõusu vanemaealiste hulgas.

2. Mitmesuguste antibakteriaalsete preparaatide kasutamine annab peaaegu ühesuguseid tulemusi. Ravitulemused olenevad haigete vanusest, kaasnevatest haigustest ja haiguse raskusest.

3. Antibakteriaalse ravi perioodil täheldasime haigete kliinilises pildis rohkem atüüpilisi haigusvorme ja viimasel ajal ka rohkem pikaldaselt kulgevaid kopsupõletiku juhte.

4. Krupoosse kopsupõletikuga haigete kliiniline pilt võib olla sarnane bronhopneumooniaga haigete kliinilise pildiga, mida esineb viimasel ajal sagedamini ka nooremas eas.

5. Antibakteriaalse ravi rakendamise perioodil esinevad kopsupõletikuga haigete südame-vereringe süsteemis mitmesugused funktsionaalsed häired, mis väljenduvad arteriaalses hüpotoonias ja aeglustunud verevoolu kiiruses, eriti rasketel ja keskmise raskusega haigetel.

6. Paremaid ravitulemusi annab kombineeritud antibakteriaalne ravi ja kõigi ravivahendite kompleksne rakendamine.

KIRJANDUS

1. Виноградов В. А. Труды восьмой Всесоюзной конференции терапевтов, М., 1956, 95—103. — 2. Гукасян А. Г. Тезисы докладов XV Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1962, 39—41. — 3. Мартынов И. В., Кравков Ю. С., Лосицкий В. Г. Тезисы докладов XV Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1962 95—96. — 4. Молчанов Н. С. Клинич. медицина, 1962, 4, 9—14. — 5. Розенблат Ф. Я. Клинич. медицина, 1946, 7—8, 71—75. — 6. Сабельников Е. Д. Материалы к вопросу об особенностях течения крупозной пневмонии. Кандидатская диссертация, Л., 1955. — 7. Скарлато Е. С. Клинические особенности пневмонии и отдаленные результаты их лечения за 1955—1956 гг. Л., 1957, 91—94. — 8. Туркельтауб М. С. Сборник трудов Архангельского мед. ин-та вып. X, Архангельск, 1950, 29—38. — 9. Цыганков Г. М. Тезисы докладов XV Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1962, 165—167. — 10. Austrian, R. J. Am. Med. Assoc., 1957, 163, 12, 1040—1045. — 11. Beck, J. Z. ges. inn. Med., 1958, 24, 1022—1024. — 12. Bridge, R, G, Diseases Chest, 1956, 2, 30, 194—201. — 13. Hegglin, R. Medizinische, 1957, 35, 1199—1203. — 14. Heymer, A. Internist, 1960, 2, 44—54. — 15. Sylla, A. Z. ges. inn. Med, 1958, 19, 744—752. — 16. Vapra, A. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1958. Vihik 57, 212—222.

ОБ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ ПО ДАННЫМ НЕКОТОРЫХ БОЛЬНИЦ ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Вапра

Резюме

Произведен анализ заболеваемости и клинического течения крупозной и очаговой пневмоний по материалам некоторых больниц Эстонской ССР за 1946—1959 гг., а также по данным собственных наблюдений, проведенных в 1950—1961 гг. на базе Тартуской республиканской клинической больницы. В целом материал охватывает 1799 больных крупозной и 905 больных очаговой пневмонией. Для сравнения клинического течения пневмонии при применении только симптоматического лечения, нами проанализированы истории болезни 345 больных, находившихся на лечении в терапевтическом отделении Тартуской городской клинической больницы за период с 1922 по 1940 год.

Заболеваемость крупозной пневмонией, несмотря на ее снижение за последние годы, продолжает занимать значительный удельный вес в общей сумме внутренних болезней. Отмечается увеличение числа больных среди лиц старших возрастов. Имеется тенденция к повышению заболеваемости очаговой пневмонией.

При применении с лечебной целью различных антибактериальных препаратов (сульфаниламидов и антибиотиков) существенных различий в результатах лечения не выявлено. Эффективность лечения зависела от контингента больных (возраст, сопутствующие болезни и пр.).

При применении антибактериальной терапии чаще наблюдаются атипичные, а также затяжные формы пневмонии. Стираются различия в симптоматологии крупозной и очаговой пневмонии.

Количество осложненных случаев при использовании антибактериальных средств среди больных крупозной пневмонией составило 9,9%, а среди больных очаговой пневмонией — 2,4%. Эти показатели были почти в 3 раза выше при применении симптоматического лечения (1922—1940 гг.). Так, в указанный период число осложнений среди больных крупозной пневмонией достигало 27,7%.

Существенная разница отмечается и в показателях смертности, в зависимости от применения антибактериальной или симптоматической терапии (1,7% для крупозной, 1,3% для очаговой пневмонии при применении антибактериальных средств и 16,8% — при крупозной пневмонии, леченной симптоматически).

VABARIIGI APTEEKIDE TÖÖST 1962. AASTAL JA ÜLESANNETEST 1963. AASTAL

I. PODOLSKI

Apteekide Peavalitsuse ülem

Kogu nõukogude rahvas, innustatuna NLKP XXII kongressi ajaloolistest otsustest, täidab edukalt käesoleva seitseaastaku ülesandeid. Inimese tervise eest hoolitsemise ja tema eluea pikendamise osas seadis partei programm tervishoiutöötajatele vastutusrikkad ülesanded. Teatava panuse sellesse peavad andma ka apteegitöötajad.

Möödunud 2 aasta jooksul avati 3 vabamüügiapteeki (Laekveres, Lehtses ja Tallinnas Lenini puiesteel), 5 haiglaapteeki (Tallinna Kallavere Haiglas, Narva Nakkushaiglas, Tallinna Merimetsa Haiglas, Kohtla-Järve Haiglas nr. 3 ja Sõmera sanatooriumis) ning 25 apteegipunkti. Et elanikkonda paremini teenindada, on eespool mainitud ajavahemikul loodud I grupi apteegipunkte ja ravimite müügipunkte suuremate polikliinikute juurde, kust polikliinikute külastajail on võimalik ravimeid saada kohapeal polikliiniku arstide poolt väljakirjutatud retseptide järgi. Taolisi müügipunkte on praegu 11, neist töötab farmatseutide juhtimisel 5. Naistenõuandlate juurde on organiseeritud spetsiaalsete vahendite müügipunktid. Vastava kaadri vähesuse tõttu ei tööta veel kõikides müügipunktides farmatseudid.

Viimasel ajal on apteekide töötingimused paranenud, eriti Keila ja Paldiski apteekides. Vabariigis on ajakohased ruumid saanud 7 apteeki. Uude hoonesse asus Tartu Apteegiladu. Suurt rõhku pannakse apteegiruumide ajakohasele sisustamisele (Tallinnas apteek nr. 6 ja 8).

Kuigi apteegivõrk meie vabariigis on tihe (kõige tihedam NSV Liidus), esineb siiski tõsiseid raskusi uute apteekide avamisega kiiresti kasvavates elamurajoonides. Nii tuleb lähemas tulevikus Tallinnas avada 11, Tartus 2—3 ja Võrus 1 uus apteek. Apteekide juhatajad peavad hästi kursis olema linna või asula väljaehitamise plaanidega, et apteekide avamise vajadusest täitevkomiteesid õigeaegselt informeerida. Ka tervishoiuorganitel tuleb uute haiglate ehitamisel apteekide vajadusi silmas pidada. Haiglaapteekidele on vaja eraldada nõutav arv ruume, näiteks ei piisa 1—2 väikesest toast, nagu seda pakuti apteegile Rakvere haigla avamisel.

Ravimiressursside paremaks kasutamiseks on otstarbekohane spetsialiseerida mõni apteek ainult teatava profiiliga raviasutuste teenindamiseks. Apteegid peavad varustatud olema tööstuse poolt küllaldaselt toodetavate ja kõikide kohapeal vajaminevate ravimitega. Samal ajal ei ole mõtet apteegivõrku spetsiifiliste ravimitega üle kuhjata, näiteks pole tarvis hankida vähktõve ja tuberkuloosi ravimiseks tarvitatavaid preparaate, kui antud kohas ei ole onkoloogia- või tuberkuloosikabinette. Vastavate spetsialistide puudumise tõttu jäävad need ravimid välja kirjutamata ja seega ka kasutamata.

Tuberkuloosivastaseid ravimeid väljastatakse tuberkuloosidispanseritest ja -kabinettidest tasuta ning seega peavad need ravimid asuma dispanserit või kabinetti varustavas apteegis. Kui linnas on mitu apeeki, siis

on otstarbekohane koondada laste ravimid teatavatesse apteekidesse. Laste ravimisel on oma spetsiifika, eeskätt puudutab see doseerimist. Nii mõnigi kord tekib vajadus avada valmisravimite originaalpakend, anda sellest ära vaid osa tablette või valmistada neist isegi väiksemate annustega pulbreid.

Spetsialiseerimise uue vormina nähakse ette haiglate teenindamist selleks otstarbeks eraldatud kinniste vabamüügiapteekide kaudu, mille ülesandeks on ainult raviasutustele ravimite valmistamine. Apteegiala Teadusliku Uurimise Keskinstituudi andmeil on see spetsialistide ja tehnika ratsionaalse ärakasutamise seisukohalt otstarbekohane siis, kui apteek teenindab lähemas ümbruses asuvaid, vähemalt 600 voodikohaga raviasutusi ja teisi väiksemaid meditsiiniasutusi, nagu nõuandlad, lastesõimed jms.

Raviasutusi teenindav ühendatud apteek suudab tööd paremini organiseerida kui üksikud 100—200 voodikohaga haiglate juures asuvad apteegid. Raviasutusse jääb sel korral ainult ravimite väljastaja. Teiste liiduvabariikide eeskujul on Eesti NSV-s katseliselt muudetud kinniseks üks Haapsalu apteekidest.

Praktika näitab, et paljudes apteekides pööratakse liiga suurt tähelepanu loomade jaoks ravimite valmistamisele, kusjuures mõned apteegid (Viljandi apteek nr. 114 jt.) müüvad mainitud otstarbeks suurel hulgal ravimeid, nende seas ka defitsiitseid. Vastavalt kehtivale korrale saab Apteekide Peavalitsus ainult inimestele ettenähtud ravimite fondid. Loomade ravimiseks eraldatakse fondid kontorile «Zoovetvaru», kelle käsutuses on ka vastav veterinaarapteekide võrk. See ravimite saamise viis on tarbijaile küllaltki ebamugav, sest veterinaarapteeke on suhteliselt vähe ja pealegi ei valmistata seal ravimeid, vaid piirdutakse ingredientide müümisega, millest loomaarstid peavad vajaminevat ravimit ise valmistama. Et küsimust lahendada, peaks kõik vabariigile eraldatavate ravimite fondid koondama Apteekide Peavalitsuse kätte. Seniks aga peavad meil apteegid tegelema eeskätt inimeste teenindamisega. Defitsiitseid ravimeid loomade raviks ei tohi väljastada.

Sanitaar-hügieenitarvete kaupluste töö parandamiseks peame lõpetama asutustele hulgimüügi korras majapidamisseebi, pesupulbri jt. majapidamistarvete müümise. Taoline müük ei kuulu nende kaupluste kompetentsi. Medikamentoosse teenindamise parandamiseks tuleb lõpetada majanduskaupade müümine elanikkonnale ka apteekides.

Meie apteegivõrgu kaubakäive suureneb aasta-aastalt. Nii on see viimase kolme aasta jooksul tõusnud 17,6% võrra. Meditsiinikaupade tarbimise poolest ühe elaniku kohta aastas oleme NSV Liidus esikohal — 1961. a. tarbiti meil ühe elaniku kohta ravimeid 8,82 ja 1962. a. 9,97 rubla väärtuses, seejuures NSV Liidu keskmine tarbimine moodustas 1961. a. ainult 4,75 rubla.

Suhteliselt kõrge ravimite tarbimise tõttu, mis ületab NSV Liidu keskmise taseme ligi kaks korda, ja arvestades, et meditsiinitööstus ei tooda veel kõiki ravimeid kogustes, mis täielikult rahuldaks kogu elanikkonna pidevalt kasvavaid vajadusi, esineb meil perioodiliselt ravimite defitsiitsus. Ravimite laialdase sortimendi puhul (ligi 2000 nimetust) ei tohiks defitsiitsus siiski takistada elanikkonna häireteta ravimist. Töö paremaks korraldamiseks tuleb luua tihe kontakt apteekide ja raviasutuste vahel. Apteegitöötajate ülesanne on informeerida arste nii, et nad oleksid teadlikud lähimas apteegis olemasolevatest arstimitest ja kasutaksid neid haigete ravimisel. Kahjuks mõnigi apteegijuhataja ei hoolitse vajalike ravimitega nõuetekohase varustamise eest. Kontrollimisel avastati, et mõnes apteegis (Viitnas, Kõpus, Varnjas, Suislepas jne. — kokku 39 apteeki) puudusid või esinesid vähestes kogustes isegi niisugused igapäevased ravimid, nagu boorhape, vaseliin, kaaliumpermangaat, tsinksalv,

sinepiplaastrid jne. Halva varustamise tõttu ei täitnud osa apteeke kaubakäibeplaani ja 23 apteeki töötas isegi kahjumiga.

Tuleb mainida, et käesolevaks aastaks eraldatud ravimite fondid on üldiselt 1962. a. tasemel. Rohkem saadakse B_6-vitamiini ampullides, linetooli, glutamiinhapet, pepsiini, aasta teisel poolel askorbiinhapet. Tunduvalt paraneb müorelaksantidega varustamine. Esmakordselt saadakse uusi ravimeid, nagu tsüklopropaani, pantoteenhapet, kelletriini, sarkolüsiini ampullides jne. 143 ravimi hankimisega on aasta jooksul veel raskusi.

Iga aastaga eraldatakse rohkem ja mitmekesisemat meditsiinilist tehnikat. Nii saadi kunstliku vereringe aparaat, nn. «kunstlik süda», viie ja kuue kanaliga EKG, universaalne aparaat inhalatsiooninarkoosiks jne. Käesoleval aastal on oodata sünteetilisest materjalist veresoonte proteese. Alates 1962. a. on röntgenifilmidega varustamine paranenud.

Kahjuks suhtub mõni raviasutus aparaatide tellimisse vastutustundetult ega osta tellitud meditsiinilist varustust välja, mistõttu aparatuur jääb pikemaks ajaks apteegilattu seisma. Eesti NSV tervishoiu ministri poolt kehtestatud uue korra kohaselt võib aparatuuri tellida siis, kui seda soovitakse saada ministeeriumi tsentraliseeritud assigneeringute arvel (ainult eelneva loa saamisel ministeeriumi plaani- ja rahandusosakonnalt). Teisiti tellitud aparatuuri eest tasub tellija ise.

Uue tööviisina on Apteekide Peavalitsus hakanud apteegivõrguga kontakti pidama rajooniapteegi juhatajate kaudu, keda kutsutakse Apteekide Peavalitsusse perioodilistele nõupidamistele ja kelle kaudu antakse edasi ka üksikuid kiireiseloomulisi korraldusi. Korduvalt on arutatud NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 308 (11. VII 1961. a.). «Elanikkonna medikamentoosse teenindamise edasise parandamise abinõudest». Medikamentoosse teenindamise parandamise üks abinõusid on valmisravimite väljakirjutamise osatähtsuse suurendamine. Nende väljastamiseks kulub 12 korda vähem aega kui ekstemporaalsete ravimite puhul. Seoses sellega külastab patsient apteeki ainult üks kord. Vähenevad järjekorrad ja haige saab ravimisega alustada mitu tundi varem. Nimetatud käskkirja sätted keelavad ekstemporaalset valmistamist nõudvate ravimite väljakirjutamise juhul, kui identsed valmisvormid (näiteks Behterevi mikstuur ja Behterevi dražeed) on olemas, välja arvatud need juhud, kui haige ei saa tervise seisundi tõttu valmisravimeid tarvitada. Apteekidele on antud suured õigused taoliste asendamiste tegemiseks oma äranägemise järgi.

Retseptide väljakirjutamise korrapärastamiseks on trükitud ja üle vabariigi laiali saadetud «Arstide meelespea», s. o. väike kogumik, mis sisaldab retseptide väljakirjutamise reegleid.

Et tööstus kõiki vajaminevaid ravimeid valmisvormidena veel ei tooda ja teiselt poolt esineb spetsiifilisus, tuleb väljakujunenud retseptuuri selle standardiseerimise eesmärgil tundma õppida. Standardiseeritud retseptid võimaldavad omakorda suurendada taoliste eeskirjadega ravimite ettevalmistamist ja neid kohe väljastada. Töökogemustest sel alal avaldati ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1962. a. nr. 5 Vastseliina apteegi juhataja E. Talve artikkel, millest piltlikult nähtub sellise töökorralduse paremus.

Kohapeal standardiseeritud retseptide eeskirjad tuleb üks kord kvartalis edasi saata Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumile. Laboratooriumi juurde on moodustatud standardiseerimiskomisjon, kes selgitab välja, missugused retseptid tuleb tööstuses valmistada ja millised apteegis. Viimaste hulka kuuluvad kiiresti riknevad ja vabariigi ulatuses harvemini korduvad ravimid.

Alates 1962. aastast töötab meil galeeniline laboratoorium, kus senise jaendamise kõrval toimub ka ravimpreparaatide valmistamine. Juba esimese tööaasta kestel valmistati seal 48 erinevat preparaati ja toodeti neid kokku 42,5 tonni. Nii sortiment kui ka toodangu maht suurenevad käes-

oleval aastal ja ka edaspidi. Sortimendi laiendamine sõltub omakorda apteekides tehtavast standardiseerimistööst. Valmisravimite väljastamise osatähtsus peab 1965. a. ulatuma 75%-ni, praegu on see tase meie vabariigis alla NSV Liidu keskmist (NSV Liidu keskmine 59,6%, meil 52,7%).

Tähtsa ülesande püstitas Eesti NSV Ministrite Nõukogu ravimtaimede varumise alal. Vabariigis on käesoleval aastal tarvis varuda 182,3 ts metsikult kasvavaid ja 94,3 ts kultiveeritud ravimtaimi, et sellega täielikult katta vajadus vabariigis kasvavate ravimtaimede järele. Seni on nende kogumisega tegelnud peamiselt apteegivõrk, täiendavate koguste hankimine on nüüd pandud maakoolide õpilastele. Et koolidel on sel alal vähe kogemusi, siis kogu juhendamine lasub kohalikel apteekidel.

Apteekide Peavalitsuse süsteemis töötas 1. I 1963 ligi 2000 inimest, nendest 430 proviisorit ja 436 proviisori abi. Vaatamata spetsialistide igaaastasele juurdekasvule oleks meil tarvis veel 118 farmatseuti; 73 ametikohta on täidetud praktikutega ning 45 kohta on veel vakantsed. Alates 1963. aasta veebruarikuust on ka farmatseutidel kohakaaslus lubatud, s. t. neil võimaldatakse töötada ühes ja samas asutuses kuni 1,5 koormusega. Taoline kohakaaslus on lubatud spetsialistidele ametiühingu kohaliku komitee ja Apteekide Peavalitsuse või tema Tartu osakonna loal. Abipersonal võib töötada kohakaaslusega ainult üldistel alustel, s. o. eri töökohtades, kui põhitöökoha palk ei ületa 60 rubla.

Kaadrite olukorra parandamiseks on Kõrgema- ja Kesk-erihariduse Komiteelt taotletud luba võtta käesoleval ja järgmisel aastal vastu rohkem õpilasi Tallinna Meditsiinilise Kooli farmatseutide klassi.

Apteegivõrgus töötab palju häid farmatseute. Kommunistliku töö kollektiivi austav nimetus on antud Vastseliina apteegile (juhataja E. Talve), hästi on elanikkonda teenindanud Kärdla apteegi juhataja S. Paroll, Suure-Jaani apteegi juhataja M. Pääro, Tallinna apteegi nr. 4 retseptaar H. Puri ja paljud teised.

Apteegivõrgu edasine töö peab tagama elanikkonnale kvaliteetsete ravimite hõlpsat kättesaamist.

О РАБОТЕ АПТЕК РЕСПУБЛИКИ В 1962 ГОДУ И ЗАДАЧАХ НА 1963 ГОД

И. Подольский

Резюме

В течение двух прошедших лет в республике было открыто 3 аптеки, 5 больничных аптек и 25 аптечных пунктов. Для лучшего обслуживания населения при крупных поликлиниках организованы аптечные пункты 1 группы и пункты продажи лекарств, где посещающие поликлинику могут приобретать лекарства на месте, по рецептам врачей поликлиники.

Хотя аптечная сеть республики и плотная (самая плотная в Советском Союзе) имеются все-таки серьезные трудности с открытием новых аптек в быстро растущих жилищных районах. В ближайшем будущем нужно будет открыть в Таллине 11, в Тарту 2—3 и в Выру 1 новую аптеку.

В качестве новой формы специализации предусмотрено обслуживание больниц выделенными для этого закрытыми аптеками, задачей которых является приготовление лекарств только для лечебных учреждений.

Товарооборот нашей аптечной сети увеличивается год от года. В течение последних трех лет товарооборот вырос на 17,6%. По потреблению медицинских товаров на душу населения в год Эстонская республика стоит на первом месте в Советском Союзе. В 1961 г. аптеки республики продали лекарств на 8,82, а в 1962 г. — на 9,97 руб. на душу населения.

На 1963 г. республике выделено больше витамина B_6 в ампулах, глютаминовой кислоты, пепсина и во второй половине года — аскорбиновой кислоты. Будут получены новые лекарства, как циклопропан, пантотеновая кислота, келлетрин, сарколизин в ампулах и др. С каждым годом возрастает количество выделяемого медицинского оборудования и аппаратуры.

В текущем году в республике надо будет собрать 182,3 дикорастущих и 94,3 центнера культивированных лекарственных растений, чтобы полностью обеспечить потребность республики в растущем на ее территории лекарственном растительном сырье. До настоящего времени сбором лекарственных растений занималась, главным образом, аптечная сеть, теперь же сбор дополнительного количества сырья возложен на сельские школы. Так как школы еще не имеют достаточного опыта в сборе лекарственных растений, то руководство этим мероприятием возложено на местные аптеки.

В системе Главного аптечного управления на 1 января 1963 г. работало около 2000 сотрудников, из которых 430 провизоров и 436 помощников провизора. Несмотря на ежегодное увеличение количества специалистов, вакантными являются еще 118 должностей фармацевтов. Поэтому в настоящем и будущем годах будет увеличен прием учащихся в фармацевтический класс Таллинской медицинской школы.

За хорошие достижения в работе Вастселинаской аптеке (заведующий Э. Тальве) присвоено звание коллектива коммунистического труда.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

KASVAJATE METASTAASIDEST LUUDES

Arstiteaduse kandidaat *S. SALZMAN*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Üldiselt on teada, et mõningate kasvajate põhiline lokaliseerumine võib jääda pikemat aega avastamata, samal ajal aga leitakse nende metastaase tunduvalt varem. Sõltuvalt metastaaside paiknemisest ja levikualast võivad nad põhjustada mitmesuguseid kliinilisi nähte, mida sageli peetakse neuriidiks, radikuliidiks, müalgiaks või mõneks muuks haiguseks. Luudes esinevaid metastaase võib avastada ainult röntgenogrammi abil. Kuid kahjuks uuritakse haigeid röntgenoloogiliselt sageli alles haiguse hilisjärgus, mis diagnoosimist tunduvalt raskendab. Metastaaside varajane avastamine aitab ka kasvaja enda asukohta varem leida, mis loob eeldused ravi õigeaegseks läbiviimiseks, sest paljusid kasvajaid ja nende metastaase saab ravida kiiritamisega või keemiliste vahenditega.

Perifeerse närvisüsteemi, luustiku ja lihaste haigused on sedavõrd levinud, et arst vastavate subjektiivsete kaebuste korral ei mõtle alati kasvaja olemasolu võimalusele, sest neid esineb üldpraktikas suhteliselt harva. Neil juhtudel ravitakse haigeid pikema aja kestel mitmesuguste füsioterapeutiliste protseduuride ja medikamentoossete vahenditega, kusjuures tegelik haigestumise põhjus tehakse kindlaks suhteliselt hilja. Ülalmainitu illustreerimiseks esitame järgmised haiguslood.

Juht 1. Naishaige Z. K., 48 aastat vana, saabus Tallinna Vabariiklikku Haiglasse 18. veebruaril 1963 ja kirjutati välja 28. mail 1963. (haiguslugu nr. 2008). Peab end haigeks juba enam kui aasta. Tal olid tekkinud mitte eriti tugevad valud paremas õlavarres. Kehatemperatuur oli kogu aeg normaalne. Kaks kuud enne haiglasse saabumist valud tugevnesid ja õlavars paistetas üles. Algul ravis haige end rajooniarsti juures, kes soovitas füsioterapeutilisi protseduure — soojutus- ja ultralühilaineravi. Röntgenoloogiliselt uuriti haiget alles 15. veebruaril 1963, s. o. siis, kui haigestumisest oli möödunud peaaegu aasta.

Parema õlavarreluu röntgenogrammil (1) puudub õlavarreluu keskmise kolmandiku piirkonnas luuüdikanal. Luu struktuur on korrapäratu, esineb periostaalne reaktsioon. Pehmete kudede vari on tihenenud. Rindkere röntgenogrammil (2) on täheldatav teises roietevahemikus vasakul ja lateraalselt 3 sm läbimõõduga selgete piirjoontega tihe homogeenne varjustus. Parempoolne kopsuväli muutusteta. Vaagnaluude ja lülisamba röntgenogrammidel kasvajataolisi moodustisi ei leitud.

Perifeerses veres muutused peaaegu puuduvad: SR 15 mm, hgb. 11,07g%, leukots. 5600, valge vere pilt normaalne. Diagnoos: parema õlavarre osteosarkoom metastaasiga vasakusse kopsu.

Tõeline haiguse põhjus avastati alles aasta möödumisel pärast esimeste kliiniliste nähtude tekkimist. Selleks ajaks oli metastaas kopsus juba omandanud võrdlemisi ulatuslikud mõõtmed. Kahtlemata oleks võidud haigust diagnoosida juba selle algjärgus, mil ravivahendid oleksid olnud radikaalsemad, kuigi osteosarkoomid on ebasoodsa prognoosiga pahaloomulised uudismoodustised.

Juht 2. Meeshaige L. O., 36 aastat vana, saabus Tallinna Vabariiklikku Haiglasse 18. aprillil 1963 (haiguslugu nr. 4286). Lahkus 15. mail 1963. Diagnoos ravile saabumisel: erütroleukoos ja mitraal- ning aordiklappide puudulikkus. Kahtlus eesnäärmekasvajale. Diagnoos väljakirjutamisel: eesnäärmevähk reieluu metastaasidega. Kaasnev haigus — aordistenoos, tüsistus — teisene aneemia.

Patsient peab end haigeks alates 1962. a. detsembrikuust, mil tekkisid valud ristluu piirkonnas. Diagnoositi radikuliiti ja rakendati vastavat ravi (füsioteraapia ja medikamentoossed vahendid). 1963. aasta algul oli haigel kehatemperatuur kõrgenenud. Et ta 1947. aastal oli põdenud liigesereumat, siis seostati temperatuuri tõusu reumaatilise protsessi ägenemisega. Statsionaaris viibimise ajal kaebas haige urineerimistakistuse üle. Uroloog tegi kindlaks eesnäärme alumise ja külgmise osa tihkestumise. Tuleb märkida, et juba enne haiglasse saabumist oli haigel sedastatud muutusi eesnäärmes sõlmiliste ja tihkete moodustiste näol.

Ristluu piirkonna valulikkuse põhjuse selgitamiseks tehti vaagnast, nimmelülidest ja reieluudest röntgeniülesvõtted. Nende luude struktuur pole määratletav, luudes leiduvad homogeensed tihedad varjustused — luuskleroos. Kuid reieluude ülemise kolmandiku osas (röntgenogramm 3 — vasak reieluu) on tihenenud luustruktuuri foonil täheldatavad ebamäärase kujuga hõrenenud kolded — eesnäärmevähi metastaasid. Analoogilised ja sümmeetrilised muutused esinevad ka parempoolses reieluus. Eesnäärme koetükikeste histoloogilisel uurimisel sedastati adenokartsinoomi. Siseelundid: kuuldav kare süstoolne kahin kogu südame ulatuses, vähesed bronhiitilised räginad kopsudes ning maksa tihkestumine ja suurenemine.

Sellel haigel peeti vaagna ja ristluu piirkonnas esinevaid valusid radikuliidinähtudeks. Tegelikult tuleb ristluuvalude ägenemist (1962. a. detsembrikuust alates) seostada kasvaja metastaasidega luudes. Teisese aneemia põhjustajaks oli vähist tingitud intoksikatsioon.

Paljudel haigetel arenevad pahaloomulised uudismoodustised luudesüsteemi muutustest ja perifeerse närvisüsteemi haigustest tingitud krooniliste haigusprotsesside foonil. Et niisugused haigused kestavad aastaid, siis jääb uue haigusprotsessi tekkimine märkamatuks. Seda soodustab ka asjaolu, et põhihaiguse kulu jälgimiseks tehtavate korduvate röntgenoloogiliste uurimiste objektiks on pidevalt sama kehaosa.

Eespool mainitu illustreerimiseks esitame järgmise haigusloo.

Juht 3. Meeshaige K. M., 66 aastat vana, viibis ravil Tallinna Vabariiklikus Haiglas 13. veebruarist 21. maini 1963 (haiguslugu nr. 1761). Diagnoos ravile saabumisel: vasaku reieluu murd pöörlatest allpool. Diagnoos väljakirjutamisel: eesnäärmevähk metastaasidega ja vasaku reieluu spontaanne murd. 1962. aastal raviti statsionaaris ishiast ja deformeerivat spondüliiti. Peab end haigeks alates 1948. aastast.

1963. aasta 1. mail kukkus tänaval, tundis valu vasakus jalas ja ei suutnud ise püsti tõusta. Toimetati teiste abiga koju. Järgmisel päeval väljakutsutud rajooniarst soovitas konsulteerida kirurgiga. Viimane ei sedastanud luumurdu ja suunas haige neuropatoloogi juurde. Haiget raviti novokaiiniga ja soojutusprotseduuridega, oletati radikuliiti. Et haige seisund ei paranenud, siis suunati ta 9. veebruaril 1963 neuroloogiosakonda, kus 2 päeva möödumisel tehti reieluust röntgeniülesvõte, mille põhjal avastatigi luumurd. Haige viidi üle Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakonda ja 21. veebruaril sooritati vasaku reieluu osteosüntees. Vigastatud luu tükikese histoloogilisel uurimisel diagnoosis patoloog-anatoom vähki.

Vasaku reieluu ülemise kolmandiku röntgenogrammil (4) täheldati subtrohanteerset murdu fragmentide nihkumisega ja muutustega luukoe struktuuris. Kasvaja metastaase leiti ka vaagnaluudes.

Alles 1963. a. märtsikuus diagnoositi sellel haigel uroloogiliste uuringute põhjal eesnäärmevähki metastaasidega luudesse, kubeme lümfinäärmetesse ja viienda parempoolse roide tagumisse kaarde.

Haiget raviti pikemat aega rutiinipäraselt. Et röntgenoloogiline uurimine toimus hilja, siis jäi tegelik haigus pikemat aega diagnoosimata, vaatamata sellele, et haiget ravisid mitmed eriarstid.

Röntgenogramm 2. Osteosarkoomi metastaas vasakus kopsus

Röntgenogramm 1. Parema õlavarreluu osteosarkoom

Röntgenogramm 4. Prostatavähi metastaas vasaku reieluu ülemises kolmandikus, mis põhjustas spontaanse fraktuuri

Röntgenogramm 3. Prostatavähi metastaas vasaku reieluu ülemises kolmandikus

Metastaase luudes võib õigeaegselt avastada enamikul haigetest röntgenoloogilise uurimismeetodi abil, mis käesoleval ajal ei valmista raskusi. Valdav enamik meie raviasutusi, sealhulgas rajooni- ja jaoskonnahaiglad on varustatud röntgenidiagnostiliste seadmetega. Et paljudel raviasutustel on kantavad röntgeniaparaadid, siis võib vajaduse korral haiget uurida ka tema kodus. Haigete kiirguskoormus ei ole röntgeniülesvõtete tegemisel suur, mille tõttu see pole vastunäidustuseks vajalike röntgeniuuringute läbiviimisel.

О МЕТАСТАЗАХ ОПУХОЛЕЙ В КОСТЯХ

С. Зальцман

Резюме

Общеизвестно, что локализация некоторых опухолей длительное время может оставаться не выясненной, а выявляются уже их метастазы в костях. В зависимости от местонахождения метастазов, они могут вызывать различные клинические проявления, часто трактующиеся как невриты, радикулиты, миальгии или другие заболевания.

Установить наличие метастазов в костях можно только при помощи рентгенограммы. К сожалению, рентгенологическое обследование производится часто в поздние сроки, что значительно осложняет своевременную диагностику.

Так как заболевания периферической нервной системы, костей и мышц очень распространены, врачи не всегда, при предъявлении больными ряда субъективных жалоб, думают о наличии опухоли, которые в практике встречаются довольно редко. Таких больных в течение длительного времени лечат различными медикаментозными препаратами и физиотерапевтическими процедурами, причем истинная причина заболевания устанавливается относительно поздно.

В качестве иллюстрации изложенного представляются данные трех историй болезни. В одном случае остеосаркома правого предплечья у женщины сопровождалась метастазом в левое легкое; у мужчины диагностирован рак предстательной железы с метастазами в бедренной кости; у третьего больного метастаз рака предстательной железы вызвал спонтанный перелом в области верхней трети бедренной кости. В последнем случае метастазы также были выявлены в костях таза.

Все приведенные больные в течение длительного времени лечились по поводу различных ошибочных диагнозов, выставленных вследствие несвоевременного и неполного обследования.

Рекомендуется в сомнительных случаях производить более широко снимки костной системы, что в наших условиях не представляет затруднений.

MUNASARJARASEDUSE JUHT

E. PERMAND

(Pärnu Linna Haiglast, peaarst *K. Mõtus*)

Munasarjarasedus on harva esinev emakavälise raseduse vorm. M. Aleksandrovi ja L. Sinkarjovi andmeil tekib nimetatud rasedus ainult 30—36 aasta vanustel naistel, kusjuures nende autorite poolt kirjeldatud 5064 emakavälise raseduse juhust oli ainult viiel munasarjarasedus.

Esitame alljärgnevalt ühe munasarjaraseduse juhu.

28. veebruaril 1963. a. kell 17 toodi kiirabi korras Pärnu Linna Haiglasse 25-aastane haige (haiguslugu nr. 374). Diagnoos: äge apenditsiit. Anamneesist selgus, et menstruatsioon algas 13. a. vanuselt (tüüp 4/28 päeva keskmise vere hulga eritumisega ja väheste valudega ristluu piirkonnas). Viimane menstruatsioon oli 28. I 1963. a. Sünnitusi, aborte ei ole olnud. Abielus 4,5 aastat. 23. IV 1962. a. oli patsienti opereeritud vasakpoolse munajuha raseduse tõttu (Pärnu Linna Haiglas, haiguslugu nr. 1587). Varem põetud haigustest mäletas tuulerõugeid ja angiini.

27. II 1963. a. algas nõrk valu allkõhus, sagenes urineerimine. 28. II 1963. a. kell 7.30 tekkis voodist tõustes tugev valu paremal pool allkõhus. Valu kandus

parema õla ja abaluu piirkonda. Et valu püsis, kutsuti välja kiirabiarst, kes suunas haige statsionaarsele ravile ägeda apenditsiidi kahtlusega.

Haiglasse saabumisel oli patsiendi üldseisund rahuldav. Nahk ning nähtavad limaskestad puhtad, kahvatud. Pulss rütmiline, rahuldava täitumise ja pingega, sagedus 110 lööki minutis. RR 105/65 mm Hg. Südame ja kopsude osas patoloogiat ei sedastatud. Kõht komplemisel valulik, eriti paremal pool hüpogastriumis. Štšetkin-Blumbergi sümptoom ±, Rovsingi, Sitkovski sümptoomid negatiivsed.

Günekoloogiline staatus: välised suguelundid normaalselt arenenud. Tupp vaba. Parem võlv minimaalselt lamenenud, palpeerimisel tugevasti valulik. Emakas näis olevat normaalse suurusega, kõhulihaste pinge tõttu ei ole ta bimanuaalsel palpeerimisel täpselt kontureeritav. Vere eritust ei esinenud. Leukotsüütide arv — 16 000. Esialgne diagnoos: äge apenditsiit. Ruptureerunud munajuha rasedus. Näidustatud laparotoomia.

Üldnarkoosi all tehti *laparotomia mediana inferior*. Varasemast operatsioonist põhjustatud nahaarm välja lõigatud. Kõhuõõnes leidus 350 ml verd ning verehüübeid. Suur rasvik kohati liitunud kõhukelmega, liited nüridalt vabastatud. Emakas normaalse suurusega. Vasakpoolne munasari muutusteta. Parempoolne munajuha liidetega, seinad muutusteta. Sama munasari umbes 3 sm ulatuses rebenenud.

Muutunud munasarjakude nüridalt eemaldatud. Säilinud munasarja veritsev osa suleti üksikute kätgutõmblustega. Tehti kõhuõõne tualett, kõhukatted suleti kihiliselt ja nahale asetati klambrid.

Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. Eemaldatud munasarjakude saadeti patoloogilis-histoloogilisele uurimisele. Et munasarjas avastati verevalumeid koos koorionihattudega, diagnoositi patoloogilis-histoloogiliselt munasarjarasedust.

СЛУЧАЙ ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Э. Перманд

Описывается случаи внематочной беременности с локализацией в правом яичнике. Ранее эта же больная была оперирована по поводу левосторонней трубной беременности.

KAHE USSJÄTKEGA HAIGE

A. HAAVEL

(Kingissepa Linna Haiglast, peaarst *E. Väärt*)

27. aprillil 1962 suunati Kingissepa Linna Haigla polikliinikust haavaosakonda 61-aastane meeshaige K. V. (haiguslugu nr. 1287) diagnoosiga: *appendicitis chronica exacerbata.*

Haige kaebas kõhuvalusid ja iiveldust. Haigestunud 23. aprillil 1962 pärast lõunasööki kõhuvaludega, mis algul esinenud vasakul, siis kiirgunud paremale poole alakõhtu. 24. aprillil valusid ei olnud. 25. aprillil tekkinud valud jälle paremale poole alakõhtu ja intensiivistunud pidevalt. 27. aprillil pöördunud haige polikliiniku kirurgi poole, kes suunas ta operatiivsele ravile kroonilise ägeneva ussjätkepõletikuga.

Haige on eluaeg teinud põllutööd. 1959. a. opereeriti tal parempoolne kubemesong. Muid haigusi ei ole põdenud.

Patsiendi üldseisund oli hea. Rindkere elundid olid patoloogilise leiuta. SR — 110/80 mm Hg.

P a i k n e l e i d: kõht normaalse konfiguratsiooniga; komplemisel lokaliseerub maksimaalne valulikkus paremale poole. MacBurney punkti; Štšetkin-Blumbergi sümptoom (—), Sitkovski sümptoom (+), Rowsingi sümptoom (+), Melzeri sümptoom (—).

A n a l ü ü s i d. Veres hgb. 72 üh., leukots. 6900, SR 5 mm t., eosinof. 3; keppt. 4; segmentt. 62, lümfots. 27, monots. 4; uriini ja rooja analüüs patoloogilise leiuta; rindkere röntgenoloogiliselt patoloogilise leiuta.

Diagnoos: *appendicitis chronica exacerbata.*

Apentektoomia (opereeris E. Valge).

Lokaalanesteesiaks kasutati *Sol. Novocaini* 0,5%. Tehti Djakonov-Volkovitši vahelduvlõige. Kõhuõõs oli avamisel puhas. Ussjätke normaalse asetsemise kohalt umbsoolel väljus kaks ussjätket, millest üks oli ligi 5 sm ja teine 4 sm pikk. Ussjätketel oli ühine mesenterioolum. Mõlemal ussjätkel oli valendik ja nad suubusid

umbsoolde. Ussjätked ligeeriti ja ekstirpeeriti. Baasised sopistati tubakakotiõmblusega. Kõhuõõs suleti.

Mõlemad ussjätked saadeti patoloogilis-histoloogiliseks uurimiseks. Vastus Kingissepa Linna Haigla patoloogilise histoloogia laboratooriumist (nr. 16—17, M. Rumjantseva) oli järgmine.

Saadud 2 ussjätket. Esimene mõõdetega 5,2×0,4 sm. Läbilõikel valendik kitsenenud, sisaldab verist massi. Teine mõõdetega 4×0,5 sm. Valendik oblitereerunud. Mõlemal ussjätkel ühtlase ägeda ussjätkepõletiku tunnused. Esimese valendikus fibriini ja leukotsüüte, mis täidavad kogu valendiku. Infiltraat on haaranud limaskesta-aluse kihi. Limaskest hüpereemiline. Teise ussjätke mõnedes limaskesta lakuunides näha primaarne afekt epiteeli defekti ja fibriini ning leukotsüütidest kollete kujul. Afekt ulatub kuni limaskesta-aluse kihini.

Pärast operatsiooni haigel tüsistusi ei tekkinud. Ta lahkus haiglast 3. mail 1962 tervena.

Meile kättesaadavast kirjandusest ei ole õnnestunud teist sellist juhtu leida.

БОЛЬНОЙ С ДВУМЯ ЧЕРВЕОБРАЗНЫМИ ОТРОСТКАМИ СЛЕПОЙ КИШКИ

А. Хаавель

Резюме

27 апреля 1962 г. в хирургическое отделение Кингисеппской городской больницы поступил больной К. В. 61 года с диагнозом: *appendicitis chronica exacerbata.*

Под местной анестезией вскрыта полость живота. Из слепой кишки на месте нормального отхода червеобразного отростка отходят два отростка длиной 5 и 4 см. У отростков была общая брыжейка. Оба отростка имели просвет, открывавшийся в слепую кишку. Отростки перевязали, отрезали культи, инвагинировали и наложили кисетный шов. Полость живота закрыли. Послеоперационных осложнений не было.

Больного выписали здоровым из больницы 3 мая 1962 г.

HAIGLA APTEEGI TÖÖ KOGEMUSTEST

E. KUIK

(Tallinna Linna II Haiglast, peaarst *A. Joakimov*)

Haigla retseptuuri iseloomustavaks jooneks on suhteliselt suur süstelahuste hulk. Näiteks valmistatakse Tallinna Linna II Haigla apteegis tavaliselt 25 liiki süstelahuseid üldkoguses 50 liitrit. Tihti vajatakse süstelahuseid aga kuni sada liitrit päevas. Eriti nõutakse haiglas suurtes kogustes füsioloogilist ja glükoosilahust. Vastavalt olukorrale peab apteek neid lahuseid valmistama kiires korras.

Meie apteegi töö kitsaskohaks osutus süstelahuste retseptuur. Töö ei toimunud vajaliku kiiruse ja kindlusega, mis sundis meid revideerima senini üldiselt kasutatavat süstelahuste valmistamise meetodit.

Süstelahuse valmistamine koosneb kolmest osast: aine lahustamine, lahuse filtreerimine ja steriliseerimine. Nõrgaks kohaks oli lahuste filtreerimine ja seda nii kvalitatiivses kui ka kvantitatiivses mõttes. Tavaliselt kasutatavate paberfiltrite efektiivsus on väike, mistõttu filtreerimine on paratamatult seotud rohke ajakuluga. Paberfiltrist, eriti aga filtri tugevdamiseks lehtrisse paigutatud vatist, eraldub filtri eelnevast pesemisest hoolimata filtraati udemeid, mille eemaldamine nõuab küllaltki palju aega. Tihti tuleb filtreerimist korrata, sest lahuse kontrollimisel avastatakse selles ikkagi mõni kübemeke.

Tulime järeldusele, et filterpaber, vatt ja marli ei ole kohased filtreerimisvahendid süstelahuste valmistamisel. Võtsime kasutusele klaas-

filtrid nr. 3 ja 4 ning saavutasime häid tulemusi. Filtreerimine toimub kiiresti ja filtreeritud lahus on alati puhas. Klaasfiltreid on ka hõlbus steriliseerida. Meil steriliseeritakse eelnevalt kaalium-bikromaat väävelhappelahusega pestud klaasfiltreid voolava veeauruga ligi 100° C juures 30 minutit. Kuivõhuga steriliseerimine ei osutunud otstarbekohaseks, sest filtrimisplaadid sulasid sel puhul kokku.

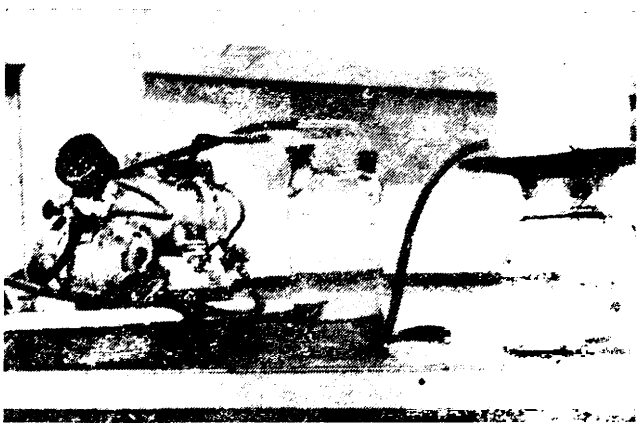


Foto 1. Süstelahuste filtrimine rinnapumba abil

Klaasfiltrite nr. 3 ja 4 rakendamine tingib mõningaid täiendusi lahuste valmistamise aparatuuris. Nimelt on siin vajalik vaakuumseadeldis, mis koosneb vaakuumpumbast ja vaakuumanumast (süstelahuste valmistamisel ei saa kasutada vaakuumanumana imipudelit, sest siin tuleb lahus filtreerida otse pudelisse, millega ravim väljastatakse). Seejuures pudel, kuhu lahus filtreeritakse, paigutatakse klaaspurki, mis on pealt kaanega hermeetiliselt suletav. Kaanes on kaks auku. Ühte auku asetatakse filter, mille ots ulatub pudelisse; teine auk varustatakse klaastoruga ja ühendatakse siis kummivooliku abil vaakuumpumbaga õhu eemaldamiseks. Kui filtreeritava lahuse kogus ei ole üle kahesaja milliliitri, siis valatakse lahus osade kaupa otse lehtrisse. Suuremate vedelikuhulkade korral on otstarbekohane kasutada sukeldusfiltrit, kusjuures filter paigutatakse filtreeritava lahusega purki. Filtritoru pikendatakse klaastoru ja kummivoolikuga niipalju, et filtri pikendatud ots ulatub läbi vaakuumanuma kaane pudeli suudmesse. Tekitades anumas vaakuumi voolab filtreeritav lahus purgist läbi filtri pudelisse.

Vaakuumpumpadena võtsime kasutusele elektri-rinnapumba (foto 1) ja elektri-aspiraatori (foto 2). Rinnapumbal tuleb välja lülitada õhuregulaator ja vahele lülitada klaaspurk, et vältida filtreeritava lahuse sattumist pumbamootorisse.

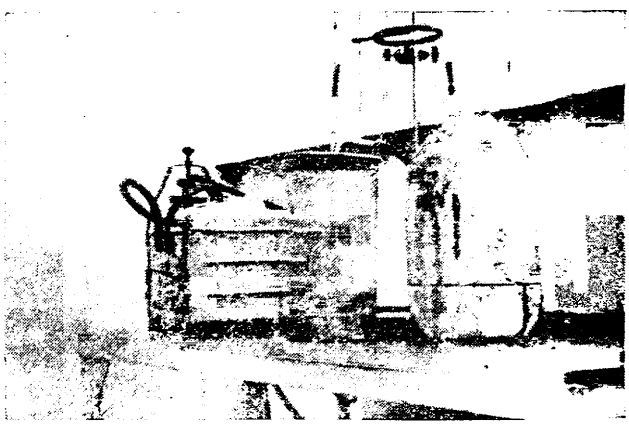


Foto 2. Süstelahuste filtrimine aspiraatori abil.

Kui lihvitud klaaskorgiga suletavaid klaasanumaid ei olnud alati küllaldaselt saada, võtsime süstelahuste säilitamiseks ja väljastamiseks tarvitusele 250 ja 500 milliliitrilise mahuga konserveeritud vere pudelid. Et süstelahuste steriliseerimisel autoklaavis pudelite korgid ei eemalduks, tuli kummikorkidest enne pudelite autoklaavi asetamist läbi torgata süstlanõelad. Nõelad eemaldatakse kohe pärast pudelite autoklaavist väljavõtmist ja need säilitatakse alkoholis.

Et saavutada boksis vajalik steriilsus, kiiritame boksi bakteritsiidsete lampidega, arvestusega 3 vatti 1 kuupmeetri kohta. Enne aseptiliste lahuste valmistamist kiiritame assistentide töölauda veel kvartskiiritajaga. Samuti on eelboks varustatud bakteritsiidse lambiga. Enne tööle asumist paigutame töövahendid lauale ja kiiritame boksi üks tund. Nagu vastavad analüüsid näitavad, muutub boks selle aja jooksul steriilseks ja siin võib valmistada ka aseptilisi süstelahuseid. Boksi sisustus olgu lihtne ja kergesti puhastatav, et vältida tolmu kogumist. Otstarbekas on boksis kasutada sidumislauda. Torudest valmistatud laua metallplaadi katsime linoleumiga, mis on kergesti desinfitseeritav. Töövahendite säilitamiseks on sobiv metallkonstruktsiooni ja klaasseintega arstiriistade kapp.

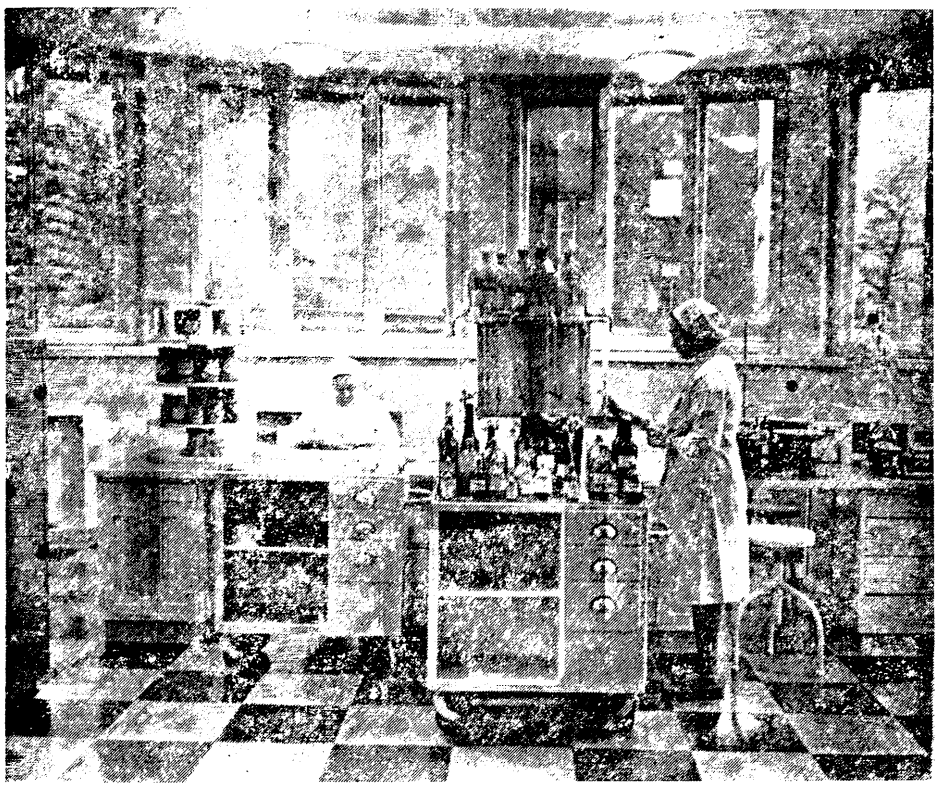


Foto. 3. Tallinna Linna II Haigla apteegi assisteerimisruum.

Riikliku Farmakopöa IX trükis on ette nähtud süstelahuste valmistamine veest, mis ei tohi sisaldada pürogeenseid ehk palavikku tekitavaid aineid. Tallinna Linna II Haigla apteegis on ülesseadmisel apürogeense vee saamiseks vastav destilleerimisaparaat (PRI 39/1).

Püüame saavutada ka seda, et apteegi assisteerimisruum (foto 3) oleks võimalikult steriilne. Näiteks tuleb meil aseptiliselt valmistada suurtes kogustes mitmesuguseid välispidiseid ravimeid, nagu kompressilahuseid, puistepulbreid, salve jne., mida pole aga võimalik boksis valmistada.

Vastavate tingimuste loomiseks assisteerimisruumis viisime patenteeritud papp-pakendites ravimid teise ruumi. Ravimeid säilitame seinakappides. Assisteerimisruum on sisustatud vähese, lihtsa ehitusega, õlivärviga värvitud ja linoleumiga kaetud mööbliga, mis võimaldab nõuetekohaselt desinfitseerida.

Väga otstarbekohaseks osutus töövahendite ja välispidiste ravimite steriliseerimine suuremahulises (110×900×500) kuivõhu sterilisaatoris.

Apteegi assisteerimisruum on teistest apteegi tööruumidest eraldatud eeskojaga. Haigla töötajatel on assisteerimisruumi sisenemine keelatud. Valmisravimite transportimiseks ravimite väljastamisruumi kasutame kummiratastel liikuvaid metallist kapplaudu.

Saabus toimetusse 8. II 1963.

ИЗ ОПЫТА БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ

Э. Куйк

Резюме

Характерной чертой рецептуры больницы является относительно большое количество растворов для инъекций. Так, в аптеке II Таллинской городской больницы приготовляется около 25 видов растворов для инъекций, общее количество которых достигает 50 литров. Нередко требуется в день даже 100 литров растворов для инъекций. Аптека должна быстро изготовлять эти растворы.

Узким местом в работе нашей аптеки была рецептура инъекционных растворов. Приготовление их производилось не с должной быстротой и без требуемой надежности. Приготовление растворов для инъекции происходит в три этапа: растворение вещества, фильтрование раствора и стерилизация. Слабым местом было фильтрование раствора.

Мы пришли к заключению, что фильтровальная бумага, вата и марля не годятся для фильтрования растворов для инъекций. Были применены стеклянные фильтры № 3 и 4 и получены хорошие результаты. Использование стеклянных фильтров требует некоторых дополнений аппаратуры. Для этого была применена вакуумная установка, состоящая из насоса и сосуда. В случае нехватки склянок с притертой пробкой инъекционные растворы разливали в 250 и 500 мл склянки для хранения консервированной крови.

Для обеспечения необходимой стерильности в боксе, последний облучается бактерицидными лампами из расчета 3 ватта на 1 кбм воздуха. До начала изготовления асептических растворов стол ассистента облучается еще и кварцевой лампой. Предбокс также оборудован бактерицидной лампой. Перед началом работы аппаратура размещается на столе и бокс подвергается облучению в течение одного часа.

Abiks velsecitele ja õdedele

KUULMISE PARANDAMISE VÕIMALUSTEST TÄNAPÄEVAL

Arstiteaduse kandidaat *V. SÄRGAVA*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedrist, kateedri juhataja dotsent *E. Siirde*)

Kuulmishäirete probleem on üks olulisemaid tänapäeva meditsiinis. Kuulmishäired võime põhiliselt jaotada kahte liiki: helijuhte- ja helivastuvõtuaparaadi kahjustused.

Helijuhteaparaadi kahjustuste puhul peitub rike helijuhtesüsteemis, — välis- või keskkõrvas. Siia kuulub väliskuulmekäigu sulgus vaigukorgi, vigastuste, haiguslike protsesside tagajärjel või kaasasündinult. Keskkõrvast tingitud kuulmishäirete hulka kuulub kõigepealt keskkõrvapõletik nii ägedal kui ka kroonilisel kujul, kuulmetõrve-katarr, keskkõrvapõletiku-järgsed seisundid (kuulmekile mulgustus, armistumine,

liited). Takistatud on peamiselt helide edasipääs õhu kaudu, kusjuures sisekõrva talitlusvõime osutub normaalseks. Sellised isikud kuulevad luu vahendusel suhteliselt paremini kui õhu kaudu. Näiteks võnkuv helihark on nibujätkele asetatuna (luu kaudu) tunduvalt paremini kuuldav kui kõrva juures.

Helivastuvõtuaparaadi kahjustuste puhul on eelkõige tegemist sisekõrva haiguslike protsessidega, seepärast nimetatakse neid üldiselt sisekõrva kuulmisnõrkuseks. Siia kuuluvad sisekõrva kahjustused nakkushaiguste, traumade, professionaalsete tegurite (müra, vibratsioon) tagajärjel, mitmesuguste ainete kahjustav toime (plii, elavhõbe, arseen, vingugaas, alkohol, nikotiin; mõned ravimid — streptomütsiin, naatriumsalitsülaat, kiniin jt.), sünnipärased kuulmishäired, samuti kuulmisnärvi kahjustused. Peale selle võivad kuulmishäired tingitud olla kuulmisteede kahjustustest mitmesugustes ajuosades või koguni kuulmiskeskuses ajukoore oimusagaras.

Peale kahe eeltoodud liigi esineb üsna sageli veel nn. segatüüpi kuulmishäireid, kus on kahjustatud nii helijuhtesüsteem (keskkõrv) kui ka helivastuvõtuaparaat (sisekõrv).

Erilise kuulmishäire liigi moodustab otoskleroos ehk kõrvakõvastus. On tegemist haigusega, kus jaluseplaadi liikuvus ovaalses aknas on langenud või puudub täiesti. Selle tagajärjel on helilainete edasipääs sisekõrva takistatud ja kuulmine nõrgeneb, kuigi sisekõrva talitlusvõime haiguse algjärgus on tavaliselt normaalne. Hiljem, kui haigus edasi areneb, kahjustub ka sisekõrv.

Kuulmishäired võivad olla kas ajutised, kui nad iseenesest või ravi tagajärjel paranevad, või püsivad, kus läbiviidud ravi ei anna tulemusi.

Kuulmise nõrgenemise astme järgi võime eraldada kerget (kuulmise nõrgenemine vähemärgatav), keskmist (kuulmisteravus alla 3 m sosinkõne osas), tugevat (kuulmise nõrgenemine alla 0,5 m sosinkõne või 2 m tavalise kõne osas) ja väga tugevat, kui uuritav ei kuule kõnet ka kõrvalesta juurest. Sellist seisundit nimetatakse kurtuseks. Kaasasündinud või varajases lapseeas (enne 6.—7. eluaastat) tekkinud kurtuse puhul ei õpi laps rääkima või unustab varem õpitud kõnelemise. Tegemist on kurttummaga. Hilisema kurdistumise puhul säilib kõnelemisoskus osaliselt või täielikult, seejuures on tegemist hiliskurdistunuga.

Isikuid, kelle kuulmisvõime on sedavõrd langenud, et läbikäimine teistega on tunduvalt takistatud, nimetatakse raskeltkuuljateks. Tavaliselt peetakse raskeltkuulmise piiriks hariliku kõne kuuldavuse langust alla 2 m või sosinkõne osas alla 0,5 m. Kui raskeltkuulmine ilmneb lapseeas, võib häireid tekkida ka kõne arengus.

Kurttummad pole suutelised ise kõnelema õppima. Neile on organiseeritud erikoolid, näiteks Eesti NSV-s asub kurttummade kool Porkunis. Õppetöö põhineb peamiselt nägemisel. Kurdid õpivad aru saama suu liigutustest, samuti õpetatakse neid rääkima. Sellisel teel omandatakse kooliharidus ja ka elukutse.

Raskeltkuuljate laste edasijõudmine tavalises koolis on puuduliku kuulmise tõttu tunduvalt takistatud. Nendele on organiseeritud erikoolid. Eesti NSV-s asub selline kool Tartus. Kuulmisjäägi maksimaalse rakendamise kõrval (väikesed klassikomplektid, selge ja vali hääldamine, kuuldeklassid, individuaalsed kuulmisaparaadid) püütakse kuulmishäiret kompenseerida teiste meelte, eriti nägemise abil suult lugemise näol. Säilinud kuulmisanalüsaatori osi püütakse aktiveerida harjutuste teel elektroakustilise aparatuuri abil. Kuulmishäiretega laste koolide juures asuvad internaadid, kus ülalpidamine on täielikult riigi kulul. Kõik kuulmishäiretega lapsed, kelle edasijõudmine tavalises koolis on takistatud, tuleb erikoolidesse suunata.

Kurtidel ja raskeltkuuljatel esineb ulatuslik sisekõrva ja kuulmisnärvi kahjustus. Et degenereerunud närvikude pole võimeline taastuma, on kuulmise parandamise väljavaated neil vähesed või puuduvad enamikel juhtudel üldse.

Paljusid kuulmishäireid on võimalik ravida. Kui kuulmise nõrgenemine on tingitud näiteks kuulmekäigu ummistusest vaigukorgiga, siis pärast selle eemaldamist taastub kuulmine jälle täielikult. Samuti ägeda keskkõrvapõletiku ja kuulmetõrve sulgusega kaasnev kuulmise langus likvideerub täielikult pärast haiguse ravimist. Kuulmekäigu sulgust (atreesia) on võimalik kõrvaldada operatsiooni teel. Kroonilise keskkõrvapõletiku ja selle järelseisundite puhul taastub kuulmine enamasti osaliselt, sest kõrvas on aset leidnud püsivad muutused (liited, armistumine, kuulmeluukeste defektid jne.).

Sisekõrva kahjustuste korral on kuulmise taastamise väljavaated üldiselt väiksemad kui keskkõrva haiguste puhul. Mitmesuguste ravimenetlustega (vitamiinid, sisekõrva verevarustust parandavad vahendid, elektriravi, biostimulaatorid jne.) on võimalik parandada sisekõrva ainevahetust ja mõjustada haigusprotsessi soovitavas suunas. Tavaliselt jääb aga kuulmishäire vähemal või suuremal määral siiski püsima.

Foto 1.

Viimaste aastakümnete jooksul on kõrvakirurgias välja kujunenud uus haru kuulmist parandavate operatsioonide näol. Et nende sooritamisel tuleb optilist aparatuuri (operatsioonimikroskoop või -luup vt. foto 1) kasutada, nimetatakse selliseid operatsioone ka kõrva mikrooperatsioonideks. Peale optiliste vahendite rakendamise on operatsiooni näidustuse määramisel vaja kuulmisseisundit detailselt uurida elektroakustiliste aparaatide abil (toon- ja kõneaudiomeetria). Operatsioonimetoodika arengule on palju kaasa aidanud viimaste aastakümnete edusammud helijuhtemehhanismi füsioloogia ja patofüsioloogia tundmisel. Operatsioonijärgsete tüsistuste ärahoidmiseks tuleb manustada antibiootikume.

Üksikutest kuulmist parandavatest operatsioonidest võiks mainida kõigepealt müringoplastikat, mille all mõistetakse kuulmekile defektide sulgemist limaskesta- või nahalapiga. Kroonilise otiidi puhul toimuvale operatiivsele ravile on viimasel ajal tavalisele keskkõrva radikaaloperatsioonile lisandunud tümpanoplastika — kahjustatud helijuhtesüsteemi restaureerimine. Patoloogiliselt muutunud kuulmeluukesed eemaldatakse, säilinud osad aga kasutatakse ära kuulmisluukeste ahela taastamiseks. Puuduv või defektne kuulmekile asendatakse nahalapiga, mis tavaliselt võetakse kõrva tagant või kuulmekäigust. Luuakse uus, suletud ja õhku sisaldav ning ventileeriv trummiõõs, mis võimaldab kuulmist parandada suuremas või väiksemas ulatuses. Olenevalt kahjustuse iseloomust, tuntakse mitut tümpanoplastika varianti. Tümpanoplastikaks ei ole sobivad kõik kroonilise otiidi vormid. Õige näidustuse, tehniliselt vajalikul tasemel teostatud operatsiooni ja asjaliku järelravi puhul saavutatakse tümpanoplastikaga kuulmise paranemine 60—70%-l juhtudest

või veelgi rohkem. Nõukogude Liidus on tümpanoplastika pioneerideks D. Rutenberg (6), I. Rosenfeld (5), V. Undrits (7), T. Milštein (3) jt.

Otoskleroosi puhul on tänapäeval ainsaks efektiivseks ravivõtteks helijuhtesüsteemi kirurgiline taastamine. Kasutatakse põhiliselt kahte moodust. Algul püüti fikseerunud jaluseplaadi asemele moodustada uus aken lateraalsesse poolringkanalisse. Seda operatsiooni nimetatakse fenestratsiooniks. NSV Liidus on selle küsimusega tegelnud K. Hilov (9), A. Atkarskaja (1), A. Hanamirov (8) jt. Et labürindi fenestratsioon on tehniliselt keerukas ja võrdlemisi raskesti talutav, on viimasel ajal valitud teine tee — jaluseplaadi liikuvuse taastamine. See S. Roseni (10) poolt soovitatud operatsioonimeetod (jaluse mobilisatsioon) on tehniliselt tunduvalt lihtsam, haiget vähem traumeeriv ja füsioloogilisem ning on levinud viimase 10 aasta jooksul üle kogu maailma. Nõukogude Liidus on selle menetluse agaramad viljelejad ja edasiarendajad prof. A. Kolomiitšenko (2) koolkond Kiievis, N. Preobraženski (4) jt. Kergematel juhtudel võib jaluseplaadi mobiliseerimine õnnestuda ka vibromassaaži abil [N. Preobraženski (4)].

Jaluseplaadi mobiliseerimisega saavutatakse kuulmise paranemine 70—75%-l otoskleroosijuhtudest siis, kui sisekõrva talitlus on veel küllaldaselt säilinud. Paljudel juhtudel pärast mobiliseerumist langeb hiljem jaluse liikuvus uuesti, tekib reanküloos. Nendel juhtudel on operatsiooni võimalik korrata. Mobilisatsiooni ebaõnnestumisel soovitatakse jaluseplaat perforeerida või eemaldada ja asendada veeniseinast või limaskestast võetud transplantaadiga. Võib isegi kogu jaluse eemaldada ja asendada proteesi või laibalt võetud jalusega.

Foto 2.

Sisekõrva haiguste puhul pole operatiivse raviga positiivseid tulemusi saavutatud, välja arvatud rasked Menière'i haiguse juhud, kus mõnede kirurgiliste võtetega (*plexus tympanicus*'e, *chorda tympani* läbilõikamine jt.) võib saavutada tasakaaluhäirete ja kõrvakohina vähenemist, koos sellega ka kuulmise paranemist teatavas ulatuses.

Paljudel juhtudel võib raskeltkuuljat abistada kuulmisaparaadi ehk kõrvaproteesi kasutamisega. Ka sellel alal on viimaste aastakümnete jooksul toimunud ulatuslik areng. Kui veel 20—30 aastat tagasi kasutati primitiivseid aparaate, siis tänapäeval leiavad eranditult rakendamist ainult väikesegabariidilised, vähe voolu vajavad, pooljuhtidel töötavad kuulmisaparaadid (vt. foto 2). Helide kõrva juhtimiseks kasutatakse õhu- või luutelefoni, vastavalt sellele, kas helid on paremini kuuldavad õhu (sisekõrva kahjustused) või luu kaudu (keskkõrva kahjustused). Kuulmisaparaat sobitatakse paremini kuulvale kõrvale; viimasel ajal kasutatakse edukalt ka binauraalseid kuulmisaparaate. Tavaliste kuulmisaparaatide kõrval (T-581) rakendatakse edukalt nn. kuulmisprille, kus prilli sangadesse on konstrueeritud kuulmisaparaat (vt. foto 3). Seda võime samaaegselt kasutada kuulmisaparaadina ja prillidena. Kuulmisaparaadid on efektiivsed keskkõrva kahjustuste puhul, mil sisekõrv pole märgatavalt häiritud; sisekõrva kahjustuste korral on aparaadist

vähem kasu. Eriti raskesti on kuulmisaparaat sobitatav ateroskleroотilisel alusel tekkiva vanadusest tingitud kuulmisnõrkuse puhul, kus kõrgete helide kuuldavus on tunduvalt rohkem häiritud kui madalate helide kuuldavus, ja kui sisekõrva perifeerse kahjustusega kaasneb veel kuulmisaistingute analüüsi- ja sünteesihäire ajukoores.

Foto 3.

Kuulmisaparaadi kasutamine on näidustatud raskeltkuuljatel, kes kuulevad tavalist kõnet mitte üle 2—3 m. Kurtidel (tavaline kõne pole kuuldav ka kõrvalesta juures) pole aparaadi abil võimalik kuulmisvõimet tõsta, sest kuulmisaparaat ei paranda kuulmist, vaid suurendab ainult kõne tugevust. Kurtidel esineb kuulmise langus vähemalt 70—80 db, düskomfordi ja valuaistingu lävi (130 db) jääb aga endisele tasemele.

Kuuldud kõnest häireteta arusaamine on võimalik ainult siis, kui kuulmisvälja sügavus on 40—50—60 db. Kurtidel jääb sellest tunduvalt puudu, nende kuulmisdiapasoon ei ületa tavaliselt 25—30 db. Teiselt poolt pole kuulmisaparaadi kasutamine vajalik kergemate kuulmishäirete puhul, kus kõne on kuuldav veel teiste isikutega suhtlemiseks vajalikul kaugusel (5—6 m).

Kuulmisaparaadi valikul peab eriarst kuulmisseisundi audiomeetri abil kindlaks määrama ja kuulmisaparaati proovima. Seepärast pole kuulmisaparaati soovitatav osta ilma kõrva eelneva uurimiseta ja aparaati sobitamata. Eesti NSV-s töötavad selleks otstarbeks kõrvaproteesimiskabinetid Tallinna II Haigla polikliinikus ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonnas. Kuulmisaparaat tundub patsiendile algul sageli ebameeldivana kõrvalise kohina ja harjumatuse tõttu aparaadi käsitsemisel. Harjutamisel need kõrvalnähud kaovad ja õigesti valitud kuulmisaparaat võib raskeltkuuljat tunduvalt abistada. Peale selle on väga soovitatav omandada ka suult lugemise oskus, mis omalt poolt aitab kuulmishäiret kompenseerida. Kuulmisaparaadi oskuslikul käsitsemisel ei ole tema tarvitamisel karta mingisugust kahjulikku kõrvalmõju.

Paljude kuulmishäirete puhul ei tunta tänapäeval veel tõhusat ravi, seetõttu osutub eriti oluliseks profülaktiliste võtete rakendamine nende vältimiseks. Et suur osa kuulmishäiretest on tekkinud nakkuste tagajärjel, siis nakkushaigustevastane võitlus mõjub soodsalt ka kuulmishäirete vähenemisele. On vaja õigeaegselt ja ratsionaalselt kõrvalhaigusi ravida, samuti kuulmetõrve normaalse funktsioonivõime eest hoolitseda. Tuleb hoiduda sisekõrva kahjustavatest ainetest. Sagedaseks kuulmishäirete põhjuseks on müra. Kutsekahjustuste ärahoidmine ja müravastane võitlus (tehastes, tänavatel) aitab samuti kuulmishäirete teket vältida.

KIRJANDUS

1. Аткарская А. А. Хирургическое лечение тугоухости при отосклерозе. 1956 — 2. Коломийченко А. М., Гукович В. А., Харшак Е. М. и Яшан И. А. Операции на стремени при отосклерозе. Киев, 1962. — 3. Мильштейн Т. Н. Сборник трудов Ленинградского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи. Том XII, 1959, 18—33. — 4. Преображенский Н. А. Отосклероз. БМЭ, 1961, т. XXII, 723—743. — 5. Розенфельд И. М. Вестн. оториноларингологии, 1958, 1, 31—34. — 6. Рутенбург Д. Н. Вестн. оториноларингологии. 1956, 4, 19—26. — 7. Ундриц В. Ф. Вопросы физиологии в оториноларингологии. Л., 1955, 165—173. — 8. Ханамиров А. Р. Руководство по оториноларингологии, т. II, М., 1960, 87—136. — 9. Хилов К. И. Отосклероз. Л., 1958. — 10. Rosen, S. Acta oto-laryngologica, 1955, 45, 6, 532—543.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ СЛУХА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В. Сяргава

Резюме

Расстройства слуха могут быть двоякими: связанные с поражением звукопроводящего или звукопринимающего аппарата. В первом случае отмечается локализация поражений в наружном или среднем ухе. Нарушения звуковой проводимости наружного уха обычно связаны с закупоркой серной пробкой наружного слухового хода, травмой врожденными дефектами и различными болезненным процессами. К поражениям среднего уха относится чаще всего острое и хроническое воспаление, катар барабанной перепонки, состояния после перенесенного воспаления среднего уха (перфорация барабанной перепонки, рубцевание и спайки).

При нарушениях звукопринимающего аппарата речь идет, прежде всего, о болезненных процессах внутреннего уха. Сюда относятся поражения, вызванные различными инфекционными заболеваниями, травмами, профессиональными факторами (шум, вибрация), токсическим действием ряда веществ (свинец, ртуть, мышьяк, угарный газ, алкоголь, никотин; некоторые медикаменты — стрептомицин, салициловый натрий, хинин и др.), а также врожденные расстройства слуха, поражение слухового нерва и т. д.

Кроме двух основных вышеупомянутых видов расстройств, довольно часто встречаются расстройства слуха смешанного типа, где нарушена как звуковая проводимость (среднее ухо), так и звукопринимающий аппарат (внутреннее ухо). Особый вид расстройства слуха представляет отосклероз.

У глухих и страдающих тугоухостью отмечаются обширные поражения слухового нерва. В связи с тем, что дегенерированная нервная ткань не восстанавливается, перспективы улучшения слуха в таких случаях очень незначительны, а подчас и совсем отсутствуют.

В тоже время многие виды расстройства слуха подлежат лечению. При этом следует иметь ввиду, что при поражении внутреннего уха перспективы восстановления слуха в основном не велики, по сравнению с заболеваниями среднего уха.

За последние десятилетия в ушной хирургии широко внедряются операции, направленные на улучшение слуха, т. н. микрооперации уха. Из отдельных операций, улучшающих слух, можно отметить мирингопластику и тимпанопластику. При отосклерозе производится фенестрация и, в последнее время, мобилизация стремячка.

Во многих случаях при тугоухости используются слуховые аппараты. Показания для их применения и выбор аппарата входит в компетенцию ухопротезных кабинетов.

TUBERKULOOSI ÕIGEAEGSEST AVASTAMISEST

O. PIKKSAAR

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *E. Kama*)

Otstarbekalt rakendatud profülaktikaabinõud, nagu tuberkuloosivastane vaktsineerimine, revaktsineerimine, desinfektsioon, baktereid eritavate haigete isoleerimine jne., soodustavad tuberkuloosi haigestumise pidevat vähenemist. Ent sellest ei piisa siiski tuberkuloosi täielikuks likvideerimiseks. Tuleb arvestada ka retsidiivide tekkimise võimalust neil, kes on tuberkuloosist paranenud, kuid kellel mitmesuguste ekso- või endogeensete tegurite tagajärjel immuniteet langeb ja tekib haiguse ägenemine.

Tuberkuloosi õigeaegsest avastamisest sõltub haige paranemine ja haigetega kokkupuutuvate isikute nakatumisohu kõrvaldamine. Seepärast ei tohi tuberkuloosi diagnoosimisega hilineda. Hiline diagnoosimine toimub meil sagedamini maal kui linnas, näiteks oli Eesti NSV-s esmaselt avastatud haigete seas hilisjuhtude protsent 1960. a. linnas 4,7, maal 10,3, 1961. a. vastavalt 3,6 ja 8,1 ning 1962. a. 3,4 ja 9,2. Seepärast peavad velskrid, kes maal sageli esimestena haigetega kokku puutuvad, sellele küsimusele erilist tähelepanu pöörama.

Tuberkuloosi varajane avastamine on ka tänapäeval haige esmasel külastamisel küllaltki raske ja mõnikord saab lõpliku diagnoosi määrata ainult haige kliinilisel uurimisel või jälgimisel. Alljärgnevalt on toodud põhilisemad nõuded, millega tuleb tuberkuloosi diagnoosimisel tingimata arvestada.

1. Anamneesi seisukohalt on kõigepealt vaja selgitada kontakti esinemise võimalus tuberkuloosi põdevate haigetega, mis on eriti tähtis laste puhul. Samuti on oluline teada varem läbipõetud haigusi (eriti tuberkuloosi). Peale selle esineb tuberkuloosi haigestumist või juba olemasoleva protsessi ägenemist põhjustavaid tegureid, nagu ebatervislikud eluviisid, traumad, füüsilised või psüühilised ülepingutused jne. Haige subjektiivsed kaebused võivad olla väga ebamäärased ja minimaalsed. Mõnikord peetakse tuberkuloosi gripiks, kopsupõletikuks, bronhiidiks või muuks hingamiselundite haiguseks. Sageli, eriti täiskasvanuil ja vanemas eas võib tuberkuloos areneda märkamatult ning alles järjekordne ägenemine põhjustab palaviku, köha, röga eritumise ja teiste sümptoomide tekkimise. Seepärast tuleb anamneesis alati selgitada, kui palju aega on möödunud patsiendi viimasest röntgenoloogilisest kontrollimisest.

2. Diagnoosimisel etendavad tähtsat osa tuberkuliiniproovid, et võimalikult vara avastada eelkõige laste, noorukite ja mitteinfitseeritud täiskasvanute nakatumine tuberkuloosi. Peab silmas pidama, et negatiivne tuberkuliinireaktsioon ei ole piisav tuberkuloosi eitamiseks, positiivne tuberkuliinireaktsioon omakorda ei tõesta aktiivse tuberkuloosse protsessi olemasolu. Ei tohi unustada, et regulaarse tuberkuliiniproovi abil saab eelkõige kindlaks teha viraažiperioodi, mis ongi tuberkuloosse protsessi kõige varajasemaks avastamise eeltingimuseks, kuigi lähemas tulevikus nahasisese vaktsineerimise kasutusele võtmise tõttu selle tähtsus langeb.

3. Röntgenoloogiline uurimine on üks olulisemaid vahendeid kopsuseedetrakti- ja luutuberkuloosi diagnoosimisel, mille tähtsust aga ei tohi üle- ega alahinnata. Lokaalseid tuberkuloosivorme saab röntgeni abil diagnoosida alles teatavas staadiumis. Seepärast tulebki alati kõigil mitteinfitseerunud isikuil eelnevalt röntgenoloogilisele uurimisele teha tuberkuliiniproov. Alla 12 a. vanused lapsed ei kuulu profülaktilisele läbivalgustusele ja kuni 3-aastaste laste läbivalgustamine on keelatud. Vajaduse korral tuleb teha röntgeniülesvõte. Seevastu täiskasvanute ja eriti vanemealiste isikute perioodiline röntgenoloogiline uurimine on hädavajalik, vaatamata sellele, kas neil mingisuguseid kaebusi esineb või mitte. On nõutav, et vähemalt iga kahe aasta järel käiksid kõik täiskasvanud läbivalgustusel. Suhteliselt kõige sagedamini avastatakse sel teel aktiivset kopsutuberkuloosi vanemaealistel meestel. Kõiki hingamisteede haigusi, nagu bronhiiti, kopsupõletikku, korduvalt esinevat grippi jt. haigusi, põdevaid isikuid tuleb esimesel võimalusel tuberkuloosi suhtes röntgenoloogiliselt kontrollida.

Väga tähtis on jälgida, et kõik lasteasutuste töötajad käiksid röntgenoloogilisel uurimisel vähemalt kaks korda aastas ja teised sanitaarraamatu omajad vähemalt üks kord aastas. Massiliseks läbivaatuseks tuleb maksimaalselt ära kasutada liikuvaid ja statsionaarseid fluorograafe.

4. Laboratoorsetest uuringutest on tuberkuloosi avastamiseks praktiliselt kõige suurema tähtsusega kliiniline verepilt ja tuberkuloositekitaja otsimine bronhiloputuse vedelikus, rögas, uriinis, mädas jne. Eriti oluline on bakterioloogilise külvi tegemine ja tuberkuloosikepikese diferentsimine teistest happekindlatest kepikestest, mida võib leida maosisaldises, uriinis ja mujal. Väga tähtis on vanematel inimestel või lamavatel haigetel röga uurida tuberkuloositekitajate suhtes juba enne,

kui avaneb võimalus haigete läbivalgustamisele suunamiseks. Kui tekib kahtlus tuberkuloosi suhtes, tuleb röga korduvalt uurida.

5. Lõpuks on mõnikord haiget vaja kliiniliselt jälgida, eriti siis, kui esialgsetel uuringutel väljakujunenud tuberkuloosset protsessi ei avastata, kuid esineb kahtlus tuberkuloosi suhtes. Diagnoosi selgitamiseks on mõnikord isegi otstarbekas ravi läbi viia tuberkuloosivastaste preparaatidega, kuid selle mooduse rakendamine tuleb jätta ftisiaatrite või teiste eriarstide hoolde, kelle kontrolli all see peab toimuma.

Kokkuvõttes võib öelda, et kuigi tuberkuloosi diferentsiaaldiagnoosimine ei ole kaasajal sugugi lihtsamaks muutunud, vaid mõningate vormide puhul isegi raskemaks, tuleb elanikkonda varajase diagnoosimise huvides ja hilisjuhtude vältimiseks võimalikult laialdaselt uurida vastavalt eale ja infitseeritusele tuberkuliiniproovide ja röntgeni kaasabil, kasutades selleks kõiki olemasolevaid võimalusi.

О СВОЕВРЕМЕННОМ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

О. Пикксаар

Резюме

От своевременного выявления туберкулеза зависит выздоровление больного и предупреждение заражения контактирующих с ним лиц. Позднее диагностирование туберкулеза зачастую отмечается в условиях нашей республики на селе. Поэтому фельдшера, к которым обыкновенно первично обращаются больные, должны уделять этому вопросу особое внимание.

Раннее выявление туберкулеза, при первом посещении больного является и в современных условиях тяжелой задачей. Окончательный диагноз иногда можно поставить только после наблюдения и обследования больного в клинике. Приводятся основные требования, которые при диагностировании туберкулеза необходимо учитывать.

PÄRASOOLE VÄHKTÕVE VARAJASEST AVASTAMISEST AMBULATOORSEL LÄBIVAATUSEL

Ü. VALVERE

(Kingissepa Linna Haiglast, peaarst *E. Väärt*)

Igapäevases praktikas tuleb sageli kokku puutuda haigetega, kes pöörduvad velskripunkti, jaoskonnahaiglasse või polikliinikusse kaebusega häirete üle päraku piirkonnas. Viimaste põhjuseks on esmajoones hemorroidid, päraku limaskesta ragaadid ja pärasoole vähktõbi. Kui hemorroidid ja päraku limaskesta ragaadid on enamasti diagnoositavad välisel vaatlusel, siis pärasoolekasvaja kindlakstegemiseks on haiget tingimata vaja digitaalselt uurida. Tuleb märkida, et nimetatud haigusprotsesside sümptomatoloogia on üldjoontes sarnane — patoloogilised eritised pärasoolest, sooletalitluse häired ja valud või ebameeldiv tunne pärasoole piirkonnas.

Hemorroidide sagedase esinemise tõttu (eriti pärast 40. eluaastat) jääb selle haiguse kõrval vähiprotsess tihtipeale diagnoosimata. Et pärasoole vähktõbe esineb suhteliselt harva (4—5% pahaloomulistest kasvajatest), võrreldes hemorroidide ja päraku ragaadidega, ei arvestata lihtsalt vähktõve tekkimise võimalust ja haige pealiskaudsel läbivaatusel jääb kasvaja sageli diagnoosimata.

Statistiliste andmete järgi pöördub 80% pärasoole vähktõvega haigetest arsti poole esimese kolme kuu jooksul pärast esmaste sümptoomide

ilmumist. Ainult $^1/_3$ neist haigeist oli ambulatooriumis digitaalselt uuritud. Edasi nähtub, et kõigest 10% pärasoole vähktõbe põdevatest haigetest hakati esimeste kuude jooksul ravima. Neist suurem osa suunati ravile siis, kui esimeste sümptoomide ilmumisest oli möödunud umbes aasta.* Nagu eeltoodust nähtub, hilineb pärasoole vähktõvega haigete hospitaliseerimine puuduliku läbivaatuse tõttu.

Siit praktiline järeldus — kõik haiged, kes pöörduvad arsti või velskri poole kaebusega häirete üle pärasoole piirkonnas, kuuluvad digitaalsele uurimisele, vaatamata sellele, et välisel vaatlusel juba patoloogiat sedastati. Selle elementaarse nõude vastu patustatakse kahjuks liiga sageli. Statistilistel andmetel lokaliseerub 84% pärasoole kartsinoomidest pärasoolekuplas (*ampulla recti*'s). Arvestades seda, et pärasoolekupal ulatub pärakust 13—16 sm kõrgemale, on õige digitaalse läbivaatuse korral võimalik avastada kõik siin leiduvad tuumorid. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogia Instituudi andmetel võimaldab digitaalne läbivaatus 90% haigetel avastada pärasoole tuumori.

Haigeid tuleb digitaalselt läbi vaadata neljas asendis, eriti neil juhtudel, kui ühes asendis palpeerimine ei võimalda täpset diagnoosimist.

1. Haige asetatakse seljale lamama, kusjuures tema jalad on kõverdatud vastu kõhtu ja vaagen kergelt tõstetud. Selles asendis on pärasoolde viidud nimetissõrmega võimalik uurida kupla seinu ja pärasoole ülaosa. Täpsemaks uurimiseks on soovitatav teise käega kergelt vajutada allkõhu piirkonnale, mis mõningal määral võimaldab kasvajat alla suruda. Naispatsientidel on otstarbekas teha mitte ainult bimanuaalne, vaid ka bidigitaalne läbivaatus, milleks viiakse nimetissõrm tuppe ja keskmine sõrm pärasoolde. Selline menetlus lubab täpsustada tuumori mõõtmeid ja tema vahekorda emaka ning tupega.

2. Samuti on haiget vaja uurida vasakul küljel vastu kõhtu tõmmatud jalgadega asendis. Seistes haige selja taga viiakse nimetissõrm pärasoolde, mis lubab antud asendis täpselt uurida pärasoole külgmisi seinu, määrata tuumori liikuvust aluskudede suhtes ja kindlaks teha vaagnaseina infiltratsiooni või selle puudumist ning vaagna lateraalseinte lümfisõlmede suurenemist. Selle asendi puuduseks on asjaolu, et pärasoolt saame kombelda ainult 6—7 sm ulatuses.

3. Edasi uuritakse haiget põlve-küünarnuki asendis, mis võimaldab pärasoolekupalt ja väikese vaagna elundeid paremini palpeerida, sest sooled asetsevad sel puhul vastu diafragmat.

4. Lõpuks paigutatakse haige kükkasendisse ja kästakse tal kõhulihaseid pingutada. Sel teel osutub mõnikord võimalikuks palpeerida kõrgel asetseva tuumori alumist serva, mille asukoht on 14—16 sm kõrgusel pärakust.

Kõiki nelja asendit on haige läbivaatusel vaja kasutada juhtudel, kui anamneesi ja mõningad objektiivsed andmed räägivad vähktõve poolt, kuid üks asend ei võimalda tuumorit diagnoosida.

Kasvaja sooleseinasisese invasiooni ulatuse määrab tema liikuvusaste. Viimast saab kindlaks teha järgmiselt: toonud palpeeriva sõrme tuumori alumisest servast umbes 1 sm võrra päraku suunas, laseme haigel pingutada. Kui tuumor liigub sõrmele vastu, pole ta soole seinast läbi kasvanud. Seda on oluline teada prognoosi suhtes, sest, nagu praktika näitab, ei saa pärasoole mitteliikuvaid tuumoreid opereerida. Pärasoole uurimine sõrmega on valutu. Erandiks on juhud, kus patoloogilisest protsessist on haaratud närvilõpmete poolest rikas päraku piirkond.

Pärasoole vähktõve puhul on iseloomulikud järgmised leiud: 1) tihedakonsistentsiline uudismoodustis, eriti alusel ja äärtel; 2) vallikujuliselt paksenenud ja tihenenud servadega haavand; 3) tihenenud ja selgete piirideta sooleseina infiltratsioon; 4) soolevalendiku rõngataoline ahenemine; 5) pärasoolekupla seinte rigiidsus ja kalduvus liitumisele naaberelundite ja -kudedega; 6) vere ja vereseguse mäda leidumine uurija sõrmel.

Ülaltoodust selgub, et pärasoole uurimine sõrmega võimaldab saada küllalt täpse ettekujutuse kasvaja lokaliseerumisest, mõõdetest, konsis-

---

* NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogia Instituudi andmed.

tentsist ja reljeefist, samuti tema leviku astmest ning vahekorrast naaberkudedega. Tuleb veel kord rõhutada, et pärasoolehäiretega haige õigeaegne ja hoolikas sõrmega uurimine on oluliseks abinõuks pärasoole vähktõve profülaktikas ja varajases diagnoosimises.

О РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ ОСМОТРАХ

Ю. Вальвере

Резюме

Весьма часто среди больных, обращающихся в фельдшерские пункты, участковые больницы или поликлиники, отмечаются различного порядка жалобы, беспокоящие их в области заднего прохода. Причиной этих жалоб чаще всего является геморрой, реже — трещины слизистой, а также рак прямой кишки. Симптоматология перечисленных заболеваний в общих чертах сходна и проявляется в виде патологических выделений из прямой кишки, расстройств функции кишечника, болей и других неприятных ощущений.

Среди случаев часто встречающегося геморроя (особенно после 40-летнего возраста) при поверхностных осмотрах больных не всегда распознается рак прямой кишки. До некоторой степени такое положение объясняется относительно редкими случаями новообразований прямой кишки (4—5% в общей сумме злокачественных опухолей), по сравнению с геморроем и трещинами слизистой заднего прохода, что расхолаживает медицинский персонал.

В связи с изложенным можно придти к следующему выводу: всех больных, которые обращаются к фельдшеру или к врачу с жалобами, беспокоящими их в области заднего прохода, необходимо подвергать обследованию при помощи пальца, несмотря на обнаружение какой-либо патологии при наружном осмотре (геморроидальные узлы, трещины). Обследование следует проводить в четырех положениях, особенно в тех случаях, когда пальпация в одном положении не позволяет установить наличие опухоли, тем более если в анамнезе имеются некоторые данные, вызывающие подозрения о наличии рака.

Своевременное и тщательное обследование больных при помощи пальца имеет существенное значение для профилактики и раннего выявления рака прямой кишки.

Arstiteaduse ajaloost

LÜHIANDMEID HELMINTOLOOGIA AJALOOST EESTIS

G. KONDRATJEVA

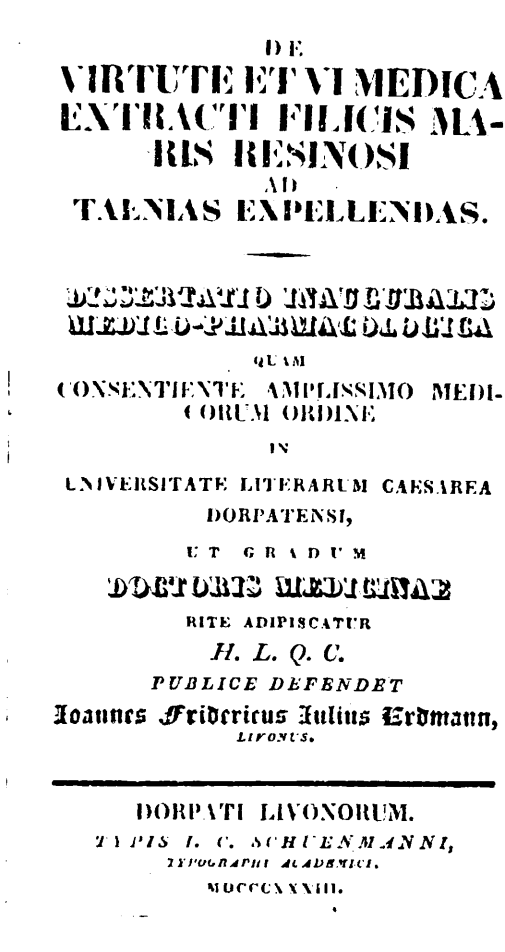
(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Tartu ülikool oli XIX sajandil Venemaa arstiteaduse tähtsamaid keskusi. Akadeemik K. Skrjabin (2), kes on ka ise Tartu ülikooli kasvandik, nimetab Tartut Venemaa helmintoloogia hälliks.

Esimesena luges üliõpilastele Tartus helmintoloogiat koos zooloogiakursusega aastail 1822—1823 eradotsent Karl Eduard Eichwald (1795—1876). 1823. a. määrati ta Kaasani ülikooli professoriks.

1833. a. kaitses Tartu ülikoolis doktoriväitekirja Johann Julius Friedrich Erdmann teemal «*De virtute et vi medica extracti filicis maris resinosi ad taenias expellendas*» [Sõnajalajuurikaekstrakti toimest ja ravi omadustest paelusside väljutamisel (foto 1)]. See töö on esimesi väitekirju helmintoloogia alal Eestis.

J. Erdmann (1809—1858) pärineb Volmarist (praegune Valmiera). Õppis arstiteadust Tartus. 1847. a. määrati ta Tartu ülikooli sisehaiguste kateedri ja kliiniku korraliseks professoriks. J. Erdmanni 37-leheküljeline ladinakeelne dissertatsioon koosneb 4 peatükist. Töös viidatakse muuseas ka laiussi laialdasele levikule Venemaal.


DE
VIRTUTE ET VI MEDICA
EXTRACTI FILICIS MARIS RESINOSI
AD
TAENIAS EXPELLENDAS.

DISSERTATIO INAUGURALIS
MEDICO-PHARMACOLOGICA
QUAM
CONSENTIENTE AMPLISSIMO MEDICORUM ORDINE
IN
UNIVERSITATE LITERARUM CAESAREA
DORPATENSI,
UT GRADUM
DOCTORIS MEDICINAE
RITE ADIPISCATUR
H. L. Q. C.
PUBLICE DEFENDET
Ioannes Fridericus Iulius Erdmann,
LIVONUS.

DORPATI LIVONORUM.
TYPIS I. C. SCHUENMANNI,
TYPOGRAPHI ACADEMICI.
MDCCCXXXIII.

1834. a. kaitses Tartus doktoriväitekirja Samuel Paul Lieven teemal «*Nonnula de taeniis, imprimis de bothriocephalo lato, ejusque expellendi methodo peculari*» (9) [Mõnda paeliussidest, eriti laiussist, ja tema väljutamise erilisest meetodist]. Seega töö on ladinakeelne, koosneb 60 leheküljest. S. Lieven sündis Riias. Aastail 1828—1833 õppis Tartu ülikooli arstiteaduskonnas.

Dissertatsiooni alguses kirjeldab ta laiussi ja nookpaelussi ehitust ja võrdleb nende nugiliste päiseid. Üksikasjalikult peatub S. Lieven difüllobotrioosi kliiniku juures, oletades ekslikult, et inimene nakatub difüllobotrioosi saastunud vee joomise tagajärjel. Haiguse laialdast levikut Tartus seostab ta Emajõega.

1841. aastast pärineb Johann Kramarenkowi poolt Tartu ülikoolis kaitstud väitekiri «*Nonnula de bothriocephalo lato ejusque expellendi quibusdam methodis*» [Mõnda laiussist ja tema väljutamisviisidest (8)].

Seegi väitekiri on kirjutatud ladina keeles ja koosneb 51 leheküljest. Detailsemalt käsitletakse selles töös laiussi geograafilist levikut. Rõhutatakse, et difüllobotrioosi esineb sageli Šveitsis, Venemaal, Itaalias ja Poolas.

Autor märgib, et difüllobotrioos on Tartus endeemiline haigus. Haiguse laialdast levikut soodustab Emajõgi.

Ravimitest peetakse efektiivsemaks sõnajalajuurikaekstrakti.

Helmintoloogia arendamisel Eestis on suured teened ka Max Gustav Christian Carl Braunil (1850—1930) (1). Arstiteadust õppis ta Greifswaldis. Töötas Würzburgi Zooloogia Instituudis, kus uuris võrdlevat anatoomiat. Alates 1880. a. asus tööle Tartus prosektorina Võrdleva Anatoomia Instituudis. 1883. a. määrati M. Braun erakorraliseks ja 1884. a. korraliseks zooloogia professoriks. Tal on suuri teeneid zooloogia muuseumi korraldamisel. M. Braun avastas Emajões ja Peipsi järves püütud haugidel ning lutsudel arvukalt plerotserkoide. Nakatades plerotserkoididega koera- ja kassipoegi täheldas ta, et laiuss areneb neis täiskasvanud isendiks. Ühtlasi nakatas M. Braun laiussi plerotserkoididega kahte vabatahtlikku Tartu ülikooli üliõpilast.

M. Braun tõestas, et laiussi vaheperemeheks on kalad, jõe- ja järvevee tarvitamine aga ei nakata inimest.

Märkimist väärib veel 1891. a. K. Dehio (6) poolt kirjutatud artikkel Peterburis ilmunud saksakeelses meditsiinilises ajakirjas vere muutuste kohta difüllobotrioosihaigetel. K. Dehio, kes oli Tartu ülikooli eripatoloogia ja -kliiniku professoriks, kirjeldab laiussi poolt põhjustatud 5 rasket aneemiajuhtu Tartu elanikel. Selles artiklis mainib K. Dehio, et esimesena viitas laiussi esinemise ja hävitava kehvveresuse seosele Tartus Reyher, hiljem Runesberg Helsingis, Botkin, Šapiro jt. Peterburis.

XIX sajandi teisel poolel ilmusid Tartus ka esimesed tööd protozooloogia alal.

Eespool esitasime ainult üksikuid momente helmintoloogia arengust Eestis.

KIRJANDUS

1. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Юрьевского, бывшего Дерптского, Университета за сто лет его существования (1802—1902). Юрьев, 1902. — 2. Скрябин К. И., Шульц Р. С. Основы общей гельминтологии. М. 1940 3. Braun M. Zur Frage des Zwischenwirthes von Bothriocephalus latus Brems. Zool. Anz. 1881—1883. — 4. Braun M. St. Petersb. Med. Wochenschr., 1882, 52, 443—444. — 5. Braun M. Zur Entwicklungsgeschichte des breiten Bandwurmes. Würzburg, 1883. — 6. Dehio K. St. Petersb. Med. Wochenschr., 1891, I, 1—4. — 7. Erdmann J. F. De virtute et vi medica extracti filicis maris resioosi ad taenias expellendas. Dorpat, 1833. — 8. Kramarenkow J. Nonulla de bothriosephalo lato ejusque expellendi quibusdam methodis. Dorpat, 1841. — 9. Lieven S. P. Nonnulla de taeniis, imprimis de bothriocephalo lato, ejusque expellendi methodo peculiari. Dorpat, 1834.

ИЗ ИСТОРИИ ГЕЛЬМИНТОЛОГИИ В ЭСТОНИИ

Г. Кондратьева

Резюме

В XIX веке Тартуский университет был одним из важнейших медицинских центров России. Академик К. И. Скрябин, окончивший Тартуский (Юрьевский) ветеринарный институт, называет Тарту «родиной русской гельминтологии».

В 1822—1823 гг. курс гельминтологии с зоологией в Дерптском университете стал читать приват-доцент Карл Эдуард Эйхвальд (1795—1876), назначенный в 1823 г. профессором Казанского университета.

В 1833 г. Иоганн Юлиус Фридрих Эрдман защищает в Дерптском университете докторскую диссертацию, озаглавленную «De virtute et vi medica extracti filicis maris resinosi ad taenias expellendas».Эта работа является первой работой по гельминтологии в Эстонии. Работа И. Эрдмана, написанная на латинском языке, подразделяется на 4 главы и содержит 37 страниц. В работе имеются указания о широком распространении в России широкого лентеца.

В 1834 г. Самуель Пауль Ливен защищает в Тарту написанную на латинском языке докторскую диссертацию на тему «Nonnula de taeniis, imprimis de bothriocephalo lato, ejusque expellendi methodo peculari.»

К работам по гельминтологии относится и защищенная в 1841 году при Тартуском университете докторская диссертация Иоганна Крамаренкова на латинском языке и озаглавленная «Nonnula de bothriocephalo lato ejusque expellendi quibusdam methootis»

Заслуги по развитию в Эстонии гельминтологии имеет и Макс Густав Христиан Карл Браун (1850—1930), открывший плероцеркоиды у выловленных из р. Эмайыги и озера Пейпси (Чудское) щук и налимов. Экспериментально заражая плероцеркоидами собак и кошек М. Браун установил, что в организме животных плероцеркоиды развиваются в широкого лентеца, и промежуточным хозяином его являются рыбы, а заражение широким лентецом непосредственно через питьевую воду невозможно.

Необходимо отметить работу профессора Тартуского (Юрьевского) университета К. Дегио об изменениях крови у больных дифиллоботриозом, опубликованную в 1891 году. К. Дегио описывает вызванные широким лентецом тяжелые случаи заболевания пернициозной анемией 5 жителей г. Тарту. К. Дегио указывает, что впервые на связь паразитирования широкого лентеца с пернициозной анемией указал в Тарту — Рейхер, позднее Рунесберг в Хельсинки, Боткин, Шапиро и др. в Петербурге.

Konverentsid ja nõupidamised

TERVISHOIUTÖÖTAJATE AMETIÜHINGU KONVERENTS

8.—9. mail 1963. a. toimus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee XI konverents. Vabariikliku komitee esimehe U. Meikase ettekandes ja järgnevates sõnavõttudes rõhutati ametiühinguorganisatsioonide aktiivset lülitumist võitlusse elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamise ja tervise kaitsmise eest.

Meie vabariigi tervishoiukorralduses võib teatavaid edusamme märkida. Näiteks on seitseaastaku esimese nelja aasta kestel voodikohtade arv tõusnud 1615 võrra, sellest ainuüksi 1962. a. 750 voodikoha võrra. 1962. a. lõpuks ulatus voodikohtade arv iga 10 000 elaniku kohta 103-ni. Samal ajal tõusis ka arstide arv 397 inimese võrra, sealhulgas 1962. aastal 82 arsti võrra. Käesoleva aasta 1. jaanuariks oli meie vabariigis tervishoiu ministeeriumi süsteemis 2541 arsti (20,6 arsti iga 10 000 elaniku kohta) ja 8908 keskharidusega meditsiinitöötajat.

Aasta-aastalt suurenevad riiklikud assigneeringud tervishoiule. Kui 1961. aastal eraldati selleks 32,4 miljonit rubla, 1962. aastal 33,8 miljonit rubla, siis 1963. aastal tõuseb see summa juba 35,8 miljoni rublani.

Meie vabariigis on 389 tervishoiutöötajate ametiühingu kohalikku komiteed ja iseseisvat rühma, mille tööd suunavad 4 linna- ja 12 rajoonikomiteed. Ametiühingu tööd juhitakse ühiskondlikel alustel, ainult Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitees on üks palgaline töötaja.

On tõusnud ametiühinguorganite koosseisu valitavate töötajate üldhariduslik tase, mis avaldab soodsat mõju kohalike komiteede töönäitajaile. Näiteks on 198 ametiühingukomitee esimehest 105-l kõrgem ja 89-l keskharidus ning ainult 4 inimest ei oma keskharidust. Tänu ametiühingukaadri üldharidusliku ja ideelis-poliitilise taseme tõusule on kohalikud komiteed suutnud paremini osa võtta meditsiiniasutuste ees seisvate ravi ja profülaktika ning majandusküsimuste lahendamisest.

Ametiühingute kohalikud, rajooni- ning linnakomiteed on hakanud rohkem aktiviseerima ametiühingu liikmete tegevust, tugevdanud kontrolli ravi- ja profülaktikaasutuste töö üle. Nüüd ei tegelda ainult seinalehtede väljaandmise, sotsiaalkindlustustoetuste määramise ja riiklike pühade tähistamisega, vaid võetakse aktiivselt osa ravi- ja profülaktikaasutuste tööülesannete täitmisest ning osutatakse administratsioonile abi esinevate puuduste kõrvaldamisel.

Rõõmustav on märkida, et 1962. aastal on tunduvalt paranenud ametiühinguorganisatsioonide ja meditsiiniasutuste administratsioonide vaheline koostöö elanikonna meditsiinilise teenindamise planeerimisel ja korraldamisel, mis võimaldab senisest paremini eesrindlikke töömeetodeid rakendada. Peaarstid ja tervishoiuosakondade juhatajad on hakanud rohkem tuginema ametiühinguorganisatsioonile ja ühiskondlikku aktiivi kaasa tõmbama tervishoiu põhiprobleemide lahendamisel. Niisuguse koostöö tulemusena on tõusnud ametiühinguorganisatsioonide autoriteet ja paranenud elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteet.

Praktika on näidanud, et administratsiooni ja ametiühingu kohaliku komitee koostöö taseme ja selle sisukuse määrab põhiliselt peaarsti ja ametiühingu kohaliku komitee esimehe ideelis-poliitiliste teadmiste tase. Nendes asutustes, kus tööd juhivad laia silmaringiga spetsialistid, kes õigesti orienteeruvad marksistlik-leninliku filosoofia, eetika ja moraali põhiküsimustes ning neid igapäevases töös ka ellu rakendavad, on ametiühinguorganisatsiooni ja administratsiooni vahel loodud tihe kontakt.

Elanikkonna meditsiinilise teenindamise taset tõsta ja kiiremini olemasolevaid puudusi kõrvaldada võib siis, kui nende ülesannete lahendamisest võtavad osa kõik tervishoiutöötajad. Meditsiiniasutuste peaarstid peavad oma töös tuginema ühiskondlikule aktiivile, nagu ametiühingukomiteedele, ühiskondlikele nõukogudele, Punase Risti organisatsioonidele jt.

Administratsiooni ja ametiühingukomitee aktiivne koostöö kindlustab NLKP Keskkomitee novembripleenumi ja ÜAKN XI pleenumi otsuste täitmise.

Elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamisel on otsustav tähtsus arstide kvalifikatsiooni tõstmisel: meie vabariigis andsid atestatsioonikomisjonid 1961.—1962. a. esimese kategooria 101 arstile, II kategooria 339 arstile ja III kategooria 455 arstile. Üldse käis atesteerimisel 895 arsti ehk 35,3% kõigist arstidest, mille poolest oleme Nõukogude Liidus teisel kohal.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium märkis ära meie vabariigi meditsiinitöötajate häid saavutusi võitluses tuberkuloosiga, mitmeid meditsiinitöötajaid autasus-

tati rahalise preemiaga. 1962. aastal registreeriti aktiivse tuberkuloosiga haigeid 32% võrra vähem kui 1961. aastal. See näitab, et tuberkuloosivastane võitlus meie vabariigis kulgeb edukalt. 1962. aastal uuriti fluorograafiliselt ja röntgenoloogiliselt 40% elanikkonnast.

Tähelepanuväärivat edu on saavutatud laste meditsiinilisel teenindamisel. Aasta-aastalt väheneb laste suremus.

Tõsiseks probleemiks jääb tervishoiutöötajate endi tervise kaitse. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 17-m (17. I 1955) täidetakse paljudes rajoonides ja linnades, näiteks Võrus, Elvas, Põlvas, Paides, Pärnus, Haapsalus, Narvas jm., mittetäielikult ja formaalselt. Meditsiinitöötajate dispanseerimine toimub madalal tasemel, neid ravitakse peamiselt ambulatoorselt.

Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariiklik Komitee, kuulanud koosolekul endise Elva rajooni haigla peaarsti ning Võru täitevkomitee endise tervishoiuosakonna juhataja tööaruandeid, tõstis esile mitmeid puudusi meditsiinitöötajate ravimisel ja dispanseerimisel.

1962. aastal oli sel alal märgata mõningat paranemist. On hakatud enam tähelepanu pöörama meditsiinitöötajatele ohutute töötingimuste loomisele, on vähenenud haigestumus iga 100 meditsiinitöötaja kohta, 1961. aastaga võrreldes vähenes ajutise töövõimetuse päevade arv 6 päeva võrra, kuid see pole veel küllaldane.

Võitlusse kommunistliku töö kollektiivi austava nimetuse saamiseks on lülitunud 81 ettevõtet töötajate üldarvuga 4571 inimest. Käesoleval aastal on juba kommunistliku töö eesrindlase nimetus antud paljudele Tallinna I Lastehaigla, Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama jt. töötajatele.

A. Nordberg

APTEEGITÖÖTAJATE KONVERENTS

Apteegitöötajate XI vabariiklikust teaduslik-praktilisest konverentsist, mis toimus 16.—17. mail 1963 Tallinnas, võttis rohkesti osa vabariigi apteegitöötajaid, arste ja külalisi Moskvast, Leedu ja Läti NSV-st. Kokku kuulati 20 ettekannet.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja V. Pobus, kes rõhutas vajadust teenindada elanikke olemasolevate võimaluste juures senisest veel paremini.

Pikema ettekandega vabariigi apteegivõrgu 1962. a. tegevusest ja apteegitöötajate ülesannetest 1963. a. esines I. Podolski. Kommunistliku töö liikumisest ja meditsiinitöötajate kutse-eetikast rääkis U. Meikas. R. Vassil analüüsis Apteekide Peavalitsuse Tartu osakonna tööd, ühtlasi tõstis ta esile Vastseliina apteeki, kellele on antud esimesena vabariigis kommunistliku töö kollektiivi nimetus. Apteegi retseptuuri standardiseerimisest ja valmisvormide osatähtsuse tõstmisest rääkis A. Roost. Ravimtaimede varumise organiseerimist ja elanikkonna, eriti kooliõpilaste kaasatõmbamist Eesti NSV-s kasvavate ravimtaimede kogumisele ning kultiveerimisele käsitles P. Zobel.

Põhjaliku ülevaate Kesk-apteegilao tegevusest andis I. Vigodski. Suureks raskuseks on ikka veel ruumikitsikus, vaatamata uue hoone valmimisele, laoruumide laialipaisatus ja kutseliste töötajate vähesus. Kuigi galeenilise laboratooriumi töö kannatas 1962. a. veel organiseerimisperioodi raskuste tõttu, anti valmistoodangut siiski 42,5 tonni ning jaendati 126,5 tonni ravimeid. On ette näha toodangu hulga suurenemist ja mitmekesistamist — hakatakse salve tuubidesse jaendama, tablette kaanega purgikestes või klaastorudes väljastama jne. Kontori «Sojuzhimfarmtorg» direktor A. Semiletova tutvustas osavõtjaid käesoleva aasta varustusalase olukorraga. Ta rõhutas vajadust tellida rohkem uusi ravimeid, korraldada alalisi näitusi uute preparaatide ja aparatuuri tutvustamiseks jne.

Tervitusi Läti NSV apteegitöötajatelt tõi M. Veiš. Rääkides Riia Kontrollanalüüsi Laboratooriumi tööst, kirjeldas ta eriti südameglükosiide sisaldavate preparaatide võrdlevat uurimist, silmatilkade tarvitamiskõlblikkuse aja määramist jne. Kommunistliku töö kollektiivi nimetuse on Läti NSV-s saanud 1 apteek ja kommunistliku töö eesrindlase nimetuse 60 apteegitöötajat. Leedu apteegitöötajate nimel võttis sõna J. Akabasas, kes rõhutas vajadust koordineerida senisest rohkem apteegialast tööd ja spetsialiseerida tootmisharusid Balti vabariikides. Ta luges ette Vilniuse linna apteegitöötajate sotsialistliku võistluse üleskutse Tallinna linna apteegitöötajatele.

5 aasta kestel saadud standardeeskirjade väljatöötamise kogemustest rääkis M. Vaasa. Ta märkis retseptaari töökoormuse ja vastutuse suurenemist paralleelselt assistendi töökoormuse vähenemisega. Vastseliina apteegi kogemusi ravimtaimede varumisel tutvustas E. Talve. Apteegi ümbruses kasvavate ravimtaimede levikuala kohta on koostatud kaart. Elanikkonnale ja õpilastele peetavatel loengutel on kasutatud näitlikke vahendeid. Apteekide finantsmajanduslikust tegevusest rääkis B. Hein. Konverentsi esimene päev lõppes A. Jürissoni teadusliku ettekandega mõnedest uuematest südame- ja veresoonkonda toimivatest ravimtaimedest.

17. mail 1963 kella 9.00—12.00 korraldati konverentsist osavõtjaile ekskursioone Tallinna parematesse vabamüügi- ja raviasutuste apteekidesse. Alates kella 12.00-st jätkusid teaduslikud ettekanded. Uuematest ravimpreparaatidest andis ülevaate J. Pats. Radioaktiivsete isotoopide kasutamisest farmaatsias rääkis V. Koppel. Ta puudutas ravimvormide valmistamist radioaktiivsetest ainetest, ioniseeriva kiirguse kasutamise laialdasi perspektiive termolabiilsete ravimite steriliseerimisel jm. J. Tammeorg esitas uusi andmeid Eesti NSV-s kogutavate ravimtaimede kohta, illustreerides ettekannet valguspiltidega. Raviefekti saavutamisel on suur tähtsus flavonoidi derivaatidel — uutel toimeainetel, mida leidub palju ka kibuvitsamarjades. Elanike toitumisest ja ainevahetuse uurimisest kõneles E. Vagane. Mõningate ravimpreparaatide kõrvaltoimet puudutas V. Sui ja mikroobide resistentsusest antibiootikumide suhtes L. Jannus. Ravimudast valmistatud preparaat «humisool» oli E. Keele ettekande teemaks. Terminaalses seisundis viibivate haigete ravist andis ülevaate B. Lehepuu. Selliste haigete abistamiseks saab kasutada kas veenisiseseks süstimiseks määratud steriilseid vesilahuseid või sissehingatavaid gaase ja aurusid. Apteegitöötajailt nõuab suurt operatiivsust vajalike lahuste õigeaegne valmistamine. Ettekandega allergiast ja selle tähtsusest farmakoteraapias esines M. Eitelberg.

Konverentsi lõpul võeti vastu läkitus kõigile Eesti NSV apteegitöötajatele, milles anti põhisuund edaspidiseks tööks.

P. Zobel

SÜDAME- JA VERESOONKONNA HAIGUSI KÄSITLEV KONVERENTS MOSKVAS

Südame- ja veresoonkonna haigused on tänapäeva meditsiini üks aktuaalsemaid probleeme. 28.—29. jaanuarini 1963. a. toimunud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teraapia Instituudi teaduslikul konverentsil Moskvas arutati ateroskleroosi ja tromboosi küsimusi. Kõrvuti konverentsi tööga toimus 30. jaanuaril II üleliiduline nõupidamine, kus analüüsiti hüpertooniatõve ja koronaarvereringe puudulikkuse epidemioloogiat. Konverentsil ja nõupidamisel kuulati ära kokku üle 40 ettekande.

Mitmed ettekanded (A. Aleksejeva, V. Zaitsev, L. Mjasnikov, A. Zõsko, N. Juškova jt.) käsitlesid biokeemilisi muutusi eksperimentaalse ateroskleroosi puhul. M. Kritsman ja E. Levitova leidsid, et ateroskleroosi arengus on suure tähtsusega α-lipoproteiinide lagunemise aeglustumine ning β-lipoproteiinide sünteesi tunduv kiirenemine, mille tagajärjel lipoproteiinide lipoidkomponendi ringe aeglustub. L. Kassatkina, N. Lobkova ja T. Sukassova märkisid, et askorbiinhappe pärssiv mõju arterite lipoidoosi tekkele on põhjustatud askorbiinhappe normaliseerivast mõjust kapillaaride läbilaskvusele. M. Sultanov esitas tõendusi selle kasuks, et β-lipoproteiinid, mis on oluliseks komponendiks lipoidoosi tekkimisel, evivad antigeenseid omadusi; küülikuid ja kukkesid ristamisi immuniseerides õnnestus autoril vältida nendel loomadel eksperimentaalse ateroskleroosi tekkimist.

A. Vihert, V. Boguslavski ja V. Gudim tõid andmeid selle kohta, et tromboos ei ole infarkti puhul primaarne muutus, vaid ta moodustub ja süveneb alles infarktile järgnevate päevade jooksul. Neurogeensete mõjustuste osatähtsusest koronaarpatoloogias kõnelesid A. Trubetskoi ja F. Jasinovskaja. E. Tšazov rõhutas oma ettekandes, et ateroskleroosi ja müokardi infarkti puhul leiab aset organismi füsioloogiliste antikoaguleerivate mehhanismide pärssumus, mis avaldub vere hepariini hulga vähenemises ja vere fibrinolüütilise aktiivsuse languses; eriti on antikoaguleerivad mehhanismid pärsitud kollapsinähtudega kulgeva müokardi infarktiga haigetel. T. Koževnikova esitas andmeid infarktihaigete ravimise headest tulemustest fibrinolüsiiniga. L. Lõssenko ja B. Suhharjova soovitasid infarkti stenokardiast diferentsimiseks toimetada desoksüribonukleiinhappe laguproduktide määramist veres, mille sisaldus infarktihaigetel erinevalt stenokardiaga haigetest on kõrgenenud.

N. Kipšidze peatus vanemaealiste (kuni 120 a. vanuste) isikute südame- ja veresoonkonna süsteemi iseärasustel.

Südame- ja veresoonkonna haiguste epidemioloogia-alasel nõupidamisel esitatud ettekannetest ja sõnavõttudest selgus, et ateroskleroosi põhjustavate tegurite seas ei ole toitelised tegurid kaugeltki nii suure tähtsusega, nagu seni arvati. Näiteks elanike hulgas (Kasahstani loomapidajad-kolhoosnikud, Mongoolia Rahvavabariigi elanikud), kes tarvitavad küll rohkesti kolesteriinirikkaid loomseid produkte, täheldati aterosklerootilise geneesiga südamehaigusi väga harva (N. Laštšebker jt.). Nõupidamisel rõhutati professionaalsete tegurite ja üldise elulaadi tähtsust ateroskleroosi ja hüpertooniatõve tekkimisel. A. Džalijev märkis, et vere kolesteriinisisaldus tõusis tema poolt uuritud erineva elukutsega töötajatel järgmises järjekorras: kalurid, töölised, teenistujad, teaduslikud töötajad. Esineja seostab

kolesteriinisisalduse erinevusi mitte toiteliste teguritega, vaid elutingimuste ja professiooni mõjuga. Kliima mõju uurimisel arteriaalse vererõhu seisundile tehti kindlaks, et kõrgmägedes esineb hüpertooniat suhteliselt harvem (M. Mirrahhimov, M. Fatula).

B. Schamardin

KROONILISE GASTRIIDI PROBLEEME KÄSITLEV TEADUSLIK SESSIOON

28.—31. jaanuarini 1963 toimus Leningradis teaduslik sessioon, mille korraldas Leningradi Sanitaar-Hügieeni Meditsiini Instituut, kes juhib ja koordineerib gastroenteroloogia-alaseid küsimusi NSV Liidus. Kuulati ära palju kroonilise gastriidi etiopatogeneesi, klassifitseerimist, diagnoosimist ja ravi puudutavaid ettekandeid.

Põhiettekande esitas prof. S. M. Rõss (Leningrad). Ta peatus paljudel gastriidi probleemi sõlmpunktidel, eriti ühenduses uute perspektiivsete uurimisviisidega. Suurt tähtsust omistas esineja aspiratsioonimeetodil tehtavale gastrobiopsiale ja maomahla proteinoloogilistele uurimistele. S. Rõss rõhutas koliinolüütiliste medikamentide ja stimuleeriva hormooniravi (AKTH, prednisoloon jt.) kasutamise vajadust gastriidi ravimisel.

Elava diskussiooni kutsusid esile ettekanded maosekretsiooni uurimisest ja sekretsiooni muutustest seoses kroonilise gastriidiga. Uudset pepsiini ja uropepsiini määramisviisides kirjeldas V. N. Tugolukov (Leningrad). Esineja oletas, et uropepsiin on pepsiininäärmete mingi senitundmatu inkretoorse funktsiooni kandja. B. R. Rustamov (Samarkand) rõhutas uropepsiini ja vaba soolhappe väärtuste head korrelatsiooni. Autor oli seisukohal, et uropepsiini nivoo kindlakstegemine ei asenda happesuse määramist, kuid üksikjuhtudel, kus mao sondeerimine ei ole läbiviidav, annab uropepsiin teatava pildi maonäärmete sekretoorsest talitlusest. Sekretsiooni uurimisest rääkisid ka K. A. Skulme (Riia), V. P. Gusev (Leningrad) jt. Nendest ettekannetest jäi kõlama mõte, et kõiki mao sondeerimisega seotud sekretsiooni uurimise viise tuleb lugeda enam-vähem ebafüsioloogilisteks. A. M. Nogaller (Astrahan) oli seisukohal, et mao sondeerimise tulemus sõltub sekretsioonierritajast, mitte aga sondi liigist. Autor soovitab I sekretsioonifaasi määramiseks kasutada Boas-Evald'i ja insuliiniproovieinet, II sekretsiooni faasis aga kapsakeedist või histamiini.

Mitu ettekannet [J. V. Borin (Stanislav), L. G. Krassilnikov (Moskva), V. M. Zolotova (Leningrad)] käsitlesid mao motoorika uurimist elektrogastrograafilise uurimismeetodi kaasabil. Jäi mulje, et nimetatud meetodil ei ole iseseisvat diagnostilist tähtsust, kuid dünaamilisel mao motoorika jälgimisel, eriti seoses raviga, on ta abimeetodina hea eduga kasutatav.

Palju töid oli pühendatud mao limaskesta morfoloogiliste muutuste uurimisele. Rigiidsest antraalgastriidist rääkis K. A. Majantskaja (Kaasan), gastriidi funktsionaalsest röntgenidiagnostikast aga B. M. Štern (Leningrad). Rohkearvuliselt oli töid ka gastroskoopia kohta [G. J. Dorofejev, P. S. Nikulin, V. J. Kulakov (kõik Leningradist)] N. A. Skuja (Riia). Teenimatult vähese tähelepanu osaliseks sai gastrobiopsia, kuigi mitmetes sõnavõttudes peeti teda üheks tähtsamaks uurimismeetodiks kroonilise gastriidi diagnoosimisel. Gastrobiopsiat käsitlesid P. A. Kaništševi (Tbilisi), D. A. Bertova (Leningrad) ja V. Salupere (Tartu) ettekanded.

Mis puutub gastriidi ravisse, siis hormooniravi ning ganglione blokeerivate medikamentide kasutamist hindasid kõrgelt ka A. J. Gubergrits (Donetsk), V. V. Trussov (Iževsk) jt. Asendusravi kogemused kajastusid G. L. Levini (Moskva) töös. Lisaks nendele puudutasid ravi probleeme ka E. L. Revutski (Kiiev), E. J. Samson ja F. A. Baraš (Tšernovitsõ), V. S. Kuzmina (Leningrad), A. P. Mirzajev (Leningrad) jt.

Sessiooni töö suurimaks puuduseks tuleb pidada kroonilise gastriidi diagnoosimise kriteeriumi ebamäärasust. Ühed autorid pidasid krooniliseks gastriidiks subjektiivseid vaevusi, teised happesuse muutusi, kuid kolmandad toetusid ainuüksi gastroskoopilisele leiule. Eespool nimetatud põhjuse tõttu oli raske erinevate autorite poolt saadud tulemusi ja raviefekti hinnata.

V. Salupere

Tähtpäevad

I. PODOLSKI 50-AASTANE

20. augustil 1963. a. tähistab Apteekide Peavalitsuse ülem Igor Valeriani p. Podolski 50. sünnipäeva ja 25-aastase töö juubelit farmaatsia alal.

I. Podolski sündis 20. augustil 1913. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. Alghariduse sai ta Tallinna XIX algkoolis. 1932. a. lõpetas I. Podolski Tallinna Linna Vene Gümnaasiumi ja 1937. a. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna, kus omandas proviisori kutse. Õppimise kõrval ülikoolis töötas ta praktikandina Tallinna Linna Keskhaiglas ja Nõmme apteegis.

Pärast ülikooli lõpetamist sai I. Podolski ametikoha Nõmme apteeki, kus oli retseptaariks ja laborandiks kuni 1943. aastani. 1944.—1948. a. oli juubilar Eesti Raudteevalitsuse Tervishoiuameti apteegilao juhatajaks. 5. jaanuaril 1948. a. kutsuti I. Podolski tööle Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsusse, kus on töötanud peavalitsuse ülema asetäitjana ja hiljem ülemana kuni käesoleva ajani.

Juubilari pikaajalise teenistuse vältel Apteekide Peavalitsuses on apteegivõrgus toimunud töö põhiline ümberkorraldamine — on rekonstrueeritud apteekide ruume ja sisustust, seisvalt tööviisilt on üle mindud istuvale tööviisile jne. I. Podolski initsiatiivil on ehitatud uusi hooneid apteegiladudele, asutatud galeeniline laboratoorium ja avatud uusi apteeke.

Juubilar on palju aastaid töötanud õppejõuna Tallinna Meditsiinilises Koolis. Ta on palju tegelnud ka erialase kirjanduse publitseerimisega.

I. Podolski viljakat tööd on hinnatud medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas 1941—1945, märgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning mitmete kiitustega.

Kaastöötajad soovivad juubilarile tema kahekordse juubeli puhul palju õnne ja raugematut tööindu farmaatsia edasiarendamisel.

Kaastöötajad

Referaate

Aspiriini kasutamisest põhjustatud verejooksud seedeteedest. Густав Плевиньский (Варшава). Кровотечения из пищеварительных путей, вызванные приемом аспирина. Клинич. медицина, 1963, 3, 89—93.

Viimasel ajal ilmub üha sagedamini töid aspiriini kahjulikust toimest maosooletraktisse ja kirjeldusi selle ravimi poolt põhjustatud verejooksudest.

Vastavatest uurimustest selgub, et enam kui 50%-l inimestest põhjustavad aspiriini raviannused vere leidumist väljaheites, mida makroskoopilisel vaatlusel harilikult ei märgata. Mõnikord võib aga aspiriini tarvitamine koguni eluohtlikke verejookse põhjustada.

Aspiriin kahjustab kõige sagedamini väikese maokõveriku limaskesta, põhjustades ägedat hemorraagilist põletikku koos rohkete erosioonide ja haavanditega. Vahel tekivad tõelised haavandid koos suure verejooksuga. Haavandi põhjas võib isegi leida veel atsetüülsalitsüülhapet. Anamneesist selgub, et paljud on aspiriini kasutanud vahetult enne verejooksu tekkimist. Autor esitab väljavõtteid haigusluguudest. Mõnel juhul avaldub verejooks väga ägedate nähtudega; esinevad kõik ägedale verejooksule omased sümptoomid, haige kaotab teadvuse, opereerimisel leitakse sooltes rohkesti verd.

Kokku esitatakse ülevaade 23 haigest, kel tekkis verejooks pärast aspiriini kasutamist. Haiged olid 21—79 a. vanad; 43% haigetest moodustasid naised. Ainult 11 haigel esines varem seedetrakti häireid. 17 inimest tundsid pärast aspiriini sissevõtmist kõrvetusi, hapusid röhatusi ja muid ebameeldivaid aistinguid. 11 haigel tekkis eluohtlik verejooks. Haiged kasutasid aspiriini 1—4 g päevas — kahel haigel tekkis verejooks ainult ühekordsel aspiriini sissevõtmisel. Ülejäänud haiged kasutasid aspiriini mõne päeva kestel või pikemat aega 0,5 g päevas. 16 haige suhtes rakendati konservatiivset ravi, 7 haiget opereeriti, 6-le neist tehti osaline gastrektoomia; kõigil neil täheldati hemorraagilist katarri. Vere uuringul ei avastatud ühelgi haigel verehaigusi.

Aspiriini puhul tekkiva verejooksu mehhanism ei näi ühtlane olevat. Haigestumise põhjuseks võivad olla allergilis-immunobioloogilised reaktsioonid, kuid ka aspiriini vahetu mao limaskesta traumatiseeriv toime. Aspiriini kahjulikku toimet soodustavad hüpotaalamuse keskuste ärritamine ja ka kortisooni kõrgenenud tekkimine neerupealistes.

Püramidooni tarvitamisest tingitud anafülaktilise šoki juht. Г. М. Аванесов (Случай анафилактического шока от приема пирамидона). Клинич. медицина, 1963, 3, 139—140.

Üldiselt on tuntud püramidoonist põhjustatud allergilisel taustal arenev granulotsütopeenia. Vähe on kirjeldatud sellest ravimist tingitud anafülaktilise šoki esinemist.

21. III 1962. a. hospitaliseeriti Armaviri haigla II siseosakonda 34-aastane haige B., kel esinesid kaebused valude suhtes vasakul pool rindkeres; köhimisel eritus raskesti röga, tekkisid peavalud. Patsient oli haigestunud 4 päeva tagasi. Haiglas diagnoositi tal kliiniliste uuringute alusel vasakpoolset hiiluselähedast kopsupõletikku. Peavalu vaigistamiseks anti patsiendile 1 tablett püramidooni (0,25 g), muid ravimeid ei olnud ta veel saanud.

2—3 minuti möödumisel pärast püramidooni sissevõtmist muutus haige enesetunne järsku halvaks, tekkis rahutustunne, iiveldus lõppes oksendamisega, silmade ees pimenes, esines hingeldamine, valu alakõhu piirkonnas ja kogu keha haarav kuumustunne. Objektiivselt: haige poolteadvusetu, rahutu, väga kahvatu, nägu katsid higipiisad, esines akrotsüanoos. Arteriaalne vererõhk 90/50 mm Hg (haiglasse vastuvõtmisel 115/70), hingamine 28 korda minutis. Südame toonid tuhmid, pulss 92 korda minutis, nõrga täitumisega.

Pärast ravimist (soojendamine, hapniku sissehingamine, lobeliini, kofeiini, kordiamiini ja kampri naha alla manustamine, adrenaliini ja kaltsiumkloriidilahuse veeni viimine) paranes haige $1^1/_2$—2 tunni jooksul, taastus teadvus, normaliseerus pulss ja vererõhk (110/70 mm Hg), kadus kahvatus ning hingeldamine ja vaibusid valud alakõhus.

Anamneesi täpsustamisel selgus, et haige oli nädala eest võtnud ühe tableti püramidooni, mis olevat põhjustanud peapöörituse ja kuumustunde kogu kehas. Kirjeldatud nähud möödusid siis umbes kahe tunni jooksul.

Ref. H. Pihl

AKADEEMIK ALMA TOMINGAS

15. IX 1900—29. I 1963

29. jaanuaril 1963. a. suri ootamatult 63. eluaastal Eesti NSV Teaduste Akadeemia akadeemik ja Tartu Riikliku Ülikooli farmakognoosia kateedri juhataja professor Alma Tomingas.

A. Tominga näol kaotasime suurte kogemustega teadlase ja pedagoogi, kes rohkem kui 30-aastase töö vältel teaduslikes asutustes ja kõrgemates õppeasutustes suunas farmaatsia-alast uurimistööd ning kõrgema haridusega farmatseutide ettevalmistamist.

A. Tomingas sündis 15. septembril 1900. a. Rakveres paljulapselise talupoja perekonnas. 1925. a. astus ta Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsiaosakonda, mille lõpetas 1928. a. kiitusega, jäädes seejärel assistendiks farmakognoosia instituuti. 1929. a. omandas A. Tomingas farmaatsia-magistri kraadi Eestis valmistatud etüüleetri kvaliteedi uurimise eest ja 1931. a. anti talle farmaatsiadoktori kraad töö eest «Autooksüdatsiooniprotsessist rasvõlides». 1935. a. sai A. Tomingas eradotsendi kutse ja luges üliõpilastele kohtukeemiat ning farmakokeemiat. 1940. a. valiti ta esimese eesti naisteadlasena Tartu Ülikooli professoriks. Nõukogude korra kehtestamise järel määrati A. Tomingas Tartu Riikliku Ülikooli farmakognoosia kateedri juhatajaks, millisel ametikohal ta töötas kuni surmani. Eesti NSV Teaduste Akadeemia loomisel (1946. a.) valiti A. Tomingas selle tegevliikmeks.

Kadunu teaduslikud tööd käsitlevad peamiselt ravimtaimi ja neist valmistatud drooge. Üleliiduliselt tunnustatud eriteadlasena võttis A. Tomingas osa uue «NSVL Riikliku Farmakopöa» koostamisest.

1947. a. valiti A. Tomingas Eesti NSV Ülemnõukogu saadikuks ja 1953. a. Tartu Linna TSN saadikuks. 1948.—1950. a. oli ta ENSV TA Meditsiiniteaduste Osakonna büroo liige ja akadeemik-sekretäri asetäitja, 1952.—1955. a. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan.

Kuni surmani oli A. Tomingas Tartu Riikliku Ülikooli Õpetatud Nõukogu ja ENSV TA Bioloogia- ja Meditsiiniteaduse Osakonna teadusliku nõukogu ning büroo liige, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu presiidiumi liige ja aseesimees.

Eduka teadusliku, pedagoogilise ja ühiskondliku töö eest anti A. Tomingale 1945. a. Eesti NSV teenelise teadlase nimetus ja 1952. a. ning 1960. a. Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjad.

Helge mälestus akadeemik Alma Tomingast jääb püsima tema kaastöötajate ja õpilaste südameis.

E. Vagane

PROFESSOR V. HIIE

7. II 1902—24. IV 1963

24. aprillil 1963. a. suri ootamatult Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri juhataja arstiteaduse doktor professor V. Hiie.

Valter Jaani p. Hiie sündis 7. veebruaril 1902. a. Tallinnas käsitöölise pojana. Pärast Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetamist 1927. a. sai ta õppejõuks. 1932. a. kaitses V. Hiie doktoridissertatsiooni. 1932.—1934. a. viibis ta Viinis teadusliku stipendiaadina stomatoloogia ja näo- ning lõualuude kirurgia alal. Alates 1936. a. kuni surmani töötas ta stomatoloogia kateedri juhatajana.

V. Hiiel on suured teened arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna asutamisel ja organiseerimisel. Silmapaistva kirurgina oli prof. V. Hiie tuntud ka väljaspool meie vabariigi piire. Temalt on trükis ilmunud üle 30 teadusliku töö, millest valdav osa käsitleb näo- ja lõualuude kirurgia küsimusi.

V. Hiie täitis Tartu Riiklikus Ülikoolis ka administratiivseid ülesandeid, olles aastaid TRÜ Arstiteaduskonna prodekaaniks ja redaktsioonikolleegiumi esimeheks. Ta võttis aktiivselt osa teaduslike seltside tegevusest. Juba 1930. a. alates kuulus ta Eesti Arstide Seltsi juhatusse ja Rahvusvahelisse Kirurgide Seltsi. 1954. a. organiseeris V. Hiie Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi, olles kuni surmani selle esimeheks ja Üleliidulise Stomatoloogide Teadusliku Seltsi juhatuse liikmeks.

V. Hiie õpilased tundsid teda südamliku, erakordselt korrektse ja abivalmis kolleegina, kes oli väga nõudlik nii enda kui ka kaastöötajate ning üliõpilaste suhtes.

Professor V. Hiie ootamatu surm on suureks kaotuseks nii Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnale kui ka stomatoloogide arvukale perele.

Kaastöötajad

STOMATOLOOG H. KÖÖP

27. X 1922—17. IV 1963

17. aprillil 1963. a. suri pärast rasket haigust Tallinna Linna Stomatoloogia Polikliiniku stomatoloog, Tallinna Stomatoloogide Teadusliku Seltsi aktiivne liige Hilda Kööp.

H. Kööp (Oja) sündis 27. oktoobril 1922. a. Viljandimaal Paistu kihelkonnas talupidaja tütrena. Keskhariduse omandas Viljandi Hariduse Seltsi Tütarlaste Gümnaasiumis, mille lõpetas 1941. a. Järgmisel aastal astus H. Kööp Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonda, mille lõpetas 1948. a. Pärast arstiteaduskonna lõpetamist asus ta tööle Tartu Linna Lastenõuandlasse stomatoloogina. Alates 11. VII 1949. a. töötas ta Tallinnas Kopli ambulatooriumi stomatoloogiaosakonna juhatajana ja hiljem Tallinna Linna Stomatoloogia Polikliinikus.

H. Kööp võttis aktiivselt osa noore kaadri kasvatamisest ja juhendamisest ning esines sageli Tallinna Stomatoloogide Teaduslikus Seltsis ettekannetega.

Stomatoloog H. Kööbi kaastöötajad ja õpilased säilitavad temast püsiva mälestuse kui sooja südamega, alati abivalmis ja korrektsest kolleegist ning arstist.

T. Rekk

Mitmesugust

RAVIMTAIMEDE VARUMISE ORGANISEERIMISEST 1963. AASTAL

Käesolev 1963. aasta on Eesti NSV-s ravimtaimede kogumise seisukohalt murrangulise tähtsusega. Kui meie vabariiki on seni sisse veetud hulgaliselt ka kohapeal kasvavaid ravimtaimi, siis alates 1963. aastast hakatakse kohalikke võimalusi kasutama ja seda nii metsikult kasvavate kui ka kultiveeritavate ravimtaimede osas.

Seega tuleb meie vabariigis uuesti hakata ravimtaimi kasvatama. 1963. aastal kultiveeritakse küll ainult kummelit, palderjani ja võimaluste piires piparmünti. Tegelikult ei ole ravimtaimede kasvatamine Eesti NSV-s mingi uus ala. Esimesed ravimtaimede kultuurid rajati meie aladel juba XIII saj. kloostriaedadesse, kus kasvatati kummelit, piparmünti, salveid jt. Kloostriaedadest levisid ravimtaimed talupoegade ja hiljem apteekide aedadesse. Suuremad sellised aiad tekkisid XVI—XVII saj. Tallinnas, Narvas, Tartus, Kuressaares ja Rakveres. Eriti rohkesti kasvatati meil ravimtaimi I maailmasõja ajal. Nõukogude Eestis ei ole suuremaid tööstusliku tähtsusega kultuure viljeldud.

Ravimtaimede kasvatamine, eriti kogumine on kerge töö, kuid nõuab palju töökäsi ja seepärast peaks see olema nii kasulikuks kui ka huvitavaks tegevuseks koolinoortele. Põhilise osa suurest kogumisplaanist — 15 tonni metsikult kasvavate ja 7,7 tonni kultiveeritavate ravimtaimede varumise määraski Eesti NSV Ministrite Nõukogu haridusministeeriumi süsteemi asutustele. Tervishoiu ministeeriumi asutuste (s. o. raviasutuste ja nende abimajandite, apteekide jne.) kogumis-

plaanis nähakse ette varuda 3 tonni metsikult kasvavaid ja 1,7 tonni kultiveeritavaid kuivatatud ravimtaimi.

Arvestades riiklikku kogumisplaani pöörati käesoleval aastal peamist tähelepanu ravimtaimede kultiveerimisele kas kooliaedades või kolhooside-sovhooside poolt eraldatud maa-aladel. Selleks töötas Apteekide Peavalitsus välja juhendi nii Eesti NSV Haridusministeeriumile kui ka apteegivõrgule. Ravimtaimede kultiveerimisest rääkis rajooniapteekide juhatajatele dots. J. Tammeorg. Tema materjalide põhjal koostati informatsioonikiri (nr. 1, 1963. a.), mis on täienduseks 1958. a. informatsioonikirjas nr. 1 avaldatud ravimtaimede kogumise juhendile kummeli, palderjani ja piparmündi kultiveerimisest ning sisaldab ka uusi nõudeid droogide kvaliteedi kohta. Anti välja kunstiliselt kujundatud plakat ravimtaimede kokkuostuhindade ja kogumisjuhistega.

Kogumisplaanide õiget jaotamist nii rajoonidele kui ka koolidele raskendas andmete puudumine ravimtaimede levikualade kohta. Sügisene saagi kogumine peaks aga tooma hulga väärtuslikke andmeid ravimtaimede levikualade täpsustamiseks.

Eesti NSV Haridusministeerium ja täitevkomiteede haridusosakonnad on plaanide andmisel välja jätnud ravimtaimede kogumisest niisugused suured administratiivüksused, nagu Kohtla-Järve ja Narva linna piirkonnad, kuhu tegelikult kuulub hulgaliselt maakoole. Osa haridusosakondi on kogumisplaanid jaganud mehaaniliselt kõikides rajoonides asuvate koolide vahel (arvestatud on muidugi kooli suurust), kusjuures on piirdutud liiga väikeste kogustega, näiteks mõnele koolile on määratud teatavat ravimtaime varuda ainult 100,0 või isegi 20,0 grammi (Haapsalu, Rapla, Valga rajooni haridusosakonnd). Eeskujuks võiks seada Viljandi ja Põlva rajooni haridusosakondi, kus plaanide koostamisse on suhtutud täie tõsidusega. Kaalutleda tuleks edaspidi Põlva rajooni eeskujul koolide spetsialiseerumist ühe või mitme kindla ravimtaime kasvatamisele ja kogumisele.

Kogu ürituse õnnestumine käesoleval aastal oleneb suurel määral rajooniapteekide juhatajatest, kuivõrd nemad said kontakti haridusosakonnaga, suutsid õigeaegselt väljastada seemne ja informatsioonilise kirjanduse. «Kevadkülvi» läbiviimisel paistsid silma Rakvere (I. Sepp), Võru (A. Lukin) ja Põlva (M. Vaasa) rajooni apteekide juhatajad, kes esinesid vastavasisuliste ettekannetega ja organiseerisid seemnete õigeaegse väljasaatmise. Halvemini kulges see töö Paide, Jõgeva ja Haapsalu rajooni koolides, kus apteekide juhatajad jäid äraootavale seisukohale.

Koolide pidev juhendamine on oluline ka selleks, et vältida mittekvaliteetse droogi kogumist. Drood on kvaliteetne ainult siis, kui ravimtaimede kogumisse suhtutakse täie teadlikkusega — õpitakse tundma nii kõiki ravimtaimede kasvatamis- kui ka kogumisjuhiseid.

Erilist tähelepanu tuleb 1963. aastal pöörata kibuvitsamarjade varumisele, mida on ette nähtud riiklikus kogumisplaanis kõige rohkem, nimelt 6,3 tonni. Enamik ravimtaimedest kogutakse suve teisel poolel ja sügisel. Augustis kogutakse apteegikummeli õisi, suuri teelehti, leesika-, piparmündi- ja raudnõgese lehti, raudrohu, nõmme liivatee, naistepuna ja põldosja ürti, kadakamarju, köömneid ning mustikaid; septembris — samuti apteegikummeli õisi, raudnõgese, leesika- ja piparmündilehti, põldosja ürti, kadaka- ja kibuvitsamarju ning palderjanijuurikaid ja -juuri. Kibuvitsamarju ja palderjanijuurikaid saab korjata ka oktoobris.

Käesoleval aastal ei ole ravimtaimi kasvatatud raviasutuste juures. Nagu vennasvabariikide kogemused näitavad, saavad tervishoiutöötajad ravimtaimede varumisele tõhusat abi osutada. Ravimtaimede kasvatamist peaksid organiseerima maal asuvad raviasutused, kus rakendatakse tööravi, sest metsikult kasvavate ravimtaimede kogumine ei tohiks paranevatele haigetele üle jõu käia. Mõnes vabariigis aitavad ravimtaimede varumisele kaasa ka velskri-ämmaemandapunktide juhatajad, kes organiseerivad ravimtaimede kokkuostu elanikkonnalt.

«Kevadkülvi» ei jõutud tänavu läbi viia Metsamajandite ja Looduskaitse Peavalitsuse süsteemis. Seega on vabariigis veel reserve ravimtaimede kasvatamise ja kogumise laiendamiseks tulevikus.

P. Zobel

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАГОТОВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В 1963 ГОДУ

П. Цобель

Резюме

Настоящий 1963 год является годом перелома с точки зрения сбора лекарственных растений в Эстонской ССР. Если до настоящего времени в нашу республику в большом количестве завозили лекарственное сырье, произрастающее и в ЭССР, то начиная с 1963 года будут использоваться местные возможности по сбору лекарственных растений.

Выращивание лекарственных растений, а в особенности сбор их, является легкой, но требующей много рабочих рук работой, в связи с чем она должна стать как интересным, так и полезным занятием для школьной молодежи. Основная часть плана — 15 тонн дикорастущих и 7,7 тонн культивируемых лекарственных растений должна быть выполнена учреждениями Министерства просвещения республики. Учреждения Министерства здравоохранения (лечебные учреждения и их подсобные хозяйства, аптеки и т. д.) должны будут заготовить 3 тонны дикорастущих и 1,7 тонны высушенных культивируемых лекарственных растений.

Удачное выполнение плана сбора в текущем году в большой мере зависит от заведующих аптеками, а именно от хорошего контакта их с отделами народного образования. Работой школ по сбору растений необходимо постоянно руководить, чтобы избежать заготовки некачественного лекарственного сырья, для чего необходимо знать правила сбора и сушки лекарственных растений.

Особое внимание в 1963 г. следует обратить на заготовку плодов шиповника, которых нужно будет собрать 6,3 тонны. Большинство лекарственных растений заготовляется во второй половине лета и осенью.

UUSI RAVIMPREPARAATE

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu Farmakoloogia Komitee poolt aprobeeritud uutest ravimpreparaatidest kasutatakse meie vabariigis kahte originaalset spasmolüütikumi, mis valikuliselt avaldavad spetsiifilist laiendavat toimet koronaarveresoontesse.

Üks neist koronaarodilataatoritest on k l o o r a t s ü s i i n (*Chloracyzinum*), millel on nii tsentraalne kui ka perifeerne toime. Preparaadi tsentraalne toime on tingitud tema keemilisest sarnasusest aminasiiniga, mis lülitab välja negatiivsed emotsioonid. Toimides vagolüütiliselt lülitab klooratsüsiin koronaarahendaja välja. Preparaati määratakse suu kaudu 0,015 *pro dosi*.

Teine, stenokardia puhul kasutatav preparaat on d i e t ü f e e n (*Diaethyphenum*), mida antakse nii peroraalselt kui ka parenteraalselt. Raskete stenokardiahoogude korral süstitakse 5 ml 0,2%-list dietüfeenilahust veeni (naha alla ega lihasesse ei süstita). Suu kaudu manustatakse valusündroomi likvideerimiseks ja haigushoo ärahoidmiseks. Selleks otstarbeks on valmistatud tabletid á 0,025 g.

Viimasel ajal on hulgaliselt sünteesitud aktiivseid östrogeene. Üks neist on e t ü m ü ü l - ö s t r a d i o o l, mis on identne ungari mikrofolliiniga. Määratakse mikrogrammides (gammades). Esineb kahes kontsentratsioonis *mite* á 10 mikrogrammi ja *forte* á 50 mikrogrammi.

Tugevate demaskuliniseerivate omaduste tõttu kasutatakse eesnäärme kartsinoomi puhul veelgi aktiivsemat östrogeeni h o n v a a n i. Honvaan on stilböstrooldifosfaat, mis laguneb kasvaja poolt produtseeritava fermendi-fosfataasi toimel, eraldades hulgaliselt vaba stilböstrooli. Honvaani (meil sünteesitud fosföstrooli nimetuse all) süstitakse veeni ja manustatakse ka suu kaudu.

Sama aktiivne on ainult suu kaudu antav östrogeen «T a c e» (loetakse «teis»); ka see preparaat annab remissiooni ja väldib metastaaside tekkimist.

Sünteesitud importpreparaatidest tuleb mainida t s ü k l a m i i d i (*Cyclamidum*), mida peetakse efektiivseimaks suu kaudu manustatavaks antidiabeetikumiks. Ta on keemiliselt metüülbensool-sulfonüül-tsükloheksüül-karbamiid. Seega jagunevad peroraalsed antidiabeetikumid keemiliste omaduste järgi kolme rühma. Esimesse rühma kuuluvad bukarbaan, nadisaan ja oraniil, millised on keemiliselt amiinobensool-sulfonüül-butüülkarbamiid; teise rühma — rastinoon, butamiid ja tolbutamiid ning kolmandasse — tsüklamiid.

Tsüklamiidi toimemehhanismi eksperimentaalsel uurimisel on selgunud, et preparaat inaktiveerib maksa fermenti insulinaasi, potentseerides sellega insuliini toimet. Tsüklamiid, nagu teisedki peroraalsed antidiabeetikumid, on efektiivne ainult vanemaealistel isikutel esineva diabeedi puhul. Juveniilse diabeedi korral ei asenda ta insuliini, küll aga võib tsüklamiid tema toimet mõningal määral potentseerida.

Suurt huvi pakub hiljuti saadud uus antibiootikum — i n t e r f e r o o n. Ta on proteiin-substants, mida produtseerib viirus-rakk. On kindlaks tehtud, et viiruste eriliikide vahel esineva antagonismi tõttu hävitab see aine teisi viirusi. Näiteks on kindlaks tehtud, et *herpes*'e viiruse kandja on immuunne teiste viirushaiguste suhtes. Parenteraalselt ja intranasaalselt rakendatav interferoon on esmajoones: määratud gripi raviks ja profülaktikaks.

J. Pats

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

30. mail 1963. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministreeriumi ühisel kolleegiumil Tallinna I ATEK'i ja Haapsalu ATEK'i tööd. Aruannetega esinesid Tallinna I ATEK'i esimees E. Puhhalski ja kaasaruannetega Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut A. Gunter ning Vabariikliku ATEK'i esimees A. Joakimov.

Haapsalu Rajooni ATEK ja AKK ning Tallinna Linna I ATEK'i, Tallinna Tõnismäe Haigla ja Tallinna Harjumäe Haigla AKK töö kontrollimisel selgus, et ravi- ja profülaktikaasutused suunavad sageli põhjendamatult juba ravimise algjärgus töölisi ja teenistujaid ATEK'i invaliidsuse kindlakstegemiseks. Olulisi puudusi saatelehtede täitmisel esineb ka Tallinna Tõnismäe ja Harjumäe Haigla AKK töös. Viimases ei võta AKK tööst osa haigla osakondade juhatajad. Haapsalu Rajooni Haigla siseosakonna juhataja ei tegele töövõimetuse ekspertiisiga. AKK raamatusse ei ole märgitud ATEK'i suunamine. Haigeid maa-arstijaoskondadest suunatakse ATEK'i vahetult ilma eelneva uurimiseta, näiteks Haapsalu Rajooni Haiglas.

Kolleegium kohustas kõiki vabariigi linnade tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonihaiglate peaarste elanikkonna invaliidistumise põhjuste uurimise alusel koos majandus- ja ametiühinguorganisatsioonidega välja töötama invaliidistumise profülaktika kompleksplaanid. Igal aastal tuleb ravi- ja profülaktikaasutuste arstidele korraldada seminare ajutise ja püsiva töövõimetuse ekspertiisi küsimustes. Edasi kohustas kolleegium AKK esimehi ning ravi- ja profülaktikaasutuste raviarste parandama ATEK'i suunatavate isikute meditsiinilise uurimise kvaliteeti ja vormistama vajalikku dokumentatsiooni täpsemalt.

Vabariikliku ATEK'i esimeest A. Joakimovit kohustati parandama metoodilist juhendamist ja kontrolli vabariigi ATEK'ide tegevuse üle ning süstemaatiliselt analüüsima töö tulemusi püsiva töövõimetuse ja invaliidide töökorralduse ekspertiisi alal. On vaja parandada ATEK'i dokumentatsiooni vormistamist. Haapsalu Rajooni Haigla peaarstil M. Martinsonil koos sotsiaalosakonna juhatajaga tuleb ATEK kuu jooksul komplekteerida kvalifitseeritud arstidega.

* * *

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidium kuulasid 13. juunil 1963. a. Narva Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitlise ja Pärnu Rajooni TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja H. Brudeli aruanded ning Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti E. Kama kaasaruande tuberkuloositõrje tööst.

Kolleegium ja presiidium märkisid, et tuberkuloositõrje alal esineb meil tähelepanuväärsete saavutuste kõrval veel mitmeid tõsiseid puudusi. Näiteks ei ole Narva linnas revaktsineerimisplaanid tegelikkusega vastavusse viidud, olemasolevaid plaane pole aga täidetud. Ei tehta regulaarselt tuberkuliiniproove. Nii Narvas kui ka Pärnus on halvasti organiseeritud röntgenoloogiline läbivalgustus. Kohustuslikule läbivaatusele kuuluvate kontingentide nimekirju ei ole esitatud. Profülaktiline töö tuberkuloosikolletes on Narvas puudulik. Kontaktseid ei tuberkuliniseerita ega vaktsineerita.

Narva Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitlise tähelepanu juhiti tuberkuloositõrje ebarahuldavale korraldusele Narvas.

Pärnu Rajooni TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja H. Brudel peab nõudma kohustuslikule kontrollimisele kuuluvate kontingentide nimekirjade esitamist ning nende isikute läbivaatamist. Vändra Haigla tuleb hiljemalt 1. jaanuariks 1964. a. üle viia endisesse administratiivhoonesse ja endistes haiglaruumides avada tuberkuloosistatsionaar. 1964. a. jooksul avatakse Kilingi-Nõmmel statsionaar tuberkuloosihaigetele.

Järgmise küsimusena arutati samal kolleegiumil Tartu ja Tallinna kiirabijaamade tööd. Ettekannetega esinesid Tallinna Linna Kiirabijaama peaarst M. Piskunov ja Tartu Linna Kiirabijaama peaarst A. Vill ning kaasaruandega Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Š. Gulordava, Kolleegium ja presiidium märkisid, et viimaste aastate jooksul on elanikkonnale kiirabi andmine nimetatud linnades märgatavalt paranenud.

Tartus teenindatakse haigeid põhiliselt 3 minuti jooksul, arvestades kiirabijaamast väljakutsumise ajast. Kiirabijaamade peaarstid kontrollivad pidevalt arstide jooksvat tööd. On paranenud personali kasvatustöö. Vähenenud on kodanike kaebuste ja avalduste arv.

Tallinnas on 17 sanitaarauto ja kiirabijaama vahel raadioside. Kolleegium ja presiidium kohustasid organiseerima telefoni otseühenduse linna kiirabijaama ja raviasutuste vahel.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna ülemal L. Barõševal tuleb korraldada koos linna tervishoiuosakondade juhatajatega kiirabijaama arstide kvalifikatsiooni tõstmist. Peakirurg Š. Gulordava, peaterapeut A. Gunter, peapediaater A. Vares ja peaakušöör-günekoloog S. Naarits peavad süstemaatiliselt arutama kiirabijaama ravi-diagnostilist tööd arstide konverentsidel ning organiseerima seminare kiirabijaama arstidele.

A. Kaldma

VÄITEKIRJA KAITSMISEST

20. juulil s. a. kaitses oma väitekirja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Bioloogia- ja Meditsiiniteaduste Nõukogu ees Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi epidemioloogia sektori juhataja Hendrik Pihl.

Töö teemaks oli «Salmonellooside etioloogiline struktuur ja epidemioloogiline iseloomustus Eesti NSV-s». Uurimistööd juhendasid Leningradi Pasteuri-nimelise Instituudi soolenakkuste laboratooriumi juhataja professor E. Novgorodskaja ja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist arstiteaduse kandidaat G. Medinski. Oponentideks olid Eesti NSV teeneline teadlane professor F. Lepp ja Leningradi Pasteuri-nimelise Instituudi direktori asetäitja teaduslikul alal professor K. Tokarevitš.

Uurimistöö käsitleb aktuaalset soolenakkuste küsimust ja omab seetõttu nii teoreetilist kui ka praktilist väärtust. Väitekiri annab ammendava ülevaate Eesti NSV-s esinevatest salmonellade seroloogilistest tüüpidest ja nende poolt põhjustatud haigestumiste epidemioloogiast.

Teaduslik Nõukogu andis A. Pihlile arstiteaduse kandidaadi kraadi.

J. Ots

EESTI NSV VABARIIKLIKU TEADUSLIKU FARMAATSIA ÜHINGU ARUANDE-VALIMISKOOSOLEK

Apteegitöötajate XI vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi lõppemise järel (17. mail 1963. a.) toimus Eesti NSV Vabariikliku Teadusliku Farmaatsia Ühingu aruande-valimiskoosolek.

Aruande ühingu tegevusest esitas juhatuse esimees I. Podolski ja revisjonikomisjoni aruande revisjonikomisjoni esimees A. Tomingas. Sõnavõttudega esinesid A. Veersoo, E. Vagane, V. Päsmel ja J. Tammeorg. Nad juhtisid tähelepanu vajadusele rakendada senisest rohkem ühingu liikmeid teaduslikule uurimistööle. Tehti ettepanek organiseerida 1964. a. suvel farmatseutide suvepäevad, asutada ühingule raamatukogu ka Tallinnas jne.

Eesti NSV Vabariikliku Teadusliku Farmaatsia Ühingu uude juhatusse valiti H. Kalamäe, E. Karu, E. Kuik, J. Pats, E. Paugus, S. Pedak, I. Podolski, A. Siim, E. Vagane, P. Zobel ja revisjonikomisjoni V. Koppel, D. Luik ning M. Reinhold.

P. Zobel

KOLME ARSTITEADUSLIKU SELTSI ÜHINE KOOSOLEK PÄRNUS

22. juunil 1963. a. toimus Pärnus Eesti Vabariikliku Füsioterapeutide ja Kurortoloogide Teadusliku Seltsi, Tartu Terapeutide Seltsi ja Viljandi Arstide Seltsi poolt korraldatud rohkearvulise osavõtuga koosolek.

Kliimaravi protseduuride rakendamise termiliste tingimuste hindamisest kõneles vanemõpetaja A. Raik. Sisukast ning paljude diagrammide ja tabelitega illustreeritud ettekandest võis järeldada, et kliimaravi on meil alles arenemisjärgus. Kui meie looduslikud tingimused on päikesevannide võtmiseks üldiselt rahuldavad, siis seda ei saa öelda õhuvannide suhtes. Siin tuleb mõelda aeraariumide loomisele, kus teostuks looduslike tingimuste korrigeerimine (näiteks hekkide rajamine liigsete õhuvoolude tõkestamiseks jm.). Ettekannet jälgiti suure huvi ning tähelepanuga.

Farmaatsiakandidaat E. Vagane esitas sügavalt argumenteeritud ja kindlat suunda näitava ülevaate toitlustamisest Eesti NSV sanatooriumides. Toiduratsioonide rasva- ja süsivesikute sisaldus ületab tunduvalt optimaalse piiri. Vahekord taimerasvade ja loomarasvade vahel on ülemäära ja täiesti õigustamatult rikutud viimaste, s. o. loomarasvade kasuks. Aedvilja osa on väikene, puuvilja osa koguni tühine. Ettekanne kutsus esile väga elava diskussiooni. Leiti, et seni on meie arstide poolt tehtud liiga vähe selgitustööd ratsionaalse toitumise alal. Professor I. Sibul viitas mõnedele tähelepanu väärivatele töödele toitumise valdkonnast. Ta rõhutas, et toitumisregulatsiooni mehhanismi on maast-madalast rikkunud harrastatav suhkru liigtarvitamine.

Arstiteaduse kandidaat I. Maripuu rääkis elukutsega soetud bronhiaalastmast. A. ja I. Šefferi ettekanne käsitles anti-O-streptolüsiinitiitri kliinilis-diagnostilist tähtsust reuma- ja infektartriidihaigetel, mis pakkus huvi nii teoreetilisest kui ka praktilisest aspektist. Reumaatilise protsessi, esmajoones nn. subkliiniliste vormide aktiivsuse hindamine on igati raske ja problemaatiline. Sel alal on vaja teha täiendavaid uurimistöid. I. Sauga (Viljandi) valgustas hästi läbimõeldult ja konkreetselt steroidhormoonide kasutamise küsimust. Muljeid Nõukogude Liidu esimeselt immuunpatoloogia konverentsilt jagas kuulajatega E. Lipso.

Konverentsi heale kordaminekule aitasid tõhusalt kaasa professor F. Lepa, arstiteaduse kandidaat E. Veinpalu, professor I. Sibula ja dotsent Ü. Lepa sisukad sõnavõtud.

Š. Haitov

SISUKORD

A. SARAP ja U. MEIKAS — Kommunistliku töö liikumisest vabariigi tervishoiuasutustes 3

Teooria ja praktika

A. KLIIMANN ja E. TEEÄÄR — Struuma resektsiooni näidustustest . . . 6

H. PETLEM — Eesnäärme adenomatoosi hormooniravist 11

M. PURDE — Endise Märjamaa rajooni elanike profülaktilisest läbivaatusest vähktõve suhtes 14

A. MARDNA — Retikuloosi (retikuloendotelioosi) kliinilistest iseärasustest . 17

N. ELŠTEIN ja A. RANDVERE — Elektrolüütide tasakaaluhäiretest kardiovaskulaarse puudulikkuse ravimisel 21

M. EITELBERG — Ravimiallergiast . . 26

A. PANDRE ja A. RIHMA — Eesti kaugesõidu kalapüügilaevade meremeeste toitlustamisest 29

M. FARBER — Nimme-ristluu radikuliidi etioloogiast ja patogeneesist . . 33

A. VAPRA — Akuutsetest kopsupõletikkudest mõnede Eesti NSV haiglate andmeil 37

Tervishoiu organisatsioon

I. PODOLSKI — Vabariigi apteekide tööst 1962. aastal ja ülesannetest 1963. aastal 43

СОДЕРЖАНИЕ

А. САРАП и У. МЕЙКАС — Движение за коммунистический труд в учреждениях здравоохранения республики

Теория и практика

А. КЛИЙМАН и Э. ТЕЭЯР — О показаниях к резекции зоба

Х. ПЕТЛЕМ — О лечении гормонами аденоматоза предстательной железы

М. ПУРДЕ — О профилактических осмотрах жителей бывшего Мярьямааского района с целью выявления заболеваний раком

А. МАРДНА — О клинических особенностях ретикулеза (ретикуло-эндотелиоза)

Н. ЭЛЬШТЕЙН и А. РАНДВЕРЕ — О патологии обмена электролитов при лечении недостаточности кровообращения

М. ЭЙТЕЛЬБЕРГ — О лекарственной аллергии

А. ПАНДРЕ и А. РИХМА — О питании моряков эстонских рыболовных траулеров дальнего плавания

М. ФАРБЕР — К вопросу этиологии и патогенеза пояснично-крестцового радикулита

А. ВАПРА — Об острых пневмониях по данным некоторых больниц Эстонской ССР

Организация здравоохранения

И. ПОДОЛЬСКИЙ — О работе аптек республики в 1962 году и задачах на 1963 год

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

S. SALZMAN — Kasvajate metastaasidest luudes 47
E. PERMAND — Munasarjaraseduse juht 49
A. HAAVEL — Kahe ussjätkega haige . 50

E. KUIK — Haigla apteegi töö kogemustest 51

Abiks velskritele ja õdedele

V. SÄRGAVA — Kuulmise parandamise võimalustest tänapäeval 54
O. PIKKSAAR — Tuberkuloosi õigeaegsest avastamisest 59
Ü. VALVERE — Pärasoole vähktõve varajasest avastamisest ambulatoorsel läbivaatusel 61

Arstiteaduse ajaloost

G. KONDRATJEVA — Lühiandmeid helmintoloogia ajaloost Eestis 63

Konverentsid ja nõupidamised

A. NORDBERG — Tervishoiutöötajate Ametiühingu konverents 66
P. ZOBEL — Apteegitöötajate konverents 67
B. SCHAMARDIN — Südame- ja veresoonkonna haigusi käsitlev konverents Moskvas 68
V. SALUPERE — Kroonilise gastriidi probleemi käsitlev teaduslik sessioon 69

Tähtpäevad

I. PODOLSKI 50-aastane 70

Referaate 71

Nekroloogid

Akadeemik Alma Tomingas 72
Professor V. Hiie 73
Stomatoloog H. Kööp 74

Mitmesugust

P. ZOBEL — Ravimtaimede varumise organiseerimisest 1963. aastal . . . 74
J. PÄTS — Uusi ravimpreparaate . . 76

Kroonika 77

Обмен опытом и казуистика

С. ЗАЛЬЦМАН — О метастазах опухолей в костях
Э. ПЕРМАНД — Случай яичниковой беременности
А. ХААВЕЛЬ — Больной с двумя червеобразными отростками слепой кишки
Э. КУЙК — Из опыта больничной аптеки

В помощь фельдшерам и сестрам

В. СЯРГАВА — Возможности улучшения слуха на современном этапе
О. ПИККСААР — О своевременном выявлении туберкулеза
Ю. ВАЛЬВЕРЕ — О раннем выявлении рака прямой кишки при амбулаторных осмотрах

История медицины

Г. КОНДРАТЬЕВА — Из истории гельминтологии в Эстонии

Конференции и совещания

А. НОРДБЕРГ — Конференция профсоюза работников здравоохранения
П. ЦОБЕЛЬ — Конференция аптечных работников
Б. ШАМАРДИН — Конференция по вопросам заболеваний сердечно-сосудистой системы в Москве
В. САЛУПЕРЕ — Научная сессия, посвященная проблеме хронического гастрита

Юбилейные даты

50-летие И. ПОДОЛЬСКОГО

Рефераты

Некрологи

Академик Альма Томингас
Профессор В. Хийе
Стоматолог Х. Кеэп

Разное

П. ЦОБЕЛЬ — Организация заготовки лекарственных растений в 1963 году
И. ПАТС — Новые лекарственные препараты

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»

(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

5

September–Oktoober

6. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS

TALLINN 1963

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранении Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 25. VI 1963. Trükkimisele antud 24. X 1963. Trükiarv 3820. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 7,82. Tellimise nr. 6306. MB-07595.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuse ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

KROONILISTE HEPATIITIDE JA MAKSATSIRROOSIDE RAVIST KORTIKOIDHORMOONIDEGA

(Kirjanduse ülevaade)

Arstiteaduse kandidaat *V. SAARMA*

(Tartu Riikliku Ülikooli hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *L. Päi*)

Krooniliste hepatiitide ja maksatsirrooside ravi probleem on seoses haigete arvu tõusuga muutunud viimastel aastakümnetel võrdlemisi aktuaalseks. Maksale omistatakse üle neljakümne erineva funktsiooni. Seetõttu ei ole krooniliste hepatiitide või maksatsirroosi efektiivne ravi mõeldav ühe või paari vahendiga, vaid ravi peab toimuma komplekssselt.

Viimastel aastatel on sellesse kompleksi lülitatud hormooniravi, eeskätt hüpofüüsi eessagara adrenokortikotroopse hormooni (AKTH) ja neerupealise koore glükokortikoidide (kortisoon, prednisoon, prednisoloon jt.) manustamise näol. Tõuke hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi hormoonide rakendamiseks krooniliste maksapõletikkude ja tsirroosi ravimisel on andnud sellesuunalised eksperimentaalsed ja kliinilised uurimised. Need hormoonid mõjustavad süsihüdraatide, valgu ja rasva ainevahetust, diureesi, sapi-eritust, maksa regeneratsiooni ning sidekude, toimides ühtlasi soodsalt põletikuvastase vahendina. H. Selye (34) järgi alandavad kortikoidhormoonid põletikust tingitud kapillaaride kõrgenenud läbilaskvust, pidurdavad granulatsiooni teket ja kasvu, samuti põletikulist ödeemi ja eksudatsiooni. Neid tähelepanekuid kinnitavad ka G. Mjodnik (4,5), M. Goldgraber ja J. Kirschner (22) jt.

Lõplikult on veel selgitamata hüpofüsaar-adrenaalkorteksi hormoonide toimemehhanism sapi ainevahetusesse. On teada, et hepatiidihaigete bilirubiinipeegel langeb ja sapi-eritus tõuseb kiiresti, kui neile manustada AKTH või glükokortikoide. N. Skakuni (7) eksperimendid koertega näitasid, et AKTH ja samuti kortisoon tõstavad mao sekretoorset tegevust, eriti soolhappe produktsiooni. Viimane põhjustab sapi-erituse tõusu. Ja vastupidi, M. Medvedjev (3) täheldas hüpofüsektomeeritud loomadel sapipõie kokkutõmmete nõrgenemist, ühtlasi eritatava sapihulga tunduvat vähenemist. Et oklusiooni puhul need hormoonid ei langeta vere bilirubiinipeeglit, rakendasid A. Minarelli ja M. Galassini (31) nimetatud tähelepanekuid parenhümatoosse ja obturatsiooniikteruse diferentsiaaldiagnostikas. Jälgides hepatiidihaigete maksa pigmentainevahetust eristasid nad kortikoidhormoonide toime kolme faasi: 1) sapikanalite deblokeerimise faas, mida soodustab hormoonide põletikuvastane toime, mis likvideerib periportaalse turse ning pidurdab mesenhümaalset reaktsiooni maksas; 2) funktsionaalne taastumisfaas, mil maksarakkude talitlus paraneb neisse prednisooni toimel ladestuva glükogeeni tõttu ja 3) bilirubiini ainevahetuse aktiveerimise faas, mil hormoonid stimuleerivad bilirubiini ainevahetust.

Ka M. Goldgraberi ja J. Kirschneri (22) andmeil tõuseb maksa glükogeenisisaldus kortisooni toimel. L. Lewis kaastöötajatega (28) tõestas, et adrenaalkorteks võimaldab süsihüdraate formeerida proteiinide tagavarast. Ühtlasi selgitasid need autorid kortekshormoonide süsihüdraate utiliseeriva omaduse.

Vähem selge on nende hormoonide toimemehhanism valgu ja rasva ainevahetusse. Selles suhtes on kirjanduse andmed koguni vasturääkivad. On täheldatud, et hüpofüsektomeeritud loomadel maksa valgusisaldus ja süntees väheneb [S. Gassanov (1)]. N. Judaev ja M. Lebedeva (9) märkasid aga valgu sünteesi elavnemist kortisooni toimel. Ka S. Zoeckler (40) sedastas maksatsirroosiga haigetel kortisooniravi rakendamisel albumiinide tõusu veres, ehkki maksa funktsionaalsed testid ravi vältel ei muutunud. D. Bermanni ja kaastöötajate (14) andmeil võimaldavad korteksihormoonid adrenalektomeeritud loomadel taas proteiini formeerimist ning elustavad maksarakkude regeneratsiooni. Hoopis vastupidisel seisukohal asuvad aga W. Dontenwill ja H. Frank (16) ning G. Mjodnik (6). Mainitud autorid ei täheldanud proteiini sünteesi elavnemist AKTH ja kortisooni toimel. Nad arvavad, et kortikoidhormoonid ei mõjusta valgu metabolismi.

Veelgi erinevamaid arvamusi leidub hüpofüsaar-adrenokortikaalhormoonide toime kohta rasva ainevahetusse. Nii täheldas D. Bermann kaastöötajatega (14) adrenalektomeeritud valgetel rottidel maksa tugevat rasvväärastust, A. Lamache kaastöötajatega (27) — maksa rasvinfiltratsiooni vähenemist katseloomadel kortisooni süstimise järel. S. Leitese ja G. Jakuševa (2) arvates on AKTH toime maksa rasvasisaldusse erinev eksperimentaalse hepatoosi erinevatel arenguastmetel: hepatoosi kujunemise perioodil ei mõjusta AKTH maksa rasvasisaldust, küll aga hepatoosi reparatsiooniperioodil vähendab maksa rasvväärastust.

Krooniliste maksahaiguste ravimisel on kortikoidhormoonid näidustatud veel oma võime tõttu pidurdada sidekoe proliferatsiooni. Eksperimentaalselt on kortisooniravi kasutamisel konstateeritud kollageeni vähenemist maksas [M. Goldgraber ja J. Kirschner (22)]. S. Asagoe (10) ja K. Atermanni (12) arvates takistab kortisoon maksa sidekoestumist ainult siis, kui seda manustatakse katseloomadele samaaegselt maksa kahjustust põhjustava toksilise ainega (tetrakloorsüsinik), sest hormooni hilisemal rakendamisel jääb efekt ära. Samalaadseid andmeid esitavad ka P. Wahi, H. Tandon ja T. Bharadwaj (35, 36), kes näitavad, et kortisoon redutseerib maksa sidekude ainult eksperimentaalse tsirroosi teatavas staadiumis. Nende arvates toimib kortisoon ainult prokollageenisse, kuid ei mõjusta kollageeni. On võimalik, et need autorid, kes eitavad kortikoidhormoonide pidurdavat toimet sidekoe proliferatsiooni [S. Zoeckler (40) jt.], uurisid katseloomi maksatsirroosi hilisperioodil. On tõenäone, et kortisooni erinev toime maksa kahjustuse erinevatel astmetel oleneb organismi reaktiivsuse tasemest, eriti neerupealise koore funktsionaalsest seisundist [V. Saarma ja E. Põldvere (33)].

Maksatsirroosi ravikompleksis ei tohi puududa diureesi soodustavad vahendid. Eriti on nende manustamine näidustatud astsiidiga kulgevatel haigusjuhtudel. Head diureetilist efekti on saadud prednisooni või prednisolooni pikemaajalisel kasutamisel [P. Vesin kaastöötajatega (38), M. Cachin (15), M. Ševeljagina (8) jt.)]. P. Vesin kaastöötajatega (38) ravis 32 astsiidiga maksatsirroosi põdevat haiget deltakortisooniga järgmise skeemi kohaselt: esimesel päeval 40 mg, teisel päeval 30 mg, järgneva 20 päeva vältel 20 mg *pro die*. Neljateistkümnel haigel saavutati väga hea raviefekt, mis püsis üle aasta, neljal haigel kadus astsiit paariks kuuks, neljateistkümnel haigel ravi ei andnud tulemusi. M. Cachini (15) andmeil saame deltakortisooniga head diureetilist efekti 3—7 päevaga. M. Ševeljagina (8) arvates korrigeerib prednisoon sekundaarset hüperaldosteronismi, mis on tingitud kahjustatud maksa puudulikust aldosterooni inaktiveerimisest. Astsiidi tekkes mängib olulist osa ka maksa kahjustusest põhjustatud hüpoalbumineemia, mida mõnede autorite arvates kortikoidhormoonide rakendamine aitab korrigeerida. Diureesi tunduv tõus saadi prednisolooni ja klorotiasiidi kombineeritud kasutamisel. [A. Redeker kaastöötajatega (32)]. Mainitud autorid manustasid 18 maksatsirroosiga haigele 12 mg

prednisooni koos 2 g klorotiasiidiga päevas, mille tagajärjel astsiit kõikidel haigetel kadus.

Kortikoidhormoonide raviannuste suhtes ei ole ühtset seisukohta. Enamik autoreid koguni hoiatab annuse standardiseerimise eest. Hormoone tuleb ordineerida iga haige puhul individuaalselt, olenevalt maksa kahjustuste astmest, organismi reaktiivsuse seisundist, suhteliste vastunäidustuste olemasolust jne. C. Franzini ja G. Perolini (19), kes kasutasid astsiidiga maksatsirroosi põdeva haige ravimisel prednisooni annuses 25—40 mg päevas 20—90 päeva vältel, täheldasid pooltel juhtudest diureesi tõusu, astsiidi ja ödeemi kadumist, isu paranemist ja vere albumiini ning globuliini koefitsiendi normaliseerumist. Nende autorite arvates on prednisooni peamine ründepunkt interstitsiaalne kude.

Pikema kestusega ravikuure soovitab J. Wilson kaastöötajatega (39), kes rakendasid tsirroosiga haigete puhul kortisooni suu kaudu alanevates annustes keskmiselt 40 mg päevas 18 kuu vältel ning 18-kuulise vaheaja järel taas kortisooni 50 mg päevas kahe ja poole aasta vältel, alandades viimasel kuul annust 15 mg-le päevas.

Ravikuuri vältel haigete enesetunne paranes, kliinilised nähud taandusid ning maksa talitlusproovid normaliseerusid. Kuid pärast ravi lõpetamist nihkusid kõik maksatalitluse biokeemilised näitajad taas patoloogiilises suunas, ehkki patsiendi enesetunne jäi rahuldavaks. H. Kalki (24) arvates peab krooniliste maksahaigete hormooniravi olema pikaajaline. Ta soovitab nimetatud ravi alustada alles siis, kui tavalised meetodid ei anna 4—6 nädala vältel oodatud tulemusi. Ravikuure soovitab ta teha kahe aasta vältel 4—6-nädalaste tsüklitena vaheldumisi sama pikkade intervallidega. Selline ravi annab H. Kalki andmeil efekti 80%-l juhtudest.

Kirjanduses leidub vähe andmeid maksa allergilistest haigestumistest, ehkki maks on esimene elund, kuhu valgud soolest satuvad. See probleem on tõenäoliselt lahendamata uurimisvõtete puudulikkuse tõttu. Alates 1956. a. on ilmunud esimesi andmeid nn. lupoidhepatiidi kohta.: I. Mac Kay kaastöötajatega (29) sai hepatiidihaigetel positiivse *lupus erythematodes*'e testi (LE). LE rakkude esinemine maksahaigete veres lubas oletada, et neil juhtudel on tegemist allergilise antigeen-antikeha reaktsiooniga. Kõikidel lupoidhepatiidiga haigetel saavutasid mainitud autorid hea remissiooni kortisooniraviga, mida nad seletasid kortikoidhormoonide antiallergilise toimega. Positiivset LE testi, ilma et samaaegselt oleks esinenud süsteemipärasele *lupus erythematodes*'ele iseloomulikke teisi kliinilisi nähte, täheldasid hepatiidihaigetel ka M. Goldgraber ja J. Kirschner (23). D. Gadjusekil (20, 21) õnnestus komplemendi fikseerimise testi abil kindlaks teha autoantikehade olemasolu kroonilise hepatiidiga haigete veres.

Esitatud kirjanduse andmed viitavad kortikoidhormoonide kui desensibiliseerivate ainete rakendamise vajadusele krooniliste hepatiitide ja tsirrooside ravimisel.

Veelgi vajalikumaks osutub hormooniravi *coma hepaticum*'i puhul. Juba H. Eppinger (17) arvas, et *coma hepaticum*'i puhul on tegemist neerupealiste koore insufitsientsiga. Kooma patogenees ei ole veel lõplikult selgitatud. Kaasaegse kontseptsiooni kohaselt põhjustab maksahaigetel komatoosse seisundi amiinohapete desamineerimishäiretest tingitud ammoniaagi kontsentratsiooni tõus veres. Ammoniaagi kuhjumine toimub nii kusiaine puuduliku sünteesi kui ka sooletrakti bakteriaalse ensümaatilise protsessi tagajärjel [D. Labby (26), L. Webster ja G. Gabuzda (37), A. Fischer (18)]. Tekkinud ammoniaagi sidumiseks on vaja glutamiinhapet [G. Martini (30)], A. Aschkenasy ja G. Wellersi (11) andmeil on glutamiinhappe utilisatsiooniks vajalikud glükokortikoidid suurtes annustes, kuna väikesed annused ei anna efekti. Samal seisukohal on enamik autoreid. näiteks kasutas G. Kirschhock (25) teiste ravimite kõrval kooma ravi-

misel kortisooni järgmise skeemi kohaselt: 1. päeval 500 mg, 2. päeval 300 mg, 3. päeval 250 mg, 4. ja 5. päeval 200 mg, järgneva 10 päeva jooksul 100 mg ning lõpuks 50 mg päevas, saavutades sellega paranemise. D. Labby (26) soovitab pikema aja vältel manustada 200—300 mg kortisooni ööpäevas. Korduvaid õnnestumisi *coma hepaticum*'i ravimisel kortisooni või prednisooni lisandamisel kirjeldavad veel J. Benhamon kaastöötajatega (13) (vt. ka Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 48—49).

Esitatud kirjanduse ülevaade näitab, et krooniliste hepatiitide ja maksatsirrooside kaasaegse ravi põhjendatud ja efektiivsust tõstvaks koostisosaks peavad olema AKTH ja kortikoidhormoonid.

KIRJANDUS

1. Гасанов С. Г. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1959, 5, 5, 40—44. — 2. Лейтес С. М., Якушева Г. С. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1962, 3, 3, 7—10. — 3. Медведев М. А. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1962, 1, 1, 39—44. — 4. Медник Г. Л. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1957, 2, 2. 40—42. — 5. Медник Г. Л. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1957, 3, 3, 61—63. — 6. Медник Г. Л. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1957, 3, 6, 36—39. — 7. Скакун Н. П. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1958, 4, 3, 28—30. — 8. Шевелягина М. И. Терапевт. архив 1960, 6, 38—46. — 9. Юдаев Н. А., Лебедева М. Б. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии 1957, 3, 6, 13—20. — 10. Asagoe, S. Jap. Arch. Int. Med., 1959, 6, 11, 1059—1064. — 11. Aschkenasy, A., Wellers, G. Endocrinology, 1959, 65, 172—177. — 12. Atermann, K. AMA Arch. Path., 1954, 57, 1, 26—29. — 13. Benhamon, J., Hartmann, L., Fauvert, R. Semaine Hopitaux Paris, 1956, 34, 1978—1979. — 14. Bermann, D., Sylvester, M., Hay, E., Selye, H. Endocrinology, 1947, 41, 258—264. — 15. Cachin, M. Semaine Hopitaux Paris, 1961, 6, 333—386. — 16. Dontenwill, W., Frank, H. Z. ges. exptl. Med., 1957, 128, 6, 629—639. — 17. Eppinger, H. Die Leberkrankheiten. Wien, 1937. — 18. Fischer, A. Z. Ärtzl. Fortbild. 1961, 13, 761—767. — 19. Franzini, C., Perolini, G. Il Fegato, 1958, 4, 52, 212—218. — 20. Gadjusek, D. AMA Arch. Int. Med., 1958, 101, 215—219. — 21. Gadjusek, D. Nature, 1957, 179, 666—668. — 22. Goldgraber, M., Kirschner, J. AMA Arch. Int. Med., 1959, 49, 469—482. — 23. Goldgraber, M., Kirschner, J. AMA Arch. Int. Med., 1959, 103, 354—368. — 24. Kalk, H. Acta gastroent. belg., 1958, 21, 12, 765—768. — 25. Kirschhock, G. Therapie der Gegenwart, 1959, 9, 343—345. — 26. Labby, D. Am. J. Dig. Dis., 1958, 3, 2, 126—136. — 27. Lamache, A., Bourel, M., Cheonel, M. Semaine Hopitaux Paris, 1957, 33, 1716—1730. — 28. Lewis, L., Kuhlmann, D., Delbue, C., Koepp, G., Thorn, G. Endocrinology, 1940, 27, 971—974. — 29. MacKay, I., Taft, L., Cowering, D. C. Lancet, 1956, 2, 1323—1326. — 30. Martini, G. Dtsch. med. Wochenschr., 1961, 28. 1351—1353. — 31. Minarelli, A., Galassini, M. Minerva med., 1960, 51, 93, 3950—3955. — 32. Redeker, A., Kuzma, O., Reynolds, T. Arch. Int. Med., 1960, 105, 4, 594—600. — 33. Saarma. V., Põldvere, E. Kogumik: Meditsiini teooriast ja praktikast, Tartu, 1962. — 34. Selye, H. The story of the adaptation syndrome. Montreal, 1952. — 35. Wahi, P., Tandon, H., Bharadwaj, T. AMA Arch. Path., 1956, 62, 3, 200—214. — 36. Wahi, P., Tandon, H., Bharadwaj, T. AMA Arch. Path., 1956, 62, 3, 215—217. — 37. Webster, L., Gabuzda, G. AMA Arch. Int. Med., 1959, 1, 15—21. — 38. Vesin, P., Jacquier, C., Baulieu, S., Cattan, R. Bull. Soc. Med. Paris, 1957, 14, 15, 383—397. — 39. Wilson, J., Shorth, I., Varley, I., Horwat, M. Gastroenterology, 1958, 39, 7, 345. — 40. Zoeckler, S. Gastroenterology, 1954, 26, 6, 878—886.

О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ ГОРМОНАМИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

(Обзор литературы)

В. Саарма

Резюме

В статье даётся обзор данных литературы, показывающих обоснованность включения АКТГ и гормонов коры надпочечников в терапевтический комплекс при хронических гепатитах и циррозах печени.

Применение гормонов показано вследствие противовоспалительного действия их: они уменьшают проницаемость стенок капилляров, затормаживают развитие воспали-

тельного отека и эксудации, а также противодействуют возникновению и росту грануляций.

Гормоны коры надпочечников понижают содержание билирубина в крови, способствуют выделению желчи, повышают накопление гликогена в печени и способствуют образованию углеводов за счёт протеинов.

Не вполне еще выяснен механизм действия этих гормонов на обмен белков и жиров.

Угнетающее действие гормонов коры надпочечников на пролиферацию соединительной ткани, а также усиление ими диуреза, являются факторами, обосновывающими их применение в лечении больных хроническими заболеваниями печени.

В литературе имеются высказывания, предостерегающие от стандартизации доз гормонов при лечении ими. Дозы и продолжительность применения кортикальных гормонов должны быть индивидуальными, в зависимости от степени повреждения печени и состояния реактивности организма.

Можно полагать, что при помощи этих гормонов окажется возможным эффективно лечить даже гепатическую кому.

BOTKINI TÕVE KLIINIKUST JA RAVIST

J. ŽELANDOVSKAJA, R. MAI, M. SIDOROV ja *L. SOKOLOVA*

(Tallinna Linna Nakkushaiglast, peaarst *J. Želandovskaja*)

Alljärgnevalt esitame andmed 632 Botkini tõvega haige kliinilise iseloomustuse ja ravi kohta. Neist oli täiskasvanuid 372 ja lapsi 260; 0—1-aastasi — 1, 1—3-aastasi — 110, 3—8-aastasi — 35 ning 114 last olid 8—14 aastat vanad. Valdaval osal (628) kulges haigus kollasusega ja ainult 4 haiget põdes kollasuseta vormi.

Botkini tõve kollasuse-eelne periood ja kollasuseta vormide kliinilised nähud on väga mitmesugused. Kollasuse-eelsel perioodil esines meie haigetel peamiselt kolm kliinilist sündroomi: düspeptiline, pseudoreumatoidne ja pseudogripoosne (tabel 1).

Tabel 1

Botkini tõve kollasuse-eelse perioodi kliinilised variandid täiskasvanuil ja lastel

Haigete eluiga	Arv	Kliinilised variandid				
		düspeptiline	pseudoreumatoidne	pseudogripoosne	pseudotüfoosne	sümptoomideta
Täiskasvanud	372	215	64	37	3	53
Lapsed	260	194	3	25	—	38
Kokku	632	409	67	62	3	91
%	100,0	64,7	10,6	9,8	0,5	14,4

Botkini tõve kollasuse-eelse perioodi kestuse kohta on kirjanduse andmed väga erinevad. A. Mjasnikovi järgi kestab kollasuse-eelne periood 3—5 päeva, N. Stražesko järgi 5—8 päeva, S. Pospelovi ja J. Mazeli järgi aga mitte üle 10 päeva. Teiste autorite andmetel on kollasuse-eelne periood tunduvalt pikem. V. Ždanovi järgi isegi 2—8 nädalat.

Meie haigla materjalid kollasuse-eelse perioodi kestuse kohta on esitatud tabelis 2.

Tabelist nähtub, et Botkini tõve kõige lühem kollasuse-eelne periood esineb düspeptiliste nähtudega haigetel.

Botkini tõbe on kollasuse-eelses järgus kliiniliselt väga raske diagnoosida, millega seletubki asjaolu, et enamik haigetest hospitaliseeritakse

haiguse järgneval perioodil, s. o. kollasuse ilmnemisel; kollasuseta kulgeva variandi korral aga ei avastata haigust kaugeltki alati.

Haigete ravile suunamise ajad olid järgmised: 632 täiskasvanust ja lapsest hospitaliseeriti haiguse 1 kuni 5 päevani — 32,7%, 6 kuni 10 päevani — 38,3%, 11 kuni 20 päevani — 23%. Pärast 21 päeva möödumist paigutati haiglasse 5,9% haigetest.

Tabel 2

Botkini tõve kollasuse-eelse perioodi kestus täiskasvanuil ja lastel

Kollasuse-eelse perioodi kliinilised variandid	Haigete arv	Kollasuse-eelse perioodi kestus nädalates			
		1	2	3	4.
Täiskasvanuil					
Düspeptiline	215	109	71	27	8
Pseudoreumatoidne	64	12	21	26	5
Pseudogripoosne	37	6	18	11	2
Pseudotüfoosne	3	—	3	—	—
Kokku %	319 (100)	127 (39,9)	113 (35,4)	64 (20)	15 (6,8)
Lastel					
Düspeptiline	194	123	62	9	—
Pseudoreumatoidne	3	—	3	—	—
Pseudogripoosne	25	10	9	6	—
Kokku %	222 (100)	133 (59,8)	74 (33,4)	15 (6,8)	—

Botkini tõve õiget diagnoosi on haiguse esimestel päevadel võimalik määrata arstide teatava valvsuse korral, epidemioloogilise anamneesi hoolikal uurimisel ja kollasuse-eelse perioodi kõigi võimalike sündroomidega arvestamisel. Peale selle tuleb tähelepanu pöörata maksa, mõnikord ka põrna suurenemisele, samuti kuse värvuse muutumisele. Et haigust kollasuse-eelsel perioodil või kollasuseta variandi puhul varajaselt diagnoosida, soovitame kust uurida urobiliini ja sapipigmentide suhtes.

Esitame ülevaate ühest kollasuseta haigusjuhust.

Haige S., kolm aastat ja kolm kuud vana (haiguslugu nr. 1763), toodi Tallinna Linna Nakkushaiglasse 18. aprillil 1960 rahuldavas seisundis. Haigestus 11. aprillil 1960. Haigus algas nõrkuse ja isukaotusega, 16. aprillil kaasusid köha ja nohu, temperatuur tõusis 38,2° ning püsis ainult 1 päeva. Samaaegselt täheldati kuse tumedamaks muutumist. Perekonnas oli varem esinenud tüüpilise kuluga Botkini tõve juhte. Jaanuari lõpul haigestus esimesena lapsehoidja, veebruaris ema, märtsis vanem vend. Haige vaatlusel sedastati limase eritise eritumist ninast, katarraalseid muutusi neelus, maksa suurenemist. Esimesel läbivaatusel haiglas ja järgmistel päevadel ei täheldatud skleerade ja naha kollasust. Rindkere-elundid erilise muutuseta.

Vere analüüs: hgb. 73%, leukots. 4500. SR — 5 mm, eosinof. 3%, keppt. 1%, segmentt. 38%, lümfots. 45%, monots. 13%. Kuses urobiliini jäljed. Vereseerumis bilirubiini 6,24 mg% (Bokaltšuki järgi), sublimaadi tiiter — 2,2. Rooja külvid düsenteeria ja tüüfus-paratüüfuste rühma bakterite suhtes negatiivsed. Pärast vastavat ravi kirjutati haige 40. haiguspäeval koju. Diagnoos: Botkini tõbi (kollasuseta kerge kuluga äge vorm).

Meie tähelepanekute järgi on haiguse kulg raskem täiskasvanutel, lapsed taluvad haigust kergemini.

80%-l lastest kestis haiguse kollasuse periood mõnest päevast kuni ühe kuuni ja 20%-l üle ühe kuu. Kollasus püsis kauem täiskasvanuil — mõnest päevast kuni ühe kuuni 44%-l haigetest, üle ühe kuu 56%-l haigetest.

Botkini tõve spetsiifilist ravi seni veel ei ole, kuid aegsasti alustatud sümptomaatiline ravi vähendab haiguse kulu raskust, tüsistuste arvu

Tabel 3

Botkini tõbe põdevate haigete jagunemine kulu raskuse järgi

Haigete eluiga	Arv	Kliinilised vormid		
		raske	keskmise raskusega	kerge
Täiskasvanud	372	42(11,3%)	176(47,3%)	154(41,4%)
Lapsed	260	3(1,2%)	61(23,4%)	196(75,4%)

ja muudab prognoosi soodsamaks. Botkini tõbe põdevaid haigeid ravisime kompleksselt, arvesse võttes haiguse raskust, arenemisfaasi ja kaasnevaid haigusi ning tüsistusi. Peab märkima, et tähtsamaks raviteguriks on ratsionaalne toitmine ja pikaajaline voodirežiim. Kõikidele haigetele süstiti veeni 40%-list glükoosilahust 20—30 ml päevas. Raskesti haigetele niristati veeni või naha alla 5%-list glükoosilahust 500—1000 ml ööpäevas, samuti süstiti naha alla 5—8 TÜ insuliini. Koos 40%-lise või 5%-lise glükoosilahusega manustati 3—5 ml 5%-list askorbiinhapet. Arvestades, et Botkini tõve puhul kannatab mao- ja kõhunäärme sekretoorne talitlus, määrasime kõikidele haigetele 2%-list soolhapet koos pepsiiniga 15 ml ja 0,5 pankreatiini kolm korda päevas.

Raskesti haigetele süstisime lihasesse 2 ml antianemiini ja 10 mg B_{12}-vitamiini vaheldumisi üle päeva. Sapipõie ja sapiteede põletikulist laadi tüsistuste puhul saavutasime head terapeutilist efekti antibiootikumide (penitsilliin, levomütsetiin, streptomütsiin) manustamisel. Oleme märganud, et sapipõie ja sapiteede põletikuline protsess muudab Botkini tõve kulgu, s. o. pikendab haiguse kollasuse perioodi, soodustab haiguse alaägedaks ja krooniliseks muutumist. Kortisooni ja AKTH tarvitati 31 raskesti haige ravimisel. Nende preparaatide terapeutilise efekti kohta ei saa meie oma väheste kogemuste alusel arvamust avaldada.

Botkini tõbe põdevate haigete jälgimine näitab, et nende poolt kasutatud voodipäevade arv on suur. Võivad esineda üleminekud alaägedasse ja kroonilisse vormi. Haigus võib põhjustada ägedat maksadüstroofiat. Keskmine voodipäevade arv lastel oli 39,3 päeva, täiskasvanutel — 36 päeva. Rahuldavas seisundis kirjutati välja 623 haiget, haiglas viibimise ajal muutus haigus krooniliseks 6 isikul. Pahaloomuline haiguse kulg — äge maksadüstroofia — esines 3 (0,5%) täiskasvanud haigel.

Järeldused

1. Jälgisime 632 Botkini tõbe põdevat haiget (372 täiskasvanut ja 260 last).

2. Haiguse kollasuse-eelsel perioodil esines peamiselt kolm kliinilist sündroomi: düspeptiline (64,7%), pseudoreumatoidne (10,6%), pseudogripoosne (9,8%) ja tunduvalt harvemini pseudotüfoidne (0,5%). Sümptoomideta kollasuse-eelset perioodi täheldasime 14,4%-l haigetest.

3. Kõige lühem Botkini tõve kollasuse-eelne periood esines düspeptilise sündroomiga haigetel: üks nädal (täiskasvanuil) 50,7%, lastel — 63,3%-l haigetest. Pseudoreumatoidse ja pseudogripoosse sündroomi puhul kestis kollatõve-eelne periood 2—3 nädalat, täiskasvanuil 75,2%-l ja lastel 64,2%-l haigetest.

4. Enamikul lastest kulges haigus kerge vormina (75,4%), täiskasvanuil aga, vastupidi, esines sagedamini raske ja keskmise raskusega hai-

guse kulg (58,6%). Haiguse pahaloomulist kulgu — ägedat maksadüstroofiat — täheldati 3 (0,5%) täiskasvanud haigel.

5. Vastava dieedi ja voodirežiimi ning maksa funktsiooni taastamisele suunatud abinõude rakendamisel on ravitulemused rahuldavad. Kui esineb sapiteede põletik, on antibiootikumide (penitsilliin, süntomütsiin, streptomütsiin) manustamine näidustatud.

О КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ БОТКИНА

Е. Желандовская, Р. Май, М. Сидоров и Л. Соколова

Резюме

Клинические явления преджелтушного периода и безжелтушных форм болезни Боткина очень разнообразны. В преджелтушном периоде наблюдались преимущественно три клинических синдрома: диспептический (64,7%), псевдоревматоидный (10,6%), псевдогриппозный (3,8%) и значительно реже — псевдотифоидный (05,%). Бессимптомный преджелутушный период наблюдался нами в 14,4% случаев.

Наиболее короткий преджелтушный период (одна неделя) отмечен у 50,7% взрослых больных и у 63,3% больных детей с диспептическим синдромом. У 75,2% взрослых и 64% больных детей с псевдоревматоидным и псевдогриппозным синдромами преджелтушный период длился 2—3 недели.

У большинства детей (75,4%) наблюдалась легкая форма заболевания, у взрослых же, наоборот, заболевание чаще сопровождалось тяжелым и средней тяжести течением (58,6%). Злокачественное течение болезни — острая дистрофия печени была у трех взрослых больных (0,5%).

При соответствующей диэте и соблюдении постельного режима, применяемое специальное лечение, направленное на восстановление нарушенных функций печени, оказывает вполне удовлетворительный эффект. При воспалении желчевыводящих путей, показано применение антибиотиков — пенициллина, синтомицина и стрептомицина.

HETEROHEMAGLUTINATSIOONI-REAKTSIOON JA NAKKUSLIK KOLLATÕBI

Arstiteaduse kandidaat *J. REINARU, T. BELOSAPKINA, E. NÄRSKA* ja *L. KRITSEVSKAJA*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat A. Jannus, ja Tallinna Linna Nakkushaiglast, peaarst J. Želandovskaja)

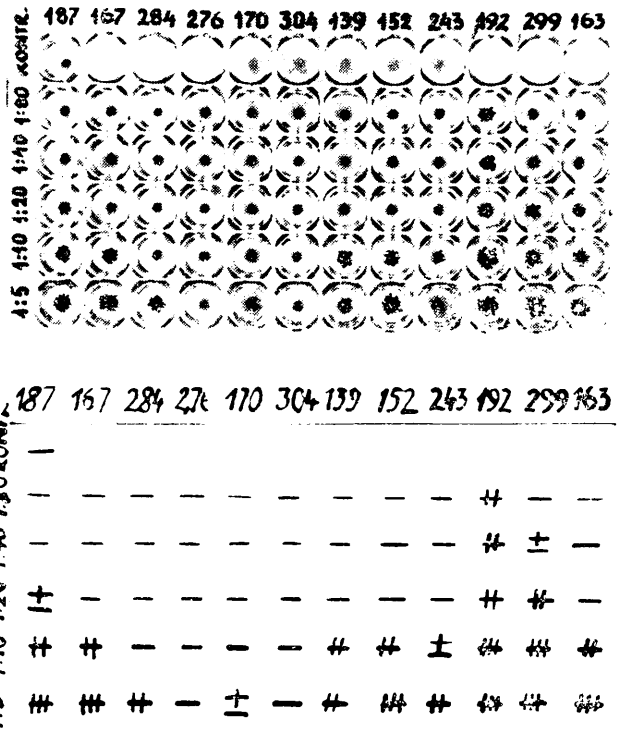
Nakkusliku kollatõve profülaktika ja diagnoosimise küsimused püsivad keskse kohal nii meil kui ka kogu maailmas. Eriti raske on nakkusliku kollatõve kollasuseta ja pühkunud haigusvormide ning varajase, kollasuse-eelse perioodi diagnoosimine.

Nakkusliku kollatõve koldes ei määrata veel laialdaselt vereseerumi aldolaasi ja transaminaasi aktiivsust kontaktsetel, ehkki see võimaldaks enamikul juhtudest avastada haiguse varjatud ja prodromaalfaase. Mainitud fermentide määramine ei võimalda aga kindlaks teha haiguse inkubatsiooniperioodi täies ulatuses ega lahenda viirusekandmise küsimust kontaktsetel. Kahjuks ei ole ka need fermendid küllaldaselt tundlikud ja spetsiifilised nakkusliku kollatõve suhtes.

Kirjanduses omistatakse mõningate autorite poolt nakkusliku kollatõve diagnoosimisel suurt tähtsust heterohemaglutinatsiooni-reaktsioonile (1, 2, 3, 8, 11, 12, 13). Vastava kirjanduse analüüsimisel selgus, et iga autor on kasutanud erinevat reaktsioonimetoodikat ning seetõttu ei saadud ühesuguseid tulemusi. Reaktsioonimeetodi erinevus seisneb peamiselt selles, et nad kasutasid heterohemaglutinatsiooni-reaktsiooni (HHAR) sooritamisel erinevaid erütrotsüüte, nagu oina, kanapoegade, ahvide, inimeste, küülikute, mittedoonorkukkede jt., ning seetõttu said nad ka väga

erinevaid tulemusi. M. Aleinik ja S. Taranjuk (1) ning D. Golubev (3, 4) soovitavad nakkusliku kollatõve diagnoosimisel kasutada doonorkukkede erütrotsüüte. Sel teel õnnestus neil reaktsiooni diagnostilist väärtust tunduvalt tõsta.

Meie rakendasime oma uuringutel järgmist HHAR metoodikat. Uuritav seerum inaktiveeriti 56° C juures 30 minuti vältel. Erütrotsüüdid saadi vere defibrineerimisel steriilsetes tingimustes (verd võeti spetsiaalselt väljavalitud doonorkukkede harjast sisselõike teel tilkhaaval, kokku 1—2 ml). Erütrotsüüte pesti tsentrifugeerimisel steriilse füsioloogilise lahusega 3—6 korda seni, kuni lahus erütrotsüütide sademe peal muutus värvituks ja selgesti läbipaistvaks, siis valmistati neist 0,5%-line suspensioon füsioloogilise lahusega. Korralikult pestud ja kuivatatud polüsteroolplaatide lohkudes (14) tehti füsioloogilise lahusega järgmised uuritava seerumi lahjendused: 1 : 5, 1 : 10, 1 : 20, 1 : 40, 1 : 80 jne. Selliste lahjenduste saamiseks võetakse esimesse lohku 1,6 ml füsioloogilist lahust, järgmistesse aga 1,0 ml (sama palju lahust kallatakse erütrotsüütide kontroll-lohku). Esimesse lohku lisatakse 0,4 ml uuritavat inaktiveeritud seerumit, kusjuures saame seerumi lahjenduses 1 : 5; seejärel võetakse esimesest lohust 1,0 ml seerumit ja viiakse see järgmisse lohku, saades siin lahjenduse 1 : 10, sealt 1,0 ml jällegi järgmisse jne. Viimasest lahjendusest, mida kontroll-lohku üle ei kanta, valatakse 1,0 ml seerumit välja. Järgnevalt pipeteeritakse igasse lahjendusse 0,5 ml 0,5%-list erütrotsüütide suspensiooni (kaasa arvatud ka kontroll-lohk). Pärast nimetatud suspensiooni lisamist tuleb plaadiga teha kergeid ringikujulisi liigutusi nii, et erütrotsüüdid seerumilahjenduses hästi suspendeeruksid. Seejärel asetatakse plaat reaktsiooni toimumiseks külmutuskappi +4° C juures. Reaktsiooni hinnatakse 18 tunni möödumisel palja silmaga (vt. foto), kusjuures positiivseks reaktsiooniks peetakse (D. Golubevi järgi) 1 : 20 ja suuremaid lahjendusi (4).



HHAR oli kõige selgemini välja kujunenud pärast 18 tunni möödumist, 2—4 tunni järel aga ei olnud reaktsiooni tulemus küllaldaselt piiritletav. 40—48 tundi pärast plaadi asetamist külmutuskappi kadus reaktsiooni selgus, sest erütrotsüüdid lagunesid. Kontrollisime ka erütrotsüütide 1%-list suspensiooni paralleelselt 0,5 protsendilisega. Selgus, et viimane andis nähtavama aglutinatsiooni. Erütrotsüütide suspensioon säilitas reaktsiooniks vajalikud omadused 6—7 päeva vältel, kauem alal hoitud ja konserveeritud erütrotsüüdid ei andnud selgeid tulemusi. Inaktiveeritud seerum säilitab reaktsiooniks vajalikud omadused ühe kuu vältel ainult siis, kui seerum on võetud steriilselt ja säilitatakse külmutuskapis +4° C juures.

Paralleelselt doonorkukkede erütrotsüütidega jälgisime HHAR tulemusi oina erütrotsüütidega 239 seerumil, mis olid saadud nii nakkuslikku kollatõbe põdevatelt haigetelt kui ka kooliõpilastelt. HHAR oina erütrotsüütidega ei andnud meie poolt kasutatud lahjendustes oodatavaid tulemusi. Nähtavasti esinevad oina erütrotsüütidega tehtud reaktsiooni normi piirväärtused nakkusliku kollatõve puhul seerumi kõrgemates lahjendustes kui doonorkukkede erütrotsüütide kasutamisel.

Uurides nakkuslikku kollatõbe põdevate haigete HHAR tiitri positiivseid tulemusi, selgus, et haigla tingimustes on otstarbekas kasutada veel suuremaid seerumilahjendusi (kuni 1:320). Kirjeldatud HHAR-ga uurisime 156 nakkuslikku kollatõbe põdevat haiget, keda raviti Tallinna Linna Nakkushaiglas; korduvalt uurisime 58 haiget (kokku tegime HHAR 238 korral). Tulemused näitasid, et HHAR oli nakkusliku kollatõve kollasusega vormi puhul teisel haigusnädalal positiivne 95%-l ja kolmandal haigusnädalal 88%-l juhtudest. Seejuures ei täheldatud erilist seost haiguse raskuse ja HHAR tiitri tõusu vahekordades, mis on ka tõenäoline, sest HHAR mehhanism ja olemus on ilmselt erinevad, võrreldes teiste kliiniliste ja laboratoorsete näitajate olemusega nakkusliku kollatõve puhul.

HHAR sooritasime ka nendel haigetel, kes suunati Tallinna Linna Nakkushaiglasse nakkusliku kollatõvega, kuid kelle puhul diagnoosid kinnitust ei leidnud. Ilmnes, et 37 haigest 22-l oli HHAR negatiivne, positiivseid juhte tiitrites 1:40 ja 1:80 esines 11 haigel. Viimastel oli peamiselt diagnoositud düsenteeriat ja lamblioosi. HHAR oli negatiivne selliste haiguste puhul, nagu mao- ja seedetrakti-vähk, maokatarr ja haavandtõbi, gripp, angiokoletsüstiit, enterokoliit ja angiin. Muudegi andmete kõrvutamisel selgus, et HHAR näib olevat nakkusliku kollatõve puhul diferentsiaaldiagnostiline väärtus.

Seitsmes koolis korraldatud uurimise andmete analüüsimine näitas, et kõigis neis koolides ja ka klassides, kus õpilased olid haigestunud nakkuslikku kollatõppe, oli HHAR positiivse reaktsiooni keskmine tiiter kõrgem kui nendes klassides, kus haigusjuhte ei esinenud. Näiteks P. koolis, kus möödunud õppeaastal nakatus kollatõppe ainult üks õpilane, leiti nädal pärast õpilase haigestumist positiivseid HHAR ainult 9 õpilasel 63-st (1:20 — 8 õpilasel ja 1:40 — ühel juhul). Teistsuguseid tulemusi saime M. Keskkoolis, kus uurisime 428 õpilast; nendel täheldati positiivset tiitrit (1:40 ja 1:80) 120 õpilasel. Samal ajal selgitasime, et 150-l esines anamneesis 1—2 kuu vältel kaebusi, mis on iseloomulikud nakkuslikule kollatõvele selle prodromaalperioodil. Maksa suurenemist ja valulikkust sedastati 38 õpilasel ning vereseerumi aldolaasi või transaminaasi aktiivsus oli kõrgenenud 428-st 35 õpilasel. Mainitud keskkooli kõigile õpilastele oli manustatud gammaglobuliini viis kuud enne meie poolt korraldatud läbivaatust. Kollasusega haigusvormi põdes möödunud õppeaastal enne uuringuid ainult üks õpilane.

Uurimised näitavad, et HHAR annab positiivseid tulemusi ka varjatud kuluga haigusjuhtudel. Juhtudel, kus on tegemist kontakti võimalustega, on HHAR sageli ainuke positiivne näitaja. Sellest nähtub, et HHAR on üks tundlikumaid reaktsioone nakkusliku kollatõve diagnoosimisel, kuid tuleb silmas pidada, et siin ei saa rangeid paralleele tõmmata teiste laboratoorsete näitajatega.

Hemaglutinatsiooni-reaktsioon on viroloogias üks tähtsamaid teste (5,6). Et teatava haiguse viirused adsorbeeruvad mõningate loomade ja inimeste erütrotsüütidele, osa aga ainult üksikute loomade erütrotsüütidele või nõuavad erinevat reaktsioonimeetodit, on mainitud reaktsiooni võimalik kasutada ka viirushaiguste diferentseerimisel. Kui arvestada hemaglutinatsiooni-reaktsiooni olemust infektsioosse mononukleoosi (7,9), epideemilise parotiidi (6,10) ja gripi (5) diagnoosimisel — mis on küllaltki põhjalikult selgitatud —, siis võib arvata, et ka nakkusliku kollatõve pu-

hul põhineb HHAR antigeeni (viiruse) ja erütrotsüüdi vastastikusel toimel.

Uurimiste esialgsed tulemused lubavad öelda, et HHAR-ga saab kollatõve puhul avastada varjatud ja pühkunud haigusvorme, haiguse kollasuse-eelset faasi, eriti aga viirusekandmist enne ja pärast kollasuse perioodi ning kollasuse perioodil. Kirjanduse andmeil esineb selliseid viirusekandjaid, kes ei haigestu või põevad haiguse läbi lühiajaliselt, latentselt mõne teise diagnoosi all.

HHAR on nakkusliku kollatõve puhul ilmselt suure diagnostilise ja epidemioloogilise tähtsusega. Meetod on küllaltki lihtne ja seda on võimalik rajooni tingimustes edukalt rakendada nii kontaktsete kui ka haigete väljaselgitamiseks ja jälgimiseks viirusekandmise suhtes. Peab silmas pidama, et metoodika oleks ühtne ja kasutataks nende kukkede erütrotsüüte, kes on tsentraliseeritud korras kontrollitud ja diagnostilisteks doonorkukkedeks määratud.

KIRJANDUS

1. Алейник М. Д., Таранюк З. Е. Вопр. вирусологии, 1960, 1, 83—87. — 2. Ананьев В. А., Ткачев П. Г., Назаретян Е. Л., Невраева О. Г. Сб. трудов под. ред. Е. М. Тареева и А. К. Шубладзе, Болезнь Боткина (Эпидемический гепатит), 1956, 221—228. — 3. Голубев Д. Б. Вопр. вирусологии, 1960, 5, 582—586. — 4. Голубев Д. Б. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 1958, 4, 24—25. — 5. Жданов В. М., Соловьев В. Д., Эпштейн Ф. Г. Учение о гриппе. М., 1958, 75. — 6. Зильбер Л. А. Учение о вирусах. М., 1956, 118—127. — 7. Маринеску Г. Острый инфекционный лимфоцитоз и инфекционный мононуклеоз. Бухарест, 1961, 215. — 8. Нуромская О. А. Здравоохр. Белоруссии 1960, 2, 37—39. — 9. Предтеченский В. Е. Руководство по клиническим лабораторным исследованиям. М., 1960, 881. — 10. Шубладзе А. К. и Селимов М. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 1953, 1, 48. — 11. Colobert, L., Maitre, P., Duffrene, A. Ann. Inst. Pasteur 1959, 97, 4, 560—570. — 12. Havens, W. Arch. intern. Med. 1960, 106, 3, 327—334, — 13. Morrison, L. M., Clair, E. B., Hoyt, R. E.; Stevens, M. R. Gastroenterology 1958, 35, 5, 478—481. — 14. Tapupere, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 2, 58.

РЕАКЦИЯ ГЕТЕРОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ И БОЛЕЗНЬ БОТКИНА

И. Рейнарц, Г. Белошапкина, Э. Нярска, Л. Кричевская

Резюме

До настоящего времени еще отсутствуют чувствительные лабораторные методы, с помощью которых можно было бы уверенно диагностировать безжелтушные, стертые формы, преджелтушный период и носительство вируса болезни Боткина. Некоторые авторы дают положительную оценку реакции гетерогемагглютинации (РГГА) с донорскими петушиными эритроцитами, применяемой для диагностики этой болезни.

Авторы данной работы показали, что чувствительность РГГА и четкость результатов зависят от используемых эритроцитов доноров-петухов.

Приводится подробное описание методики постановки РГГА и рекомендуется внедрять в лабораториях эпидслужбы применение реакции в очагах инфекции для выявления безжелтушных, стертых форм, преджелтушного периода и вирусоносительства болезни Боткина. Особенно подчеркивается, что при постановках реакции необходимо применять единую методику и использовать эритроциты определенных доноров-петухов.

KANTARIDIINIVILLI EKSUDAADI PROTEINOLOOGILISTEST MUUTUSTEST REUMA JA REUMATOIDSE ARTRIIDI PUHUL

K. VALGMA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge* ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Kliinilise ja Eksperimentaalse Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Kantaridiiniplaastri abil tekitatud naha aseptilist põletikku epidermisesisese villi näol on uuritud peamiselt tsütoloogilisest aspektist lähtudes ning püütud saadud andmete põhjal järeldusi teha sidekoe reaktiivsuse kohta. Kantaridiinivilli eksudaadi valkude uurimisele pühendatud tööde arv on märksa väiksem ja tööde tulemused sageli lahkuminevad. Varasemates uurimustes määrati ja võrreldi ainult kantaridiinivilli eksudaadi ning vereseerumi koguvalku [H. Eppinger (9), A. Iljin (3), M. Gänsslen (10)], hilisemates töödes on tähelepanu pööratud albumiinide ja globuliinide vahekorrale seroosse põletiku koldes ning paralleele tõmmatud nende ja vastavate fraktsioonide vahel vereseerumis [E. Lovtski (4), M. Pistrak ja A. Raševskaja (7), H. Leitner ja W. Thalmann (12)]. Üksikud autorid [E. Okulova (5)] on kantaridiinivilli eksudaadi valgufraktsioonide eraldamiseks kasutanud paberelektroforeesi.

Kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu ja üksikute valgufraktsioonide sisaldust seostatakse kapillaaride permeaablusega, s. o. kapillaaride seinte läbitavusega vedelikkude ja nendes sisalduvate ainete suhtes. Koguvalgu ja jämedisperssete valkude hulga suurenemist kantaridiinivilli eksudaadis peetakse kapillaaride permeaabluse tõusu tunnuseks [H. Eppinger (9), E. Lovtski (4)]. R. Patušinskaja (6) ja W. Ries kaastöötajatega (13) täheldasid kantaridiinivilli eksudaadi valgu muutuste paralleelsust Landise poolt väljatöötatud kapillaaride permeaabluse uurimise meetodiga.

M. Pistrak ja A. Raševskaja (7), Z. Bõhhovski (2), R. Astahhova (1), M. G. Gänsslen (10), H. Eppinger (9), B. Ansell kaastöötajatega (8) rakendasid kantaridiinivilli meetodit kapillaaride permeaabluse uurimiseks reuma ja reumatoidse artriidiga haigetel, kusjuures nad konstateerisid kapillaaride permeaabluse tõusu kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu ja globuliinide hulga suurenemise alusel. Paberelektroforeesi on reuma- ja reumatoidse artriidiga haigete kantaridiinivilli eksudaadi valkude uurimiseks kasutanud vaid üksikud autorid [E. Okulova (5)].

Määrasime vereseerumi ja kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu, albumiinide ja globuliinide suhte ning valgufraktsioonid 98 reuma- ja 34 reumatoidse artriidiga haigel, kes viibisid 1961.—1962. a. Tartu Linna Kliinilises Haiglas ravil. Uuritavate hulgas oli 102 naist ja 30 meest vanusega 15—67 a. Äge reuma esines 42 haigel, alaäge 28 haigel ja kliiniliselt mitteaktiivne reuma 28 haigel. Ägedat reumatoidset artriiti diagnoositi 20 juhul, alaägedat 7 juhul ja kliiniliselt mitteaktiivset reumatoidset artriiti 7 juhul. Kontrollrühma moodustasid 25 kliiniliselt tervet inimest.

Vereseerumi ja kantaridiinivilli eksudaadi koguvalk ning valgufraktsioonid määrati kliiniliselt tervetel inimestel ühekordselt, reuma- ja reumatoidse artriidiga haigetel enne kliinilise ravi alustamist, korduvalt ravi vältel ja selle lõpetamisel ning 2 kuud pärast kliinilise ravi lõpetamist.

Vereseerumi ja kantaridiinivilli eksudaadi koguvalk määrati refraktomeetri abil, valgufraktsioonid aga paberelektroforeesi teel. Kantaridiinivilli tekitamiseks kasutati 2×2 sm suurust ja 1 mm paksust kantaridiiniplaastrit, mis kinnitati õlavarre eesmisele pinnale leukoplasti abil. 22 tunni pärast aspireeriti villi sisaldis ja mõõdeti selle hulk.

Töö tulemuste analüüsimisel kasutati variatsioonstatistilisi meetodeid.

Enne kliinilise ravi alustamist oli reumahaigete kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu, gamma-, alfa$_2$- ja alfa$_1$-globuliinide sisaldus märksa kõrgem, albumiinide sisaldus ja albumiinide ning globuliinide suhe märksa madalam kontrollrühma vastavatest keskmistest (P on väiksem kui 0,05). Beeta-globuliinide hulk ei olnud oluliselt

muutunud. Reumatoidse artriidiga haigetel oli tervete inimestega võrreldes koguvalgu ja kõigi globuliinifraktsioonide (välja arvatud alfa$_1$-globuliinide) sisaldus suurenenud, albumiinide sisaldus ja albumiinide ning globuliinide suhe vähenenud (P on väiksem kui 0,05). Haiglaravi vältel lähenesid kantaridiinivilli eksudaadi proteinoloogilised näitajad normaalväärtustele, kuid jäid kliinilise ravi lõpetamisel normaalsest oluliselt erinevaks (välja arvatud beeta-globuliinid) nii reuma kui ka reumatoidse artriidi puhul. Ka ambulatoorsel järelkontrollil 2 kuu pärast osutus kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu ja kõigi globuliinide sisaldus, välja arvatud beeta-globuliinid reumatoidset artriiti põdevatel haigetel, normaalsest oluliselt kõrgemaks ning albumiinide sisaldus ja albumiinide ning globuliinide suhe normaalsest tunduvalt madalamaks (P<0,05). Seega, mida ägedam oli reumaatiline või reumatoidne haigusprotsess, seda kõrgem oli kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu, gamma-, beeta- ja alfa$_2$-globuliinide ning madalam albumiinide sisaldus ja albumiinide ning globuliinide suhe.

Reuma südamevormi korral oli kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu ja gamma-globuliinide hulk suurem ning alfa$_1$-globuliinide hulk väiksem kui südame-liigesevormi puhul (P>0,05).

Kantaridiinivilli eksudaadi valgu muutuste sõltuvus ägeda reuma puhangute arvust polnud statistiliselt tõestatav.

Kantaridiinivilli eksudaadi normaalsete ja patoloogiliste proteinoloogiliste näitajatega juhtude arv vähenes paralleelselt haiguse aktiivsuse vaibumisega. Reumat ja reumatoidset artriiti põdevate haigete hospitaliseerimisel esines kõige sagedamini patoloogilisi nihkeid albumiinide, gamma- ja alfa$_2$-globuliinide hulgas, kliinilise ravi lõpetamisel albumiinide, alfa$_1$-, alfa$_2$- ja gammaglobuliinide puhul. Ambulatoorselt kontrollitud reumahaigetel erinesid normaalväärtustest kõige sagedamini albumiinid, alfa$_1$- ja gamma-globuliinid.

Kliiniliselt aktiivse reumatoidse artriidi puhul olid kantaridiinivilli eksudaadi proteinoloogilised muutused tugevamad ja sagedamad kui reuma korral. Kantaridiinivilli eksudaadi valguspektri normaliseerumine ei sõltunud oluliselt erinevatest ravimeetoditest.

Elektronarvutusmasina abil arvutati kantaridiinivilli eksudaadi proteinoloogiliste näitajate korrelatsioonid reumatoidse artriidi ja reuma aktiivsusega ning väljendati korrelatsioonikordaja r abil *. Reumatoidse artriidi puhul korreleerusid haiguse kliinilise aktiivsusega kõige paremini albumiinide ja globuliinide suhe (r = — 0,608), beeta-globuliinid (r=0,579) ja albumiinid (r = — 0,546). Reumahaigetel ilmnes kõige tihedam seos albumiinide ja globuliinide suhte ning haiguse kliinilise aktiivsuse vahel (r = — 0,600). Veidi väiksem oli albumiinide ja reuma ägeduse ning alfa$_2$-globuliinide ja reuma ägeduse vaheline korrelatsioon (r vastavalt — 0,566 ja 0,520).

Meie arvates oleneb kantaridiinivilli eksudaadi proteinogramm vereseerumi koguvalgust ja valgufraktsioonide vahekorrast ning kapillaaride permeaablusest. Kantaridiinivilli eksudaadi proteinoloogiliste näitajate sõltuvust vereseerumi valkudest kinnitab nende omavaheline tihe korrelatsioon. Nii oli reumahaigetel vereseerumi ja kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu korrelatsiooni kordaja r 0,639, albumiinide ning globuliinide suhte r 0,798, gamma-globuliinidel 0,851, beeta-globuliinidel 0,547, alfa$_2$-globuliinidel 0,824, alfa$_1$-globuliinidel 0,446 ja albumiinidel 0,807. Reumatoidse artriidi puhul oli korrelatsioonikordajate väärtustel sama järjekord, nimelt 0,678, 0,884, 0,812, 0,538, 0,874, 0,404 ja 0,827. Sellele vaatamata ei saa kantaridiinivilli eksudaadi valgulises koostises toimunud muutusi seletada ainuüksi vereseerumi koguvalgu ja valgufraktsioonide kvantitatiivsete nihetega. Kui võrrelda vereseerumi ja kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu, albumiinide ning globuliinide suhte ja üksikute valgufraktsioonide keskmisi väärtusi, selgub, et reuma puhul oli vereseerumi koguvalk 2% võrra madalam, kantaridiinivilli eksudaadi koguvalk aga 19% võrra normaalsest kõrgem. Albumiinide ja globuliinide suhe oli vereseerumis langenud 32%, kantaridiinivilli eksudaadis 59% võrra jne. Analoogiline, kuid veelgi suurem diferents ilmnes vereseerumi ja kantaridiinivilli eksudaadi valkude kõrvutamisel reumatoidset artriiti põdevatel haigetel.

Saadud andmete põhjal jagame H. Eppinger'i (9), B. Ansell'i ja kaastöötajate (8) seisukohta kantaridiinivilli eksudaadi proteinogrammi sõltumise kohta kapillaaride permeaablusest reuma ja reumatoidse artriidi puhul. Reuma ja reumatoidse artriidiga haigetel suureneb kapillaaride läbilaskvus seerumivalkude, sealhulgas jämedisperssete valgufraktsioonide suhtes, mis viib kantaridiinivilli eksudaadi koguvalgu sisalduse suurene-

---

* Korrelatsioonikordaja r väljendab kahe vaadeldava suuruse omavahelist seost, muutub nullist üheni ja tal on lisaks absoluutväärtusele + või — märk. Mida suurem on r, seda tihedam on kahe vaadeldava suuruse omavaheline seos. Positiivse r korral on vaadeldavate suuruste muutumine ühesuunaline, negatiivse r puhul kaasneb ühe vaadeldava suuruse väärtuste kasvuga teise suuruse väärtuste kahanemine.

misele ja valgufraktsioonide vahekorra muutumisele gamma-, beeta- ja alfa$_2$-globuliinide kasuks. Mida ägedam on haigusprotsess, seda suurem on kapillaaride läbitavus seerumivalkude, sealhulgas globuliinide suhtes. Kui silmas pidada kantaridiinivilli eksudaadi valgu muutuste sõltuvust reuma ja reumatoidse artriidi aktiivsusest ning normaalsete vahekordade aeglast taastumist, võib kantaridiinivilli eksudaadi proteinogrammi määramist kasutada nimetatud haiguste aktiivsuse hindamisel.

KIRJANDUS

1. Астахова Р. В. Педиатрия, 1957, 35, 8, 53—60. — 2. Быховский З. Е. Ревматические и неревматические заболевания суставов и их санитарно-курортное лечение. М., 1962. — 3. Ильин А. В. Клинич. медицина, 1963, 14, 4, 586—589. — 4. Ловцкий Е. А. Врачебн. дело, 1941, 3, 199—203. — 5. Окулова Е. М. Сов. медицина. 1960, 25, 11, 9—13. — 6. Патушинская Р. А. Педиатрия, 1952, 3, 76—76 — 7. ПистракМ. и Рашевская А. Материалы клиники по возрастной патофизиологии. М., 1937, 281—286. — 8. Ansell, B. M., Antonini, F. and Glynn, L. E. Clin. Sci. 1953, 12, 4, 367. — 9. Eppinger, H. Die seröse Entzündung. Wien, 1936. — 10. Gänsslen, M. Münchener med. Wochenschr., 1922, 69, 263—264. — 11. Kutzim, H. Dermatol. Wochenschr., 1952, 126, 50, 1192—1194. — 12. Leitner, H. I., Thalmann, W. Acta med. scand., 1948, 131, 4, 342—367 — 13. Ries, W., Egler, E., Möbius, M. Dtsch. Z. Verdauungs und Stoffwechselkrankh., 1956, 16, 2—3. 93—99.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ БЕЛКОВ ЭКСУДАТА КАНТАРИДИНОВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

К. Валгма

Резюме

У больных ревматизмом и ревматоидным артритом определяли в течение стационарного лечения и через 2 месяца после окончания курса лечения общий белок и белковые фракции сыворотки крови и эксудата кантаридинового пузыря. При активном ревматизме и ревматоидном артрите содержание альбуминов в эксудате кантаридинового пузыря оказалось пониженным, содержание общего белка и глобулинов, в первую очередь гамма- и альфа-глобулинов, повышенным. В течение курса лечения белковые показатели эксудата кантаридинового пузыря приблизились к нормальным величинам, но во многих случаях отличались от нормы после окончания стационарного лечения, и даже через 2 месяца после выписки из больницы. Изменения в количестве белков эксудата кантаридинового пузыря были тесно связаны с изменениями белков сыворотки крови и клинической активностью ревматизма и ревматоидного артрита. По мнению автора протеинограмма эксудата кантаридинового пузыря выражает и белковый состав сыворотки крови и изменения в проницаемости капилляров и может быть использована для определения активности ревматизма и ревматоидного артрита.

VERESEERUMI MUKOPROTEIIDIDE JA SIAALHAPPE MÄÄRAMISEST REUMA JA REUMATOIDSE ARTRIIDIGA HAIGETEL

(Autoreferaat)

K. KÕRGE, K. VALGMA ja *V. POOLAK*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*, ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Kliinilise ja Eksperimentaalse Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Viimastel aastatel on mitmete haiguste aktiivsuse hindamisel tähelepanu äratanud valksüsivesikühendite, nn. glüko- ja mukoproteiidide määramine veres. Erilist huvi on tekitanud vereseerumi valksüsivesikühendite ja nende süsivesikkomponentide uurimine reuma, reumatoidse

artriidi jt., nn. kollagenoosside puhul. Paljud autorid (M. Adam, G. J. van Leeuwen kaastöötajatega jt.) peavad mukoproteiidide sisaldust veres üheks paremaks reuma ja reumatoidse artriidi aktiivsuse näitajaks. L. M. Rõnskaja jt. töödes juhitakse tähelepanu vereseerumi valksüsivesikühendite ühe komponendi — siaalhappe sisalduse ja reuma ning reumatoidse artriidi kliinilise aktiivsuse paralleelsusele. Siaalhappe hulga kõikumine vereseerumis on nimetatud haiguste ägeduse peegeldamisel väga tundlik.

Et välja töötada omapoolset seisukohta antud küsimuses, määrasime vereseerumi mukoproteiide 75 reuma ja 25 reumatoidse artriidiga haigel, siaalhapet 36 reuma ja 13 reumatoidse artriidiga haigel, kes viibisid 1961.—1962. a. statsionaarsel ravil Tartu Linna Kliinilises Haiglas. Patsientide vanus oli 15—67. aastat. Vereseerumi mukoproteiidide suhtes uuritute hulgas oli 36 ägeda, 20 alaägeda ja 19 kliiniliselt mitteaktiivse reuma juhtu, siaalhappe suhtes uuritute hulgas 19 ägedat, 12 alaägedat ja 5 kliiniliselt mitteaktiivset haigusjuhtu. Reumatoidset artriiti põdevate haigete hulgas olid vastavad arvud 16, 5, 4 ja 9, 4, 1.

Vereseerumi mukoproteiide ja siaalhapet uuriti enne kliinilise ravi alustamist, osal haigetel korduvalt ravi vältel ja selle lõpetamisel ning 2 kuud pärast statsionaarset ravi. Siaalhapet määrati Hess, Coburn, Bates ja Murphy meetodil, mukoproteiide Janoušeki meetodil.

Töötulemuste analüüsimisel kasutati variatsioonstatistilisi meetodeid. 25 kontrollrühma kuuluval inimesel saadi vereseerumi mukoproteiidide keskmiseks väärtuseks 0,203 optilise tiheduse ühikut (OTÜ), siaalhappe keskmiseks väärtuseks 0,224 OTÜ. Ägeda reuma puhul ulatus vereseerumi mukoproteiidide sisaldus 0,433, siaalhappesisaldus 0,356 OTÜ. Ägeda reumatoidse artriidi puhul olid vastavad arvud 0,420 ja 0,396. Vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappe nivoo oli seda kõrgem, mida ägedam oli haigusprotsess. Märkimist väärib normaalsest kõrgem mukoproteiidide keskmine sisaldus reuma ja reumatoidse artriidi kliiniliselt mitteaktiivses staadiumis (0,250 OTÜ).

Vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappesisaldus vähenes paralleelselt reuma ja reumatoidse artriidi kliiniliste nähtude vaibumisega, kusjuures haiglast lahkumisel jäi aga normaalsest märksa kõrgemaks (reuma puhul mukoproteiidid 0,289, siaalhape 0,254 OTÜ, reumatoidse artriidi puhul mukoproteiidid 0,316, siaalhape 0,281 OTÜ). Veel 2 kuud hiljem läbiviidud ambulatoorsel järelkontrollil polnud vereseerumi mukoproteiidid ja siaalhape täiesti normaliseerunud. Nii oli ambulatoorselt kontrollitud reumahaigetel keskmine mukoproteiidide sisaldus 0,246, siaalhappesisaldus 0,254 OTÜ. Reumatoidse artriidi puhul olid vastavad keskmised näitajad 0,272 ja 0,250 OTÜ.

Dotsent L. Võhandu ja A. Laumetsa juhendamisel arvutati vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappe lineaarne korrelatsioon reuma ja reumatoidse artriidi aktiivsusega ning väljendati see korrelatsioonikordaja r abil. Vereseerumi mukoproteiidid ja siaalhape osutusid reuma kliinilise aktiivsusega tihedasti korreleeruvaks (r vastavalt 0,648 ja 0,665). Reumatoidse artriidiga haigetel oli vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappe korrelatsioon haiguse kliinilise aktiivsusega nõrgem.

Vereseerumi mukoproteiidid ja siaalhape osutusid tundlikumateks reuma ja reumatoidse artriidi aktiivsuse näitajateks kui SR ja vereseerumi proteinogramm, kuid jäid tundlikkuse poolest maha kapillaaride resistentsuse proovist.

Kokkuvõttes võib öelda, et vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappe määramine on enam-vähem võrdse tundlikkusega ning reaktsioonid kulgevad paralleelselt. Vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappesisaldus sõltub reuma ja reumatoidse artriidi aktiivsusest ning on hea-

deks haigusprotsessi dünaamika ja ravi efektiivsuse näitajateks. Vaadeldavate uurimismeetodite kõrgele tundlikkusele viitavad mukoproteiidide ja siaalhappe kõrgenenud väärtused nimetatud haiguste kliiniliselt mitteaktiivses staadiumis.

Meetodi lihtsuse tõttu soovitame praktilises töös kasutada siaalhappe määramist.

PARALLEELPATOLOOGIAST KUI DIFERENTSIAALDIAGNOSTILISEST PROBLEEMIST SISEHAIGUSTE KLIINIKUS

J. GROSS

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Tavaliselt püüab arst haige diagnoosimisel sümptoome ja kliinilist leidu seostada ühe haigusega. Ent on võimalik, et ühel haigel on samaaegselt kaks või rohkem üksteisest sõltumatut patoloogilist protsessi (*resp.* haigust) [O. Naegeli (7)]. Kahe või enama haiguse (s. o. paralleelpatoloogia) puhul on õige diagnoosi panemine komplitseeritud ülesanne ja mõnel juhul isegi võimatu.

Igapäevase elu vajadused sunnivad meid üha rohkem tähelepanu pöörama paralleelpatoloogiale ja selle diagnoosimisele järgmiste asjaolude tõttu.

1. Paralleelpatoloogia esinemise võimaluse alahindamine ja diferentsiaaldiagnostilised raskused sel puhul põhjustavad kliinilisi eksidiagnoose [S. Rubašov (2), M. Bürger, (4), G. Pernstick (8)]. T. Pankova (1) andmetel oli 12,5%-l juhtudest kliiniliste ja anatoomiliste diagnooside lahkumineku põhjuseks diagnoosimata jäänud paralleelpatoloogia. 2. Elanikkonna keskmine vanus on viimastel aastakümnetel suuresti tõusnud. Vanemaealistel inimestel esineb paralleelpatoloogiat sagedamini kui noortel [L. Delius ja Fr. Kramer (5)]. 3. Iga aastaga suurenevad ravimise võimalused ka komplitseeritud haigusjuhtude puhul, eduka ravi aluseks on aga täpne, nn. kasuistiline diagnoos.

S. Rubašovi (2) andmetel on kahe haiguse puhul võimalik kaks põhimõttelist sümptoomide kombinatsiooni.

I. Kliinilises pildis prevaleerivad ühe haiguse sümptoomid, teine haigus aga kulgeb varjatult ja seetõttu on viimase diagnoosimine (vähemalt haiguse algul) praktiliselt võimatu.

Näide 1. (Kõik näited on Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnast). Naishaige S., 74 aastat vana (haiguslugu nr. 2987. 1961). Kliiniliselt diagnoositi müelomatoosi, lahangul leiti sellele lisaks vasakus neerus 3×3 sm suurune hüpernefroom, mis kliinilisi sümptoome ei andnud.

Näide 2. Naishaige K., 71 aastat vana (haiguslugu nr. 3053/1959). Haigel oli müokardi infarkt, mis lõppes südame ruptuuriga. Lahangul leiti lisaks sapikivitõbi, mis kulges sümptoomideta.

II. Mõlemad haigused on küllaltki erinevate sümptoomidega, mille tõttu diagnoosimine on kergem.

Näide 3. Meeshaige S., 46 aastat vana (haiguslugu nr. 1177/1960). Haige kannatas aastaid bronhiaalastma ja sapikivitõve all, viimane põhjustas sapiteede oklusiooni, mis nõudis kirurgilist ravi.

Näide 4. Meeshaige I., 35 aastat vana (haiguslugu nr. 1297/1960). Haavandtõve tõttu järjekordselt ambulatoorsel ravil viibival haigel tekkis müokardi eesseina infarkt.

Eriti raskete diferentsiaaldiagnostiliste probleemidega puutume kokku siis, kui ühel haigel on kaks või mitu haigust, mille sümptoomid teataval määral ühte langevad. Toome mõned näited.

Näide 5. Meeshaige S., 54 aastat vana (haiguslugu nr. 3739/1960 ja 1209/1961). Haige oli 1959.—1961. a. korduval kliinilisel ravil kroonilise lümfadenoosi, retsidiveeruva bronhiidi ja kroonilise südame ja vereringe puudulikkuse tõttu. Põhihaigus oli lokaliseerunud nii perifeersetes kui ka mediastinaalsetes lümfisõlmedes. Röntgenoloogilisel uuringul avastati mõlemas kopsus väätjas-sõlmiline joonis, mida peeti lümfadenoosi avaldusvormiks ega uuritud lähemalt. Lahangul diagnoositi: lümfadenoos, dissemineerunud fibrokavernoosne kopsutuberkuloos ja 3. haigusena maovähk (metastaasideta).

Näide 6. Naishaige V., 52 aastat vana (haiguslugu nr. 2216/1959). 1959. a. veebruaris süstiti haigele vasakusse reide B_1-vitamiini süstlaga, mis sisaldas veidi BCG-vaktsiini. Tekkis vasaku reie infiltraat ja kaks fistulit, kauakestev subfebriliteet, liigesevalud, leiti suurenenud lümfisõlmed parema kaenla all, kaelal ja vasakus kubemes. Haigel raviti ligikaudu 1 aasta tuberkuloosset lümfadeniiti. Et parema kaenla all lümfisõlmed ei vähenenud, vaid pikkamööda suurenesid ja tekkis valu paremasse õlga ning SR ei langenud, tehti kaela lümfisõlmest biopsia. Koetükikese histoloogiline diagnoos — vähk. Seejärel avastati paremas rinnanäärmes kombeldav tuumor. Diagnoos leidis kinnitust ka lahangul (haiguslugu nr. 1448/1960).

Näide 7. Naishaige A., 38 aastat vana (haiguslugu nr. 3495/1961). 6 aastat tagasi diagnoositi tal omandatud hemolüütilist aneemiat. Oktoobris 1961. a. tekkis kiiresti progresseeruv aneemia, mida peeti järjekordseks hemolüütiliseks kriisiks (osa laboratoorseid analüüse viitas sellele). Haige suri raske hemorraagilise diateesi nähtudega. Lahangul leiti hemolüütilise aneemia tunnuste kõrval (punane luuüdi reieluu diafüüsis ja splenomegaalia) maovähk ja selle metastaasid luuüdis.

Näidetest selgub, et ühe diagnoosi olemasolu, mis seletas üldjoontes kogu kliinilise leiu tähenduse, ei stimuleerinud kõigi kliiniliste uuringute õigeaegset teostamist (nagu lümfisõlme biopsia, näide 6). Seetõttu jäi paralleelpatoloogia (antud juhtudel osaliselt kokkulangevate sümptoomidega) diagnoosimata.

Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas on viimastel aastatel veel kahel juhul esinenud raskusi kahe osaliselt kokkulangevate sümptoomidega haiguse diagnoosimisel: süüfilist põdenud haigel oli raskusi *endocarditis lenta* diagnoosimisega; varem kõhukelme ja soolte liiteid diagnoositud haigel ei avastatud kahe kuu jooksul soolekasvajat.

Analoogiliste diferentsiaaldiagnostiliste probleemide komplitseerituse illustreerimiseks toome veel ühe näite (kus põhihaiguse oletatav komplikatsioon ja diagnoosimata jäänud kaasnev haigus võisid üldjoontes anda sama kliinilise pildi).

Näide 8. Meeshaige V., 67 aastat vana (haiguslugu nr. 3533/1960). 6. ravinädalal (põhidiagnoos oli müokardi infarkt) tekkis äkkvalu kesk- ja alakõhtu, soolesulgus ja lõpuks peritoniit. Haigel esinevat kliinikut peeti mesenteriaalarteri trombroosiks (loogiline seos põhihaigusega!), lahangul leiti sigmasoole vähk, soole perforatsioon ja peritoniit. Seedehäireid enne müokardi infarkti haigel ei olnud. Soole perforatsiooni diagnoosimisel oleks muidugi tehtud laparotoomia ja püütud haiget päästa.

Esitatud andmed lubavad eespool mainitud S. Rubašovi paralleelpatoloogia (*resp.* kahe haiguse interferentsi) jaotust täiendada veel kolmanda võimalusega — mõlema haiguse sümptoomide osalise ühtelangemisega. Ka täiendatud kujul on S. Rubašovi jaotus ainult staatiline skeem, mille kasutamisel tuleb arvestada haiguse staadiumi ja kulu iseärasusi (teine haigus tekib varem diagnoositud haiguse ajal, haige pöördub arsti juurde juba kahe väljakujunenud haigusega jne.).

Paralleelpatoloogia diagnoosimiseks ei ole leitud senisest erinevaid, uusi diagnoosimisvõtteid. R. Hegglini (6) andmetel diagnoositakse sisehaiguste kliinikus 70% haigetest juba täpse anamneesi abil, 20% haigetest vajab lisaks tavalist kliinilist uurimist ja 10% haigetest — eriuuringuid (peamiselt biokeemilised ja endoskoopia), kusjuures diagnoosi juhtmotiiviks on 1—2—3 kardinaalset sümptoomi (O. Naegeli). Komplitseeritud haigusjuhtudel ja eriti vanemaealiste haigete puhul tuleb loobuda ainuüksi nn. kardinaalsete sümptoomide otsimistest ja nende järgimisest ühe haiguse diagnoosimise sihiga. Peab vaagima kogu haiguse sümp-

toome ja kliinilist pilti ka paralleelpatoloogia esinemise võimaluse aspektist ning ravi käigus korduvalt diagnoosi õigsust kontrollima. Haige jälgimisel on väga oluline nn. uute sümptoomide avastamine ja interpreteerimine. Varem sama haiget ravinud arstil on uute sümptoomide õige hindamine paralleelpatoloogia avastamiseks palju hõlpsam.

Paralleelpatoloogia õigeaegse diagnoosimise eelduseks on ka diagnoosi püstitamise metoodika gnoseoloogiliste aluste tundmine ja esinenud diagnoosimisvigade analüüsimine samast aspektist lähtudes. K. Tarassovi (3) järgi on diagnoosimisvigade põhilisteks gnoseoloogilisteks allikateks arsti subjektivism ja metafüüsiline mõtlemine.

Paralleelpatoloogia diagnoosimine on tänapäeval praktilise elu vajadus ega kuulu meditsiiniliste rariteetide või kitsa kasuistika piiridesse. Õige diagnoosi püstitamise metoodika ja paralleelpatoloogia võimalusega arvestamine aitavad meid üle saada enamikest diagnoosimise raskustest paralleelpatoloogia puhul.

KIRJANDUS

1. Панкова Т. А. Диагностические ошибки, их причины и важнейшие источники. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Иваново, 1955. — 2. Рубашов С. М. Диагностические ошибки. Кишинев, 1950. — 3. Тарасов К. Е. В кн.: Философские вопросы медицины (сборник статей). М., 1962, 116—153. — 4. Bürger, M. Klinische Fehldiagnosen. Stuttgart. 1954. — 5. Delius, L., Kramer, Fr. Internist, 1962, 4, 209—211. — 6. Hegglin, R. Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Stuttgart, 1957. — 7. Naegeli, O. Differentialdiagnose in der inneren Medizin. Leipzig, 1936—1937. — 8. Pernstick, G. Münchener med. Wochenschr. 1958, 10, 373—378.

ПАРАЛЛЕЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Ю. Гросс

Резюме

При диагностировании врач обычно пытается свести наблюдаемые у больного симптомы и данные клиники к проявлению одного заболевания. Но совершенно не исключено, что у больного одновременно имеется два или больше друг от друга независимых патологических процессов (т. е. заболеваний). В случае двух и более заболеваний (т. е. параллельной патологии) постановка правильного диагноза является сложной, а иногда даже неразрешимой задачей.

Средняя продолжительность жизни населения в последние десятилетия значительно возрасла, а у пожилых людей параллельная патология наблюдается чаще чем у молодых. Естественно, что это заставляет нас обращать все большее внимание на наличие параллельной патологии и ее диагностирование.

Приводятся примеры преобладания в клинической картине симптомов одного заболевания, в то время когда другое заболевание протекает скрыто. С особенно тяжелыми дифференциальнo-диагностическими проблемами приходится сталкиваться при наличии у больного двух или более заболеваний, симптомы которых могут совпадать.

В сложных случаях, и в особенности у пожилых больных, необходимо отказаться от намерения искать только т. н. кардинальные симптомы и желания сочетать их с целью постановки диагноза только одного заболевания. Следует оценивать наблюдаемые симптомы и клиническую картину с точки зрения возможности наличия и параллельной патологии, и в процессе лечения неоднократно проверять правильность диагноза. При наблюдении больного весьма существенным является выявление и истолкование т. н. новых симптомов. Правильная оценка новых симптомов при выявлении параллельной патологии более доступна врачу ранее уже лечившему этого больного.

MÕNEDEST RAVITAVATEST OLIGOFREENIAVORMIDEST*

H. KÄÄRI

(Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*, ja Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateedrist, kateedri juhataja dotsent *L. Keres*)

Käesolevas töös käsitletakse mõningaid meil esinevaid ja tänapäeval ravitavaid oligofreeniavorme Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla andmeil.

Vaimse alaarengu hormonaalsetest vormidest on edukalt ravitav hüpotüreoos. Kilpnäärme funktsiooni häirete põhjuseks on kilpnäärme sünnipärane hüpo- või isegi aplaasia. Kaasasündinud hüpotüreoos ja selle hea allumine ravile on juba ammu tuntud, kuid ka tänapäeval esineb diagnoosimise ja ravi hilinemist, mistõttu laps ei saavuta normaalset arengutaset. Hüpotüreoosiga lastel esimestel elukuudel haigusnähte ei esine, sest imiku organismi vajadusi rahuldab emalt platsenta kaudu saadud kilpnäärmehormoon. Esimesed haigussümptoomid ilmnevad alles 6.—8. elunädalal, tüüpiline kliiniline pilt kujuneb välja 4. elukuul.

Raskusi valmistab hüpotüreoosi kergete vormide diagnoosimine. Neil puhkudel on laps ainult loium, unisem, veidi tõntside näojoontega, pastoosne. Esineb kerge mahajäämus kasvus (pikkuses) ja neuropsüühilises arengus. Sageli peetakse hüpotüreoosi kerget vormi luukoe hüpogeneesi tõttu rahhiidiks. Kõiki lapsi, kellel esineb nimetatud sümptoome, tuleb põhjalikult uurida hüpotüreoosi suhtes (verepilt, vererõhk, EKG, randmeliigese piirkonna luude röntgeniülesvõte; vere joodi-, kolesteriini- ja leelise fosfataasi sisaldus; põhiainevahetus, vere suhkrusisalduse kõver). On suur viga, kui hüpotüreoosiga lapsi peetakse ravimatuteks. Ravi annab kõige paremaid tulemusi siis, kui seda alustatakse esimeste haigustunnuste ilmnemisel. Organismi reageerimine türeoidiinile on väga individuaalne. Aladoseerimisel ei saavutata lapse nõuetekohast arengut, üledoseerimisel tekivad türeotoksikoosinähud (rahutus, unehäired, higistamine, subfebriilsus, kõhulahtisus, tahhükardia, kaaluseisak jt. sümptoomid). Türeoidiiniannus määratakse igale lapsele individuaalselt vastavalt tema seisundile. Kerge hüpotüreoosi puhul määratakse varaealistele lastele türeoidiini algul 0,02—0,05 g 2 korda päevas pärast söömist, rasketel juhtudel 0,05 g 3 korda päevas. Kui 2—3-nädalase ravi järel lapse loidus kaob, nägu muutub ilmekaks, kõhukinnisus möödub, vererõhk, pulss, vere kolesteriini- ning joodisisaldus ja teised näitajad normaliseeruvad, siis see näitab, et lapsel oli kilpnäärme alafunktsioon ja määratud türeoidiiniannus oli küllaldane. Kui aga algul määratud türeoidiiniannusega täielikku efekti ei saavutata, siis tõstetakse annust iga 3—4 nädala järel. D. D. Sokolov soovitab rasketel juhtudel alata annusega 0,1 g 3—4 korda päevas ja 3—4 nädala pärast seda annust vähendada.

Viimasel kolmel aastal on meie haiglas hüpotüreoosi diagnoositud 3 lapsel, kellest 2 saabusid ravile hilinemisega. Alljärgnevalt esitame haigusjuhu, kus haige saabus ravile küllalt vara.

N ä i d e. Sergei R., 4 kuud vana (haiguslugu nr. 1418/1961. a.). Alates 2. elukuust täheldati arengus mahajäämust ja kõhukinnisust. Haiglasse tulekul esinesid järgmised sümptoomid: mahajäämus füüsilises ja psüühilises arengus, apaatsus, tuimus, emotsioonidevaene näoilme, suur keel, pastoosne nahk, subaksillaarpiirkonna turse, kõhukinnisus. Kilpnääre palpatoorselt tavalisest väiksem. Pulss 110 korda minutis, hea täitumusega. Analüüside tulemused: hgb. — 9,5 g% (=57 ü.), leukotsüüte 7650, Verepilt: eosinof. — 4%, keppt. — 4%, segmentt. — 24%, lümfots. — 63%, monots. — 5%. Kolesteriini vereseerumis 172 mg%. Röntgenifilm käeliigese piirkonna luudest patoloogilise leiuta. Türeoidiiniravi efekt ilmnes kiiresti. 10. ravipäeval laps naeratas, muutus aktiivsemaks; 28. ravipäeval hüpotüreoosi tunnuseid enam ei olnud, hoidis pead, koogas; 40. ravipäeval laps lalises, mängis leludega. Kliinilise jälgimise alusel määrati lapse raviannuseks 0,05 g türeoidiini 2 korda päevas.

* Ette kantud Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla 40. aastapäeva teaduslikul konverentsil 30.—31. märtsil 1962. a.

Õigeaegne ravi on äärmiselt oluline vaimse defektiivsuse ärahoidmiseks ja parandamiseks fenüülketonuuria puhul. Üldse moodustab fenüülketonuuria 1% laste vaimse defektiivsuse põhjustest. Haiguse olemuseks on amiinohapete-ainevahetuse kaasasündinud anomaalia. Häiritud on fenüülalaniini oksüdeerumine türosiiniks, mistõttu organismi koguneb liigselt fenüülalaniini, fenüülpüroviinamarjahapet ja teisi amiinohapete-ainevahetuse vaheprodukte, mis kahjustavad aju. Kliiniliselt avaldub haigus vaimses alaarengus. Kirjanduse andmetel (7, 8) on 70—80% haigetest idioodid, 20—30% imbetsilsed. Iseloomult on nad heatahtlikud. Tüüpiliseks peetakse inimahvitaolist kehahoiakut, kerget mikrotsefaaliat, heledajuukselisust ja kalduvust dermatiitidele. Diagnoosi kindlakstegemiseks kasutatakse ferrikloriidiproovi: värskele hapustatud uriinile lisatakse mõni tilk 5—10%-list ferrikloriidilahust. Fenüülketonuuria puhul muutub uriin tumeroheliseks.

Näide. Rein, R., 4 a. 6 kuud vana (haiguslugu nr. 1285/1960. a.). Sünnikaal 3600 g, sünnituskulg patoloogiata. Heledajuukseline. Esineb füüsiline ja vaimne alaareng: pead hakkas hoidma 10 kuu vanuselt, kõndima 3-aastaselt. Hospitaliseerimisel vastab arengult umbes 8—10-kuuse imiku tasemele, ei räägi, täidab lihtsaid käske («tule sööma», «istu toolile» jne.). Mängib primitiivselt autoga, nukuga, suhtlemisel heatahtlik. Siseelundid patoloogiata. Uriini ferrikloriidikats tugevalt positiivne.

Fenüülketonuuriat ravitakse põhiliselt fenüülalaniinivaese dieediga. R. Willard, A. Siegfried, B. Phyllis ja F. Robert (9) on kirjeldanud mitmeid fenüülketonuuria juhte, kus fenüülalaniinivaese toiduga saavutati häid ravitulemusi. Selles dieedis anti 80—90% valkainetest fenüülalaniinivaba piimapulbri kujul. Fenüülalaniinivaese dieedi koostamisel tuleb arvestada, et keelatud on liha ja lihasaadused, kala, muna, juust, pähklid, kaunviljad (peale türgioa). Mõõdukalt on lubatud tarvitada teraviljasaadusi, kartulit, piima. Õli, või, suhkru, mee, moosi, kartulitärklise, puuvilja, aedviljadest porgandi, kaalika, kapsa, tomati, kurgi, kõrvitsa ja türgioa hulka ei piirata. Seega on valkude peamisteks allikateks piim ja teravili. Raviga tuleb alustada kohe pärast sündi või vähemalt esimesel eluaastal. Mida varem alatakse õige toitlustamisega, seda vähem kahjustub lapse areng. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas on fenüülketonuuriat diagnoositud 4 lapsel. Neist 3 saabusid ravile üle ühe aasta vanuselt, seega hilinenult.

Osal juhtudel on ravitav ka kaasasündinud toksoplasmoosist tingitud oligofreenia. Loote kesknärvisüsteemis, siseelundites, silmades ja mujal tekivad põletikulised, proliferatiivsed, granulomatoossed muutused ja nekroosid, mis hiljem võivad lubjastuda. Vastsündinul võib esineda toksoplasmoosi äge, alaäge või krooniline vorm. Kui ema on nakatunud viimastel raseduskuudel, esineb lapsel sündimisel toksoplasmoosi äge ehk generaliseerunud vorm, mis sarnaneb sepsisega. Kliiniliselt täheldatakse subfebriilset kuni febriilset temperatuuri, maksa ja põrna suurenemist, ikterust, võivad esineda petehhiaalne või makulopapuloosne lööve, ödeemid, enterokoliit, interstitsiaalne pneumoonia, müokardiit, lümfadeniit jm. Kui ema nakatub raseduse keskel, on loode generalisatsiooniastme läbi põdenud emaüsas ja laps sünnib haigusjärgus, mil põletikuline protsess lokaliseerub peamiselt kesknärvisüsteemis ja silmades. Tüüpiline on ksantokroomne ajuvedelik kõrgete valguväärtuste ja madala tsütoosiga. Võib esineda hüdrotsefaalia või mikrotsefaalia. Tihti kahjustuvad silmad: korioretiniit, nägemisnärvi atroofia, mikroftalmia. Kui nakatumine toimub esimestel raseduskuudel, lõpeb rasedus tavaliselt abordiga, erandjuhtudel põeb loode emaüsas läbi ägeda ja alaägeda haigusstaadiumi ning sünnib kroonilise toksoplasmoosiga. Kliiniliselt esineb sel puhul raskekujuline vaimne alaareng, võivad esineda mitmesugused anomaaliad ja rasked väärarengud (anentsefaalia, akraania jne.). Mõnikord võib oligofreenia olla toksoplasmoosi ainsaks kliiniliseks sümptoomiks.

Praktikas kõige laiemalt kasutatavateks diagnoosimismeetoditeks on nahatest toksoplasmiiniga Frenkeli (1949. a.) järgi ja komplemendi sidumise reaktsioon toksoplasmoosi antigeeniga Warren Sabini (1942. a.) järgi. Alla 2 aasta vanustel toksoplasmoosiga lastel on nimetatud reaktsioonid harva positiivsed, mistõttu rohkem tulemusi annab vastavate uuringute tegemine lapse emal. Et selgitada, milline osatähtsus on toksoplasmoosil laste defektiivsuse põhjusena Eesti NSV-s, uuris käesoleva töö autor toksoplasmoosi suhtes vaimse defektiivsusega erinevas astmes lapsi vanuses 1—14 aastani (kokku 164 last) ja 38 defektiivse lapse ema. Uurimisalustest 24 olid kodus hooldatavad ja 140 defektiivsete laste kodudest. Kontrollgrupina uuriti toksoplasmoosi suhtes 95 tervet 1—15 aasta vanust lastekodulast. Diagnoosimiseks kasutati nahatesti toksoplasmiiniga ja komplemendi sidumise reaktsiooni (toksoplasmoosi antigeeniga). Antigeen ja toksoplasmiin saadi N. F. Gamaleja nimelisest Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudist Moskvas. Nahatesti positiivsust hinnati nelja plussi süsteemil O. Jiroveci ja I. Ira tabeli alusel (2). Komplemendi sidumise reaktsiooni tegi Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri laboratooriumis arst P. Ott, tulemusi hinnati samuti nelja plussi abil.

Uuritud 164 lapsest tehti nahatest 108-l, kusjuures tulemus oli positiivne 7 juhul, s. o. 6,5% uurituist. Komplemendi sidumise reaktsioon määrati 149 lapsel. 23 neist olid 1—3 a. vanused, 29 last 4—7 a. ja 97 last 8—14 a. vanad. Tulemus oli positiivne 13 uuritul, s. o. 8,7%-l. Uuritud 38 emast tehti nahatest 31-l, kusjuures positiivne tulemus saadi 4 emal, s. o. 12,9% uurituist. Komplemendi sidumise reaktsioon määrati 38 emal ja positiivne tulemus saadi 6 juhul, s. o. 15,8%-l. Kontrollgrupis oli nahatest negatiivne kõigil juhtudel, komplemendi sidumise reaktsioon oli 2 juhul nõrgalt positiivne. Kokku saadi toksoplasmoosi suhtes positiivseid tulemusi 19 uuritul. Samaaegselt olid nii nahatest kui ka komplemendi sidumise reaktsioon positiivsed 11 juhul, ainult komplemendi sidumise reaktsioon oli positiivne 8 juhul, ühelgi ei olnud positiivne ainult nahatest.

Meie poolt uuritud oligofreeniaga lastel oli toksoplasmoosiproovide positiivsuse protsent tunduvalt madalam kirjanduse andmeist. V. Kvirikadze ja I. Jurkova (6) uurisid Moskvas toksoplasmoosi suhtes 360 oligofreeniaga last vanuses 6 kuust kuni 17 aastani. Positiivne komplemendi sidumise reaktsioon saadi 22% ja positiivne nahatest 26,4% uurituist. G. Gerškovitš (3) uuris toksoplasmoosi suhtes 46 vaimselt defektiivset last vanusega 6—15 a. ja sai positiivse nahatesti 47,8% juhtudest. O. Jiroveci (4) andmeil saadi Tšehhoslovakkias kaasasündinud vaimse defektiivsusega lastel (uuritud 79 last) toksoplasmoosi suhtes positiivseid reaktsioone 40%-l ja nende emadel 66%-l. Emade kontrollgrupis oli positiivseid 30%. N. Balakina (1) uuris Jaroslavlis 100 mitmesuguse anomaaliaga last ja püstitas 20 lapsel kaasasündinud toksoplasmoosi diagnoosi.

Positiivse nahatesti või komplemendi sidumise reaktsiooniga isikud ei pruugi tingimata põdeda toksoplasmoosi, sest haige paranemisel jäävad proovid aastateks või isegi aastakümneteks positiivseiks. Võrreldes defektiivsete laste uuringute tulemusi kontrollgrupi andmetega selgus, et defektiivsetel lastel esineb positiivseid proove palju sagedamini. Sellest võime järeldada, et Eesti NSV-s omab toksoplasmoos teatavat osatähtsust laste oligofreenia kujunemisel. Teostatud uuringute ja kliinilise leiu põhjal võib uuritud juhtudel pidada 16 lapsel (ligi 8%) oligofreenia põhjuseks toksoplasmoosi. Toksoplasmoosi diagnoos pandi ainult neil juhtudel, kus samasuguselt olid positiivsed nahatest ja komplemendi sidumise reaktsioon (11 last), või komplemendi sidumise reaktsioon oli kolme või nelja plussiga positiivne ja nahatesti ei tehtud (5 last).

Kui laps sünnib toksoplasmoosi tunnustega, on vajalik emal kõhe teha proovid toksoplasmoosi suhtes ja positiivsuse korral rakendada nii lapsel kui emal kloridiiniravi. Nimetatud ravi viiakse läbi kolme- kuni viiepäevase kuurina, vaheajaga 1—3 nädalat. Ööpäevased kloridiiniannused on järgmised: alla 1 aasta vanustel 0,001 g kehakaalu 1 kg kohta päevas; 1—3 a. vanustel 0,01 g päevas; 4—7 a. vanustel — 0,02 g päevas; 8—11 a.

vanustel — 0,03 g päevas; 12—15 a. vanustel — 0,04 g päevas ja 16 a. vanustel ja vanematel 0,05 g päevas. Päevane annus jaotatakse 2—3 korrale. Samaaegselt kloridiiniga manustatakse sulfodimesiini eale vastavas annuses 7-päevase kuurina. Kui laps sünnib ägeda või alaägeda toksoplasmoosiga, siis on kohe alustatud ravi efektiivne ja laps võib täielikult tervistuda.

Näide. Sirje E., 4 a. vana, ambulatoorne haige. Emal teine laps. Esimene laps terve, normaalselt arenenud. Emal iseeneslikke ega kunsttehislikke aborte ei ole esinenud. Raseduse ajal ema terve, mingeid haigusi ei põdenud, loodet kahjustada võivaid faktoreid ei saadud kindlaks teha. Koduloomadega oli kontakt olemas, kuid loomad olid terved. Sünnitus oli raske, kuid laps imes pärast sündimist jõuliselt. Sünnist alates lapsel parema silma strabism ja mõlema silma rotatoorne nüstagm. 3,5-kuuselt põdes laps grippi, 4-kuuselt diagnoositi tuberkuloosi primaarkompleksi. Laps esimestest elukuudest alates vaimses ja füüsilises arengus maha jäänud: alles 3 a. vanuselt hakkas roomama ja istuma, ei räägi, kuid mõningad mõisted on selged. Seega vaimselt arengult vastas umbes 7—8-kuusele imikule. Esines mikrotsefaalia (pea ümbermõõt 42,5 sm) ja spastiline tetraparees. Konvergeeruv strabism paremal silmal ja rotatoorne nüstagm mõlematel silmadel. Silmapõhjad: *papilla n. optici* paremal kahvatu, vasak silmapõhi eriliste muutusteta. Kolju röntgeniülesvõttel kaltsifikaate ei sedastatud. Ema verest teostatud komplemendi sidumise reaktsioon osutus toksoplasmoosi suhtes positiivseks (++++), tiiter 1 : 32.

Laste üldarvust moodustavad eeltoodud haigusi põdevad lapsed küll väikese protsendi, kuid see ei õigusta meid suhtuma nendesse ükskõikselt. Lubamatuks veaks on vaimse defektiivsuse kujunemine haiguste tagajärjel, mille ravi on hilinenud või jäetud hooletusse. Iga last, kel ilmnevad esimesed vaimse arengu mahajäämuse tunnused, tuleb kohe kompleksselt uurida.

KIRJANDUS

1. Балакина Н. А. Вопросы токсоплазмоза. Тезисы докладов конференции Ин-та эпидемиол. и микробиол. им. Н. Ф. Гамалей. М., 1961, 26—27. — 2. Временные методические указания по эпидемиологии, клинике, диагностике и лечению токсоплазмоза. М., 1960. — 3. Гершкович Г. М. Вопросы токсоплазмоза. Тезисы докладов конференции Ин-та эпидемиол. и микробиол. им. Н. Ф. Гамалей. М., 1961, 7—8. — 4. Ировец О. Педиатрия, 1961, 11, 24—29. — 5. Квирикадзе В. В. и Юркова И. А. Вопросы токсоплазмоза. Тезисы докладов конференции Ин-та эпидемиол. и микробиол. им. Н. Ф. Гамалей. М., 1961, 39—41. — 6. Соколов Д. Д. Эндокринные заболевания у детей и подростков. М., 1957. — 7. Schreier, K. Kinderärztl. Praxis, 1957, 3, 127—135. — 8. Wiedemann, H. R. Tsit. Feer, E., Kleinschmidt, H. järgi. Lehrbuch der Kinderheilkund, Jena. 1958,502. — 9. Willard, R., Sieg-ried, A., Phyllis, B., Robert, F. J. Pediatr., 1961, vol. 59, 1, 93—118.

О НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ОЛИГОФРЕНИИ, ПОДДАЮЩИХСЯ ЛЕЧЕНИЮ

Х. Кяяри

Резюме

Из форм психических недоразвитий довольно успешно поддается лечению гипотиреоз. При применении тиреоидина получены хорошие результаты лечения.

Как показывает опыт при *oligophrenia phenylpyruvica* лечение гипотиреоза дает эффект в основном только в ранней стадии заболевания.

Для установления роли токсоплазмоза как этиологического фактора олигофрении были применены методы кожного теста и реакция связывания комплемента. Обследованные были в основном из детских домов для дефективных детей. Всего было обследовано 164 ребенка и 38 матерей дефективных детей. Диагноз токсоплазмоза ставили только в тех случаях, когда одновременно выявлялись положительные результаты кожной пробы и реакции связывания комплемента, что наблюдалось у 11 детей.

Для лечения токсоплазмоза применяются хлоридин и сульфодимезин. Если ребенок рождается с острым или подострым токсоплазмозом, то своевременное лечение дает хороший эффект.

Детей, у которых отмечаются первые признаки психической отсталости, следует комплексно исследовать.

INIMESTE TUBERKULOOSI OSATÄHTSUSEST VEISTE TUBERKULOOSI HAIGESTUMISEL *

K. TÄHNAS

Udeva sovhoosi peaveterinaararst

Nõukogude Liidus on püstitatud ülesanne likvideerida tuberkuloos lähemate aastate jooksul, sealhulgas põllumajandusloomade tuberkuloos käesoleval seitseaastakul (1). See ülesanne on raske ja nõuab tihedat koostööd arstide ja veterinaararstide vahel.

Üldiselt on teada, et maades, kus veiste tuberkuloos on laialt levinud, põeb osa tuberkuloosihaigetest inimestest veiste tuberkuloosipisikute poolt tekitatud haigust. Nii märgib V. Goerttler (6), et Saksamaal on umbes 10% tuberkuloosihaigetest nakatunud veiste tuberkuloositekitajatega, sealhulgas kuni viie aasta vanustel lastel ulatub see protsent 40—50-ni ja 5—15-aastastel 30-ni.

W. Leistner (10) näitab, et veiste tuberkuloositekitaja põhjustas inimestel peale sooletuberkuloosi 2% (haigetest) kopsutuberkuloosi, 30% luutuberkuloosi ja 80% laste kaelanäärmete tuberkuloosi. Sama autori andmetel suri kogu Saksamaal umbes 1000 inimest aastas *Mycobacterium bovis*'e poolt tekitatud tuberkuloosi. H. Ganguin (5) leiab, et mõnikord tuleb tuberkuloosi pidada põllumajandustöötajate kutsehaiguseks.

Nõukogude Liidus on veiste tuberkuloositõrjes saavutatud suurt edu ja tuberkuloosihaigete loomade arv on viimastel aastatel pidevalt vähenenud. 1960. a. oli kogu veiste arvust vaid 0,7% tuberkuloosihaiged. Samal ajal on aga üksikutes majandites, rajoonides ja oblastites tuberkuloosi põdevate veiste arv veel küllaltki suur. [M. Poddubski (3)] A. Zubetsi (2) andmetel, kes üldistasid kodumaiste autorite sellelaadseid töid, on 7—9% tuberkuloosihaigetest inimestest nakatatud *Mycobacterium bovis*'e poolt.

Eesti NSV oludes on oht kõige suurem tuberkuloosihaigete loomade talitajatel: lüpsjatel, karjakutel jne. Inimene võib nakatuda tuberkuloosihaige lehma pastöriseerimata piima toiduks tarvitamisel. Peame arvestama ka aerogeenset teed ja teisi nakatumisvõimalusi. Meie tähelepanekute järgi haigestusid Udeva sovhoosi veiste tuberkuloosiisolaatori töötajad tuberkuloosi sagedamini kui sama sovhoosi teiste osakondade tuberkuloosivabade karjade talitajad. Peetakse tõenäoliseks, et veiste tuberkuloosist tabatud majandeis on tuberkuloosihaigeid inimesi 2—5 korda rohkem kui tuberkuloosivabades majandeis [H. Koolmeister (9)].

Tänu sihikindlale ja plaanipärasele veterinaar-profülaktilisele tööle on meie vabariigis suudetud veiste tuberkuliniseerimisega viia tuberkuloosi nakatunud veiste arv miinimumini (8). Plaani kohaselt likvideeritakse veiste tuberkuloos 1963. a. jooksul, kusjuures prakeeritakse liha otstarbeks kõik tuberkuliinile positiivselt reageerivad veised.

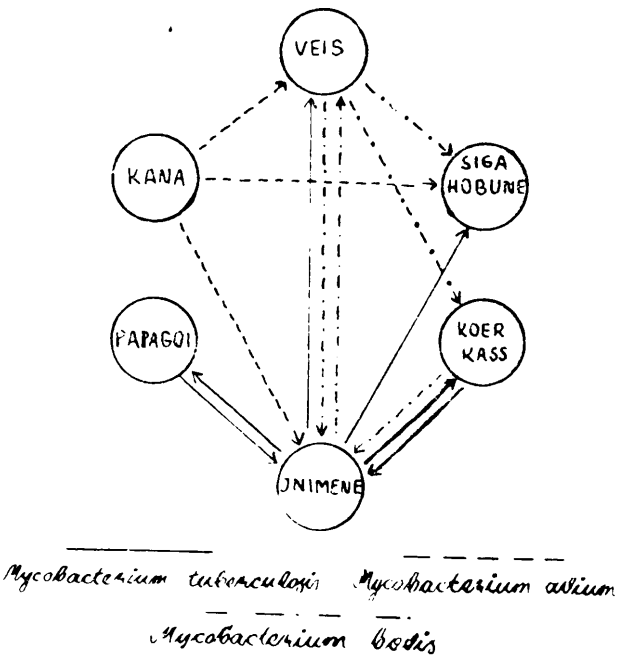
Tähelepanu väärib asjaolu, et seni, kui tuberkuloos ei ole elanikkonna hulgas täielikult likvideeritud, püsib veiste nakatamise oht inimese poolt. Taani ja teised Skandinaaviamaad on juba mõned aastad veiste tuberkuloosist vabad. M. Christianseni (4) andmeil on Taanis 18,3% uuesti infitseeritud veistest nakatatud tuberkuloosihaige inimese poolt. J. Nasseli (13) järgi põhjustas veiste nakatumise 16,6% juhtudest tuberkuloosihaige inimene. Huvitavaid andmeid esitab A. Reuter (14). Ta kirjeldab konkreetset juhtu, kus inimene, kes töötas mõned päevad loomalaudas, nakatas 27 looma ja alles kuu aja pärast diagnoositi temal lahtine tuberkuloos. Veis võib nakatuda, kui temaga kokkupuutuv inimene põeb lahtist *Mycobacterium bovis*'e või *Mycobacterium tuberculosis*'e poolt

* Töö juhendaja veterinaariadoktor V. Tilga.

põhjustatud tuberkuloosi. Veterinaarias on peamiseks tuberkuloosi diagnoosimise viisiks loomade tuberkuliniseerimine. Raskus seisneb selles, et ka inimese tuberkuloositekitajaga nakatunud veised annavad kahtlase või koguni positiivse tuberkuliinireaktsiooni. Praktiliselt ei saa kindlaks määrata, missuguse tuberkuloositekitaja poolt reaktsioon on esile kutsutud. Positiivse reaktsiooniga loom isoleeritakse või tapetakse.

Pikemat aega arvati, et inimese tuberkuloositekitaja on veistele apatogeenne ja mingit tervisehäiret ta neil ei põhjusta, kutsudes esile vaid allergilise seisundi, mille tõttu veised annavad kahtlase või positiivse tuberkuliinireaktsiooni.

Viimase aja uurimistöödes [J. Nassel (12), V. Ridala (15)] aga näidatakse, et mõningatel juhtudel võib ka inimese tuberkuloositekitaja põhjustada veise organismis mikroskoopiliselt ja isegi makroskoopiliselt sedastatavaid muutusi. Nii leidis V. Ridala (15) Harju rajooni «Rahva Võidu» kolhoosis (kus tekkis kahtlus, et veised on haigestunud inimese tuberkuloositekitajast) kahel lehmal kopsudes, kopsuvärati ja retrofarüngiaalsetes lümfisõlmedes ning ühel neist ka mesenteriaalsetes lümfisõlmedes tuberkuloosikolletega sarnaseid, enamasti mõne millimeetrilise, kuid kopsudes kuni 1,5 sm läbimõõduga koldeid, mis olid keskelt juustundunud. Patoloogilisest materjalist isoleeritud kultuur osutus inimese tuberkuloositekitajaks. Teises majandis, kus mullikate talitaja põdes aktiivset tuberkuloosi, õnnestus samal autoril kolme mullika haigusliku muutunud elunditest isoleerida inimese tuberkuloositekitaja, kusjuures esines jällegi nii mikroskoopiliselt kui ka makroskoopiliselt sedastatavaid tuberkuloosist põhjustatud muutusi.



Skeem inimeste ja loomade ning lindude vastastikustest tuberkuloosi nakatumise võimalustest inimese-, linnu- ja veisetuberkuloosi tekitajatega.
[Skeem on võetud autorite Hutyra, Marek, Manninger, Mócsy (7) raamatust «Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere», Jena, 1959, lk. 704].

O. Martma (11) andmeil on Eesti NSV mitmes majandis avastatud inimese tuberkuloositekitaja poolt nakatatud veiseid, näiteks Viljandi ja Rakvere Põllumajandusloomade Kunstliku Seemendamise Jaamas, Viljandi rajooni «Tähe» kolhoosis jne.

Et *Mycobacterium tuberculosis* võib pikemat aega püsida ja paljuneda veise kehas, siis on täheldatud tema eritumist piimaga, kusjuures lehma udar on kliiniliselt terve [J. Nassel (13), Th. Schliesser (16)].

1958. a. alguses liideti Paide rajooni Udeva sovhoosiga mitu kolhoosi. Ülevõetud kolhooside veisekarjas ilmnes tuberkuliniseerimisel kahtlasi ja mõnedel loomadel positiivseid tuberkuliinireaktsioone. Positiivselt reageerinud loomade lahkamisel makroskoopilisi tuberkuloosseid muutusi ei leitud. Veisekarja tuberkuliniseeriti korduvalt, kusjuures

reageerivate loomade arv väheneb pidevalt ja kadus täiesti paari aasta jooksul. Samasugune olukord kordus 1960. aastal sovhoosi Vahuküla osakonnas.

Seostades neid kahte juhtu tekkis mõte, et kahtlased ja positiivsed tuberkuliinireaktsioonid on tingitud inimese tuberkuloositekitaja poolt. Epizootoloogilise olukorra uurimine näitas, et kolhoosis varem zootehnikuna töötanud E. U. paigutati Vahuküla osakonda karjabrigadiriks. Ta põdes pikemat aega aktiivset silikotuberkuloosi. Et nimetatud haige rõgas bakterioskoopilisel uurimisel tuberkuloositekitajaid ei leitud, lubati teda karjabrigadirina töötada. 1961. a. suunati E. U. Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanserisse statsionaarsele ravile, mille järel positiivsed tuberkuliinireaktsioonid veistel pikkamööda kadusid.

Udeva sovhoosi karjade tuberkuliniseerimisel 1962. a. maikuus avastati ühe lüpsja grupis 5 tuberkuliinile kahtlaselt reageerivat lehma. Et tuberkuloosi selle osakonna karjas pikemat aega ei esinenud, siis tuli muude nakkusallikate hulgas kahtlustada ka lüpsjat nakkuse levitajana. Põhjuse selleks andis veel asjaolu, et lüpsja abikaasa põdes tuberkuloosi. Lüpsja ise oli pideva arstliku kontrolli all ja pidas end täiesti terveks. Järgneval põhjalikul uurimisel diagnoositi temal aga aktiivset kopsutuberkuloosi ja ta paigutati haiglasse.

Arvestades kirjanduse andmeid ja meie kogemusi peame vajalikuks.

1. Tõhustada loomakasvatusala töötajate pidevat uurimist tuberkuloosi suhtes, sest lahtist või akuutset tuberkuloosi põdev inimene võib peale loomsete toiduainete saastamise nakatada ka veiseid. Veiste tuberkuloositõrje käesoleval etapil tapetakse enamasti positiivse tuberkuliinireaktsiooniga veised, mis tekitab suurt majanduslikku kahju, kuna sageli on need toodanguvõimelised piimalehmad.

2. Luua tihe side tuberkuloositõrje dispanserite ja veterinaararstide vahel selleks, et jaoskondade ja majandite veterinaartöötajad oleksid teadlikud tuberkuloosihaigete olemasolust ja nende haigestumise astmest oma tööpiirkonnas. Samuti peaksid veterinaartöötajad teatama tuberkuloositõrje dispanseritele tuberkuloosihaigete loomade asukohad.

On selge, et mõlema kutseala esindajate koostöö tuberkuloositõrjes aitab kiiremini jõuda ühisele sihile — tuberkuloosi likvideerimisele.

KIRJANDUS

1. Альтшулер Н. С. Ветеринария, 1962, 5, 50—53. — 2. Зубец А. М. Ветеринария, 1962, 5, 45—50. — 3. Поддубский М. В. Ветеринария, 1962, 5, 45—50. — 4. Christiansen, M. J. Monatsh. Veterinärmed 1961, 8, 281—283. — 5. Ganguin H. G. Monatsh. Veterinärmed, 1958, 23, 718—722. — 6. Goerttler V. Ref.: Landwirtsch. Zbl., 1957, Abt. IV-Veterinärmedizin, 12, 226. — 7. Hutyra, Marek, Manninger, Mócsy. Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere, Jena, 1959. — 8. Jõgisaar H. Veterinaaria III, Teaduse ja tootmise eesrindlikke kogemusi. Tallinn, 1962, 27—32. 9. Koolmeister H. Veterinaaria III, Teaduse ja tootmise eesrindlikke kogemusi, Tallinn, 1962, 12—26. — 10. — Leistner W. Monatsh. Veterinärmed. 1958, 4, 117—120. — 11. Martma O. Veterinaaria III, Teaduse ja tootmise eesrindlikke kogemusi, Tallinn, 1962, 33—37. — 12. Nassel J. Ref.: Monatsh. Veterinärmed. 1957, 2, 4, 92. — 13. Nassel J. Tierärztl. Umschau, 1961, 16, 2, 34—37. — 14. Reuter H. Monatsh. Veterinärmed. 1959, 14, 425—427. — 15. Ridala V. EPA Teaduslike tööde kogumik. Veterinaariaalased tööd, 1961, 16, 64. — 16. Schliesser Th. Tierärztl. Umschau, 1958, 13, 10, 328—332.

ЗНАЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЧЕЛОВЕКА В ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СКОТА ТУБЕРКУЛЕЗОМ

К. Тяхнас

Р е з ю м е

В Советском Союзе поставлена задача ликвидировать туберкулез в течение ближайших лет, в том числе туберкулез сельскохозяйственных животных в настоящей семилетке. Эта нелегкая задача требует совместных усилий медицинских и ветеринарных работников.

Известно, что в странах где распространен туберкулез крупного рогатого скота, причиной заболевания туберкулезом части людей является возбудитель бычьего типа.

В Советском Союзе в борьбе с туберкулезом крупного рогатого скота достигнуты большие успехи и количество больных туберкулезом животных в последние годы непрерывно снижается. В то же время в отдельных хозяйствах, районах и областях количество больного туберкулезом крупного рогатого скота еще довольно высоко.

Согласно данным отечественных авторов 7—9% больных туберкулезом людей инфицированы *Mycobacterium bovis*. В Эстонской ССР наибольшей опасности подвергаются люди ухаживающие за больными туберкулезом животными: доярки, пастухи и т. д. Человек может заразиться вследствие употребления в пищу не подвергнутого пастеризации молока больных туберкулезом коров. Следует учитывать возможность заражения и аэрогенным путем и другие возможности заражения. Согласно нашим наблюдениям работники туберкулезного изолятора совхоза Удева, заболевали туберкулезом чаще, чем работники других отделов этого же совхоза, работавшие со здоровыми коровами. Считают вероятным, что в хозяйствах с пораженным туберкулезом крупным рогатым скотом, больных туберкулезом людей в 2—5 раз больше, чем в благополучных по туберкулезу скота, хозяйствах.

Следует упомянуть, что до тех пор, пока туберкулез среди населения не будет окончательно ликвидирован, будет существовать опасность заражения крупного рогатого скота людьми. В течение долгого времени полагали, что возбудитель туберкулеза человека непатогенен для крупного рогатого скота, но исследования последних лет показывают, что в некоторых случаях возбудители туберкулеза человека могут вызвать в организме крупного скота как микроскопические, так и макроскопические изменения. В Эстонской ССР в некоторых хозяйствах обнаружены коровы, инфицированные возбудителями туберкулеза человека.

Необходимо улучшить обследование на туберкулез работников животноводства, так как больной открытым или активным туберкулезом человек кроме инфицирования продуктов животноводства может заразить и коров.

Нужно установить тесную связь противотуберкулезных диспансеров с ветеринарными врачами для того, чтобы ветеринарные работники знали о наличии больных туберкулезом людей в пределах обслуживаемых участков и хозяйств, а также форму и степень заболевания их туберкулезом. Ветеринарные работники должны также сообщать в противотуберкулезные диспансеры сведения о местонахождении больного туберкулезом скота.

EESTI NSV HAIGLATE JA POLIKLIINIKUTE TEGEVUSEST 1962. AASTAL NING EDASPIDISTEST ÜLESANNETEST

A. SARAP ja *M. MARANTS*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinistatistika Osakonna ülem

Vastavalt Eesti NSV rahvamajanduse üldisele tõusule laienes 1962. aastal ka meie vabariigi tervishoiu materiaalne baas. Tuleb märkida, et suurenenud on arstide arv (praegu on meil tervishoiu ministeeriumi süsteemis 20,6 arsti tuhande elaniku kohta). Haiglavoodite arv 10 000 inimese kohta tõusis 103,0-ni ja on viimase viie aasta kestel kasvanud 21,6% võrra. See võimaldas tõsta elanikkonna hospitaliseerimise taset nimetatud perioodil 3% ulatuses, s. t. 1000 elaniku kohta hospitaliseeriti 196 inimest.

1962. aastal vähendati veelgi territoriaalsete arstijaoskondade suurust. Eesti NSV-s hõlmab nüüd üks arstijaoskond keskmiselt 3440 elanikku, ühe jaoskonnaarsti kohta tuleb 2000 täiskasvanud inimest, mis vastab normatiividele. Kuid nende üldiste näitajate suhtes esineb vabariigis suuri kõikumisi. Arst saab edukalt töötada ainult neis jaoskondades, mis paiknevad polikliinikust 3 kilomeetri raadiuses ning kui tema teenindada ei ole üle 2000 inimese. Näiteks Tallinnas tuleb ühe arstijaoskonna kohta 3626 elanikku ja ühe jaoskonnaarsti ametikoha kohta 2435 täiskasvanud elanikku, Narvas aga vastavalt 4181 ja 2950 elanikku.

Esitatud andmed näitavad, et arvesse võttes elanikkonna tihedust, jaoskonna kaugust polikliinikust, arstide kindlustatust transpordivahenditega jne., vajab arstijaoskondade suurus diferentseerimist. $^1/_3$ meie vabariigi elanikkonnast teenindavad vahetult linna-, rajooni- jt. haiglate ümbruse jaoskonnad. Nende jaoskondade teenindamispiirkonnad on tunduvalt suuremad territoriaalsete arstijaoskondade piirkondadest, kusjuures need edaspidi veelgi kasvavad. Näiteks suurenesid 1962. aastal haiglate ümbruse jaoskondade poolt teenindatavad kontingendid meie vabariigis keskmiselt 15%, sealhulgas linnahaiglatel 8,8%, rajoonihaiglatel 31,1%, Tallinna Vabariiklikul Haiglal 25,2% ja Tartu Vabariiklikul Kliinilisel Haiglal 37,1%. Rajooni peaarstide üheks edasilükkamatuks ülesandeks on ümbrusejaoskondade arvu suurendamine (territooriumi väiksemaks muutmise teel), nende täielik komplekteerimine arstidega ja arstide varustamine transpordivahenditega esimeses järjekorras. Ebaõigesti toimisid need peaarstid, kes jaotasid ümbruskonna elanikud linna territoriaalsete jaoskondade terapeutide ja pediaatrite vahel, sest selle tagajärjel tekkis olukord, kus nende elanike meditsiinilise teenindamise eest puudub vastutav isik, mistõttu kannatab ka profülaktiline töö.

Tõsiseid puudusi esineb Kohtla-Järve, Tallinna jt. linnade tööstusettevõtete tööliste tsehhiviisilisel teenindamisel. Möödunud aastal reorganiseeriti 10 tervishoiupunkti velskripunktideks ja meditsiiniline teenindamine korraldati ümber tsehhiviisiliseks, kuid paljud tsehhijaoskonnad ei ole komplekteeritud alaliste tsehhiarstidega (terapeudid, kirurgid, günekoloogid jt. spetsialistid). Järelikult nende tööstusettevõtete tööliste ravi- ja profülaktiline teenindamine jäi puudulikuks. Selle tagajärjel ajutise töövõimekaotusega haigusjuhtude arv mõnedes tööstusettevõtetes,

kus varem olid arsti-tervishoiupunktid, selle asemel et väheneda, isegi suurenes. Tõsiseid järeldusi peavad tegema Kohtla-Järve Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja E. Lebedev ja Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maurer.

Polikliiniliste asutuste tegevuses etendab tähtsat osa elanikkonna dispanseerne teenindamine. Kuigi möödunud aruandeperioodiga võrreldes suurenes dispanseeritute arv 16,2%, on vaja dispanseeritud elanike teenindamist edaspidi veelgi parandada. Head eeskuju on näidanud Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna peaterapeut N. Elštein.

Suurt profülaktilist tööd tehakse üksikute elanikegruppide meditsiinilisel läbivaatamisel selliste haiguste avastamiseks, mis takistavad mõnedel ametikohtadel töötamist. Aasta jooksul vaadati arstlikult läbi rohkem elanikke (7,7%) kui 1961. aastal, kokku 95,3% läbivaatamisele kuuluvast kontingendist. Mõnevõrra halvemini oli organiseeritud tööstusettevõtete tööliste meditsiiniline uurimine, kusjuures vaadati läbi 90,2% (1961. aastal — 89,1%).

Kui 1961. aastal uuriti meditsiiniliselt 38,9% elanikkonnast, siis 1962. aastal vaadati läbi 43,1%. Paranes ka läbivaatuste kvaliteet (läbivaadatute üldarvust uuriti röntgeno-fluorograafilisel meetodil 72,3% 1961. a. uuritud 69,8% asemel). Tuleb märkida, et siin pole rakendatud veel kaugeltki kõiki võimalusi. Eriti puudulikult kasutatakse röntgeno-fluorograafilisi seadmeid Tartus, Narvas ja Paide rajoonis.

Nagu juba märgitud, suurenes haiglavoodite arv meie vabariigis 1961. aastaga võrreldes 6,3%, viimase viie aasta jooksul — 21,6%, kuid see ei vasta veel elanikkonna, eriti linnade elanike kiirele juurdekasvule. Seepärast on statsionaarse teenindamise organiseerimisel suur tähtsus haiglavoodite fondi ratsionaalsel ja täisväärtuslikul kasutamisel.

Haiglavoodite keskmine koormatus linnades tõusis 1961. aastaga võrreldes 334,0 päevalt 345,0 päevale. Kui mitte arvestada mõninga erineva profiiliga haiglavoodeid, mille kasutamisel esineb spetsiifilisi iseärasusi, siis enamik ülejäänuid (välja arvatud kirurgiliste haigete voodid) olid koormatud normi piires. Tunduvalt kõrgemad on koormatuse näitajad Tartu, Valga, Haapsalu ja Põltsamaa haiglates (360,7—392,8). Samal ajal ei ole mõnes haiglas (Pärnu, Kohtla-Järve nr. 2, Paldiski ja Kallavere) voodite fondi küllaldaselt kasutatud.

Hospitaliseerimise ulatus, voodite fondi kasutamine ja haigete ravimise kestus on omavahel tihedas seoses. Hospitaliseerimise laiendamisel peab haigete ravi keskmine kestus aegamööda lühenema, sest haigete kontingent koosneb sel puhul tervikuna üldiselt kergematest haigetest.

Kuid praegu näitab aruannete analüüsimine vastupidist. Voodipäevade arv on vähenenud ainult uroloogia, stomatoloogia, naha- ja suguhaiguste ning tuberkuloosihaigete laste puhul. Kui keskmine ravil viibimise aeg on jäänud 1961. aasta tasemele, siis üksikutes haiglates kalduvad vastavad näitajad vabariigi keskmisest tunduvalt kõrvale. Suhteliselt ühelaadilise haigete kontingendi puhul võib täheldada küllaltki ebaühtlast haiglas viibimise aega, mis vaevalt küll ainult haiguse raskuse ja laadiga seletatav on. Nähtavasti on hoopis suuremal määral tegemist puudustega raviprotsessi organiseerimisel statsionaarides. See küsimus vajab tähelepanelikku ja põhjalikku uurimist, ning kui me suudame vastavate abinõude rakendamise tulemusena vähendada haigete viibimist statsionaaris kasvõi ühe päeva võrra (on arvestatud ainult linnahaiglate voodite fondi, välja arvatud voodid vaimuhaigetele, tuberkuloosihaigetele, rasedatele ja sünnitajatele), siis juba seegi võimaldab suurendada haiglates ravitavate arvu 7,8% võrra, mis võrdub uue 500 voodikohaga haigla avamisega vabariigis.

Meditsiinilise teenindamise kvaliteet sõltub suurel määral raviasu-

tuste varustatusest ja spetsialiseeritusest. Aruannete andmed näitavad, et 1955. aastaga võrreldes on haiglate ja polikliiniliste asutuste varustatus paranenud, 1962. aastal olid 86%-l linnahaiglatest röntgenikabinetid (1955. aastal — 67%). Füsioteraapiakabinette oli 1955. aastal 46%-l haiglatest, 1962. aastal — 90%.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЧНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗА 1962 ГОД И ЗАДАЧИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЭССР

А. Сарап и *М. Маранц*

Резюме

Анализ годовой деятельности больнично-поликлинических учреждений республики показывает определенные успехи. В истекшем 1962 году отмечался количественный и качественный рост материальной базы здравоохранения, явившийся отражением общего подъема народного хозяйства республики. Обеспеченность врачами составляла 20,6 на 1000 населения, больничными койками 103,0 на 10 000 населения, причем коечный фонд за последние пять лет увеличился на 21,6%. На один территориальный городской врачебный участок приходилось 3440 жителей, на одну занятую должность участкового терапевта — 2000 взрослых жителей. Однако наблюдается явное неблагополучие в обслуживании населения приписных участков, которые значительно больше городских территориальных врачебных участков, причем величина их с каждым годом возрастает. Серьезные недочеты имеются и в цеховом обслуживании рабочих промышленных предприятий.

В связи с укрупнением районов и ликвидацией райздравотделов, одним из ведущих лечебно-профилактических учреждений здравоохранения становится центральная районная больница, которая должна стать центром специализированной медицинской помощи и организационно-методического руководства в районе. Для этого необходимо: укомплектовать опытными врачами организационно-методические кабинеты, увеличить число штатных должностей по узким специальностям до 1,0—1,5 единиц, пересмотреть профилизацию коек в районе, ликвидировать параллельные отделения в центральной и районных больницах районов. В перспективе мощность больниц в упраздненных районах увеличивать за счет нового строительства и пристроек будет нецелесообразно, а основное усилие следует направить на укрупнение центральной районной больницы. Одной из главных задач является укрепление руководящего состава центральных больниц опытными инициативными организаторами здравоохранения

MAARAJOONIDE JA RAJOONIHAIGLATE STRUKTUURI MUUTMISEST EESTI NSV-s

Arstiteaduse kandidaat *A. Nordberg*

Eesti NSV maarajoonide administratiivjaotust on mitu korda muudetud, millest sõltuvalt muutus ka ravi- ja profülaktikaasutuste võrk ning nende profiil.

Vahetult pärast Suurt Isamaasõda oli vabariigis 10 maakonda, nimelt Valgamaa, Järvamaa, Pärnumaa, Tartumaa, Saaremaa, Läänemaa, Virumaa, Harjumaa, Võrumaa ja Viljandimaa. Petseri maakond läks nõukogude võimu taaskehtestamise järel Pskovi oblasti administratiivalluvusse. 1948. a. moodustati Jõhvi ja Jõgeva maakonnad. Maakonnahaiglaid oli 9. Et Harju, Pärnu ja Tartu maakondades haiglad puudusid, siis raviti nende maakondade elanikke linnahaiglates.

Kolhooside ülesehitustöö kiirest arengust tingituna tekkis vajadus ühtlustada Eesti NSV administratiivjaotust teiste liiduvabariikide omaga. Sellest lähtudes moodustati 1950. a. Eesti NSV-s 39 maarajooni.

Rajoonikeskusteks muutunud linnade ja asulate jaoskonnahaiglate baasil avati 25 väikese voodikohtade arvuga rajoonihaiglat, kusjuures 1953. aastaks töötasid need juba kõikides rajoonides (vastavad andmed on esitatud tabelis 1). Selleks ajaks oli rajoonihaiglate võrk välja kujunenud järgmiselt: 11 haiglas oli 25 voodit, 11 haiglas — 35, 4 haiglas — 36—50, 2 haiglas — 51—100, 5 haiglas — 101—150, 2 haiglas — 151—200 ja 1 haiglas 225 voodit. Uued rajoonihaiglad avati Jõhvis (225 voodikohaga) ja Kiviõlis (157 voodikohaga) ning alustati nende ehitamist Raplas ja Kärdlas, ühtlasi jätkus ülejäänud haiglate laiendamine.

Tabel 1

Rajoonide nimetused ja voodikohtade arv rajoonihaiglates *

Abja [4]	35	Paide	75
Antsla [1]	35	Põltsamaa [4]	50
Elva [4]	35	Põlva	35
Haapsalu	150	Pärnu [5]	—
Harju	—	Pärnu-Jaagupi [1]	25
Hiiumaa	15	Rakvere	175
Jõgeva	50	Rapla	70
Jõhvi [6]	225	Räpina [2]	35
Kallaste [1]	25	Suure-Jaani [1]	25
Keila [3]	35	Tapa [2]	50
Kilingi-Nõmme [1]	35	Tartu	—
Kingissepa	150	Tõrva [1]	25
Kiviõli [1]	150	Türi [1]	35
Kose [1]	25	Valga	110
Lihula [2]	25	Vastseliina [1]	25
Loksa [1]	25	Viljandi	200
Mustvee [1]	25	Võru	115
Märjamaa [4]	35	Väike-Maarja [3]	35
Orissaare [1]	25	Vändra [4]	25
Otepää [1]	35		

Tallinna linna ümbruses paikneva Harju rajooni elanikele kindlustati haiglaravi 800 voodikohaga Tallinna Vabariiklikus Haiglas, Tartu rajooni elanikele aga 435 voodikohaga Tartu Vabariiklikus Haiglas.

Seitseaastaku alguses, mil vabariigi kolhoosid olid tugevnenud, toimus järjekordne rajoonide liitmine ning administratiivjuhtimise ratsionaliseerimine, kusjuures 1959. a. likvideeriti 14 rajooni. Rajoonihaiglad muudeti linna- ja jaoskonnahaiglateks. 1960. a. oli vabariigis juba 24 rajooni, kusjuures 22 rajooni keskused asusid linnades. Neist 20-s tegutsesid rajoonihaigla ülesannetega rajooni- või linnahaiglad. 1961. a. likvideeriti veel 2 ja 1962. a. 3 rajooni.

Kohtla-Järve linnapiirkonnaga liideti 1959. a. Kiviõli rajoon ja 1960. a. Jõhvi rajoon. Nende rajoonide elanikke hakkasid teenindama profileeritud osakondadega Kohtla-Järve Linna Haigla nr. 1 ja nr. 2 (endine Jõhvi Rajooni Haigla) ning nr. 3 (Ahtme) kokku 700 voodikohaga. Pärnu linnapiirkonnaga ühendatud endise Pärnu rajooni elanikud saavad nüüd arstiabi ühendatud Pärnu Linna Haiglas.

Eesti NSV linnade ja rajoonikeskuste ümber paiknevate piirkondade maaelanike meditsiiniliseks teenindamiseks loodi linna- ja rajoonihaiglate juurde ümbrusejaoskonnad. 1959. aastaks oli neid juba 51, mis haaras ligikaudu $^1/_3$ kogu maaelanikkonnast. Neis anti spetsialiseeritud

* Dokumendid, mille põhjal viidi läbi muudatused Eesti NSV administratiivstruktuuris ja nende väljaandmise aeg.

[1] Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus 24. I 1959. a.,
[2] Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus nr. 163 17. IV 1961. a.,
[3] Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus nr. 533 8. IV 1962. a.,
[4] Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus 21. XII 1962. a.,
[5] Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus 12. X 1957. a.,
[6] Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus 14. X 1960. a.

arstiabi võrdselt linnade territoriaalsete jaoskondadega. Meie arvates on see samm edasi maaelanikkonna spetsialiseeritud teenindamise suunas.

Toimus edasine meditsiini- ja sanitaarasutuste juhtimise muutmine 1957. a. likvideeriti vabariigi 28 maarajoonis täitevkomiteede tervishoiuosakonnad ja nende ülesanded pandi rajoonihaiglatele, sanitaar-epidemioloogia jaamad aga liideti rajoonihaiglatega ning muudeti nende sanitaar-epidemioloogia osakondadeks. 11 suuremas rajoonis jäeti tervishoiuosakonnad ja sanitaar-epidemioloogia jaamad alles kuni 1. jaanuarini 1963. a., mille järel likvideeriti kõigi rajoonide täitevkomiteede tervishoiuosakonnad, kuid sanitaar-epidemioloogia jaamad avati uuesti iseseisvate asutustena.

NLKP Keskkomitee 1962. a. novembripleenum pidas otstarbekohaseks kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsuste loomise ja rajooni parteikomiteede asendamise eespool mainitud tootmisvalitsuste parteikomiteedega.

NLKP Keskkomitee novembripleenumi otsuse põhjal moodustati Eesti NSV-s 14 kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsust ja 14 laiendatud rajooni, mis põhiliselt ühtivad endiste maakondadega. 1950. aastal loodud rajoonidest on säilinud ainult kolm — Põlva, Rapla ja Hiiumaa rajoon (kuulub Haapsalu kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsuse piirkonda). Kahes viimati mainitud rajoonis on ehitatud rajoonihaiglad.

Pärnu linnapiirkonnast eraldati Pärnu rajoon, loodi ka täitevkomitee, kuid tervishoiu küsimustega ta ei tegele. Pärnu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakond juhib linnahaigla (400 voodikohta) ja linna sanitaar-epidemioloogia jaama tööd, kes teenindavad ka maarajooni elanikkonda.

Kohtla-Järve kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsus, mille piirkonnaks on endised Kiviõli ja Jõhvi rajoonid, kuulub Kohtla-Järve linnapiirkonda (põlevkivitööstuse keskus). Kohtla-Järve linnas on 12—13-kilomeetri ulatuses 3 linnahaiglat, milles on suured profileeritud osakonnad ühtekokku 775 voodikohaga ja Kiviõli linna ning maaelanikkonna ümbrusejaoskonda teenindav mitme eriala osakonnaga Kiviõli Linna Haigla. Kohtla-Järve Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakond on korraldanud iga liiki spetsialiseeritud meditsiinilise abi andmise ka maaelanikele profileeritud linnahaiglates. Sanitaarne järelevalve kuulub linna sanitaar-epidemioloogia jaama kompetentsi.

Harju ja Tartu kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsustel (rajoonidel) pole rajoonihaiglaid, endiselt tegutsevad siin rajoonide sanitaar-epidemioloogia jaamad, mille peaarstid on ühtlasi rajooni peaarstideks. Nende rajoonide elanike statsionaarne teenindamine on pandud Tallinna Vabariiklikule Haiglale (800 voodikohta) ja Tartu Vabariiklikule Haiglale (420 voodikohta).

Ülejäänud 11 kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsusel (rajoonil) on oma rajoonihaiglad ja sanitaar-epidemioloogia jaamad, mis on uuesti avatud kõigis rajoonides, välja arvatud Rapla ja Hiiumaa rajoon, kus tegutsevad sanitaar-epidemioloogia osakonnad.

Tabelis 2 on esitatud rajoonide nimetused ja voodikohtade arv rajoonihaiglates seisuga 1. I 1963.

Kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsuste organiseerimise ajal (1962. a. lõpul) oli juba ühendatud 18 rajooni. Seoses NLKP Keskkomitee novembripleenumi otsuste elluviimisega põllumajanduse juhtimise reorganiseerimise kohta liideti (likvideeriti) 1963. a. 1. jaanuarist alates veel 5 rajooni. Likvideeritud rajoonide rajoonihaiglad muudeti linnahaiglateks (Abja ja Värdra 35 voodikohaga, Elva, Märjamaa ja Põltsamaa 50 voodikohaga). Need haiglad teenindavad endiselt maaelanikkonna ümbrusejaoskondi, mis Eesti NSV-s tegutsevad juba palju aastaid ning on end täiesti õigustanud.

Tabel 2

Rajoon	Voodikohtade arv seisuga 1. I 1963
Haapsalu	125
Harju	—
Hiiumaa (rajoon allub Haapsalu kolhoosi- ja sovhoositootmise valitsusele)	75
Jõgeva	75
Kingissepa	200
Kohtla-Järve (linnapiirkond)	1080 (linna-haiglates)
Paide	110
Põlva	45
Pärnu	400
Rakvere	240
Rapla	100
Tartu	—
Valga	100

Ülalmainitust lähtudes on Eesti NSV-s küll vaevalt otstarbekohane omada kaht liiki rajoonihaiglaid: a) rajooni keskhaiglad ja b) rajoonihaiglad (likvideeritud rajoonides).

1950. a. loodud rajoonid ja rajoonihaiglad tegutsesid kõigest 7—8 aastat, mille järel need likvideeriti (ühendati teiste rajoonidega). Enamik neist rajoonihaiglaist (arvult 13) likvideeriti juba kolm aastat tagasi ja nad funktsioneerivad linna- ja jaoskonnahaiglatena ning teenindavad ka ümbrusejaoskondi.

Meie arvates on Eesti NSV tingimustes kõige õigem nimetada laiendatud rajooni keskuses asuvat haiglat rajoonihaiglaks, selle haigla peaarsti aga rajooni peaarstiks. Likvideeritud rajoonide haiglate sobivaks nimetuseks nende paiknemise järgi on kas linna- või jaoskonnahaigla, mida Eesti NSV-s juba rajoonide likvideerimisel tehtigi. Liigne lüli, õigemini liigne nimetus (rajooni piirides asuv rajoonihaigla) ei soodusta tervishoiukorralduse juhtimist.

Teistes liiduvabariikides, kus hiljuti likvideeritud rajoonides rajoonihaiglad on töötanud aastakümneid, on «rajoonihaigla» nimetuse säilitamine otstarbekohane, sest nende haiglate koosseis on linna- ja jaoskonnahaiglate koosseisuga võrreldes suurem. Eesti NSV-s aga, kus rajoonide elanikkond on suhteliselt väikesearvuline, ei ole likvideeritud rajoonides «rajoonihaigla» nimetuse allesjätmisel mõtet, sest neile ei ole ette nähtud ka suuremat koosseisu

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ РАЙОНОВ И РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ В ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Нордберг

Резюме

Административное деление сельских районов в ЭССР много раз изменялось, в зависимости от чего изменялась сеть, а также и профиль лечебно-профилактических учреждений. После Великой Отечественной войны в республике было десять уездов. С целью быстрого развития колхозного строительства административное деление ЭССР было приравнено к таковому в других союзных республиках. В 1950-ом году в ЭССР было создано 39 сельских районов. К 1953 году во всех районах были организованы районные больницы (кроме Харьюского, Тартуского и Пярнуского районов, население которых обслуживали республиканские и городские больницы). К началу семилетки, когда колхозы республики окрепли, началось объединение районов и рационализация административного управления. В 1959 году было ликвидировано 14 районов. Районные больницы были реорганизованы в городские или участковые. В 1960 году в республике

было 24 района. В 1957 году в 28 сельских районах республики были ликвидированы отделы здравоохранения исполкомов и их обязанности были возложены на районные больницы; санитарно-эпидемиологические станции были объединены с районными больницами и превратились в санитарно-эпидемиологические отделы их. После 1 января 1963 года были ликвидированы отделы здравоохранения всех районных исполкомов, но санитарно-эпидемиологические станции были вновь открыты, как самостоятельные учреждения. На основе решения ноябрьского пленума ЦК КПСС в Эстонской ССР было организовано 14 колхозных и совхозных производственных управлении и 14 укрупненных районов. Отдел здравоохранения города Кохтла-Ярве организовал в городских больницах оказание специализированной медицинской помощи и сельскому населению. Санитарный надзор входит в компетенцию городской СЭС. Харьюское и Тартуское колхозно-совхозные производственные управления (районы) не имеют районных больниц. Главными врачами этих районов являются главврачи районных СЭС. Стационарное обслуживание населения этих районов возложено на республиканские больницы в городах Таллине и Тарту. Остальные 11 колхозно-совхозные производственные управления (районы) имеют свои районные больницы и санитарно-эпидемиологические станции, которые открыты вновь во всех районах кроме Раплаского и Хийумааского, где имеются санитарно-эпидемиологические отделы. Исходя из вышесказанного вряд ли в Эстонской ССР будет целесообразно иметь районные больницы 2-х видов: а) центральные районные больницы и б) районные больницы (в ликвидированных районах).

По нашему мнению в условиях Эстонской ССР было бы наиболее правильным назвать больницу, находящуюся в районном центре укрупненного района — районной больницей, а главного врача этой больницы — главным врачом района. Название больниц в ликвидированных районах давать по месту их нахождение, то есть городские или участковые больницы, что уже было сделано при ликвидации некоторых районов Эстонской ССР. Лишнее звено, правильнее лишнее название (районная больница, находящаяся в границах района), не будет содействовать организационной работе по здравоохранению. В остальных союзных республиках, где районные больницы, в недавно ликвидированных районах, работали уже в течение десятилетий, сохранение названия «районная больница» будет целесообразно, так как штаты этих больниц больше штатов городских и участковых больниц. В ЭССР, где население районов сравнительно немногочисленно нет смысла оставлять в ликвидированных районах название районных больниц, так как для них не предусмотрено бо́льшего штата.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

MARMORTÕVE JUHT

H. KOSAR

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Kaasasündinud marmortõbi on võrdlemisi harva esinev luustikuhaigus.

Esimesed teated selle haiguse kohta pärinevad röntgenoloog Albers-Schönbergilt 1904. aastast. Marmortõve teisteks nimetusteks on *Morbus Albers-Schönbergi, osteopetrosis familiaris, osteosclerosis congenita diffusa, myelosclerosis congenita familiaris, osteosclerosis fragilis generalisata.* Käesoleval ajal on maailmakirjanduses kirjeldatud ligi 200 marmortõve juhtu. Nõukogude Liidus kirjeldasid mainitud haigust esimestena M. B. Kopõlov, M. F. Runova ja N. M. Kudrjavtseva.

Paljudel juhtudel võivad marmortõvele kaasuda (eriti lastel ja alaealistel) rasked tüsistused. Umbes 50%-l haigetest ei kutsu see haigus esile mingeid kliinilisi nähte ning avastatakse alles hilisemas eas röntgenoloogilisel uurimisel.

Marmortõvele on iseloomulikud järgmised sümptoomid: luustiku üldine skleroos, luude haprus, teisene aneemia ja leukopeenia. Nägemismulgu luustenoosi tõttu võib esineda (kuid mitte alati) ka nägemisnärvi ühe- ja kahepoolne atroofia, samuti hammaste raske karioossus koos

lõualuude osteomüeliidiga. Peale selle võib haigus põhjustada veel kuulmisnärvide kahjustust ja suurt ebaproportsionaalset kehakasvu. Harvemini tuleb ette näo- või teiste peaajunärvide pareesi ja halvatust. Aneemia põhjustajaks on luuüdi kahjustus. Sageli täheldatakse aniso- ja poikilotsütoosi.

Marmortõbe diagnoositakse röntgenoloogiliste uuringute andmeil: röntgenogrammil on luudes näha struktuuritud, otsekui marmoritaolised alad, käsnollus skleroseerub. Selle haiguse puhul eristatakse luude difuusset skleroosi või ainult pikkade ja lühikeste toruluude metaepifüüside skleroseerumist. Skleroseerumisprotsess võib toimuda hüppeliselt, mida tõendavad röntgenogrammil esinevad läbipaistvamad alad. Sageli on luude diafüüsid ja metafüüsid pudelikujuliselt paisunud, mis kõneleb periosti luulisest vohamisest. Et eükondraalses luustumisprotsessis pole muutusi, siis ei ole häiritud luude pikkuse kasv. Kogu luustiku kahjustuse korral on lülisamba lülid alati skleroseerunud. Sageli täheldatakse skleroosi koljupõhimiku, otsmiku, Highmore'i koobaste jne. piirkonnas. Vere kaltsiumisisaldus on harilikult normaalne, fosforisisaldus kõrgenenud.

Diferentsiaaldiagnostika seisukohalt tuleb silmas pidada müelofibroosi (selle haiguse puhul kahjustab osteoskleroos põhiliselt vaagna-, lülisamba- ja roideluid, kuid sealjuures on pikad toruluud harva kahjustatud). Esmase eesnäärmevähi korral on vaja arvestada vähi metastaaside esinemise võimalust luudes.

Marmortõve patogenees ei ole veel selge. Arvatakse, et haigus võib edasi kanduda pärilikkuse teel. Radikaalne ravi puudub. Aneemia ei allu ravile. Marmortõve kergetel juhtudel pole ravimine vajalik. Kirjanduses kirjeldatud marmortõve juhud avastati juhuslikult vanemaealistel inimestel (kogu elu kestel olid nad täiesti terved).

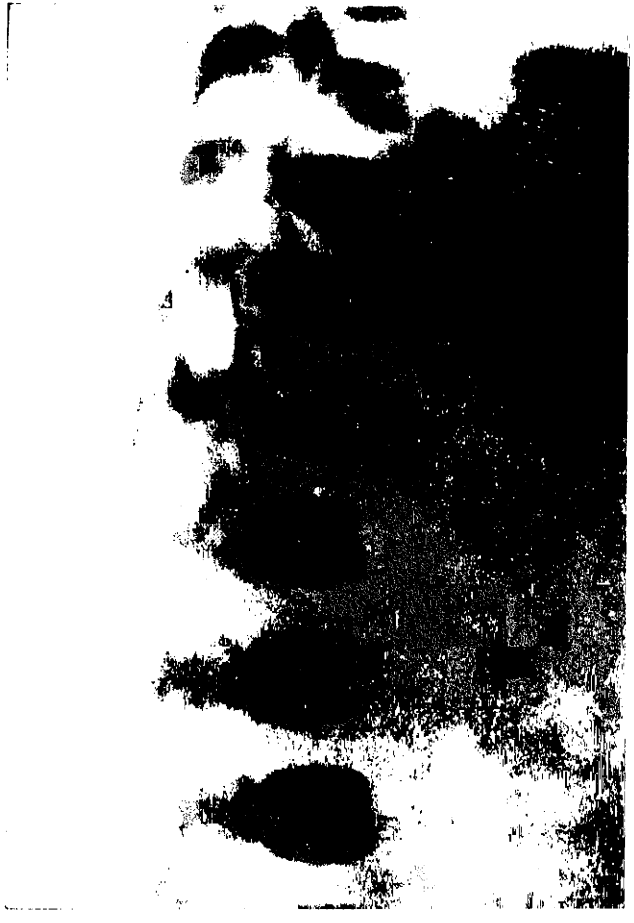
Marmortõbe põdevatel haigetel võib patoloogiliste luumurdude tagajärjel tekkida mädane osteomüeliit, millest areneb septitseemia. Käsnolluse vähenemise tagajärjel luudes tekib vikareeruv vereloome põrnas, maksas ja lümfisõlmedes, mis põhjustab väljendunud splenomegaaliat ning maksa suurenemist.

Alljärgnevalt esitame marmortõbe põdeva lapse haigusloo.

1. juunil 1962. a. toodi Tallinna Vabariiklikku Haiglasse aasta ja kolme kuu vanune laps (haiguslugu nr. 7943). Diagnoos haiglasse saabumisel: III astme hüpotroofia, rahhiit, nägemisnärvide atroofia. 7. juulil 1962 kirjutati haiglast välja diagnoosiga: Albers-Schönbergi tõbi. Kaasnevad haigused: III astme hüpotroofia.

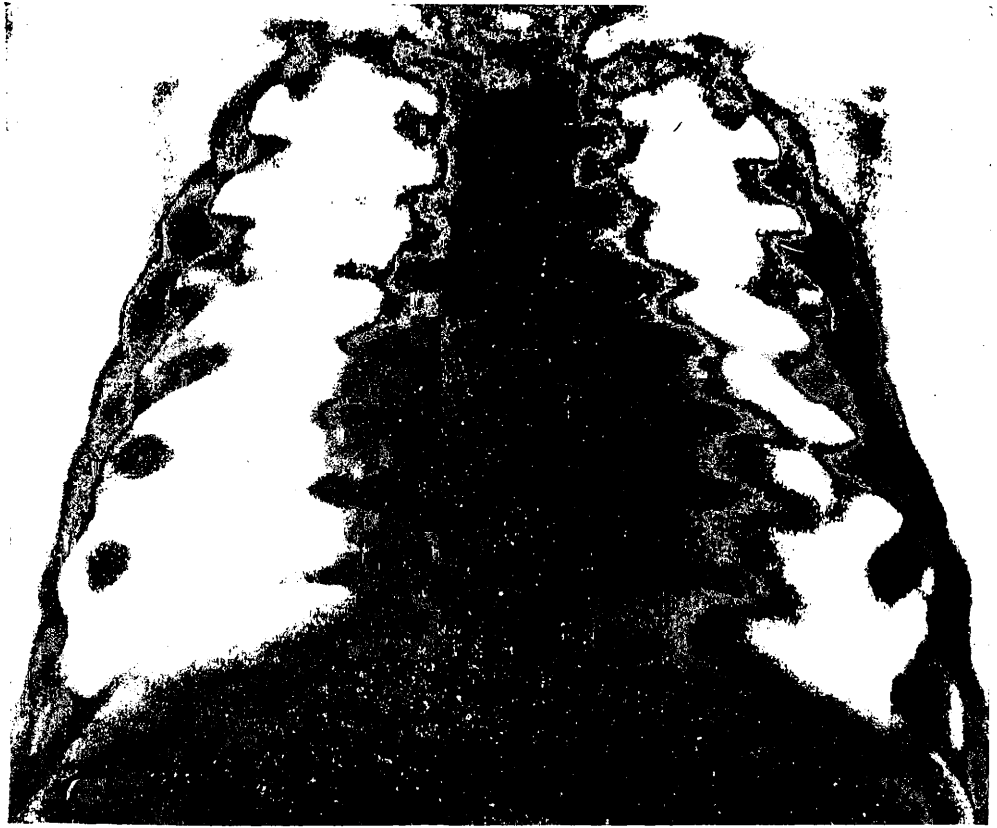
Laps on sündinud neljandast rasedusest. Kolm vanemat last terved. Last toidetakse põhiliselt emapiimaga, vahel harva antakse lisaks putru ja piima. Esimesed hambad tulid 10-kuuselt, 8-kuuselt hakkas istuma, kinni hoides veidi seisab.

Perekonnas ei ole tuberkuloosi, suguhaigusi ja trahhoomi esinenud. Kuue kuu vanuselt märgati, et laps on pime. Ta kuuleb, kuid silmadega ümbrust ei jälgi. Kehaehitus normaalne, toitumus langenud. Pea «kvadraatne» (*caput quadratum*). On tekkinud rahhiitiline küür. Nahk kahvatu. Suus 6 hammast $\frac{21\ |\ 12}{1\ |\ 1}$. Süda ja kopsud normaalsed. Kõhuseinad pehmed, maks ja põrn suurenenud ning ulatuvad kolme põikisõrme võrra roietealusest välja (vt. foto). Silmamunade liikumine õige, silmaavad laiad, sümmeetrilised, valgusele ei reageeri. Peaajunärvide osas normist kõrvalekaldumist ei esine. Nägemisnärvi näsad on kahvatud, selgesti piiritletud. Kõõluse-, periostaal- ja kõhurefleksid sümmeetrilised, Babinski refleks puudub.



Röntgenogramm 1. Lülisamba rinnaosa. Lülidel puudub luustruktuur, lülikehad intensiivselt tihkestunud

Röntgenogramm 2. Vaagna- ja reieluud. Reieluude distaalsed osad pudelikujuliselt laienenud. Esineb tähelepandav luude tihkestumine



Röntgenogramm 3. Rindkere. Roided laiad, ventraalsetes osades esineb tihe ühtlane luustruktuur. Rangluu sternaalsed osad on samuti tihkestunud

Röntgenogramm 4. Pöid. Luuskleroos on eriti järsult väljendunud kand- ja kontsluudes. Nende luude keskosas on nähtavad skleroosi tuumikud, mida ümbritsevad kitsad läbipaistvad alad — käsnolluse jäänused

Laps on elav, naerab, liigutab jäsemeid täiesti normaalselt. Tal on «konnakõht», maks ja põrn tugevasti suurenenud.

Kehatemperatuur normaalne. Perifeerses veres 9100—11 400 leukotsüüti. Püsiv lümfotsütoos (63—66%). Erütrots. 2,58 miljonit, hgb. 9,0 g%. Täheldatakse anisotsütoosi, poikilotsütoosi ja üksikuid normoblaste. SR 10—21 mm esimese tunni kestel. Seljaajuvedeliku uurimisel Wassermanni reaktsioon negatiivne. Uriinis nõrgad valgujäljed, vaateväljas 5—15 leukotsüüti ja üksikud leostunud erütrotsüüdid. Veres 10,4 mg% kaltsiumi, 3,8 mg% mitteorgaanilist fosforit, 77 mg% suhkrut.

Kirjeldatud haige skeleti muutused on toodud tahvel I ja II röntgenogrammidel 1, 2, 3 ja 4.

Marmortõbi on harva esinev haigus, seepärast ainult haige kompleksne kliiniline ja röntgenoloogiline uurimine tagab õige diagnoosi ja hoiab ära diagnoosimisvead.

KIRJANDUS

1. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболевании костей и суставов. Издание II, М., 1955. — 2. Б. М. Э. Издание II, том 19. — 3. Dietrich, H. Neuro-Röntgendiagnostik des Schädels. Jena, 1959.

СЛУЧАЙ МРАМОРНОЙ БОЛЕЗНИ

Х. Косар

Резюме

Мраморная болезнь (болезнь Альберс-Шейнберга) — очень редкое заболевание скелета, которое характеризуется общим остеосклерозом, ломкостью костей, вторичной анемией и лейкопенией. В мировой литературе насчитывается всего до 200 случаев этого заболевания. У части больных мраморная болезнь протекает тяжело; из-за костного стенозирования зрительных отверстий может возникнуть атрофия зрительных нервов. Патологические переломы костей могут вести к развитию остеомиэлита, что в свою очередь вызывает септицемию. Исчезновение костно-мозговой ткани ведет к викарному развитию кроветворения в печени и селезенки. В результате этого эти органы резко увеличиваются.

Примерно в 50 процентов случаев мраморная болезнь протекает безсимптомно и её случайно обнаруживают при рентгенологическом исследовании скелета.

В настоящем сообщении приводится выписка из истории болезни ребенка 15 месяцев, у которого была диагностирована мраморная болезнь. Имелись типичные склеротические изменения костей черепа, таза и конечностей в виде интенсивных плотных затемнений, атрофия зрительных нервов и резкое увеличение печени и селезенки.

Диагноз этого заболевания основывается главным образом на данных рентгенологического исследования скелета с учетом вопросов дифференциальной диагностики. Общеклиническое и лабораторное обследование этих больных необходимо.

KOGEMUSI STENOKARDIAGA HAIGETE RAVIMISEL NIKOTIINHAPPE JA SUGUHORMOONIDEGA

E. OMEL

(Tallinna Tõnismäe Haiglast, peaarst *A. Joakimov*)

V. Nesterov ja N. Širina (1) ning teised autorid märgivad nikotiinhappe soodsat efekti koronaarhaiguste ravimisel.

Kuid stenokardia ravimine näeb ette mitte ainult haigushoogude kupeerimist, vaid ka ateroskleroosi ravimist.

Nikotiinhape toimib organismi reflektoorselt, humoraalselt ja kesknärvisüsteemi talitlust reguleerivalt [J. Maksimovitš (2)]. Ta parandab

keemiliste protsesside kulgu, vähendades seega pikemaks ajaks haigushoogude ägedust ja valusid.

Mis puutub stenokardiaga haigete ravimisse suguhormoonidega, siis on seda hakatud rakendama suhteliselt hiljuti. Suguhormoonipreparaadid avaldavad tugevat toimet mitte ainult peaajukooresse, vaid ka vegetatiivsesse närvisüsteemi ja perifeersetesse närvilõpmetesse. Endokriinsetel näärmetel on suur osatähtsus koronaarvereringe puudulikkuse tekkes ja kulgemises.

Haiguse sagedane esinemine klimakteeriumiperioodil viitab endokriinsete näärmete patogeneetilisele osatähtsusele kroonilise koronaarvereringe puudulikkuse tekkes. Juba J. P. Pavlov rõhutas, et suguhormoonid osutavad positiivset mõju kesknärvisüsteemile, taastavad peaajukoore ja koorealuse ärritus- ning pidurdusprotsesside normaalse tasakaalu ning sellega seoses kõrvaldavad ka vegetatiivse närvisüsteemi toonusehäired.

Suguhormoonid nagu broomisoolade teatavad annusedki taastavad suuraju poolkerade koore ja koorealuse pidurdusfunktsiooni, samuti ka vegetatiivse närvisüsteemi ja südame-veresoonkonna talitluse. Östrogeenide manustamine põhjustab kolesteriini hulga langust veres [J. Blagosklonnaja (3)].

V. Nesterovi ja N. Širina (1) vaatluste kohaselt parandab testosteroon pärgarterite verevarustust ja annab head raviefekti stenokardia puhul. Seepärast pidasime otstarbekohaseks teostada kompleksravi suguhormoonide ja nikotiinhappega ning muude ravivahenditega neil juhtudel, kus veresooni laiendavad raviained (papaveriin, eufülliin jm.) üksi ei andnud soovitavat tulemust.

Viimase kahe aasta jooksul raviti Tallinna Tõnismäe Haiglas kõiki stenokardiaga haigeid samaaegselt nikotiinhappe ja suguhormoonidega. Kombineeritud vitamiini-hormooniravi said stenokardiahaiged kuu aega, kordusravi toimus 4—5—6 kuu pärast ja hiljem.

Vaatluse all oli 30 haiget. Diagnoosi järgi jagunesid haiged järgmiselt: varem põetud müokardi infarkt — 10, I astme koronaarpuudulikkus — 10, II astme koronaarpuudulikkus — 8, paroksüsmaalne tahhükardia — 2 inimest. Vanuse järgi jagunesid haiged järgmiselt: kuni 30 aasta vanuseid 2, 40—50 aasta vanuseid 8, 50—60 aasta vanuseid 15 ja 60—70 aasta vanuseid 5 inimest.

Nikotiinhappe ja hormoonidega ravimisel paranes haigete seisund tunduvalt: rinnakutagused valud vähenesid ja vaibusid hiljem täiesti. Maksimaalne raviefekt saavutati haiguse funktsionaalses, algfaasis. Hormoonipreparaadid mõjutasid tegevust, mis on seotud ajukoore ja dientsefaalse piirkonna normaalsete funktsioonide taastamisega. Selle tulemusena muutusid haiged reipaks, nende töövõime paranes, unetus kadus, omandati seesmine tasakaal. Hormoonide positiivset mõju vegetatiivsele närvisüsteemile tõendab naha hüperalgeesiaga alade kadumine.

Valusündroomi kõrvaldumine stenokardia puhul kõneleb eespool mainitud ravi toimest mitte ainult kesknärvisüsteemile, vaid ka südamelihases ja pärgveresoontes paiknevatele perifeersetele närvielementidele.

Enamikul haigetest langes kolesteriini hulk veres 150—200 mg%-ni (20 haigel oli see kõrgenenud 230—390 mg%-ni).

Elektrokardiogramm näitas müokardi kokkutõmbevõime ning koronaarvereringe paranemist. Ravi kaugtulemusi jälgiti 30 haigel, neist 10-l lakkasid stenokardiahood, 6 haiget vabastas kordusravi stenokardiahoogudest, ülejäänud haigetel kadusid stenokardiahood 1 kuust kuni 1 aastani.

Meie vaatlused näitavad, et vitamiini-hormooniravi võib stenokardia puhul edukalt rakendada.

Järeldused

1. Nikotiinhappe- ja suguhormoonipreparaadid ei põhjusta õigete näidustuste korral individuaalsel doseerimisel kõrvalnähte ja neid võib stenokardia ravimisel edukalt rakendada.

2. Nikotiinhappe toimes etendab nähtavasti tähtsat osa südamelihase metabolismi paranemine. Elektrokardiogramm näitab müokardi kokkutõmbevõime suurenemist, testosteroon aga parandab pärgarterite verevarustust ja alandab kolesteriini hulka veres.

3. Stenokardiaga haigete ravimine kombineeritult nikotiinhappe ja suguhormoonidega annab nii statsionaaris kui ka ambulatoorsetes tingimustes positiivse raviefekti.

4. Paranemine toimub aegamööda pärast I ravikuuri, mõnel isegi pärast II ravikuuri.

5. Enamikul haigeist vähendab ravimine nimetatud preparaatidega valusündroomi või vabastab haige sellest täielikult.

KIRJANDUS

1. Нестеров В. С., Ширина Н. В. Сов. медицина, 1959, 9, 19—23. — 2. Максимович Я. В. Автореферат дисс. д-ра мед. наук. М. 1959. — 3. Благосклонная Я. В. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1959, 6, 42—54.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТОЙ И ПОЛОВЫМИ ГОРМОНАМИ

Е. Омель

Резюме

В Таллинской Тынисмяэской больнице 30 больных стенокардией подверглись одновременному лечению никотиновой кислотой и половыми гормонами. По диагнозу больные распределялись следующим образом: перенесшие ранее инфаркт миокарда — 10, с коронарной недостаточностью I степени — 10, с коронарной недостаточностью II степени — 8 и с пароксизмальной тахикардией — 2 больных.

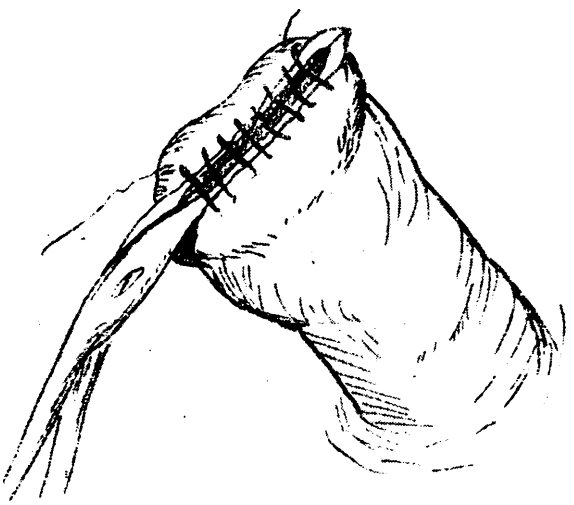
На основании результатов лечения можно сказать, что при правильных показаниях и индивидуализированной дозировке никотиновая кислота и препараты половых гормонов не вызывают побочных явлений и их можно с успехом применять для лечения больных стенокардией. В действии никотиновой кислоты очевидно важную роль играет улучшение обмена веществ в сердечной мышце. Электрокардиограмма показывает на улучшение сократительной способности миокарда. Тестостерон улучшает кровоснабжение через венечные артерии и понижает количество холестерина в крови. Лечение стенокардии никотиновой кислотой в сочетании с препаратами половых гормонов дает положительный лечебный эффект как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Улучшение наступает постепенно, обычно после I курса (30 дней), иногда даже после II-го курса. У большинства больных лечение этими препаратами уменьшает болевой синдром или освобождает больных от последнего.

KÜLG-KÜLJEGA ENTEROANASTOMOOSI TEHNIKAST JA SELLE OPERATSIOONIGA SEOTUD SOOLESULGUSE PROFÜLAKTIKAST

P. SEPP

(Keila Linna Haiglast, peaarst. *A. Tsingisser*)

Tänapäeva kirurgias sooritatakse enteroanastomoosi mitmel viisil, kusjuures kõige sagedamini rakendatakse soole külg-küljega ühendamise meetodit. Vaatamata nimetatud meetodi lihtsusele, unustatakse teinekord mõningad «pisiasjad», millest sugeneb hiljem, isegi aastaid pärast operatsiooni kirurgilist ravi nõudev soolesulgus.



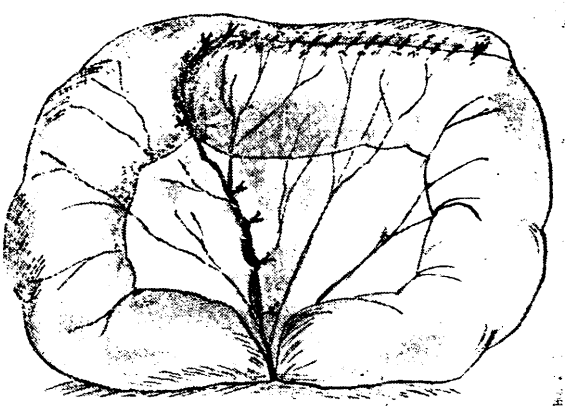
Joonis 1

Näide. Naispatsient H. M., 65 aastat vana (haiguslugu nr. 147), haigestus järsku kõhuvaludega 27. I 1963. a. Esines korduv oksendamine. Gaaside eritus ja iste tekkisid haigestumise algul. Kutsuti välja kiiraöi. Haiglasse saabumisel üldseisund rahuldav. Kõht pehme, palpeerimisel kogu kõht hell, kõhukatted lõdvad, nähtav peristaltika, Wahl'i sümptoom. Võib kuulda loksumisega sarnanevat peristaltilist kõla. Anamneesi andmetel oli 1947. a. tehtud soolte resektsioon seoses pitsunud songaga. 1949. a. opereeriti haiget uuesti songa retsidiivi tõttu.

Haigel diagnoositi soolesulgust ja alustati konservatiivse raviga, mis põhjustas objektiivse ja subjektiivse seisundi ajutise paranemise.

Laparotoomia (P. Sepp) sooritati intravenoosse heksenaalnarkoosi all (*hexenali* 0,75). Peensool tsüanootiline, puhitunud. *Intestini ilei* piirkonnas avastati varem tehtud anastomoos külg-küljega meetodil, kusjuures proksimaalne soolefragment kujutas endast 30,0 sm × 6,0—7,0 sm suurust soolesisaldisega täitunud laienenud kotti, mis piki sooletelge oli keerdunud, põhjustades seega soolesulguse. Soole distaalse fragmendi ots oli väikesemõõtmeline. Anastomoosi otste kohalt eemaldati dilateerunud sooleköndid. Kõhukoobas suleti umbselt — kihiliselt. Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. Haige tervistus.

Eespool esitatud haigusjuht näitab, et 1947. a. külg-küljega meetodil sooritatud enteroanastomoos oli tehniliselt puudulik: mõlemale poole anastomoosi jäeti pikad sooleotsad ega fikseeritud neid anastomoseeritavatele soolefragmentidele. Fragmentide otstesse kogunes soolesisaldist, sooleotsad dilateerusid, raskuse ja peristaltika toimel pöördus pikem sooleots ümber soole, sulgedes soolevalendiku. Kirjanduses on analoogilist juhtumit kirjeldanud N. Solovjov (2) jt. Väliskirjanduses juhivad sellele tähelepanu G. Bellmann (4) jt.



Joonis 2

Külg-küljega enteroanastomoosist tingitud soolesulguse profülaktika seisneb anastomoosi tehniliselt õiges läbiviimises. Oluline on kõigepealt: 1) soolefragmentide otste sulgemise viis. Harilikult suletakse need kisettõmblusega invagineerimise teel. Sellise meetodi puhul jäävad sooleotsad aga jämedaks, ümaraks ja neid ei ole kuigi hõlbus fikseerida anastomoseeritavale fragmendile. Parem on siin kasutada Moynihani meetodit (vt. joonis 1), mille tagajärjel soolefragmentide otsad jäävad lamedaks ja neid on hõlpsam fikseerida anastomoseeritavale fragmendile üksikute sero-seroossete siidõmbluste abil.

Tähtis on ka anastomoosi suuruse ja fragmentide pikkuse valik. Anastomoosi sooritamiseks tuleb soolefragmendid valida sellises suuruses, et paraja pikkusega anastomoosiavade tegemisel jääksid soolefragmentide otsad võimalikult lühikeseks. Seda nõuet peavad vajalikuks näiteks E. Berjozov (1), W. Rieder (5) ja T. Becker (3).

Pärast anastomoosi lõpetamist on tingimata vaja fragmentide otsad fikseerida anastomoseeritavale sooleosale ning sutureerida anastomoosil moodustunud ava soolekelmes, nagu see on kujutatud joonisel 2.

Juhul kui haigele, kelle anamneesis esineb andmeid varem teostatud sooleresektsiooni kohta, tehakse uus operatsioon kõhukoopas, siis on vaja kontrollida ka anastomoosi olukorda. Laienenud sooleosad tuleb eemaldada. Eespool mainitud nõudeid silmas pidades hoiame külg-küljega meetodi rakendamisel ära hilisema võimaliku mehaanilise soolesulguse.

KIRJANDUS

1. Березов Е. Л. Расширенные и комбинированные резекции желудка при раке. М., 1957. — 2. Соловьев Н. Н. Хирургия, 1956, 6, 67—68. — 3. Бескег Т. Kurzgefasster Operatsionskurs. Leipzig, 1959. — 4. Bellmann., G. Zbl. Chirurg., 1958, 1, 30—35. — 5. Rieder, W., Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen. Jena, 1958.

О ТЕХНИКЕ ЭНТЕРОАНАСТОМОЗА «БОК В БОК» И ПРОФИЛАКТИКЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

П. Сепп

Резюме

Энтероанастомоз накладывается различными способами. Наиболее часто применяют метод энтероанастомоза «бок в бок». Указанный метод прост, но иногда при его применении забывают некоторые «мелочи», в результате которых может развиться, даже спустя несколько лет после операции, кишечная непроходимость, требующая хирургического вмешательства.

Профилактика кишечной непроходимости, развивающейся вследствие энтероанастомоза, состоит в технически правильном наложении анастомоза. При закрытии концов фрагментов кишки рекомендуют метод типа Моинигана, при использовании которого концы фрагментов кишки остаются плоскими, вследствие чего их легче фиксировать. Для наложения анастомоза необходимо выбрать фрагменты кишки такой длины, чтобы при отверстиях для анастомоза необходимой величины, концы фрагментов кишки были бы возможно короче. После наложения анастомоза необходимо фиксировать концы фрагментов на присоединяемом фрагменте кишки.

При лапаротомии больных с ранее произведенной резекцией кишки следует осмотреть место анастомоза, и если фрагменты кишки окажутся расширенными, иссечь их.

KOGEMUSI REIELUU TROHHANTEERSETE MURDUDE OPERATIIVSEST RAVIST

E. LIIV

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Reieluukaela mediaalsete (nn. tõeliste) murdude operatiivne ravi on 1925. aastast alates, kui Smith-Petersen subkapitaalsete ja transtservikaalsete murdude puhul kolmelamellilise naela kasutusele võttis, muutunud valikmeetodiks. Seevastu reieluu trohhanteersete (*resp.* reieluukaela lateraalsete ja korpuse ülaosa) murdude ravimine on veel vaidlusküsimuseks.

Konservatiivse ravi puuduseks on: 1) pikaajaline lamamisrežiim ja kõrge voodipäevade arv, mis üksikute autorite järgi ulatub 90—120 voodipäevani; 2) pikaajalise lamamise tagajärjel tekib rohkesti tüsistusi, vaatamata vastavale hooldamisrežiimile (lamatised, hüpostaatiline kopsupõletik, tromboosid, urosepsis jt., mis on eriti omased elatanud haigetele); 3) tüsistustest tingituna on ka suremus konservatiivse ravi puhul kõrge, ulatudes üksikute autorite järgi 25—40%-ni; 4) konservatiivse ravi tulemused on enamikel juhtudel, nii anatoomiliselt kui ka funktsionaalselt, osutunud halvaks. Nii saavutas P. Petrov* dislotseerunud trohhanteersete murdude puhul konservatiivse raviga väga häid ja häid tulemusi kokku ainult 42%, operatiivse raviga aga 88,8%.

Et tagada paremaid ravitulemusi, tuleb välja töötada ratsionaalsem meetod operatiivse ravi näol. Reieluu trohhanteersete murdude operatiivse ravi eesmärgiks tänapäeval on saavutada fragmentide püsivus kuni täieliku kokkukasvamiseni ilma täiendava välise fiksatsioonita. Operatsioon teostatakse võimalikult kiiresti (24 tunni kuni 3 päeva jooksul pärast traumat), kusjuures peetakse väga oluliseks sooritada repositsioon kohe pärast saabumist või operatsioonilaual. Enamiku autorite andmetel toimub fragmentide reponeerimine ja opereerimine üldnarkoosi all (relaksantidega või ilma).

Tänapäeval kasutatakse reieluu trohhanteersete murdude fikseerimiseks peamiselt 3 liiki naelu.

1. Kõige lihtsama kujuga on naelad, mis viiakse reieluu diafüüsist üdiõõnde (murrukohast eemal) luu trepaneerimise teel. Sellesse rühma kuulub kõigepealt 1939. a. Küntscheri poolt tarvituselevõetud sirge nael. Scaglietti poolt Küntscheri põhimõttel kasutatav Putti kruvinael ning Lezius-Herzeri ümarnael jt.

2. Teise rühma moodustavad mitmesugused naelad, mis koosnevad reieluukaela sisselöödavast naelast ja diafüüsi üdiõõnde viidavast fikseerivast osast (Junge, Revenko, Demjanovi jt. poolt kasutatavad naelad).

3. Suurimasse rühma kuuluvad külgmise diafüsaarse luuvälise fikseeriva plaadiga varustatud reieluukaela modifitseeritud naelad, mida ka sagedamini kasutatakse. Niisugused naelad on kas kompaktselt ühes tükis valmistatud jäiga nurga all painutatud diafüüsile fikseeritava plaadiga (Blounti, Jewetti, Weisi jt. naelad) või reieluukaela naelad, mis ühendatakse diafüüsile fikseeritava plaadiga kruvi abil (Mc Laughlini, Ehalti, Marino-Zucco, Talfilady, Petrovi jt. naelad).

Et trohhanteersete murdude operatiivne ravi ei ole laialt levinud, eriti meie vabariigis, naelte kasutamise keerukuse ja nende tootmise tehniliste raskuste tõttu, pidasime vajalikuks täiendada nimetatud ravimeetodeid. Selleks võtsime kasutusele autori poolt modifitseeritud kombineeritud naela, mis tagab fragmentide fikseerumise õiges asendis ja nende täieliku kokkukasvamise.

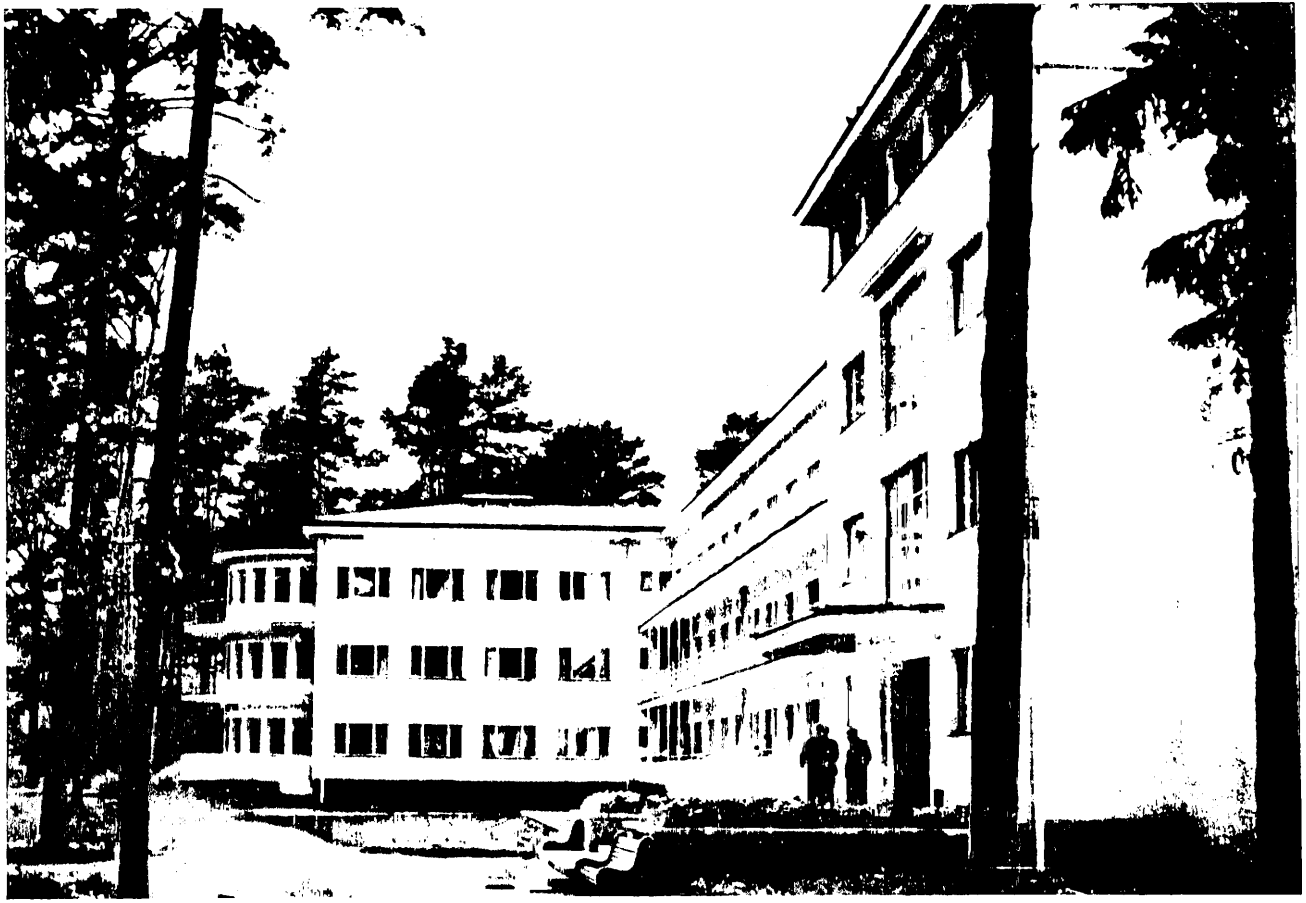
Nimetatud kombineeritud nael koosneb viiest osast: reieluukaela viidavast naelast, külgmisest luuväliselt diafüüsile fikseeritavast plaadist, kumbagi eelmist ühendavast laiapealisest kruvist ja kahest 3—3,5 sm pikkusest tavalisest luukruvist.

Reieluukaela viidava naelana kasutatakse tavalist tüüpi kolmelamellilist naela, mille peaosa on treitud silindrikujuliseks (joon. 1). Külgmine

* Хирургия, 1957, 4, 115—123

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 1

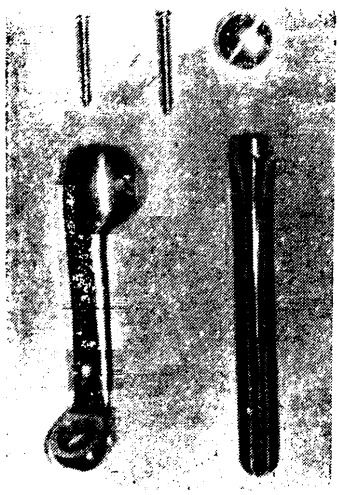


Kolhoosnikute puhkekodu Narva-Jõesuus. Sama projekti järgi on ehitamisel sanatooriumihoone Kosel

diafüsaarne plaat asetub reieluukaela naela pea silindrilisele osale täpselt ning ühendatakse sellega kruvi abil. Külgmine plaat fikseeritakse reieluu diafüüsi külge 2 kruvi abil, kusjuures alumine kruvi asetub reieluukaela naela suhtes ristsuunas. Niisugune kruvi asend võimaldab naelal kanda suuremat koormust, võrreldes frontaalsuunas sisseviidava kruviga.

Naela sisselöömiseks reieluukaela võib kasutada tavalisi meetodeid, kuigi sageli osutub võimalikuks teha seda silma järgi (ilma operatsiooni ajal tehtava röntgenoloogilise kontrollita). Anestesioloogia kaasaegseid saavutusi arvestades soovitame opereerimisel rakendada üldnarkoosi, mis võimaldab fragmente kergemini reponeerida, loob rahulikuma miljöö nii haigele kui ka kirurgile, millest tingituna operatsiooni kestus märksa lüheneb. Kui operatsioon toimub varajaselt, ei ole eelnev skelettekstensioon sageli vajalik, sest fragmendid on operatsiooni ajal hästi reponeeritavad.

Kombineeritud naela kasutamine trohhanteersete murdude fikseerimisel on end täiesti õigustanud, mida illustreerivad allpool toodud haigusjuhud.



Joonis 1

1. 68-aastane naishaige E. S. (haiguslugu nr. 991), saabus kliinikusse 22. III. 1961. Haiguse anamnees: tänaval kukkumise tagajärjel tekkis killustunud subtrohhanteersete elementidega trohhanteerne murd. Kohe pärast kliinikusse saabumist reponeeriti fragmendid skeletitekstensiooni abil. Juba 2. haiguspäeval täheldati pindmist lamatist sakraalpiirkonnas, mis, hoolimata intensiivsest ravist ja hooldamisest, ei paranenud, vaid üha suurenes kuni peopesa suuruseni. 6. IV 1961. a., vaatamata lamatisele, sooritati osteosüntees kombineeritud metallnaelaga potentseeritud lokaalse tuimastuse abil (kirurg E. Liiv). Jala asend oli voodis vaba. Operatsioonijärgsel perioodil tüsistusi ei tekkinud. 2. postoperatiivsest päevast alates pööras haige end aktiivselt tervele küljele, 4. päeval istus voodis, 8. päeval eemaldati õmblused, 9. päeval sai haige ise voodi kõrval asetsevale toolile istuda, tegeles süstemaatiliselt ravivõimlemisega. 3 nädala jooksul paranes lamatis täielikult. 32. päevast alates hakkas haige ilma karkudeta kõndima. Kuus nädalat pärast operatsiooni (8 nädalat traumast) tehtud röntgenogrammil (tahvel III joonis 1 ja 2) oli fragmentide seis hea, näha tugev periostaalne luumõhn, kuigi perifeerne fragment on nihkunud ligi 4 mm võrra keskele. Lahkus kliinikust 19. V. 1961. a., s. o. 43. operatsioonijärgsel päeval, mil kõndis kergelt longates kepi abil. 4 kuud hiljem toimunud järelkontrollil ei kaevanud ta millegi üle, puusaliigese funktsioon normaalne, käib ilma kepita ning töötab endisel töökohal.

2. 59-aastane naishaige A. T. (haiguslugu nr. 112), saabus kliinikusse 8 I. 1962. a. Haiguse anamnees: kodus toas kukkumise tagajärjel tekkis lineaarne pertrohhanteerne murd. Et haige juba varem kannatas südame- ja veresoonkonna raske kroonilise puudulikkuse all, siis rakendati enne operatsiooni vastav ravikuur. 15. I 1962. a. sooritati osteosüntees kombineeritud metallnaelaga potentseeritud üldnarkoosi all. Postoperatiivne periood möödus tüsistusteta. Haige istus voodis alates 2. päevast, 7. päeval tõusis üles ja kõndis ilma karkudeta, 8. päeval eemaldati siidid, 9. päeval (24. I 1962. a.) lahkus kliinikust rahuldava üldseisundiga. 4 kuu pärast haigel kaebusi ei esinenud. Puusaliigese funktsioon normaalne, käis ilma kepita. Röntgenifilmidel fragmendid luuliselt ilma dislokatsioonita konsolideerunud. Nael eemaldati 28. VII 1962. a. (haiguslugu nr. 1793), rakendades lokaalset anesteesiat. Nael deformatsioonide ja muude riketeta ning teda võis kasutada järgneva haige trohhanteerse murru fikseerimisel.

Seega on trohhanteersete murdude operatiivsel ravil kombineeritud naela kasutamisel järgmisi märkimisväärseid eeliseid konservatiivse raviga võrreldes.

1. Täpne repositsioon ning püsiv fiksatsioon kuni fragmentide täieliku konsolideerumiseni anatoomiliselt ning funktsionaalselt heas seisus.

2. Võimaldab haigetel kiiremini tõusta, vähendab tüsistusi ja neist tingitud surmajuhtude arvu. Nii lubatakse haigetel istuda 2.—3. päeval ja

tõusta ning karkude abil käia 5.—7. operatsioonijärgsel päeval. Esimesest kümnest opereeritud haigest ei tekkinud operatsioonijärgsel perioodil mitte ühelgi tüsistusi.

3. Operatiivse ravi puhul võib haige kõndida jalga mõõdukalt koormates 1—2 nädala pärast, jalga täielikult koormata, olenevalt murru tüübist, 2—6 nädala möödudes, mistõttu meditsiinipersonali töömaht märksa väheneb.

4. Statsionaarse ravi kestus lüheneb 2—4 korda, olenevalt murru tüübist ja haige üldseisundist (ravi kestab 2—6 nädalat). Kümnest haigest kolm lahkus haiglast 9. päeval pärast operatsiooni, ülejäänud 14—50 päeva jooksul.

5. Kirjeldatud kombineeritud nael täidab temale pandud nõuded ja teda on soovitatav kasutada iga tüüpi trohhanteersete murdude osteosünteesiks.

6. Reieluu trohhanteersete murdude operatiivne ravi kombineeritud naelaga on valikmeetodina näidustatud kõigis raviasutustes.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Э. Лийв

Резюме

Оперативное лечение вертельных переломов, в связи с определенной сложностью и техническими затруднениями, еще не нашло широкого применения, особенно в нашей республике.

Нами предприняты попытки несколько дополнить этот метод лечения. С этой целью мы предложили модифицированный гвоздь, обеспечивающий фиксацию костных отломков в правильном положении и их полное срастание.

Предложенный комбинированный гвоздь состоит из пяти частей: стержня гвоздя, вводимого в шейку бедра; боковой диафизарной накладки; винта с широкой головкой, соединяющего стержень с накладкой; двух обыкновенных костных винтов длиной 3—3,5 см.

По сравнению с консервативными методами, оперативное лечение вертельных переломов бедренной кости имеет значительные преимущества. При применении последнего метода достигается точная репозиция и стойкая фиксация до полной анатомической и функциональной консолидации отломков. Это, в свою очередь, позволяет больным в ранние сроки подниматься с постели и сокращает количество осложнений. После оперативного лечения больной может ходить через 1—2 недели, умеренно нагружая ногу. В зависимости от характера перелома, полную нагрузку можно допустить через 2—6 недель после операции. Общая продолжительность лечения также зависит от характера перелома и от общего состояния больного и не превышает 2—6 недель. Из шести леченных нами больных трое были выписаны из больницы на 9-й день после операции, остальные — в течение 14—50 дней. Следовательно, время пребывания в стационаре при хирургическом лечении сокращается в 2—4 раза.

KUTSETÖÖST TINGITUD NAHAHAIGUSTE PROFÜLAKTIKAST

Arstiteaduse kandidaat *N. SCHAMARDIN*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Üheks nahka sagedamini kahjustavaks teguriks tööstuses on mikrotrauma, mida põhjustavad metallipuru, klaasikillud jne. Väikesed nahavigastused on sageli sissetungiväravaks mikroobidele, mis võivad tekitada nahamädanikke.

Teiseks kahjustavad nahka mitmesugused keemilised ained, mis satuvad nahale kas tahkes, vedelas või gaasilises olekus, puhtal kujul või lahuste näol. Keemiliste ainete toime nahasse ei avaldu alati samaaegselt. Mõni keemiline aine (näiteks happed või leelised) võib põhjustada nahahaigust — dermatiiti — kohe pärast nahale sattumist. Kui nahale satub kontsentreeritud lahust, võib tekkida nekrootiline haavand, mis paranenult jätab armi. Kui nahale on sattunud hapet või leelist, on tavaliselt olnud tegemist avariiga või töökaitsevahendite mitteküllaldase rakendamisega.

Mõningate ainete sattumine nahale või limaskestadele väikeses kontsentratsioonis pikema aja (mõnikord isegi aastate) vältel võib põhjustada närvisüsteemi kaudu ülitundlikkust nende ainete suhtes ning tekitada ekseemi. Sellisteks aineteks on tärpentin, nikliühendid, streptomütsiin, formaliin, aminasiin, ursool jt. Kui töötaja puutub kokku selliste organismi sensibiliseerivate ainetega, on organismi ülitundlikkust võimalik kindlaks teha nahatestide abil. Sagedamini tehakse nahateste tilga- või lapimeetodil. Kõhunahale pannakse üks tilk seda ainet (kui aine on tugevatoimeline, kasutatakse 95°-list etüülalkoholilahust), märgistatakse ringiga ja lastakse kuivada. Testi tulemust hinnatakse 24 ja 48 tunni pärast. Proovi peetakse positiivseks, kui tilga kohale on tekkinud punetus (vt. foto).

Tugevasti positiivne tilgaproov 10%-lise niklilahusega

Paljud keemilised ained (kivisöe- ja põlevkivitõrvad, mineraalõlid jt.) võivad esile kutsuda naha kuivust ning pakatisi, sageli ka nahapooride ummistusi ja mõnikord ulatuslikke karvanääpsupõletikke, millega

hiljem kaasuvad mädavillid, mõnikord koguni paised. Pikaajalise kontakti tagajärjel võivad tekkida ka nahakasvajad.

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori andmetel leiti 1961. a. professionaalseid nahahaigusi Tallinnas ja Põhja-Eestis kõige enam sünteetiliste vaikudega (karbamiid-formaldehüüdvaikliimiga ja opoksüüdvaikliimiga) ja plastmassidega (bakeliit, galaliit) töötavatel töölistel (32% professionaalsetest nahahaigustest). Sageli põhjustavad nahahaigusi tärpentin (14%), mineraalõlid (nafta-, põlevkiviõlid jt. — 13%), happed või leelised (13%), niklisoolad (5%) ja kroomiühendid (5%), samuti streptomütsiin (3%), formaliin (3%), nitrolakid (3%), kaaliumtsüaniid (3%), mikaniit (3%), morfiin ning omnopoon (2%) ja teised (1%).

Ülalmainitud tegurid kahjustavad nahka järgmistel tingimustel: 1) tööprotsessid on vähe mehhaniseeritud ja vähe automatiseeritud, 2) rikutakse ohutustehnika reegleid, 3) ventilatsioon tööruumides pole küllaldane, 4) tervist kahjustavate ainetega töötavaid töölisi instrueeritakse vähe, 5) töökaitsevahendid on puudulikud, 6) rikutakse isikliku hügieeni reegleid.

Seega ei esine nahakahjustused sugugi teatava tööprotsessi vältimatu kaaslasena, vaid neid on võimalik ära hoida. Eesrindliku tehnika ja kaitseabinõude rakendamisega on Nõukogude Liidus nahahaiguste esinemine tööstuses järsult vähenenud.

Millised on siis nahahaiguste vältimise tähtsamad abinõud?

Kõigepealt tuleb silmas pidada, et nahahaigus tekib eriti kergesti neil töötajail, kelle naha tundlikkus mitmesuguste ärritajate suhtes on kõrgenenud ja kes põdesid juba enne antud tööle asumist nahahaigusi, näiteks ekseemi. Niisuguseid isikuid ei tohi lubada asuda tööle, kus neil tuleb pidevalt kokku puutuda nahka ärritavate ainetega.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata uutele töölistele. Tervishoiupunktide töötajad peavad jälgima, et nad esimesel töönädalal tutvuksid põhjalikult ohutustehnikaga ja töökaitsega. Peale selle tuleb tervishoiutöötajatel tsehhides perioodiliselt vestelda professionaalsete nahahaiguste profülaktikast. Tsehhidesse soovitame välja panna plakateid, kus oleks lühidalt toodud esmaabi põhiprintsiibid võimalike õnnetuste puhuks.

Väikeste nahavigastuste vältimiseks on vaja, et töölised omandaksid õiged töövõtted. Tuleb hoolitseda selle eest, et tööriistad oleksid korras ning et tööpinkidele ei koguneks liigset metallipuru. Selleks peab jälgima, et töökoha puhastamine ja korrastamine ei toimuks ainult tööpäeva lõpul, vaid kogu tööaja kestel. Tööpinke ei tohi metalli- või klaasipurust puhastada palja käega, vaid seda tuleb teha harja abil.

Tunduvalt harvem esineb nahahaigusi ettevõtetes, kus tööprotsessid on hästi mehhaniseeritud ja automatiseeritud. Tööruumid peavad olema korralikult valgustatud ja ventileeritud. Oluline on, et tööruumides asuvad aparaadid oleksid hermeetilised, sest mõningad ained võivad mõjuda nahale ka õhu kaudu (näiteks kroomiühendid, fenool-formaldehüüd- ja karbamiid-formaldehüüdvaigud jt.). Elektrolüüsivannid peavad olema varustatud tiheda kattega.

Nahakahjustustest hoidumisel on suur tähtsus ka kaitseriietel. Need täidavad kahesugust ülesannet: 1) kaitsevad isiklikke riideid määrdumise eest ja 2) vähendavad miinimumini organismi kontakti nahka ärritavate ainetega. Tuleb silmas pidada, et kaitsekindad oleksid valmistatud sobivast materjalist. Näiteks ei ole otstarbekas kasutada kummikindaid tööde juures, kus on tegemist kummi lahustavate ainetega. Nahkkindad ei sobi töötamisel lakkide, liimide ja polituuriga, sest nende ainete toimel kaotab nahk elastsuse. Kaitsekindaid ei tohi hoida käes kogu tööpäeva vältel. Kummikinnastes hakkavad käed higistama ja seepärast tuleb neid kasutada ainult töödel, kus oht on eriti suur (näit. instrumentide puhas-

tamisel nahka ärritavatest ainetest, mitmesuguste segude valmistamisel, esemete väljavõtmisel lahustest jne.). Esemete väljatõstmisel galvaniseerimisvannidest tuleb kasutada klambreid või pintsette. Lubja, superfosfaadi jt. taoliste ainetega töötamisel peab kandma tihedast riidest hästi kinninööbitavat riietust koos peakattega, käte kaitsmiseks kasutatagu presentkindaid, silmade kaitseks kaitseprille.

Nahahaiguste vältimisel tööstuses on suur tähtsus ka kaitsesalvidel ja -pastadel. Neid kasutatakse naha kaitsmiseks nafta, põlevkivi- ja teiste mineraalsete õlide, liimide, lakkide, värvide jne. vastu. Kaitsesalve ja -pastasid tarvitatakse naha sarvkihi ja näärmete loomuliku kaitsevõime suurendamiseks. Sageli sisaldavad kaitsesalvid seepi. Pesemisel eemalduvad kahjulikud ained siis nahalt kergemini. Sagedamini kasutatakse Rahmanovi, Hiot-6 jt. pastasid. Üksikasjalisemaid nõuandeid kaitsesalvide koostise ja kasutamise kohta võib leida Z. Polonski ning M. Hessini brošüürist «Pastad naha kaitsmiseks mitmesuguste tööstuslike ainete vastu» (vt. kirjanduse loetelus p. 5). Enne tööd hõõrutakse 5—10 grammi salvi või pastat nendele kehaosadele, mis tööprotsessis võiksid kahjustavate ainetega kokku puutuda. Sagedamini on nendeks kehaosadeks nägu ja käed. Pärast tööd tuleb salv nahalt eemaldada puhta veega (vt. ka kirjanduse loetelus p. 7).

Suur tähtsus nahahaiguste vältimisel on isiklikul hügieenil. Ükskõik millise nahka kahjustava ainega ka ei oleks tegemist, on lubamatu seda jätta nahale pärast tööd. Tsehhi juures peab olema pesemisruum, kus on soe vesi, seep ja võimaluse korral elektrikuivati käte kuivatamiseks. Pesemisruumi suurus peab vastama tööliste arvule. Nahka määriva töö puhul oleks tarvis üks pesemisnõu viie töötaja kohta. Kuumades tsehhides ja eriti määrivate tööde puhul peab olema võimalus pesta duši all, sest sellistel töödel tekivad nahakahjustused eriti kergesti. Nahahaiguste vältimiseks tuleb pärast töö lõpetamist nahka hoolikalt pesta sooja vee ja seebiga ning vahetada riideid. Kummikindad tuleb enne käest võtmist pesta. Kui kaitsekindad on märguvast materjalist, kuivatatakse need pärast pesemist. Kogu tööriietust peab vähemalt 2—3 korda kuus pesema ja läbi keetma, sest paljud keemilised ained võivad imbuda pesusse ja sealt edasi nahasse. Töölised peavad teadma, et kui õnnetusjuhtumi tagajärjel on riided kahjustavast ainest (näiteks bensiinist) tugevasti märgunud, tuleb need viivitamata vahetada. Kahjuliku aine kõrvaldamiseks nahalt ei jätku alati kuuma vee ja seebiga pesemisest, vaid nahka on vaja ette valmistada. Kui käed puutuvad töötamisel kokku tõrva või vaikudega, tuleb need enne vee ja seebiga pesemist puhastada mingi taimeõliga (näiteks rapsiõliga). Mineraalõlidest vabastamiseks on soovitatav nahk enne üle hõõruda sulfoneeritud kastoorõliga. Et pikaajalise kontakti tagajärjel kivisõe- ja põlevkiviproduktidega võib tekkida nahavähk, on igapäevasel naha puhastamisel pärast tööd eriti suur tähtsus. Töötamisel kroomiühenditega tuleks käsi pärast töö lõpetamist pesta piiritusega. Kui nahk on määrdunud polituuriga, on soovitatav käsi pesta nõrga sooda-lahusega (umbes 4—5%-line). Peab aga rõhutama, et pärast vastavate ainete kasutamist on vaja nahka uuesti pesta vee ja seebiga. Kui töötaja puutub kokku vaikliimidega, on soovitatav pesemisel kasutada sulfitseepi. Mineraalõlide, lakkide ja värvidega töötajatel soovitame end pärast töö lõpetamist pesta järgmise koostisega seebiga: kaoliini 55%, neutraalset seepi 25% ja kliisid 20%. Kui nahk muutub liiga kuivaks, tuleb nahk iga kord pärast käte pesemist vaseliiniga, glütseriiniga või mõne toitekreemiga sisse hõõruda.

E s m a a b i j a r a v i. Nahahaiguste ravi tulemused on seda paremad, mida varem ravi alustatakse. Varajaste nahakahjustuste avastamiseks peab arst töölised perioodiliselt läbi vaatama ja tõstma nende teadlikkust, et nad ise juba esimeste nahahaiguse sümptoomide ilmumisel pöörduksid arsti poole.

Hapete nahale sattumisel tuleb kahjustatud piirkond kohe üle valada 2%-lise soodalahusega, leeliste puhul 1—2%-lise äädik- või boorhappelahusega. Lahuste puudumisel tuleb nahk üle valada rohke veega, mis samuti võib vältida nahakahjustuse arenemist.

Väikeste nahavigastuste korral pintseldada kahjustatud piirkonda 1%-lise briljantrohelise piirituselahusega ja siduda puhta sidemega. Veidi suuremaid nahavigastusi on soovitatav katta Novikovi vedelikuga (tanniini 1 g, briljantrohelist 0,2 g, piiritust 0,2 g, kastoorõli 0,5 g ja kolloodiumi 20 g). Tuleb hoolt kanda, et nahk vigastatud koha ümbruses oleks kuiv. Novikovi vedelikku pannakse vigastatud kohale klaaspulgakesega. Paari minuti jooksul kuivab vedelik tihedaks, elastseks katteks, mis jäetakse nahale 3—4 päevaks. Novikovi vedelikku ei soovitata asetada tugevasti veritsevatele ja suurtele nahavigastustele, viimased kaetakse steriilse sidemega.

Kutsetööst põhjustatud dermatiidid paranevad kiiresti, kui tööline on ajutiselt eemaldatud nahka ärritavalt töölt ja saab põletikuvastast ja valuvaigistavat lokaalset ravi (mähised, pastad). Mähisteks kasutatakse nõrgalt desinfitseerivaid lahuseid. Pehme linane lapp või marlitükk niisutatakse külmas 1—2%-lises resortsiini- või boorhappelahuses. Seejärel pigistatakse lapp tugevasti välja ja asetatakse 3—5 minutiks haiguskoldele. Mähiseid tehakse vahetpidamata 30—40 minuti vältel, korrates protseduuri 3—4 korda päevas. Mähiste vaheajal pannakse nahale vesipastat (tsinkoksüüdi 25 g, talki 25 g, glütseriini 20 g, destilleeritud vett 50 g ja tinavett 50 g). Enne kasutamist tuleb vesipastat hästi loksutada, nahale pannakse seda vatitupsuti abil.

Vaatamata tööstusliku ärritaja kõrvaldamisele vajab ekseem sageli pikemaajalist ravi (süstitakse 10%-list naatriumbromiidi- ning 10%-list kaltsiumkloriidilahust veeni, samuti süstitakse oma verd, manustatakse B- ja C-vitamiini jne.). Rasketel juhtudel on soovitatav sanatoorne ravi.

KIRJANDUS

1. Беленький И. Б. Вестн. дерматол. и венерол. 1961, 7, 51—53. — 2. Голшмид К. Л. Заболевания кожи у рабочих химических производств, их предупреждение и лечение. Пермь, 1960. — 3. Михамедова Л. Д. Здравоохр. Таджикистана, 1960, 4, 49—50. — 4. Нейман И. М., Полонский З. Б., Хабаров П. Г. Средства индивидуальной защиты на производстве. М., 1958. — 5. Полонский З. Б., Хесин М. И. Защитные пасты для предохранения кожного покрова от воздействия некоторых веществ в производственных условиях. М., 1950. — 6. Тейтельман М. А. Производственный микротравматизм кожи. Свердловск, 1958. — 7. Schamardin, N. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 2, 67—68.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н. Шамардина

Резюме

Анализ материалов сектора профессиональных заболеваний Института экспериментальной и клинической медицины Академии наук Эстонской ССР показывает, что, по данным обращаемости больных в 1961 г., в Таллине и северной Эстонии наиболее частыми раздражителями, вызывающими профессиональные заболевания кожи, являются следующие химические вещества: искусственные смолы (карбамидформальдегидный клей и эпоксидный клей), пластмассы (бакелит, галалит), скипидар, минеральные масла (нефтяные и сланцевые), кислоты или щелочи, соли никеля, соединения хрома, цианистый калий, стрептомицин, формалин, нитролаки и т. д.

Эти вещества вызывают поражения кожи по следующим причинам: 1) несовершенство технологического процесса, 2) нарушение правил техники безопасности, 3) отсутствие или неэффективность вентиляции, 4) нарушение герметизации производственных процессов, 5) недостаточный инструктаж рабочих, 6) отсутствие защит-

ных средств или недостаточное использование их, 7) несоблюдение рабочими правил личной гигиены.

Для профилактики заболеваний кожи важное значение имеют предварительные медицинские осмотры. Последние дают возможность предупредить прием на работу лиц, которым по состоянию здоровья работа противопоказана. Большое значение имеют своевременный инструктаж рабочих и санитарно-просветительная работа. Контакт с вредными веществами при работе надо свести к минимуму (замена ручных операций механизированными; если процесс не поддается полной механизации — использование простейших механических приспособлений, как щипцы, скребки и т. п.; общая вентиляция; защитная одежда; защитные мази и пасты).

В профилактике профессиональных заболеваний кожи существенное значение имеет и своевременное мытье рук в цехах во время работы и после нее. Оборудование в цехах душевых установок с теплой водой, мылом и электрополотенцами, помогает более эффективно вести борьбу с профессиональными дерматозами. Во многих случаях производственные загрязнения кожи недостаточно удаляются с помощью обычного мыла и теплой воды и приходится применять специальные моющие или обесцвечивающие средства (паста Рахманова, мыло Института имени Эрисмана и т. д.). Загрязненную спецодежду надо стирать 2—3 раз в месяц.

SÜDAME PIIRKONNAS ESINEVAST VALUST

I. RÄTSEP

(Tallinna Harjumäe Haiglast, peaarst *V. Davidovitš*)

Valu südame piirkonnas võib tekkida väga erinevate haiguste korral, mõnikord võib ta olla tõsise haiguse üheks sümptoomiks. Sellistel juhtudel otsustab õigesti antud abi haige edaspidise saatuse. Olenevalt olukorrast tuleb vahel niisugustel juhtudel abi osutada ka keskharidusega meditsiinitöötajatel. Et seda edukalt teha, on vaja teada valu tekkimise põhjusi, asukohta ja levikut.

Südame piirkonnas eristatakse stenokardilisi ja kardialgilisi valusid. Stenokardiliste valude üle kaebavad enamasti kesk- või vanemaealised hüpersteenilised haiged, kellel esineb anamneesis kõrgenenud vererõhk või kes palju suitsetavad. Esinevad valud rinnaku taga ja ängistustunne. Haige osutab valu asukohale terve käega. Valud irradieeruvad ehk kiirguvad vasakusse kätte, kaela või abaluu piirkonda. Irradieerunud valu võib olla nii tugev, et haige ei märkagi valu südame piirkonnas, alles täpse küsitlemise põhjal võime välja selgitada valu asukoha. On ette tulnud küllalt juhtumeid, kus haigel, kes tegelikult kannatas stenokardia all, raviti oletatavat õla- või küünarliigese põletikku, gastriiti jm. Stenokardiliste valudega kaasneb hirmutunne. Haige võib täpselt fikseerida valu tekkimise ja kadumise aja.

Kardialgilised valud on terava iseloomuga, tihti korduvad ja erineva intensiivsusega. Sageli kaebavad kardialgiliste valude üle keskealised naishaiged. Valu asukoha määravad nad täpselt, osutades sõrmega vastavasse piirkonda. Valud paiknevad sageli südame tipu piirkonnas. Valudega kaasneb erutusseisund.

Kardialgilised valud võivad tekkida ka täiesti tervetel isikutel ülemäärase füüsilise pingutuse korral (1).

Otseselt südamega seoses olevate valude kõrval esinevad veel valud, mis on tingitud südame naabruses asuvate elundite haigustest, nagu lülisamba haigused, roietevaheliste närvide valud, diafragma või pleura haigustest tingitud valud jt.

Pärgarterite puudulikkus on üheks oluliseks põhjuseks, millega kaasnevad valud südame piirkonnas. Sagedasemaks pärgarterite puudulikkuse

põhjuseks on pärgarterite ateroskleroos (2, 3). Pärgarterite puudulikkuse korral esinevad valud on tingitud kas arteri sulgusest, selle ahenemisest ja südamelihase verega varustamise puudulikkusest või venoosse vere äravoolu takistusest.

Pärgarterite ahenemine võib tekkida spasmi tagajärjel, kusjuures anatoomilised muutused võivad vastavas arteris puududa. Spasme soodustavaks momendiks on psüühilised elamused, harvem füüsilised pingutused. Paljudel juhtudel põhjustavad haigusprotsessid teistes elundites reflektoorselt pärgarterite spasmi, näiteks rändneer, sapikivitõbi, maovõi kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi, neuropsüühilised häired jt. (2). Pikaajaline pärgarterite spasm võib põhjustada surma (2).

Enamasti aitab valu kõrvaldada nitroglütseriin. Haigele antakse nitroglütseriinitablett või 1—2 tilka nitroglütseriinilahust suhkruga keele alla, kus seda tuleb hoida kuni täieliku imendumiseni. Toime järgneb 1—2 minuti pärast. Amüülnitrit ja naatriumnitrit on nõrgema toimega. Mõnel juhul ei kao valu nitroglütseriini manustamisel, kaob aga südame piirkonda 0,25—0,5%-lise novokaiinilahusega tehtud nahasiseste süstete toimel. Ravimite puudumisel võib valu likvideerimiseks vasakule käele kuuma vanni teha või südame piirkonda sinepiplaastreid panna.

Koronaarskleroosi korral esinevad pärgarterites aterosklerootilised muutused, mille tagajärjel pärgarteri valendik aheneb. Füüsilise pingutuse korral ei suuda ahenenud pärgarterid südamelihast arteriaalse verega küllaldaselt varustada. Selle tagajärjel tekib stenokardiline valu. Stenokardiahoog haarab kogu organismi, rasketel juhtudel tekib šokiseisund. Haige on külma higiga kaetud, huuled tsüanootilised. Valuga kaasneb surmahirm. Pulss võib olla halva täitumusega, sageli kiirenenud. Elektrokardiogrammis esinevad lühiajalised muutused, veres muutusi ei sedastata.

Pärgarterite ateroskleroosi süvenedes suurenevad südamelihase verevarustuse häired. See kutsub südamelihases esile degeneratiivsete ja armistunud kollete tekke. Stenokardia põhjuseks on tugevasti väljakujunenud orgaanilistest muutustest tingitud pärgarterite puudulikkus ja angiospasm, olulist osa etendab ka kesknärvisüsteemi seisund. Kergesti erutuvatel isikutel tekivad stenokardiahood tunduvalt kergemini kui tasakaalukatel isikutel. Sageli tekib see öösel, mil parasümpaatilise närvisüsteemi toonus on tõusnud. Sellist stenokardiat nimetatakse rahuoleku stenokardiaks, mis kulgeb eelmistest tunduvalt raskemini, püsib kauem, soodustab sageli nekrooside teket südamelihases. Valu on tugevam, ängistavam, rõhuva iseloomuga. Nekroside tekke tagajärjel kiireneb erütrotsüütide settereaktsioon ja tõuseb kehatemperatuur. Elektrokardiogrammis täheldatavad muutused ei vasta infarktile.

Kui pärgarterite ateroskleroosile lisandub tromboos, tekib müokardi infarkt. Mõnel juhul võib tugev pärgarterite ateroskleroos põhjustada infarkti ilma trombita. Väikesed infarktid ehk mikroinfarktid võivad tekkida suure verekaotuse, kehvveresuse, mitmesuguste nakkushaiguste ja reuma tagajärjel.

Infarkti diagnoositakse enamasti tüsedatel, kesk- või vanemaealistel isikutel, harvem kõhnadel inimestel. Suurt osa infarkti tekkes etendab eelnenud vaimne või füüsiline pingutus, kõrgvererõhutõbi ja liigne suitsetamine.

Infarktieelsel perioodil tekivad sageli hoogudena stenokardilised valud; valu intensiivistub pidevalt ning püsib mõnest päevast 2—3 nädalani. Põhjuseks on südamelihases tekkinud isheemia. Infarkti ägedal perioodil tekib pikaajaline, väga intensiivne stenokardiline valu rinnaku taga laialdase levikuga vasakusse kehapoolde. Sellist intensiivset valu nimetatakse *status anginosus*'eks ning ta esineb infarkti korral 40%-l juhtudest (3), saavutades haripunkti $^1/_2$—1 tunni vältel ning püsib siis tunde. Valu ei kao nitroglütseriini manustamisega. Samaaegselt valuga tekib närvisüs-

teemi ja kogu organismi reaktsioon. Haige kattub külma higiga, on kahvatu, huuled tsüanootilised, esineb peapööritus, surmahirm, jõuetus. Arteriaalne rõhk kõigub. Tekivad südame rütmihäired, pulss on halva täitumusega, arütmiline. Rasketel juhtudel lisandub iiveldustunne, oksendamine. Tõuseb kehatemperatuur ja leukotsüütide arv perifeerses veres. Valude vaibumisel langeb leukotsüütide arv normaalsele tasemele. Nekroosi tekkimisel kiireneb erütrotsüütide settereaktsioon.

Atüüpiliselt kulgeva infarkti korral võivad valud kiirguda ülakõhtu (infarkti abdominaalne vorm), paremale poole rindkeresse, vasakusse käelabasse või küünarliigesesse. Abdominaalne vorm võib simuleerida ägedat kõhtu, meenutades ka sapikoolikuid, ägedat pankreatiiti, maohaavandi mulgustumist või soolesulgust. Sageli on esinenud juhtumeid, kus haige on toodud haiglasse toidumürgistuse diagnoosiga, tegelikult aga oli haigel müokardi infarkt (2). Mõnikord puuduvad valud raske astmaatilise seisundi puhul. Sellist seisundit nimetatakse müokardi infarkti astmaatiliseks vormiks. Praktiliselt on suure tähtsusega nn. ambulatoorsed müokardi infarktid, mis kulgevad kergesti, väheste sümptoomidega (2). Sellistel juhtudel saab õiget diagnoosi määrata ainult elektrokardiogrammi abil.

Infarktikahtluse korral tuleb haigele kiiresti õiget abi osutada. Olukorra raskuse alahindamine võib põhjustada surma. Tuleb likvideerida valusündroom, tagada haigele täielik füüsiline ja vaimne rahu ning võidelda kollapsinähtudega.

Kui valu ei kao nitroglütseriini ja teiste varem nimetatud vahendite toimel, mida stenokardia korral kasutatakse, siis tuleb süstida 1 ml 1%-list morfiinilahust naha alla. Peale selle võib süstida 1 ml 2%-list papaveriinilahust veeni või naha alla ning 5—10 ml 2,4%-list eufülliinilahust veeni koos 10—20 ml 5%-lise glükoosilahusega. Eufülliini antakse ka suu kaudu 0,1—0,2 korraga. Kui on võimalik kiiresti saada kaane, võib asetada 4—5 kaani kubitaalpiirkonda. Tavaliselt õnnestub nimetatud vahenditega valu kõrvaldada.

Edasi tuleb võidelda kollapsinähtudega. Vererõhu järsu languse korral peab süstima 1 ml 1%-list mesotoonilahust naha alla või lihasesse, 1—2 ml 10%-list kofeiinilahust või kordiamiini naha alla. Kui on võimalik konsulteerida arstiga, siis võib raske kollapsi korral manustada 1—2 ml 0,1—0,2%-list noradrenaliinilahust veeni koos 250 ml füsioloogilise või 5%-lise glükoosilahusega arvestusega 15 tilka minutis. Noradrenaliini kasutamisel tuleb iga 3 minuti järel vererõhku kontrollida, et selle liigse tõusu korral ravimi andmine kohe katkestada. Rütmihäirete puhul, millega kaasneb tahhükardia, võib kasutada 0,25 ml 0,05%-list strofantiinilahust koos 10—20 ml füsioloogilise või 5%-lise glükoosilahusega. 40%-list glükoosilahust ei ole soovitatav kasutada, sest see soodustab nekrooside teket südamelihases (1, 4).

Kui tugev valusündroom on kõrvaldatud ning haige on kollapsist välja toodud, tuleb ta kiiresti arsti juurde suunata. Transport peab olema võimalikult säästev. Iga väikseimgi pingutus võib haige seisundit raskendada. Haige peab lamama, transportimisel tuleb vältida põrutusi.

Infarkti kulg on erinev. Tüsistused võivad tekkida erinevatel aegadel. Paranemine võib olla täielik, kuid sagedamini ilmneb hiljem südame krooniline puudulikkus (3).

Neuroosid põhjustavad sageli funktsionaalseid häireid südame-veresoonkonnas. Väga paljud haiged kaebavad kardialgilisi valusid, kusjuures nendel mingeid orgaanilisi muutusi südames ja veresoontes ei leita. Valu tekib enamasti südame tipu piirkonnas, kandub vasaku abaluu piirkonda, harvem vasakusse õlga. Valu intensiivsus on erinev — tuimast, nõrgast valust kuni tugeva stenokardiat meenutava valuni, kusjuures ta võib olla muutuva iseloomuga, s. o. võib süveneda või nõrgeneda ning ei

ole seoses füüsilise pingutusega. Haiged ei saa sageli valu tekkimist või kadumist kindlalt määratleda, sest peale valu esineb haigetel rohkesti muid kaebusi, nagu südamepekslemine, südame vahelöögid, peavalud, jõuetus, higistamine, hingeldus. Arteriaalne rõhk võib olla normaalsest veidi madalam või tõusnud. Aeg-ajalt võib sellistel haigetel esineda subfebriilne temperatuur. Veres ja elektrokardiogrammis muutusi ei sedastata. Sellistel haigetel ei kao valud spasmolüütikumidega, vaid vaibuvad palderjani manustamise järel ning külma lapi asetamisel südame piirkonda. Mõnel juhul võib valu kaduda isegi pärast füsioloogilise lahuse naha alla süstimist. Tuleb meeles pidada, et iga ettevaatamatult öeldud sõna võib põhjustada iatrogeenset haigust. Eriti vastuvõtlikud selles suhtes on neuroosihaiged. Ekslikult pandud stenokardia diagnoos põhjustab neil sageli valude suurenemist.

Lülisamba haigused koos perifeerse närvisüsteemi kahjustusega, närvijuurte ja närvisõlmede põletikud moodustavad suure haiguste rühma, mille puhul võivad esineda valud vasakus rindkeres ja südame piirkonnas. Valud on erineva intensiivsusega, enamasti püsiva iseloomuga, süvenevad keha asendi muutmisel, liigutuste tegemisel ja raskuste tõstmisel. Vastava närvi piirkonnas tekivad naha tundehäired. Spasmolüütikumid valu ei vähenda, ainult vastava piirkonna soojendamine võib anda häid tulemusi. Valu kandub vasakusse kätte, tekitades suremistunnet sõrmedes. Sageli on põhjuseks deformeeruv spondüloos, osteokondroos ja teised lülisamba rinna- ja kaelaosa haigused, mida saab röntgenoloogiliselt diagnoosida. Südames ja veresoontes patoloogiat ei leidu.

Kaela sümpaatilise sõlme põletiku korral tekib tugev valu rindkere vastavas pooles, kandudes ulnaarnärvi piirkonda. Uitnärvi põletiku puhul kandub valu neelu.

Parakardiaalne pleuriit ehk piirdunud vasakpoolne pleuriit võib põhjustada valu südame piirkonnas (5). Valud on seoses hingamisega, süvenevad sissehingamisel, köhimisel ja vasakul küljel lamamisel. Diagnoosi saab panna pleura hõõrdumiskahina põhjal.

Peale nimetatud haiguste võivad valud vasakus rindkeres ja südame piirkonnas tekkida veel maohaavandtõve, söögitoru ja mao kardiaosa vähi, diafragmaalhernia, aordi ja kopsuarteri kahjustuse korral. Põletikulised protsessid südames ja südant ümbritsevates kudedes võivad samuti tekitada valusid südame piirkonnas. Seedetrakti haiguste korral esinevad peale valude veel düspeptilised kaebused, perikardiidi puhul paiknevad valud peamiselt rindkere alumises osas. Organismi üldreaktsioonina täheldatakse kehatemperatuuri tõusu, leukotsütoosi ja kiirenenud erütrotsüütide settereaktsiooni. Sageli on raske eristada nimetatud haigusi stenokardiast ja isegi müokardi infarktist. Sellistel juhtudel on otsustava tähtsusega elektrokardiograafilised muutused.

Lülisamba haigused, närvipõletikud, pleuriidid ja teised haigused, mis põhjustavad valu vasakul pool rindkeres, vajavad igaüks vastavat ravi, Valu kõrvaldamiseks nende haiguste korral võib kasutada analgiini, püramidooni ja teisi analoogilisi preparaate.

KIRJANDUS

1. Дембо А. Г. Кардиология, 1962, 3, 70—77. — 2. Вовси М. С. Клинические лекции. М., 1961. — 3. Тумановский М. Н. Боли в области сердца и за грудиной. М., 1953. — 4. Селье Г. Профилактика некрозов сердца химическими средствами. Перевод с англ., М., 1961. — 5. Скупник М. А. Врачебное дело, 1957, 9, 915—918.

БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА

И. Рятсеп

Резюме

Приводится анализ причин, обусловливающих возникновение болей в области сердца. Особое внимание уделяется клинической картине и диагностике стенокардии и инфаркта миокарда. Кроме того обращается внимание на болевой синдром в области сердца при неврозах, патологии позвоночника, невралгии и неврите межреберных нервов, сухом плеврите.

Дается оценка соответствующих методов лечения.

MÕNEDE HAIGUSTE RAVIMISEST FÜTONTSIIDIDEGA

(Kirjanduse andmetel)

H. ROOTS

Iga aastaga omistatakse fütontsiididele ikka enam tähelepanu. On välja selgitatud nende laialdane esinemine taimeriigis. Järk-järgult püütakse selgitada fütontsiidide keemilist olemust ja nende osatähtsust organismide elutegevuses. Fütontsiide hakatakse üha laialdasemalt kasutama mitte ainult arstiteaduses, vaid ka veterinaarias, põllumajanduses ja toiduainetetööstuses. Samuti saab neid kasutada asulate õhu tervistamiseks, nimelt haljasalade rajamise teel, kuhu võib istutada lenduvaid fütontsiide eritavaid taimi.

Teatavasti avastas professor B. Tokin (9) taimede elutegevuse uurimisel, et taimed eritavad erilisi lenduvaid aineid, mis toimivad hävitavalt mitmesugustesse, sealhulgas ka tõvestavatesse mikroorganismidesse. Neid aineid nimetas B. Tokin fütontsiidideks. Selgus, et ühed taimeliigid eritavad lenduvaid fütontsiide, teistel on nad koemahlas. Suurem osa taimi produtseerib nii lenduvaid kui ka mittelenduvaid fütontsiide. Uurimused näitavad, et ühel ja samal taimel pole elukestuse mitmesugustel perioodidel eritatavate fütontsiidide hulk ühesugune. Näiteks produtseerivad okaspuu-, eriti männiokkad suvel nii suurel hulgal lenduvaid fütontsiide, et need mõne sekundi jooksul surmavad mitut liiki mikroobe. Talvel eritavad okkad aga tunduvalt vähem neid aineid.

Fütontsiide ja nende toimet ning rakendamise võimalusi on nüüd ligikaudu kolmkümmend aastat uuritud. Esialgu oli peamine tähelepanu suunatud fütontsiidide avastamisele taimedes. B. Tokin ja tema kaastöölised avastasid üle 400 fütontsiide sisaldava kõrgema taimeliigi. Nüüd on kindlaks tehtud, et ligikaudu 87 protsenti kõrgematest taimedest eritab fütontsiide [V. Drobotko (3)]. Võib arvata, et uurimistööde jätkumisel avastatakse peaaegu kõikides taimedes fütontsiide.

Professor B. Tokin märgib, et evolutsiooniprotsessis on taimed omandanud võime eritada mikroorganismidele kahjulikke toimeaineid — fütontsiide. Sellega kaitsevad taimed ennast paljude ohtlike mikroobide vastu, mis võivad neile mitmesuguseid kahjustusi ja haigusi tekitada. On teada, et mikroobidevastaseid kaitseaineid leidub ka inimeste ja loomade veres. Taimede poolt eritatavad lenduvad fütontsiidid moodustavad nende ümber kaitsetsooni, mida B. Tokin nimetas «esimeseks kaitseliiniks.» «Teine kaitseliin» on taimede koemahl, mis sisaldab fütontsiide ja kaitseb taime tema kudedesse tunginud mikroobide vastu.

Arstiteadlased on eksperimentaalselt uurinud paljude taimede lehtedest, juurtest ja mugulatest erituvate fütontsiidide toimet tõvestavatesse pisikutesse. Näiteks on uuritud sidruni-, apelsini- ja mandariinipuu, mustasõstrapõõsa jt. lehtedest lenduvate fütontsiidide toimet, samuti männi-, kuuse- ja kadakaokastes, punanupu juurtes ja juurikates, liht-naistepuna ürdis ja paljudes teistes taimedes leiduvaid fütontsiide. Erilist tähelepanu on Š. Pavolotski (7) osutanud siberi nulu (*Abies sibirica*) fütontsiidide uurimisele. Ta on siberi nulu okastest valmistanud mitmesuguseid ravimpreparaate ja katsetanud nende rakendamist meditsiinis ja veterinaarias. Š. Pavolotski valmistatud preparaadid on aprobeeritud ja neid on lubatud kasutada NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ja NSV Liidu Põllumajanduse Ministeeriumi poolt. Ent paremaid tulemusi on saadud siberi nulu, karulaugu, küüslaugu ja sibula fütontsiididega. Ka viimastest on valmistatud ravimpreparaate, näit. küüslaugust — küüslaugutinktuuri (*Tinctura Allii sativi*), allilsat (*Allilsat*) küüslaugu alkohoolset väljatõmmatist, sativiini, allokooli jt. Karulaugu (*Allium ursinum*) sibulatest ja juurikatest on valmistatud eeterlik väljatõmmatis — ursall, sibulast (*Allium cepa*) — alliltšep, allilglütseer jt. Lihtnaistepuna ürdist on valmistatud preparaat imaniin, mis annab häid tulemusi põletushaavade, haavandite, abstsesside, karbunkulite, furunkulite jm. ravimisel.

Olgugi, et uurimised jätkuvad, on senini saadud ravitulemuste hulgas mõndagi tähelepanu väärivat, millest alljärgnevalt.

K õ r v a - n i n a - k u r g u h a i g u s t e r a v i m i s e s t.

Ä g e d a r i n i i d i ravimist sibulamugulast lenduvate fütontsiididega katsetas M. Garšin (2). Ta kasutas selleks värskelt riivitud sibulamassist väljapigistatud mahla ja füsioloogilist lahust (lahjenduses 1 : 10). M. Garšin mainib, et selline sibulamahla lahus stimuleerib virveepiteeli talitlust, kiirendab selle liikumist, mis on olulise tähtsusega põletikulise protsessi likvideerimisel. Sibulamahla lahust kasutati inhalatsiooniks statsionaarse inhalaatori abil. Vedeliku temperatuur oli 37°, inhalatsiooni kestus 5 min. (läbi nina). Ravikuur 3—6 seanssi. Autor mainib, et fütontsiidid põhjustavad ärritust ja anesteesiat. Raviti 30 haiget; pärast kolmenelja seanssi 23 haigel eritus ninast lakkas, nina limaskest omandas normaalse väljanägemise ja hingamine nina kaudu muutus vabaks.

K r o o n i l i s e d a t r o o f i l i s e d j a s u b a t r o o f i l i s e d r i n i i d i d, f a r ü n g i i d i d j a l a r ü n g i i d i d esinesid 25 inimesel, keda raviti kas eukalüptipreparaadi või 10%-lise küüslaugumahla lahusega, millega määriti nina limaskesta, ja samade lahuste neelu nõristamisega kolm-neli korda nädalas. Samuti rakendati iga päev nende lahuste inhalatsioone 5—10 min. jooksul. Pärast 20—30 seanssi paranes kõigi 25 haige seisund. Kuivad koorikud ninast kadusid ja vähenes limaskestade kuivus. Lahuste neelu nõristamine ei põhjustanud mingeid ebameeldivaid aistinguid peale köha, mis tekib ka teiste ravimite nõristamisel.

A n g i i n i ravis M. Garšin (2) äsja valmistatud sibulamahla ja füsioloogilise lahusega, lahjenduses 1 : 2, sest sellise kontsentratsiooniga lahjendus andis kõige paremaid tulemusi. Inhaleeritava vedeliku temperatuur oli 39—40°. Kirjanduse andmetel ei mõju soojendamine fütontsiidide ravitoimele. Inhalatsioon suu kaudu kestis 8—10 min. Raviti 35 haiget. Kliinilised haigusnähud kadusid eelkõige angiini katarraalse vormi, seejärel lakunaarse angiini ja kõige hiljem follikulaarse angiini puhul. Nimetatud ravimeetod on lihtne ja rakendatav nii polikliinikus kui ka haiglas.

K r o o n i l i n e m ä d a n e n i n a k õ r v a l k o o b a s t e p õ l e t i k oli 30 inimesel. Neist 20 haiget (krooniline sinusiit) raviti 10%-lise küüslaugumahla lahuse elektroforeesiga, iga haige sai 10, mõned 14—16 ja

isegi 20 seanssi. 10 haiget raviti punkteerimise teel, millele järgnes Highmore'i koopa loputamine eukalüptipreparaadi lahusega (ilma elektroforeesita). Täielik tervistumine, s.o. peavalu ja nohu lakkamine ning rinoskoopilise pildi normaliseerumine, järgnes 3 haigel, keda raviti 10%-lise küüslaugumahla lahuse elektroforeesiga. Paranes 26 haiget, kellest 16 raviti 10%-lise küüslaugumahla lahuse elekroforeesiga ja 10 haiget punkteerimisega, millele järgnes urke loputamine eukalüptipreparaadi lahusega. Mädased eritised lakkasid täiesti või muutusid seroosseteks, peavalud vähenesid tunduvalt, kuid jäi püsima raskustunne peas. Kontrollröntgenogrammidel täheldati nina kõrvalõõnte läbipaistvuse tunduvat tõusu.

Väliskuulmekäigu ja nina furunkuleid raviti 42 inimesel. 25 väliskuulmekäigu ja 17 nina furunkuliga haigel kadusid põletikulised nähud ja valu pärast 2—10 päeva kestnud ravi eukalüptipreparaadi lahusega. Küüslaugumahla lahust ei kasutatud, sest see põhjustab mõnedel haigetel naha ärrituse nähte.

Äge mädane keskkõrvapõletik esines 20 haigel. Enne ravi alustamist oli haigus kestnud 2—20 päeva. Kliiniliselt tervistus (mädavooluse ja kuulmekile hüpereemia kadumine kuulmise taastumine või paranemine) 19 haiget. 3 kuu ja kauema aja möödumisel toimunud kontrolljärelevaatusel neil haigetel põletikulisi nähte ei leitud, kuulmine oli normaalne. Ühel haigel kaasnesid ägeda keskkõrvapõletikuga mastoidiidi nähud. Temal ei õnnestunud keskkõrvapõletikku ülalnimetatud raviviisiga ravida. Tervistus pärast penitsilliiniravi rakendamist statsionaaris.

Kroonilist mädast keskkõrvapõletikku ravis J. Linde (6) 45 haigel. Kolmel haigel esinesid granulatsioonid, ülejäänud 42 haigel — granulatsioonideta kuulmekile tsentraalne mulgustus. Ravi toimus 10%-lise küüslaugumahla lahuse ja eukalüptipreparaadi lahusega. Eukalüptipreparaadis niisutatud tampoon viidi kõrva 12—36 tunniks. Küüslaugumahla lahusega niisutatud tampoon aga 20—30 minutiks. 8 kuni 10 päeva ja rohkem (kuni 20 päeva) kestnud ravi järel lakkasid eritused kõrvast täielikult, jäi ainult kuiv mulgustus. 15 haigel, kellel esines väike mulgustus, kuulmekile armistus. Kontrolljärelevaatusel kolme-nelja kuu ja kauema aja möödumisel 42 haigel mädavoolust ei sedastatud. Kolmel haigel (mesotümpaniit) ei õnnestunud pärast kolmenädalast ravi saavutada mädaste eritiste täielikku lakkamist.

Gripi profülaktika ja ravi otstarbel kasutas V. Korotkova (5) küüslaugu fütonsiide. 1954.—1955. a. gripipuhangu ajal kasutati gripi profülaktikaks 3 päeva jooksul 2 kollektiivis (à 200 inimest) küüslaugu fütontsiide ja ühes kollektiivis (samuti 200 inimest) akrihhiini. Esimeses kollektiivis likvideeriti gripipuhang kolme päeva jooksul, teises õnnestus gripipuhangut vältida, kolmandas aga, kus kasutati akrihhiini, ei õnnestunud 14 päeva jooksul gripipuhangut likvideerida. Järelikult andsid küüslaugu fütontsiidid paremaid tulemusi kui akrihhiin.

Edaspidi kasutati küüslaugu fütontsiide gripi ja ülemiste hingamisteede ägedate katarride profülaktikaks ka teistes kollektiivides. Kui fütontsiidide kolmepäevane manustamine ei ole küllalt tulemusrikas, tuleb kasutamisaega kahe päeva võrra pikendada.

Gripi ja ülemiste hingamisteede katarriga haigeid raviti järgmiselt: haigetele anti kolm korda päevas 20 tilka küüslaugu alkohoolset väljatõmmatist või 8 tilka küüslaugumahla iga 3 tunni järel ja tilgutati ninna 3 korda päevas 5—6 tilka 10%-list küüslaugu alkohoolset väljatõmmatist või 10%-list küüslaugumahla ja füsioloogilise lahuse ning novokaiini segu (lahust). Juba esimese ravipäeva lõpul ja teise päeva algul täheldati haigetel üldseisundi paranemist, peavalu vähenes või lakkas. Enamikul juhtudest langes temperatuur normini; katarraalsed nähud kadu-

sid kahe-kolme päeva jooksul. Tüsistusi ei tekkinud. Kõik haiged talusid ravi hästi. Fütontsiididega ravimisel oli ravi kestus lühem kui teiste ravimite puhul. Voodirežiimiga haigetel, kes viibivad kas statsionaaris või kodus, soovitatakse anda iga kolme tunni järel 8 tilka küüslaugumahla supilusikatäie 45—50° soojendatud piimaga kuni katarraalsete nähtude kadumiseni ja temperatuuri normaliseerumiseni. Peale selle tehakse statsionaaris viibivatele haigetele iga päev 2 korda päevas küüslaugu fütontsiidide inhalatsiooni. Südamehaigetele aga tohib fütontsiide määrata ainult arsti kontrolli all.

Mädaseid ja põletikulisi kopsuhaigusi (abstsessid, kroonilised kopsupõletikud koos bronhiektaasiatega) ravis V. Jemeljanova (4) küüslaugumahla vesilahuse sisseviimisega hingetorru. Autor märgib, et haiget lühiajaliselt vastavasse asendisse seades saab hingetoru kaudu ravimit sisse viia ühte või teise kopsu ning vahetult haiguskoldesse. Hingetoru kaudu sisseviidud ravim tungib alveoolidesse, alveoolidevahelisesse koesse ja bronhinäärmetesse, täidab kopsu kaverne ja bronhoektaasiaid. Hingetorusse viidud vesilahused imenduvad väga kiiresti ja nende toime on tugevam ning kestvam (ligikaudu 20 korda) kui suu kaudu antavatel ravimitel, seetõttu on ka ravimi annused palju väiksemad. Statsionaaris manustati haigetele küüslaugumahla lahust iga päev, ambulatoorselt ülepäeviti. Raviti 28 kopsuabstsessiga ja 22 bronhiektaasiatega haiget. Statsionaarne ravi kestis keskmiselt 48 päeva. Pärast kolmandat küüslaugumahla lahuse sisseviimist temperatuur tavaliselt langes, enesetunne paranes, erituva rõga hulk vähenes ning rõga muutus vähem vinavaks. Haigetel paranes isu ja nad võtsid ravikuuri vältel kaalus juurde (keskmiselt 3 kg kuus). 50 haigest paranesid hästi 45, kes praktiliselt tervistusid.

A. Vorobjova (1) ravis ravimi intratrahheaalse manustamise teel 70 kopsumädanikuga haiget, neist antibiootikumidega 32, küüslaugu fütontsiididega 18 ja eukalüpti väljatõmmatisega 20 haiget. Fütontsiididega raviti sageli neid haigeid, kellel ravi antibiootikumidega ei andnud soovitud tulemusi. Metoodika: hingamisteid tuimastati 2%-lise novokaiini- või dikaiinilahusega, viidi sisse kateeter ja niristati ravimit. Tuimastamiseks kulus 5—10 ml nimetatud lahuseid. Ravimi annused: 10—15 ml küüslaugu vesiväljatõmmatist lahjendatud füsioloogilise lahusega 1 : 10, 2—8 ml eukalüpti väljatõmmatist, mida niristati iga päev või ülepäeviti. Ravikuur: 5 kuni 30 niristust, milleks kulus kuni 300 ml küüslaugu fütontsiidi ja kuni 50 ml eukalüpti väljatõmmatist. Tüsistusi ei tekkinud. Paremaid tulemusi saadi haiguse ägeda staadiumi ravimisel. Autor mainib, et antibiootikumide ja fütontsiidide rakendamist tuleb seostada üldtugevdava raviga (tugevdatud valgudieet, vereülekanded, südamevahendid jne.).

Silma sarvkesta haavandite ja mitmesuguste silmapõletuste ravimist naftalaan-fütontsiidemulsiooniga katsetas Š. Safarli (8). Naftalaan-fütontsiidemulsioon koosneb tõrvavabast naftalaanist (võrdlemisi keerukas segu, mis koosneb peamiselt naftaansetest ja aromaatsetest süsivesikutest, mida saadakse ravinaftalaan-naftast), mis ei ole toksiline ning omab tugevat ravitoimet, ja küüslaugu-ning sibulamahlast (mille ärritavad toimeained olid eelnevalt kõrvaldatud). Algul toimusid katsed küülikutega ning kui selgusid head ravitulemused ja ärritava toime puudumine, siis jätkati katseid inimestega. Üldse raviti Aserbaidžaani Oftalmoloogia Teadusliku Uurimise Instituudis 1950. a. alates 318 inimest. Mitmesuguse päritoluga sarvkesta haavandeid 160 haigel, sarvkesta haavanditega trahhoomihaigeid — 74 ja mitmesuguste silmapõletustega (keemilised, termilised) 80 haiget.

Š. Safarli kirjutab, et küüslaugu- ja sibulamahlal on ravitoime, mida saab silmahaiguste puhul ära kasutada, kui neid lahustada destil-

leeritud veega, sest naturaalmahla kasutamine põhjustab sarvkesta ja konjunktiivi ärritusi, mis eriti ilmnevad nende pikemaajalisel manustamisel. Naftalaan-fütontsiidemulsioon ei põhjusta mingeid negatiivseid nähte ega silma ärritust isegi pikaajalisel tarvitamisel. Sarvkesta haavanditega haigete ravimisel naftalaan-fütontsiidemulsiooniga saadi järgmisi tulemusi: haavand muutus täiesti puhtaks esimese 2 päeva jooksul 56%-l haigetest, täielik epiteliseerumine toimus nädala aja jooksul 71,8%-l haigetest. Naftalaan-fütontsiidemulsiooni toimel paranes nägemine. Haavanditega trahhoomihaigetel muutusid haavandid puhtaks esimese 2 päeva jooksul 36,7%-l haigetest ja epiteliseerumine toimus nädala jooksul 51,9% haigetest. Mitmesuguste silmapõletuste puhul täheldati silma sarvkesta täielikku epiteliseerumist teisel ravipäeval 6,38%-l ja 3. kuni 7. ravipäeval 68,08%-l haigetest. Ka nägemine paranes. Naftalaan-fütontsiidemulsiooni manustamine põhjustab kahjustatud kudede regeneratsiooniprotsesside kiiret tugevnemist.

Naftalaan-fütontsiidiravi lihtsa metoodika ja heade tulemuste tõttu soovitab autor seda silma sarvkesta haavandite ja mitmesuguste silmapõletuste puhul rakendada mitte ainult statsionaarides ja polikliinikutes, vaid ka maa-arstijaoskondades ja velskri-ämmaemandapunktides.

KIRJANDUS

1. Воробьева А. Д. Лечение и профилактика нагноительных заболеваний легких интратрахеальным введением антибиотиков и фитонцидов высших растений (чеснока и эвкалипта). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1958. — 2. Гаршин М. И. В сб.: Фитонциды в медицине, сельском хозяйстве и пищевой промышленности. Киев, 1960, 5—7. — 3. Дроботько В. Г. там-же, стр. 146—147. — 4. Емельянова В. И. В сб.: Фитонциды в медицине. Киев, 1959, 119—122. — 5. Короткова В. М. В сб.: Фитонциды в медицине, сельском хозяйстве и пищевой промышленности. Киев, 1960, 152—154. — 6. Линде Е. И. В сб.: Фитонциды в медицине. Киев, 1959, 159—162. — 7. Паволоцкий Ш. И. Экспериментально-клиническое исследование фитонцидных свойств пихты. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Киев, 1959. — 8. Сафарли Ш. Р. Нафтально-фитонцидная терапия больных с язвами роговой оболочки различного пройсхождения и ожогами глаз. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Баку, 1962. — 9. Токин Б. П. Фитонциды, М., 1951.

О ЛЕЧЕНИИ ФИТОНЦИДАМИ НЕКОТОРЫХ БОЛЕЗНЕЙ

(По данным литературы)

Х. Роотс

Резюме

С каждым годом на фитонциды обращают все большее внимание. Установлено их широкое распространение в природе. Делаются попытки выяснить их химическое строение и значение для жизнедеятельности организмов. Фитонциды начинают все шире использовать не только в медицине, но и в ветеринарии, сельском хозяйстве и пищевой промышленности.

Изучено действие на болезнетворные микробы фитонцидов из листьев, корней и клубней многих растений. Так, например изучено действие летучих фитонцидов из листьев лимонного, апельсинового и мандаринового деревьев, черной смородины и др., а также из хвои ели, сосны и можжевельника, корня и корневища кровохлебки, стебля зверобоя и многих других растений. Особенное внимание обращается на изучение фитонцидов пихты из хвои которой изготовлены различные лекарственные препараты, нашедшие применения в медицине и ветеринарии. Хороший лечебный эффект получен при использовании фитонцидов чеснока и лука.

Далее описывается лечение острого ринита, ангины, хронического воспаления среднего уха, острого гнойного воспаления среднего уха и других ЛОР-заболеваний, а также гриппа, гнойных воспалительных заболеваний легких и глазных болезней, растворами сока лука и чеснока, препаратами эвкалипта и нафталано-фитонцидной эмульсии.

KOGEMUSI VÄIKELASTE PÕETAMISEL

Meditsiiniõed *A. VODI* ja *M. EERO*
(Tallinna Merimetsa Haiglast, peaarst *M. Martson*)

Et luua haiglas häid tingimusi lapse paranemiseks ja arenemiseks, peab meditsiinipersonal asendama hoolitsevaid vanemaid ning looma lapsele rõõmsa ning tegevusrohke õhkkonna. See algab juba vastuvõtutoas. Õde peab kiiresti leidma kontakti haiglasse saabunud lapsega: soovitatav on hüüda teda eesnime või koduse hüüdnime järgi, ulatada mänguasju, näidata pilte, äratada huvi riietuse vastu jne.

Vastuvõtutoas töötab meil kõige vilunum ja kvalifitseeritum personal, kes oma sõbraliku ja delikaatse kohtlemisega võidab nii lapse kui ka ema usalduse. Lastevanematele avaldab kindlasti head mõju ka õe korralik välimus; õde kannab triigitud ja puhast vormiriietust, juuksed on tagasihoidlikult kammitud ja tanuga piiratud.

Oleme haiglas püüdnud luua säästerežiimi õhkkonda. Palatid ja koridorid on mugavalt sisustatud ega ole kroonuliku ilmega. Samuti oleme loobunud vanadest tavadest, näiteks sellest, et haiglas peavad kõik esemed olema valget värvi. Lastele meeldivad palju rohkem rõõmsavärvilised kardinad, lilled seinavaasides ja laudadel. Ka palati seintelt vaatavad väikesele äsjasaabunud patsiendile vastu tuttavad mängukaaslased piltide näol, kusjuures on silmas peetud vastavalt lapse eale lihtsat, mõistetavat ja ühtlasi ka kaasaegset kujundust.

Kõik see aitab lapsel kiiremini kohaneda uue ümbrusega ja kergemini unustada lahusolek vanematest. Praktika on näidanud, et kiiresti kohanevad uue olukorraga need lapsed, kes on pärit lastekollektiividest. Nad on suurema kohanemisvõimega, omavad enam kogemusi, on paindlikuma närvisüsteemiga.

Tähtsaks küsimuseks on haige lapse toitmine. Õe ülesandeks on täita ühelt poolt arsti dieedialaseid korraldusi, teiselt poolt leida õige toitmismeetod. Juba anamneesi kirjutamisel selgitame, millisel kujul ja milliseid toite laps kodus meelsamini sõi, et võimaluse piires neid ka haiglas valmistada. Meie haigla tingimustes on seda nõuet raske täita, sest soolenakkuste puhul tuleb esimestel haiguspäevadel kinni pidada ettekirjutatud dieedist.

Hommiku-, lõuna- ja õhtusöök toimub organiseeritult, täpsetel kellaaegadel. Lauad on maitsekalt kaetud, toit soe ja isuäratav. Laste toitmisest võtab osa kogu valvepersonal — õed, sanitarid ja arstid. Raskesti haiged lapsed söövad voodis lamades või voodi kõrval asetsevalt laualt. Sellisel juhul peame last ettevaatlikult aitama, toetades või tõstes pead kõrgemale. Kui mingil põhjusel ei ole võimalik ettenähtud kellaajast kinni pidada, siis soojendame toitu hiljem uuesti, sest haiged lapsed on eriti tundlikud. Meie eesmärgiks on toita last nii, nagu nõuab seda tema vanus. Kui aga laps pole sellega harjunud, siis püüame järk-järgult üle minna õigele toitmisviisile. Söömise ajal peavad lapse mõtted tervenisti olema nimetatud toimingu juures. Ka vestlus, mis on mõnikord vajalik, peab olema seotud toitmisprotsessiga. Muinasjuttude ja lookeste jutustamine lindudest ja loomadest söömise ajal on väär. See viib lapse mõtted kaugele, mis omakorda põhjustab maosekretsiooni pärssimist ning mille tulemuseks on isu halvenemine ja seedimisprotsessi aeglustumine. Toitmisel ei luba me liigselt kiirustada, ega sunni last sööma. Mõnedel lastel on süljenäärmete tegevus aeglasem, mistõttu toit püsib kauem suus. Neile lastele tuleb vahepeal juua anda. Pole õige ka üleliigne toidu pakkumine lapsele siis, kui laps kategooriliselt keeldub, mis võib esile kutsuda oksendamise. Isutus vajab ravi, kuid üleliigne sundimine pole ravi ja võib tuua loodetud kasu asemel kahju.

Laste kruusid ja taldrikud peaksid olema värvilised, ka emaileeritud sööginõud võiksid olla värvikamad ja meeldivama kujundusega. Palat on meil sisustatud lastemööbliga: siin asuvad väikesed lauad ja toolikesed, kus lapsed saavad mugavalt istuda, toetudes jalgadega põrandale.

Kui laps on rinnatoidul, siis on õe esimeseks kohustuseks jälgida ema teadlikkust ja oskuslikkust lapse toitmisel. Õde õpetab emadele, kuidas rinda puhastada, toitmise tehnikat, kui see on vajalik, ja samuti õigesti arvestama söödud piima hulka. Kui last toidetakse pudelist, jälgib ta, et luti otsas olev auk ei oleks liiga suur, sest imikul võib siis toit sattuda hingamisteedesse.

Õige hooldusrežiimi tagamiseks tutvustatakse ema haigla sisekorraga, desinfektsionirežiimiga, hooldus- ja toitmisnõuetega. Lihtsamad hooldustööd teeb ema õe juhendamisel, täpsust nõudvaid põetamisse puutuvaid ülesandeid täidab ainult õde ise.

Lapsele tuleb ligineda oskuslikult, et teda mitte asjatult traumeerida ebameeldivate protseduuride puhul. Ebameeldivusi toovad näiteks kaasa medikamentide manustamine ja mitmesuguste raviprotseduuride läbiviimine, sest viimased võivad sageli valuga seotud olla.

Kõige sagedamini manustatakse lastele ravimeid (siirupiga magustatult) suu kaudu. Varaealistele lastele anname mikstuure teelusikaga, eelkooliealistele dessertlusikaga. Pulbreid lahustame mingis vedelikus või anname koos toiduga. Eriti kibedaid ja ebameeldiva maitsega ravimeid määratakse küünaldena või klistiiridena.

Lapsed kardavad tavaliselt süstimist. Süstimised ja muud protseduurid toimuvad meil mitte üldpalateis, vaid selleks ettenähtud ruumis — protseduuride toas, et vähem häirida teiste laste psüühikat. Kui aga on vajadus seda palatis teha, siis peame soovitatavaks valmistada instrumendid ette väljaspool palatit. Laps ei tohi tehtavat protseduuri pealt vaadata, mis suurendab hirmutunnet ja kutsub esile tõrjeliigutusi. Pole soovitatav ka silmi kinni siduda, sest siis muutub laps teadmatuse tõttu eriti rahutuks. Tõrksaid lapsi ei tohi hurjutada ega häbistada teiste ees. Need lapsed, kes veel sõnalisest julgustamisest ja kiitusest aru ei saa, rahunevad kohe, kui neid pärast protseduuri sülle võtta või ainult nende pead silitada. Kui lapse tähelepanu juhtida piltidele, mänguasjadele, siis talub laps oskuslikku ja kiiret süstimist tunduvalt paremini. Seepärast on vajalik, et igal protseduuriõel oleks käepärast mitmesuguseid last paeluvaid mänguasju.

Kui protseduur on valuga seotud, siis me ei ütle lapsele, et valu üldse ei esine. Ütleme, et süstimine on «natuke kibe». Sel puhul talub laps süstimist tavaliselt kergemini ning ilma nututa. On täiesti lubamatu teostada protseduure magavale või mitte täiesti ärkvel olevale lapsele, sest see võib põhjustada häireid närvisüsteemis. Et süstimine on väikesele patsiendile küllaltki valus protseduur, hoolitseb õde nõelte töökõlblikkuse ja süstimiskoha õige valiku eest (süstimiskohad ei tohi sattuda liiga lähestikku).

Eespool nimetatud protseduuride läbiviimine jutlemise, julgustamise ja meelituste teel on mõeldav juhul, kui õde valdab lapsele mõistetavat keelt. Õde ei saa ju õigesti reageerida lapse kaebustele, kui ta ei saa aru, mida laps soovib või mille üle ta kaebab. Õele, kes räägib ainult kas eesti või vene keelt, püüame õpetada miinimumi vene- või eestikeelseid sõnu, et kergendada lapsega suhtlemist.

Kvalifitseeritud õdede kaadri ettevalmistamiseks jätame noored ja kogenematud õed mõneks ajaks vilunud õdede juhendada, kes siis nende tööd kontrollivad, juhivad tähelepanu puudustele ja vigadele ning jagavad neile oma kogemusi. Plaanis on ette nähtud välja töötada kindel kava mahajäänud õdede individuaalseks täiendamiseks ja nende töö kont-

rollimiseks. Ka Õdede Nõukogu koosolekutel oleme püüdnud välja selgitada põhjusi, millest mahajäämus on tingitud, et seda likvideerida. Peale mainitu on läbi viidud mitmeid õdede konverentse ja nõupidamisi, kus oliid päevakorras õe kutse-eetika küsimused.

Lasteasutuste õdedele tuleb sagedamini ja rohkem korraldada täienduskursusi ja vastastikuseid kogemuste vahetamisi. Soovitaksime keskharidusega meditsiinipersonali töö aktiivsemat edaspidist juhendamist Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti poolt.

ОПЫТ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Л. Води и *М. Эеро*

Резюме

С целью создания в больнице хороших условий для выздоровления и развития детей, медицинский персонал должен заменить заботливых родителей и создать для ребенка радостную и непринужденную обстановку. Это начинается уже в приемном покое, где у нас работает самый опытный и квалифицированный персонал.

Мы отказались от старой традиции согласно которой все предметы в больнице должны быть белого цвета. Детям гораздо больше нравятся красочные занавески, цветы в настенных вазах и на столах. Со стен палаты глядят на только что прибывшего ребенка знакомые спутники его игр — персонажи сказок и рассказов. Оформление палаты выполнено просто, понятно и соответственно возрасту ребенка.

Далее в статье говорится о питании, уходе, назначении лекарств, проведении лечебных процедур и затрагивается вопрос повышения квалификации медицинских сестер.

Kaadri ettevalmistamine

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1963. a.

Tartu Riiklikus Ülikoolis said arstiteaduskonna lõpetamise puhul diplomid 194 noort spetsialisti, neist diplomi kiitusega 11 isikut. Raviosakonna lõpetas 148 inimest kvalifikatsiooniga — arst, stomatoloogiaosakonna 26 kvalifikatsiooniga — arst-stomatoloog ja farmaatsiaosakonna lõpetas 20 isikut, kes said proviisori kutse.

Arstid

Hugo Aarsalu
Hille Aavik
Milvi Ainumäe
Vaike Aller
Sirje Aluri
Tiia Annok
Elmar Anslan
Inger Arendi (kiitusega)
Silvi Aua
Anne-Reet Barlo
Vladimir Bellen
Lemmi Beržina
Aksel Eist
Aadi Eller
Viiu Eomõis
Vaike Ermel
Maile Haber
Gideon-Eli Haitov
Helgi Harlamova
Maret Hendrikson
Alisa Hinkkanen
Astrid Hommik
Maie Israel
Eevi Jakobson
Sille-Laide Joost
Jaak Jõepera
Viia Kaasik
Elvi Kadaja
Ludvig Kaing
Kaido Kalamees

Viivi Kalamees
Ants Kallikorm (kiitusega)
Valve Kallikorm
Lembi Kibe
Ülle-Reet Kimmel
Ülla Kirs
Malle Koni
Mari-Ann Kool
Jüri Kool
Ene Kornet (kiitusega)
Ants Korsar
Tõnu Krispin (kiitusega)
Galina Kudrjavtseva
Ülo Kurik
Maie Kurvits
Anne-Liis Kuusmann
Elle Köbas
Tiiu Kööbi
Elli Laas
Mari Laido
Raimu Laubre
Ene Laur
Tiina-Sirje Lehola
Aavo Leiman
Inge-Mall Leitmäe
Mai Lipping
Teisi-Aino Lumiste
Vello Lunia
Õilme Mihklepp
Marika Mikelsaar
Raik-Hiio Mikelsaar (kiitusega)
Aada Mõik
Hilja Moorits
Tiia Murde
Viivi Must
Jaan Mõtus
Eevi Neis
Inge Nelis
Aleksis Nikiforov
Helmi Noorma
Maimu Ojasoo
Rein Ole
Leili Ollino
Vello Padrik
Mare-Liis Palgi
Õie Parasmägi
Tiia Peil
Linda Pello
Helve Pettai
Tiiu Porila
Helja Prikk
Ants Pruler
Mare Puurits
Helgi Raudsepp
Tiiu Rehema
Edda-Mall Reimer
Aita Reiter
Lia-Mari Rennel
Rein Riisenberg
Reet Rubel
Juta Saare
Reet Salk
Tiiu Salupere
Ene Samarütel
Peeter Seeblum
Henno-Jüri Sibul (kiitusega)
Lilian Sikk
Teodor Sikkar
Heldi-Viire Sits
Tiia Soo
Mare Sooserv
Meedi Zoova
Taevo Tamm
Heli Talving
Anne-Reet Tehver
Kaljo Tambur
Virve Trass
Helgi Truu
Malle Tubli
Tiiu Turp
Ülo Uusma
Vaino Vahing
Ilmar Vahula
Anne-Maris Taukar
Agu Viirmaa
Vello Viirsalu
Mihkel Virkus
Anne Üprus
Valentina Barlet
Tamara Dolgopolova
Irina Dzjumenko
Zoja Gabovitš
Inna Garmatnaja
Galina Gorskaja
Liidia Judina
Veronika Karpova
Nadežda Kudrjavtseva
Anna Kurtova (kiitusega)
Aili Lembra
Alla Maiberg
Svetlana Malõgina
Dan Markovitš (kiitusega)
Tatjana Muraveinikova
Liidia Odaritš
Margarita Orehhova
Niina Poklonskaja
Galina Romaškina
Ljudmila Russakova
Nadežda Savtšenkova
Elviira Semjonova
Gennadi Sofjin
Vladimir Sarubin
Aleksandra Štšerbina
Nonna Zingfeld (kiitusega)
Olga Terehova
Inna Tilinina
Pavel Tupikov
Galina Türnpu

Arstid-stomatoloogid

Enn Eevere
Eevi Hein
Eevi Herm
Lempi Jamul
Svetlana Jõesaar
Maia Kalve
Eda-Anne Kilemet
Aune Kruusement (kiitusega)
Aime Kutta
Imbi Leib
Vilje Liblik
Heidi Merila
Helga Paltsar
Eha Pihel
Ilme-Luule Puussaar
Tiiu Reino
Jüri Savisaar
Õie-Maie Sentka

Mare Taela
Kalev Taela
Linda Tepper
Malle Toolvelt
Aino Toom
Reet Talva
Ann Uustalu
Elve-Ivi Varik

Proviisorid

Helju Abel
Luule Bellen
Liina Kadakas
Valve Kikkas
Heidi Kopti
Liidi Korsar
Maiga Krull
Malle Leesik
Mall Lemendik
Maret-Kai Lukin
Heidi Metting
Milvi Palandi
Mai Peterson
Luule Philips (kiitusega)
Taivi Raudsepp
Rutt Roosvalt
Kersti Steinberg
Aini Tasane
Mare Tasuja
Ilme Vaher

I. Maaroos

UUS LEND TALLINNA MEDITSIINILISEST KOOLIST

Tallinna Meditsiiniline Kool saatis tänavu ellu oma XVIII lennu — 172 lõpetajat. Statsionaarses osakonnas oli lõpetajaid 150, kaugõppe teel omandas 2 isikut farmatseudi ja 20 meditsiiniõe kutse. Kiitusega lõpetajaid oli tänavu 9.

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Malle Aimla
Raissa Aldohhina
Maia Alektorova
Maie Antsmäe
Galina Artemjeva
Ivi Aru
Olga Babitš
Nadežda Balandina
Maria Balko
Karin Borman
Krista Borman
Antonina Botšerova
Larissa Bulova
Piia Buttes
Ludmilla Dontsova
Albina Dorogan
Anna Duz
Evgenia Egorkina
Aime Ehrlich
Raissa Gavrilova
Lidia Gorjatševa
Svetlana Gorskova
Ludmilla Grigorjeva (kiitusega)
Niina Grigorjeva
Aleksandra Gretšiškina
Ludmilla Gromova
Anne Hing
Ludmilla Aleksandri t. Ignatjeva
Ludmilla Aleksei t. Ignatjeva
Valeria Japinina
Taimi Kadakas
Õie Kaljula
Heidi Kallikorm
Milde Kelnik
Silvi Kepp
Tiia Kerma
Mari Kiika
Heidi Klaas
Tiiu Koodi
Ludmilla Koretskaja
Ksenja Kublina (kiitusega)
Svetlana Kujantseva
Galina Kurson
Svetlana Kurzina
Ludmilla Kutšmuk
Ene Kälissaar
Hedy Lall
Evi Lang
Kaja Lepane
Renate Lille
Klavdia Lobanova
Maie Loho
Kerstin Luther
Galina Martšukova
Rita Mats
Larissa Mihailova
Elve Miss
Liis-Mail Moora
Pille Mähe
Aleksandra Niktovenko
Tatjana Nikulina
Elva Nirk
Anne Olju
Marje Olli
Mare Olvik
Zinaida Orlova
Elviira Orlova
Viia Punemaa

Irja Pehka
Krista Perman
Valentina Petrova
Albina Petuhova
Ilma Pihlap
Sofia Pilipenko
Aino Prokk
Reet Prommik
Antonina Pronina
Helle Puurmaa
Pärje Pärn
Loide Pärna
Elli Raudsepp
Aime Rooden
Liidia Rumjantseva
Maie Rätsep
Mare Saarts
Nadežda Sibgatulina
Riina Siimon
Aime Soidla
Malle Soom
Maria Sovetnikova
Anne Suik
Regina Staškevits
Krista Särglepp
Elviira Ševtšenko
Alla Šipatseva
Žanna Zemljakova
Ljubov Žaškova
Valentina Žilkina
Anne Taav
Helle Tammiste (kiitusega)
Maria Tarasova
Mare Tarkusep
Külli Tolk
Valentina Toom
Niina Tšernobajevskaja
Valentina Tšernova
Valentina Tšervjakova
Niina Tšut
Valentina Tšurakova
Helve Ulla
Helle Vahar
Lea Vahe
Virve Valdmann
Viiu Valliste
Kai Variklo
Tiiu Veerits
Milvi Velleõu
Svetlana Vetjukova
Tiiu Vilu
Ljubov Volkova
Tiina Vooremaa

Hambatehnikud

Koidu Aav
Juta Aus (kiitusega)
Helle-Mai Hansen (kiitusega)
Anne Heinluht
Ludmilla Hoop
Evi Hõrn
Eve-Maie Janson
Reet Jüriste
Lea Kallandi
Lydia Kesa
Tiina Marks
Pille Muul
Tiiu Mütt
Kärt Naarismaa
Maret Nikkel
Evalda Nittim
Leili Parveots
Urve Poldov (kiitusega)
Helle-Mall Protsin
Ingrid Puusepp
Ivi Raja
Tiiu Saare
Ilve Siimut (kiitusega)
Mare Sild
Maret Sõer
Liivi Tamm
Tiiu Tammeraid
Anne Uduvee
Maia Õunapuu (kiitusega)

Kaugõppe osakond

Farmatseudid

Elvi Aas
Vaike Malvik

Meditsiiniõed

Aino Aavik
Jüri Belorukov
Daisi Erdel
Urve Hiieluk
Laura Kase
Linda Kull
Erika Lurje
Juta Lõo (kiitusega)
Varvara Mozajeva
Liidia Tkatsenko
Milvi Tutt
Ingrid Paju
Linda Pere
Selma Piip
Eha Pädam
Lehte Pärn
Ester Sagen
Helga Tiido
Helgi Vaks
Ellev Viita

K. Sõerde

TARTU MEDITSIINILISE KOOLI LÕPETAJAD 1963. a.

1. juulil k. a. toimunud lõpuaktusel andis Tartu Meditsiinilise Kooli direktor V. Parvet kätte diplomid 101 lõpetajale. Koos talvisel perioodil lõpetanutega on Tartu Meditsiiniline Kool tänavu ellu saatnud 124 uut spetsialisti. Kevadel lõpetas kooli 86 päevaste osakondade õpilast, neist 43 meditsiiniõde, 18 velsker-laboranti ja 25 hambaarsti. Kaugõppe teel, töö kõrval õppides, lõpetas 15 inimest, neist meditsiiniõe erialal 8 ja sanitaar-velskri erialal 7 töötajat. Kaugõppe teel lõpetas viimane lend sanitaar-velskreid, sest viimastel aastatel on toimunud vastuvõtt kaugõppe osakonda ainult õdede erialale.

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Ena Aso
Linnu Hell
Maie Hermann
Tiiu Hurt
Ene-Maret Jalak
Evi Jalak
Külli Joakit
Tiiu Juttus (kiitusega)
Tiiu Jääger
Urve Kaaramaa
Erika Karniol
Tähti Karu
Mare Keskküla (kiitusega)
Maimo Kesvatera
Maret Kirch
Daisi Kirs
Laine Kurvits
Reet Kõvamaa
Ivi Kümmel
Marje Leok
Urve Lepik
Made Matsin (kiitusega)
Liilia Meri
Maret Metsküla
Aita Metsla
Eda Ollisaar
Maila Paas
Lea Pedjak
Milvi Perli
Helgi Pran's
Evi Prints
Ina Pärgmäe
Eha Pütsep
Viivi Rada
Heli Rannik
Tiiu Reimaa
Helgi Rääbis
Eha Soomäe
Aime Suits
Hilja Tagoma
Helga Tammemägi
Lydia Teder
Ilse Vallimäe

Velsker-laborandid

Maie Baranova
Maie Hiiekivi
Hilja Järv
Endla Kallas
Hilja Kivi (kiitusega)
Leili Kivi
Mare Koljak
Eve-Reet Kõrda
Tea Likk
Anu Müür
Linda Paks
Heli Peemot
Liidia Piip
Helgi Sarapuu
Helle Teder
Anne Valk
Aino Viru
Anne Õunman

Hambaarstid

Kiira Fersen
Lembit Kindsigo
Viivi Kippar
Siiri-Mai Korn
Maia Kuus
Brigita Käsper
Ilon-Kirsti Laurson
Lili Luug
Maie Nautras
Hele-Mai Paru
Auli Pass
Milvi Peensalu
Sirje Pung
Õie Rand
Meeli Randvere (kiitusega)
Gerda Raude
Heli Rikka
Elvi Sakkos
Juta Sarapuu
Vaike Siig
Aime Tammekivi
Taimi Teder
Maire Tohver
Tiiu Turban
Maire Viljus

Kaugõppe osakond

Meditsiiniõed

Maimu Agarmaa
Silvi Belisar
Valve Koppas
Hilja Kusnetsov
Aili Logina
Emmy Naudi
Milvi Sepp
Aime Verevsoo

Sanitaarvelskrid

Linda Anko
Urve Berens (kiitusega)
Maie Hansi
Rudolf Pärlin
Milvi Reinike
Berta Taal
Vanda Villemson

A. Horn

Sanitaarharidustöö

SANITAARHARIDUSTÖÖST NAISTE JA LASTE TERVISE KAITSMISEL

M. RAIG
Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst

Raseduse esimestel kuudel, sünnituse ajal ning sünnitusjärgsel perioodil jälgitakse hoolikalt tulevase ema tervist selleks ettenähtud ravi- ja profülaktikaasutustes. Viimaste tegevuses on suur tähtsus ka sanitaarharidustööl.

Raseduse ajal toimub sanitaarselgitustöö naistenõuandlas. Sünnitusmajas, lastenõuandlas ja lastesõimes õpetatakse emasid lapse eest õigesti hoolitsema. Sünnitusmajades rakendatakse laialdaselt sünnituse valutustamise psühhoprofülaktilist meetodit, mis rajaneb I. P. Pavlovi õpetusel. Sanitaarselgitustöö alal on seejuures täita järgmised ülesanded: populariseerida õiget suhtumist sünnitusesse ja psühhoprofülaktilise meetodi kasutamisesse ning korraldada rasedatele vastavaid õppusi.

Hügieenireegleid raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil, samuti lapse hooldamise ning kasvatamise küsimusi tutvustatakse nn. emade koolis, mis luuakse naistenõuandlates, sünnitusmajades, lastenõuandlates või polikliinikutes ja haiglates. Nende asutuste meditsiinipersonal korraldab loenguid, vestlusi, praktilisi õppusi, kus näidatakse lapse hooldamise võtteid jne.

Naistele, kes ei saa osa võtta emade kooli tööst, organiseeritakse õppusi kaugõppe teel. Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja andis 1961. aastal välja raamatu «Varaealise lapse tervishoid», mille uus trükk ilmub käesoleval aastal. Samuti on lähemal ajal oodata raamatut tulevasele emale. Mõlemad raamatud on sobivad kaugõppe teel õppijaile. Neid on võimalik saada kas otseselt Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja kaudu või kohalikest sanitaar-epidemioloogia jaamadest, samuti raamatukauplustest. Arsti vastuvõtul antakse rasedale või noorele emale vastav raamat või soovitatakse seda osta, millest patsient peab ühe või teise pea-

tüki teatava aja jooksul läbi töötama. Arsti või patronaažiõe järgmisel visiidil vesteldakse raseda või noore emaga ja täiendatakse ning süvendatakse omandatud teadmisi. Sel teel töötatakse läbi raamatu kõik peatükid. Pärast seda, kui rase või noor ema on kõikidele kontrollküsimustele vastanud, peetakse teda kaugõppekursuse sooritanuks. Raseda või ema teadmiste hinnet on soovitatav märkida kas raseda või lapse individuaalkaardile. Kaugõppe teel õppivatele emadele korraldatakse lapse hooldamise alal praktilisi õppusi, näiteks toimuvad need Tartu Kliinilise Lastehaigla polikliinikus juba aastaid. Emade kool töötab edukalt ka Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas.

Laste- ja naistenõuandlates kasutatakse veel teisi sanitaarharidustöö meetodeid: individuaalsed ja rühmades läbiviidavad vestlused emadele, väljapanekud näitustel, plakatid jne.

Lastesõimedes peaks peale hügieeni küsimuste käsitlema veel nakkushaiguste profülaktika ja laste kasvatamise probleeme erinevatel arenguetappidel. Sõimepersonali ülesandeks on õpetada lastevanemaid lapsi õigesti hooldama ning kasvatama. Varaealiste laste ratsionaalse toitlustamise küsimusi on vaja propageerida, nagu seda tehakse väga hästi Dnepropetrovski oblastis. Seal toimuvad perioodiliselt toitude näitused nii piimaköökides kui ka lastesõimedes ja -aedades, kus antakse retsepte toitude valmistamiseks. Selline näitus korraldati 1963. a. maikuus ka Tartu Kliinilise Lastehaigla piimaköögis.

Lapsehoidjatele ja samuti ka isadele on otstarbekohane organiseerida lastepolikliinikute juures seminare, kus tuleb rääkida lapse hooldamisest, toitmisest, värske õhu ja jalutuskäikude tähtsusest ning nakkushaiguste vältimise põhilistest abinõudest. Lapsehoidjatele räägitakse ka isiklikust hügieenist.

Uueks huvitavaks sanitaarharidustöö vormiks lastepolikliinikus on laste profülaktiline rühmiti vastuvõtt (näiteks Tartu Linna Lastepolikliinikus), mis seisneb selles, et emad (4—6 ema) koos ühevanuste lastega kutsutakse teatavaks ajaks polikliinikusse (saadetakse kirjalikud kutsed). Seal võtavad meditsiiniõed lapsed oma hoole alla — kaaluvad ja mõõdavad neid. Samal ajal vestleb arst emadega. Vaatab läbi laste individuaalkaardid, kontrollib, kas on tehtud kõik ettenähtud kaitsesüstimised, kuidas lapsed on arenenud, kaalus juurde võtnud jm. Emasid, kes on täpselt täitnud arsti eeskirju ning saavutanud häid tulemusi lapse kasvatamisel, palutakse oma kogemustest teistele jutustada. Siin antakse emadele õpetusi lapse karastamiseks, õigeks toitmiseks jne.

Teiseks uueks sanitaarharidustöö meetodiks on üheaastaste laste sünnipäevade ühine tähistamine lastepolikliinikus. Selleks kutsutakse kõik emad, kelle lapsed saavad lähemal ajal või on äsja saanud aastaseks, polikliinikusse, kus toimub pidulik koosolek. Lastepolikliiniku juhataja tervitab ja õnnitleb emasid ning seejärel analüüsib laste tervise seisundit, toob esile positiivseid ja negatiivseid fakte laste hooldamisel ja kasvatamisel. Sõna võtavad ka emad, kes jutustavad, kuidas nad on hoolitsenud lapse eest.

Emad tutvuvad näituse väljapanekutega, mis käsitlevad lapse hooldamist, toitmist, karastamist, riietamist jne. Samas võib olla lapse ratsionaalse toitlustamise näitus, kus dieetõde annab vastavaid selgitusi ja õpetusi. Selliseid üritusi pole meie vabariigis veel korraldatud. Need on populaarsed Ukraina NSV-s, eriti Dnepropetrovskis. Kõikide nende ürituste eesmärgiks on õpetada lastevanemaid lapsi õigesti hooldama ja kasvatama ning vältima laste haigestumist, sest lastevanemate teadlikkusest sõltub laste tervis ja heaolu.

О САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

М. Райг

Резюме

Во время беременности, при родах и в послеродовом периоде медицинское наблюдение осуществляется в специализированных лечебно-профилактических учреждениях. Особое значение при этом отводится санитарно-просветительной работе. Беременных и молодых матерей знакомят с правилами гигиены, обучают уходу и методам воспитания ребенка и т. д. Для этой цели при женских и детских консультациях, в родильных домах созданы школы матерей. Для женщин, не имеющих возможности посещать школу матерей, обучение производится заочно. С этой целью Республиканским домом санитарного просвещения издано пособие по гигиене детей раннего возраста и в ближайшее время выйдет книга для будущей матери.

Много ценных мероприятий санитарно-просветительного порядка могут проводиться и в детских поликлиниках (семинары для отцов и нянек, организованное празднование дня рождения при исполнении одного года и т. д.).

Целью этих мероприятий является не только обучение родителей правилам ухода и методам воспитания, но также предусматривается предохранение детей от болезней, т. к. от сознательности родителей во многом зависит состояние здоровья их ребенка.

Konverentsid ja nõupidamised

VITAMINOLOOGIA-ALANE TEADUSLIK SESSIOON

Käesoleva aasta algul toimus Moskvas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Vitaminoloogia Riikliku Teadusliku Uurimise Instituudi V teaduslik sessioon, millest võttis osa üle 300 arsti.

Plenaaristungil esines avaettekandega Vitaminoloogia Riikliku Teadusliku Uurimise Instituudi direktor M. I. Smirnov, kes rääkis instituudi tööst ning saavutustest 1961.—1962. aastal. Professor R. V. Tšagovets oma ettekandes «Vitamiinide lagunemisest ning eritumisest organismist» rõhutas vajadust uurida vitamiinide ainevahetust raku tasemel. Huvitavaid andmeid esitas professor E. F. Šamrai (Kiiev) askorbiinhappe esinemise vormidest taimses ja loomses organismis ning näitas, et askorbiinhappe ainevahetus on nii looduses kui ka inimorganismis polüfenoolidega (*resp.* bioflavonoididega) tihedalt seotud. Arstiteaduse doktor M. I. Ševljagina (Moskva) rääkis oma kogemustest mitmesuguste haiguste ravimisel vitamiinipreparaatidega. Professor V. V. Jefremovi (Moskva) ettekanne käsitles hüpovitaminoossete seisundite tähtsust ning võitlust nende vastu Nõukogude Liidus. Ta mainis, et pööratakse vähe tähelepanu vitamiinide ainevahetuse uurimisele vananemise puhul. Autori arvates esineb nn. seniilne avitaminoos, mis on üks enneaegse vananemise põhjusi. Ka rumeenia teadlaste poolt vanaduse raviks kasutatav preparaat «Gerovital» on sisuliselt polüvitamiin. Suuremat tähelepanu tuleb pöörata toiduainete vitaminiseerimisele, eriti piima vitaminiseerimisele C- ja D-vitamiiniga.

Paljudes ettekannetes räägiti elanikkonna erinevate rühmade vitamiinide tarvidusest. Rõhutati, et polaaralade elanikele ja samuti mitmesugust rasket füüsilist pingutust nõudvate elukutsete puhul peab vitamiinide annuseid tunduvalt suurendama, et tagada organismi vajaduste rahuldamist. Nii vajavad kalalaevastiku meremehed iga päev C-vitamiini vähemalt 250 mg ning B_1-vitamiini 7,5 mg (E. Š. Zinovjev).

Kliinilises sektsioonis esitati 31 ettekannet. Vitamiinide ainevahetust ning ravitoimet käsitleti veresoonkonna, närvisüsteemi ja nahahaiguste, tuberkuloosi, ateroskleroosi, reuma ja maksahaiguste korral. Nagu ettekannetest selgus, on enamike patoloogiliste seisundite puhul häiritud ühe või mitme vitamiini ainevahetus organismis, tekivad hüpo- ja avitaminoosid, harvemini hüpervitaminoosid. Erilist tähele-

panu pöörati mitmesuguste vitamiinide osavõtule kolesteriini ainevahetusest ning nende tähtsusele ateroskleroosi vastu võitlemisel. Rida autoreid kasutas ateroskleroosi, eriti pärgarterite skleroosi ravimisel edukalt E-vitamiini (V. I. Kalmõkova, I. M. Raskin jt.). Rõhutati, et vitamiiniravi edukaks läbiviimiseks on vaja teada ravimite ja vitamiinide omavahelist toimet. Suure praktilise tähtsusega on asjaolu, et sulfaniilamiidid ja antibiootikumid on mitmete vitamiinide (C-, P-, B_1-, B_2-vitamiini jt.) antagonistideks (L. A. Šteinluht jt.).

Eraldi istung oli pühendatud vitamiinide kasutamisele sünnitusabis ja pediaatrias. Ettekannetes kriipsutati alla C-, P- ja B_1-vitamiini osatähtsust raseduspatoloogia ja sünnitusjärgsete tüsistuste vältimisel. Paljud autorid olid arvamusel, et nimetatud vitamiine tuleb süstemaatiliselt kasutada juba raseduse algusest alates, eriti aga 2 viimase raseduskuu vältel (R. L. Šub jt.).

L. Teras

TÖÖSTUSETTEVÕTETE TÖÖLISTE MEDITSIINILISE TEENINDAMISE ALASEST NÕUPIDAMISEST DONETSKIS

Käesoleva aasta kevadel toimus Donetskis üleliiduline nõupidamine tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise teenindamise küsimustes.

Silmapaistvalt palju on sel alal teinud Donetski oblasti meditsiinitöötajad, ametiühinguorganisatsioonid ja majanduse alal töötajad, millest tingituna on haigestumine seal pidevalt vähenenud ning see on peaaegu kõige madalam kogu Nõukogude Liidus.

Donetski tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise teenindamise aluseks on tsehhiprintsiip ja selle brigaadiviisilise teenindamise meetod. Tsehhibrigaadi, mille koosseisu kuuluvad terapeut, kirurg, günekoloog, neuropatoloog jt., töö kulgeb igaks kuuks eraldi koostatud ühtse kompleksplaani järgi. Arstid õpivad tundma tööprotsessi, selgitavad välja tervist kahjustavaid tingimusi ning koostavad koos tsehhiülema ja tsehhikomiteega ettepanekud töötingimuste ja ohutustehnika parandamiseks. Sama arstide brigaad teostab ka tööliste profülaktilist läbivaatust, kusjuures seda korraldatakse kogu aasta kestel. Esimesel poolaastal uuritakse põhjalikult neid töölisi, kes pöörduvad polikliinikusse meditsiinilise abi saamiseks või viibivad statsionaaris ravil. Töötajate üldarvust moodustab see umbkaudu 65—80%, sealhulgas dispanseeritud 12—15%; uuesti tööle asunuid 10—15%; ambulatoorsel ravil viibijaid 25—30% ja hospitaliseeritud haigeid 18—20%. Läbivaatamata jäänud 20—35% töötajaist kutsutakse kas velskrite või meditsiiniõdede poolt tervishoiupunkti aasta teisel poolel. See võimaldab arstide tööd plaanipäraselt korraldada.

Väga täpselt analüüsivad Donetski oblasti meditsiinitöötajad haigestumisjuhte. Selleks peetakse igapäevast haiguslehtede väljaandmise signaal-operatiivarvestust. Kõik polikliinikute kabinetid ja haiglate osakonnad, samuti tsehhide arstid esitavad peaarsti asetäitjale ekspertiisi alal töölt vabastatute kohta nimelise aruande, milles on näidatud tööliste ametiala ja töökoht, haiguse diagnoos ja haigestumise põhjus. Koos vastava eriala arstiga otsustatakse, keda saata konsultatsioonile, paigutada teisele töökohale, suunata profülaktooriumi või statsionaarsele ravile.

Enne eespool kirjeldatud korra kehtestamist anti 20—25% haiguslehti välja põhjendamata, kuid 1962. aastal esines seda ainult üksikutel juhtudel.

Donbassis osutatakse palju tähelepanu tervishoiupunktide kesk-meditsiinipersonali eesrindlike töökogemuste tundmaõppimisele ja levitamisele ning kvalifikatsiooni tõstmisele, näiteks korraldatakse neile iga nädal loenguid. Alates 1961. aastast on hakatud tervishoiupunktide velskreid atesteerima.

Laialdaselt on levinud parimate meditsiini-sanitaarosakondade, haiglate ja tervishoiupunktide šeflus mahajäänute üle. Toimuvad lahtiste uste päevad, mil eesrindlikku meditsiini-sanitaarosakonda või haiglasse saabuvad kaheks-kolmeks päevaks paljudest oblasti linnadest arstid ja velskrid töökogemuste vahetamiseks.

Nõupidamise lõpul esines ulatusliku kõnega NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov.

A. Sarap

ANESTESIOLOOGIA JA REANIMATOLOOGIA TEADUSLIKULT KONVERENTSILT

S. M. Kirovi nimelise Sõjaväe Meditsiini Akadeemia initsiatiivil toimus 10.—12. aprillil 1963 Leningradis teaduslik konverents anestesioloogia ja reanimatoloogia küsimustes. Konverentsi istungitest võttis osa 326 delegaati ligi 100 linnast.

B. Uvarovi poolt esitatud põhiettekandes olid formuleeritud kaasaegse anestesioloogia põhilised seisukohad ja tema vahekord teiste erialadega. Esineja rõhutas, et anestesioloogia ülesanne ei seisne mitte ainult operatsiooniperioodi valutuks muutmises, vaid organismi oluliste funktsioonide säilitamises füsioloogilistes piirides ja kustuva elutegevuse taastamises. Eriti tähtis on seetõttu organismi funktsionaalse seisundi ja vegetatiivse ning endokriinse süsteemi reaktsioonide tundmaõppimine ja juhtimine.

A. Berkutovi ettekandes traumaatilise šoki ja terminaalsete seisundite ravi kogemustest spetsialiseeritud osakonna tingimustes juhiti tähelepanu anestesioloogide osale nende seisundite ravimisel. Ettekandest selgus, et narkoosi kasutamise näidustuseks raskete vigastuste korral on vaja välja lülitada ka haige teadvus, sest viimase säilimine takistab tihtigi haige paranemist. Raskete seisundite ravimisel on kõige paremaid tulemusi andnud värske, mitte aga konservvere ülekanded.

V. Negovski ettekanne kaudse südamemassaaži osast elustamisel valgustas ühekülgselt kaudse südamemassaaži tehnikat, kuid jättis lahtiseks kõige olulisema küsimuse — näidustused otsese või kaudse südamemassaaži puhul. Vastuväiteid kutsus esile ka ettepanek eraldada reanimatoloogia anestesioloogiast.

Organisatsioonilisi küsimusi käsitlevate ettekannete hulgas pakkus huvi A. Silberi esinemine. Ta ei nõustunud praktikaga, mille kohaselt arstid tegelevad anestesioloogiaga kohakaasluse alusel ja soovitas haigla oma jõudude ümberpaigutamisega eraldada 1 arst-anestesioloog ja 2 õde-anestesisti iga 50 voodi kohta. Veenvaid vastuväiteid A. Silberile ei esitatud.

E. Milermani ja B. Lehepuu poolt esitatud ettekanne meie vabariigist soovitas organiseerida linnades anestesioloogiatsentrumid linna kõikide anestesioloogide osavõtul. Selline tsentrum kindlustaks nii plaaniliste operatsioonide tuimastamised kui ka elutegevuse juhtimise vältimatute näidustuste puhul valvekorras. Ettepanek leidis poolehoidu ja eesistuja B. Uvarov soovitas oma lõppsõnas seda mõnedes maades juba levinud anestesioloogia-alast teenistuse vormi kasutusele võtta ka meil.

Rida ettekandeid käsitles narkoosi rakendamise automatiseerimist. J. Šanin esines korduvalt ettekandega kopsude automaatse ventileerimise kohta narkoosi ajal ja E. Maistrah kaasautoritega narkoosi juhtimise automatiseerimisest hüpotermia tingimustes. Konverentsil avatud näitusel olid välja pandud ka autorite poolt konstrueeritud aparaatide näidiseksemplarid.

Anestesioloogia eriküsimusi puudutasid paljud esinejad. Nende seast väärivad märkimist A. Berkutovi ettekanne 75 teetanushaige ravimise kogemustest, mitu ettekannet trahheostoomia kasutamisest, steroidinarkoosist, elektrinarkoosist ja põletushaavadega haigete ravimise taktikast. Huvi pakkusid ka esinemised, mis käsitlesid narkoosi manustamise ajal toimuvaid biokeemilisi muutusi organismis, sõltuvalt juhitava hingamise režiimist.

B. Lehepuu

TEADUSLIK KONVERENTS RIIAS

7.—8. maini 1963. a. toimus Riias Läti NSV TA Mikrobioloogia Instituudi konverents, mille probleemiks oli «Viirused ja latentne infektsioon».

Konverentsi esimeses osas esitati ettekandeid onkogeensetest viirustest. V. Gorodilova (Moskva) käsitles tänapäeva aktuaalset kasvajate etiopatogeneesi probleemi seoses katseloomadel läbiviidud eksperimentaalsete uurimistega. Mitmed ettekanded olid pühendatud küülikutel esineva Shope papilloomi ja ahvidelt isoleeritud kasvaja SV-40 küsimustele.

A. Muceniek ja I. Tšernobajeva (Riia) käsitlesid enteroviirustega seoses olevaid onkogeenseid probleeme. On kindlaks tehtud, et enteroviirused omavad inimese angiosarkoomi 40-67 heterotransplantaatide suhtes väljakujunenud tropismi. 49 antigeenselt erineva enteroviiruse tüübi uurimisel selgus, et 30-l oli omadus lokaliseeruda ja paljuneda heterotransplantaadi koes. Enteroviirused (Coxsackie B-3, B-5, A-4), millel esines inimese angiosarkoomi suhtes onkotropism, arenesid ainult harvadel juhtudel loomsetes kasvajates. Ka nende loomsete kasvajate heterotransplanteerimine ei soodustanud enteroviiruste arenemist.

Konverentsi teises osas esines põhjaliku ettekandega R. Dreizin (Moskva). Ta puudutas respiratoorsete viirusnakkuste etioloogiat.

M. Indulen ja I. Kanel (Riia) rääkisid ECHO ja Coxsackie viiruste tsirkulatsioonist Riia elanikkonna hulgas ja laboratooriumitöötajate latentsest immuniseerumisest enteroviirustega. Paljudes ettekannetes analüüsiti veterinaarviroloogia probleeme.

Meie vabariigist esinesid konverentsil ettekannetega E. Põldvere Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist teemal «Skeletilihaste patomorfoloogiliste muutuste dünaamikast vastsündinud hiirtel eksperimentaalsel nakatamisel Coxsackie B-3 viirusega» ja T. Kuslap ettekandega «Poliomüeliidiviiruse tsirkulatsioonist mõnedes Eesti NSV rajoonides aastail 1961—1962». Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor A. Jannus käsitles teemat «Kooliõpilaste seroimmuniteediseisundi uurimine enteroviiruste Coxsackie D, ECHO-11, 12, 20 ja polioviiruse I, II, III tüübi suhtes.

E. Aver Eesti NSV Loomakasvatuse ja Veterinaaria Instituudist esines ettekandega «Mõningaid tähelepanekuid gripoossete infektsioonide zoonoosilisest iseloomust».

Konverents andis sisuka ülevaate tehtud tööst ja saavutustest nii onkogeensete viiruste kui ka latentsete nakkuste alalt.

Paljudes meie instituutides on saavutatud hinnatavaid tulemusi. Eriti tahaks rõhutada meie naabervabariigi Läti NSV TA Mikrobioloogia Instituudis tehtud suurt tööd ja saavutusi onkogeensete viiruste uurimisel.

T. Kuslap

ESIMENE RAHVUSVAHELINE HISTOKEEMIA-ALANE SÜMPOOSION

13.—16. maini 1963 toimus Varssavis nõukogude rahva poolt poola rahvale kingitud Teaduse ja Kultuuri Palees I rahvusvaheline sümpoosion histo- ja tsütokeemia alal. Sümpoosionist võttis osa üle 300 teadlase 20 maalt. Päevakorras olid järgmised põhiprobleemid: 1) rakkude funktsionaalne diferentseerumine, 2) kudede funktsionaalne diferentseerumine ja proliferatsioon, 3) organogenees ja histogenees, 4) kudede patoloogiline proliferatsioon. Seejuures käsitleti ettekannetes väga mitmesuguseid, erinevates elundites esinevaid protsesse.

Ettekannetest ja demonstratsioonidest nähtus, et peenimate rakusiseste ainevahetusprotsesside uurimine muutub üha keerukamaks. Eksperimentaalsete ja kliiniliste uurimiste läbiviimisel rakendatakse ikka enam fermentkeemilisi reaktsioone ja elektronmikroskoopi, mis võimaldab avastada seaduspäraseid seoseid morfoloogiliste struktuuride, biokeemiliste protsesside ja funktsioonide vahel.

Et see oli esimene sedalaadi ulatuslikum üritus ja temaatika oli väga mitmekesine, siis ei saadud teha üldistusi ega kokkuvõtteid. Peamine tähelepanu uurimistöödes oli pööratud mitmesuguste histokeemiliste meetodite rakendamisele ning tulemuste tõlgendamisele.

Nõukogude delegatsiooni kuulus 20 inimest, nende hulgas Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanem teaduslik töötaja G. Loogna, kes esines ettekandega teemal «Mõningate ravimite ja füüsikaliste tegurite toimest granulatsioonkoe arenemisele.» Teoreetiliselt tähtsaid töid tutvustasid Leningradi Tsütoloogia Instituudi teadlased. Praktilist huvi pakkus näiteks M. D. Gedevanishvili uurimus «Naha mukopolüsahhariidide histokeemiline analüüs kantserogeneesi protsessis» jt.

R. G. Willighagen (Hollandi) esitas ettekandes «Ensüümide histokeemia vähktõve diagnoosimisel» histokeemilise uurimise kokkuvõtted 1700 kliinilise juhu kohta ja märkis, et ainult üksikjuhtudel läks sel teel korda täpsustada kasvaja arenemisprotsessi iseloomu. Tuntud histokeemik G. Pearse (Inglismaa) rõhutas, et fermentatiivsed protsessid on väga labiilsed, nende määramine histokeemiliselt on küllaltki keerukas ja selleks vajalik aparatuur defitsiitne. Seetõttu on meil praegu veel vara rääkida selle distsipliini vahetust rakendamisest kliinilises praktikas. Ent histokeemia, kõrvuti teiste morfoloogiliste uurimismeetoditega ja biokeemiaga aitab meil detailsemalt mõista normaalsete ja patoloogiliste protsesside olemust.

Sümpoosionil käsitletud materjalid avaldatakse Poola Teaduste Akadeemia ajakirjas «*Folia Histochemica et Cytochemica*».

Sümpoosionist osavõtjad tutvusid ka Varssavi ja Krakovi mitmete teaduslike asutuste ja õppeasutuste tegevusega, nende uurimistöö temaatika ja sisseseadega. Loodi isiklikke sidemeid ja vahetati teaduslike tööde separaate poola ja teiste maade teadlastega.

G. Loogna

ARNOLD REIMAN

30. VIII 1903—24. X 1963

24. oktoobril 1963. a. suri Eesti NSV teeneline arst dotsent Arnold Jaani poeg Reiman.

A. Reiman sündis 30. augustil 1903. aastal Rakveres raudteetöölise pojana. Pärast alg- ja keskhariduse omandamist Valgas astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1926. aastal. Juba üliõpilasena tegutses A. Reiman sanitaar-topograafina Tartu Ülikooli Tervishoiu Instituudis, mille ülesandel ta uuris Läänemaa, Pärnumaa ja Saaremaa tervishoiu olukorda. Ülikooli lõpetamise järel töötas A. Reiman peaaegu kümme aastat assistendina Tartu Ülikooli Lastekliinikus, seejärel haigekassa lastearstina algul Tartus, siis Tallinnas.

Pärast Nõukogude võimu kehtestamist Eestis kutsuti A. Reiman tööle Tervishoiu Rahvakomissariaati ning määrati Laste ja Emade Raviasutuste Valitsuse ülemaks. Suure Isamaasõja aastail töötas A. Reiman nõukogude tagalas. 1942. aasta aprillis kinnitati ta Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissari esimeseks asetäitjaks. Sellel vastutusrikkal ametikohal töötas A. Reiman kuni 1947. aastani, mil siirdus Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti, kus oli algul direktoriks ja hiljem lasteosakonna juhatajaks. 1947. a. anti talle uurimuse «Sündimus ja suremus Eestis 1922.—1940» eest arstiteaduse kandidaadi kraad. 1952. aastast alates töötas A. Reiman Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilises Instituudis, kus ta oli loodusteaduse kateedri juhatajaks.

A. Reimani sulest on ilmunud mitmeid teaduslikke artikleid, eriti rohkesti aga populaarteaduslikke kirjutisi nii ajalehtedes kui ka ajakirjades. Juubilar on kirjutanud mitmeid laialdaselt levinud populaarteaduslikke raamatuid, nagu «Ema käsiraamat», «Ema ja laps», «Õpilase tervishoid» jt. A. Reimani eritoimetusel ilmus 1961. ja 1962. aastal kaheköiteline suurteos «Tervishoiu käsiraamat».

A. Reiman oli tuntud hea lektorina. Tema poolt peetud populaarteaduslikud loengud äratasid elavat huvi ja põhjustasid rohkesti diskussioone.

1943. a. alates kuulus A. Reiman Kommunistliku Partei ridadesse.

1945. aastal anti talle teenete eest Eesti tervishoiu arendamisel «Eesti NSV teenelise arsti» nimetus. Teda on autasustatud ordeniga «Austuse märk», medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas 1941—1945», rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja mitme aukirjaga.

Kolleegid tundsid A. Reimani suure töövõimega ja alati abivalmis seltsimehena.

Helge mälestus A. Reimanist jääb kauaks püsima.

Kolleegid

Kriitika ja bibliograafia

VAJALIK KÄSIRAAMAT *

Hiljuti ilmus Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieeni kateedri juhataja professor M. Kase ja sama kateedri õppejõu M. Uibo koostatud raamat «Hügieeni praktikum». Teos koosneb järgmistest peatükkidest: I ptk. — Õhu uurimine; II ptk. — Vee uurimine; III ptk. — Pinnase uurimine; IV ptk. — Toitlushügieen; V ptk. — Elumajade ja ühiskondlike hoonete sanitaar-hügieeniline uurimine; VI ptk. — Tööstusettevõtete uurimine ja VII ptk. — Kooli uurimine.

Raamatus on antud juhiseid peaasjalikult lihtsamate hügieenialaste uurimismeetodite kohta, mis on jõukohased igale arstile. Käsiraamatus leidub rohkesti sanitaaruurimiste kaarte ja skeeme, mis väldib süsteemituid kirjeldusi ja loob võimalused täpsemaks sanitaar-hügieeni olukorra fikseerimiseks ning analüüsimiseks. Enamik uurimismeetodeid on kirjeldatud küllaldase üksikasjalikkusega, nii et pole vaja täiendavat materjali otsida. Iga teema käsitlemisel on antud ka lühikesed teoreetilised seletused ja kehtivate normatiivide tabelid.

Väljaanne on eeskätt määratud arstiteaduskonna üliõpilastele, kuid on arvestatud ka arstide vajadusi nende igapäevases töös. Raamatut on võimalik kasutada ka meditsiinikoolides. Teos on rikkalikult illustreeritud jooniste ja fotodega ning omab aineregistrit. Raamatu kaane on kujundanud L. Kruusmaa.

L. Lipp

MEDITSIINILISE KIRJANDUSE KASUTAMISEST

Meditsiini teooria ja praktika uute küsimuste lahendamine nõuab igalt meditsiinitöötajalt, olgu ta siis arst-praktik või teaduslik töötaja, püsivat tööd erialase teadusliku kirjandusega.

Meie maal on arsiteaduslik kirjandus vastavate erialaste raamatukogude kaudu kättesaadav kõigile meditsiinitöötajaile.

Et arstiteadusliku kirjanduse fonde ja teatmebibliograafilisi materjale oskuslikult kasutada, peavad meditsiinitöötajad tundma raamatukogunduse spetsiifikat. Tuleb osata kasutada katalooge, kartoteeke ja bibliograafilisi teatmikke ning on vaja tunda põhilist teatmebibliograafilist kirjandust.

Meie vabariigi meditsiinitöötajaid teenindab Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu (Tallinn, Uus t. 3—2, tel. 458-53), mis on suuremaid erialaseid raamatukogusid vabariigis. 1962. a. oli raamatukogu fondides 191 591 trükist, lugejaid oli 1576, neist teaduslikke töötajaid 108, arste 887, meditsiiniõdesid ja velskreid 246, üliõpilasi 106 jne.

Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu saab kirjandust Moskvas asuva Teaduslike Raamatukogude Keskkollektori kaudu. Lisaks sellele saadetakse raamatukogule teaduslike asutuste väljaandeid (teaduslike tööde kogumikke, ettekannete teese, dissertatsioonide autoreferaate jne.). Tallinna Bibkollektor täiendab raamatukogu eesti- ja võõrkeelse arstiteadusliku kirjanduse, arstiteaduse piirialase kirjanduse ning ühiskondlik-poliitilise kirjandusega.

---

* M. Kask ja M. Uibo. Hügieeni praktikum. Tallinn, 1963, 316 lk., hind 90 kop.

Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus leiduvad kõik Nõukogude Liidus ilmuvad arstiteaduslikud ajakirjad. Välismaal ilmuvast perioodikast saab raamatukogu ligi 100 võõrkeelset ajakirja. Nende hulgas: Das deutsche Gesundheitswesen, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Münchener Medizinische Wochenschrift, Klinische Wochenschrift, Zentralblatt für Chirurgie, Zentralblatt für Gynäkologie, Zentralblatt für Neurochirurgie, British Medical Journal, Lancet, La Presse Medicale, Index Medicus. Viimane on Ameerika Ühendriikides väljaantav bibliograafiline ajakiri, mis ilmub kord kuus. Ajakiri avab valikuliselt ülemaailmses ulatuses meditsiiniliste ajakirjade sisu.

Raamatukogu lugemissaalis on kasutamiseks välja pandud jooksva aasta ajakirjad, entsüklopeediad, sõnastikud, teatmeteosed ja ühiskondlik-poliitiline kirjandus. Samas on ka raamatukokku saabunud uudiskirjandus. Lugemissaalis asetsevad raamatukogu kataloogid, mis annavad ülevaate raamatukogu fondidest ja võimaldavad lugejal vajalikku kirjandust valida.

Teiste kataloogide kõrval tuleks esile tõsta märksõnakataloogi, mis aitab materjali leida teatava teema või üksikküsimuse kohta. Nimetatud kataloog rühmitab trükiteosed alfabeetiliselt järjestatud märksõnade järgi. Selle kataloogi abil saab andmeid väga kitsa erialase küsimuse kohta. Märksõnadeks on näiteks 1) elundite nimetused (maks, neerud, süda), 2) haigused (entsefaliit, poliomüeliit), 3) ravimpreparaadid (biomütsiin, streptomütsiin), 4) füsioloogilised ja patofüsioloogilised protsessid (hingamine, põletik), 5) tervishoiuorganisatsiooni küsimused (haiglad, polikliinikud), 6) üksikud distsipliinid (onkoloogia, pediaatria) jne. jne.

Et kõik lugejad ei ole teadlikud raamatukogus olemasolevatest abivahenditest, mis võiksid neile kasulikud olla, või nad ei tunne nende käsitamist, siis on raamatukogus võimalik saada ka bibliograafilist konsultatsiooni ja abi kirjanduse väljaotsimisel. Lühemaid bibliograafilisi teatmeid antakse ka telefoni teel.

Raamatukogu võivad kasutada kõik Eesti NSV meditsiinitöötajad (samuti teiste erialade spetsialistid, kes vajavad meditsiinilist kirjandust).

Tallinna meditsiinitöötajaid registreeritakse lugejaks passi alusel, perifeeria lugejad aga peavad raamatukogule esitama töökohas täidetud garantiitõendi, mille blankette raamatukogu väljastab lugejate nõudmisel ka posti teel.

Väljaspool Tallinna elunevad meditsiinitöötajad saavad kirjandust laenutada postiabonemendi kaudu, kusjuures kirjanduse väljasaatmine toimub raamatukogu, tagastamine lugeja kulul. Kirjandus väljastatakse kuuks ajaks. Vajaduse korral pikendatakse tähtpäeva; seda eeskätt juhul, kui raamatut ei nõua teised lugejad.

Paljud meditsiinitöötajad ei ole informeeritud kirjanduse laenutamise võimalusest postiabonemendi teel. Nad ei tea, et raamatukogu saadab kirjandust välja ka temaatiliste nõudmiste alusel (kui lugeja ei tea soovitud teoste autoreid ega pealkirju, kuid tal on vaja materjali mingi küsimuse või teema kohta). Sel juhul tuleb näidata, mille kohta ja milliseks otstarbeks kirjandust vajatakse (teaduslik ettekanne, sanitaarhariduslik loeng, praktilises töös esilekerkinud küsimused jne.). Mida täpsemalt on lugeja poolt nõudmine piiritletud, seda hõlpsam on raamatukogu töötajatel teemale vastavat kirjandust valida.

Raamatukogu on kirjandust välja saatnud väga mitmesuguste teemade kohta, näiteks kõristenoosi sündroomiga haiguste diferentsiaaldiagnostika ja esmaabi, bakteriaalne sapifloora, uut nõukogude meditsiinis, televisioon ja silm, velskri osa tuberkuloosi varajasel avastamisel, periodontiitide ravi antibiootikumidega, toksoplasmoos jne.

Maa-arstijaoskondade töötajate teenindamisele erialase kirjandusega tuleb senisest suuremat tähelepanu pöörata, sest kohalikud küla- ja

rajooniraamatukogud ei saa spetsialistide nõudmisi erialase kirjanduse järele rahuldada. 1962. a. oli Riiklikul Teaduslikul Meditsiinilisel Raamatukogul perifeerialugejaid 314, neist 22 maa-arstijaoskondadest. Näiteks arstid Alice Jessar Risti Jaoskonna Haiglast, Ester Püttsepp Turba Ambulatooriumist, meditsiiniõde Urve Hiieleek Kose Jaoskonna Haiglast jt.

Et raamatukogu fonde meditsiinitöötajatele tutvustada, esitatakse valikuliselt ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» iga numbri tagakaanel meditsiinilisse raamatukokku saabunud uudiskirjanduse nimestik, mida saab kasutada kirjanduse tellimise allikana.

Informatsiooni raamatukogus leiduva erialase kirjanduse kohta annavad samuti raamatunäitused teaduslikel konverentsidel, kus võib teha märkmeid huviäratanud raamatu kohta ja hiljem tellida raamatukogust soovitud teos posti teel.

Nõukogude Liidus ja välismaal ilmuvate erialaste raamatute ja ajakirjade arv kasvab aasta-aastalt. Et tänapäeval pole enam võimalik muretseda kõike vajalikku isiklikku raamatukokku, siis peaks vabariigi iga meditsiinitöötaja, vaatamata sellele, kas ta töötab linnas, rajoonis või külas, aktiivselt kasutama Riikliku Teadusliku-Meditsiinilise Raamatukogu abi oma teadmiste täiendamisel.

M. Tedremaa

Referaate

Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liit. С. Курашов (Союз Советских Социалистических Республик). БМЭ, т. 30, изд. второе, М., 1963, 1030—1144.

NSV Liidu elanike arv oli 1. I 1963. a. 223 miljonit 122 tuhat inimest. Elanike üldarvust elas linnades 52% ja maal 48%.Suremuse vähenemise ja eluea pikenemise tagajärjel suureneb pidevalt elatunud isikute osatähtsus. Nõukogude võimu aastatel vähenes NSV Liidus üldine suremus 4,2 (vrd. USA-s 1913.—1961. a. ainult 29,5%, Inglismaal 1913.—1960. a. — 19,5%), suremus laste hulgas — 8,5 korda. 1961. aastal oli meil sündimus 1000 elaniku kohta 23,8 ja suremus 7,2, seega loomulik juurdekasv võrdus 16,6; 1000 sündinust suri kuni 1 a. vanuseni 32 last (vrd. 1913. a. 273, 1940. a. 184 ja 1950. a. 81). Keskmine eluiga on meil praegu 69 a., sellest meestel 64 ja naistel 72. Üle 100 a. vanuseid on meil miljoni elaniku kohta 104 (Inglismaal 6, Prantsusmaal 7, USA-s — 15). Üle 100 a. vanustest isikutest elab meil maal 4 korda rohkem kui linnades, naised elavad selle vanuseni 2,5 korda sagedamini kui mehed.

Kõige enam levinud haigusteks on NSV Liidus kõrva-, kurgu- ja ninahaigused, peaaegu $^2/_3$ neist moodustavad ülemiste hingamisteede katarrid ning nende tagajärjed. Surmapõhjustest moodustavad ligi poole südame-veresoonte haigused (kaasa arvatud reuma ja aju veresoonte kahjustused) ning pahaloomulised uudismoodustised. On huvitav märkida, et näiteks kõrgvererõhuhaigust esineb meestel kuni 30. eluaastani tunduvalt sagedamini kui naistel, 30.—70. eluaastani aga märgatavalt sagedamini naistel, üle 70 a. vanustel aga enam-vähem võrdselt.

1961. a. oli meil 19,4 arsti 10.000 inimese kohta. Eesti NSV on arstide arvu poolest 10.000 elaniku kohta Nõukogude Liidus Gruusia ja Läti NSV järel kolmandal kohal. 1961. a. oli NSV Liidus kokku 425 745 arsti, neist 74% moodustasid naised (1913. a. oli naisarste ainult 10% arstide üldarvust). Erialade järgi on meil kõige rohkem terapeute (100 411), neile järgnevad pediaatrid (62 206), kirurgid (40 460) ja arstid-hügienistid (31 454).

1961.—1962. õppeaastal oli meil kokku 85 kõrgemat meditsiiniõppeasutust, neist 72 meditsiini-, 2 stomatoloogia- ja 6 farmaatsiainstituuti. Meditsiini fakulteete ülikoolide juures on meil 5, nendest Vene NFSV-s 2, Ukrainas 1, Leedus 1 ja Eestis 1. Kokku õppis kõrgemates meditsiiniõppeasutustes 1961.—1962. aastal 180 360 üliõpilast 113 rahvusest. 1961. a. oli lõpetajad 27 900.

1961. a. oli NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis kokku 307 teadusliikku asutust, nendest 262 teadusliku uurimise instituuti. Instituutidest olid 90 sanitaar-epidemioloogia profiiliga. Kokku töötas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis 1961. a. 36 970 teaduslikku ja teaduslik-pedagoogilist töötajat. Teaduste doktoreid oli 1961. a. 2865 ja kandidaate — 16214. Kandidaatide juurdekasv toimub märgatavalt jõudsamini kui doktorite juurdekasv, nii oli 1950. a. 2508 teaduste doktorit ja 8769 kandidaati, 1955. a. olid vastavad arvud 2594 ja 12592, 1960. a. 2782 ja 15575.

Keskharidusega meditsiinitöötajaid oli meil 1961. a. 1 430 300, s. t. ühe arsti kohta 3,4 isikut. Keskharidusega meditsiinitöötajatega on kõige paremini varustatud Eesti NSV, kus 1961. a. oli neid 10 000 elaniku kohta 81,1 (vrd. samal aastal arste 24,2), Eestile järgneb Läti (76,3) ja Gruusia (75,6).

Haiglaid oli NSV Liidus 1961. a. kokku 26 812. Haiglavoodite arvu poolest oli Eesti NSV 1961. a. 99,0 voodiga 10 000 elaniku kohta Läti NSV (110,2 voodit) järel NSV Liidus teisel kohal. Aserbaidžaani NSV-s külastasid arste kõige sagedamini linnaelanikud, kus 1961. a. oli keskmine külastuste arv ühe linnaelaniku kohta 10,9 (maal 1,9), Gruusias 10,0 (maal 3,1), Lätis 9,7 (maal 3,6), Eestis, Ukrainas ja Moldaavias 9,4, maal vastavalt 3,3, 2,5 ja 1,9. NSV Liidu linnades oli 1961. a. kokku 26 163 arstijaoskonda.

Edu on saavutatud võitluses tuberkuloosiga. NSV Liidus on 19 tuberkuloosi teadusliku uurimise instituuti. 1966. aastaks suureneb tuberkuloosihaiglatele määratud voodite arv haiglates ja sanatooriumides ligi 2 korda, mis võimaldab haigete pikaajalist ravimist ja bakterieritajate kohustuslikku hospitaliseerimist.

1. jaanuaril 1962. a. tegutses NSV Liidus onkoloogia alal 19 instituuti, 253 dispanserit ja 1930 kabinetti. 1960. a. suri 100 000 linnaelanikust kasvajate tagajärjel 121,9 (peale selle 6,7 leukoosi ja hemoblastoosi). 1940. aastaga võrreldes oli suremine kasvajatesse 1960. aastal suurenenud, eriti kopsukasvajate osas.

1961. a. oli NSV Liidu eelarves kulutusi tervishoiule ja kehakultuurile 6,1 miljardit rubla 2565 miljoni rubla asemel 1950. a. (tõus üle 2,3 korra!).

*

Meditsiini- ja veterinaartöötajate ülesanded võitluses tuberkuloosiga. Н. С. Альтшулер (Задачи медицинских и ветеринарных работников в борьбе с туберкулезом). Ветеринария, 1962, 5, 50—53.

Meditsiini- ja veterinaartöötajatel on häid kogemusi koostöö alal võitluses mitmesuguste zoonoosidega. Kahjuks ei ole veel küllaldast kontakti veterinaararstide ja sanitaar-epidemioloogia jaamade ning tuberkuloositõrje asutuste arstide vahel.

Meditsiini- ja veterinaartöötajate vahelise koostöö aluseks võitluses tuberkuloosiga peab esmajärjekorras olema pidev vastastikune informeerimine haiguskolletest ja aktiivse tuberkuloosi levikust asulates ning majandites. Mitmetes oblastites on saanud tavaks teatada tuberkuloosi avastamisest lindudel või loomadel rajooni (linna) arst-ftisiaatrile, kes omakorda annab veterinaararstidele tuberkuloosihaigete inimeste aadressid nendega kokkupuutuvate loomade uurimiseks. Vastastikune informeerimine aitab avastada tuberkuloosi inimestel ja loomadel ning õigeaegselt rakendada profülaktika abinõusid.

Paljudes maades on viimastel aastatel kasutusele võetud kartoteegid, kus leiduvad andmed tuberkuloosi esinemise kohta nii loomadel kui ka inimestel, mis võimaldab nakkuskolded kindlaks määrata. Sellised kartoteegid on vaja ftisiaatrite ja veterinaararstide kaasabil sisse seada ka meie sanitaar-epidemioloogia jaamades.

Vastavalt tuberkuloosi epidemioloogilistele ja epizootoloogilistele andmetele tuleb koostada ühine ametkondadevaheline tuberkuloositõrje plaan. Ühtlasi tuleb moodustada meditsiini- ja veterinaartöötajate kompleksbrigaade abi osutamiseks kolletes. Plaanis pole vaja taotleda ainuüksi tihedat sidet veterinaartöötajate ja sanitaar-epidemioloogia jaama arstide vahel, vaid ka kontakti tuberkuloositõrjeasutustega, desinfektsiooniosakondadega, bakterioloogia laboratooriumidega, rajooni- ja jaoskonnaarstidega.

Tähtsaks abinõuks tuberkuloositõrjes on elanikkonna ja põllumajandusloomade massiline uurimine. Üheaegselt loomade uurimisega on otstarbekas läbi viia nende tuberkuliniseerimine, et saada õiget ettekujutust olukorrast ühes või teises asulas. Iga uut tuberkuloosijuhtu, mis avastatakse linnu- või loomakasvatajatel, tuleb ühiselt uurida sanitaar-epidemioloogia jaama arstide, veterinaaride ja ftisiaatrite poolt nakkusallika väljaselgitamiseks ning tõrjeabinõude rakendamiseks.

Suur osatähtsus on vastaval sanitaarharidustööl. Seni on meditsiinitöötajad väga vähe tähelepanu pööranud põllumajandusloomade ja -lindude osale tuberkuloosi levikus. Veterinaaria-alases kirjanduses leidub vähe viiteid tuberkuloosi ärahoidmise kohta loomakasvatusega tegelevatel isikutel.

Looma- või linnukasvatusmajandeisse, liha- ja piimakombinaatidesse tööle võetavaid isikuid tuleb instrueerida tuberkuloosi profülaktika küsimustes.

Inimeste ja loomade tuberkuloosi haigestumise likvideerimisel etendab tähtsat osa teaduslik uurimistöö. On vajalik, et veterinaararstid esineksid sagedamini ettekannetega ftisiaatrite, hügienistide jt. eriarstide nõupidamistel.

*

Penitsilliini suhtes esineva kõrgenenud tundlikkuse avaldusena tekkinud krooniline retsidiveeruv agranulotsütoos meditsiiniõel. E. C. Сигал (Хронический рецидивирующий агранулоцитоз как проявление повышенной чувствительности к пенициллину у медсестры). Казанский мед. ж., 1963, I, 59—60.

Kirjanduses leidub võrdlemisi rohkesti andmeid mitmesuguste ravimite (tiboon, PAS, püramidoon, atofaan, sulfaniilamiidid jt.) toksilisest toimest müelopoeetilisele süsteemile.

Tunduvalt vähem aga on kirjeldatud penitsilliinist põhjustatud vereloomehäireid. Autor kirjeldab meditsiiniõel V. esinevat retsidiveeruvat agranulotsütoosi. Patsient tundis end haigena 1959. a. algusest alates, mil esines tal nõrkus, peavalu, peapööritus, kurguvalu, iiveldus ja oksendamine. Aeg-ajalt sügeles ka nahk ja kattus erütematoosse lööbega. Haige hospitaliseeriti leukopeenia tõttu (leukotsüütide arv — 1500).

Patsient töötab meditsiiniõena 1952. a. alates. Tal on terve tütar, materiaalsed ja olustikulised tingimused head. Nahk ja limaskestad kahvatud. Suu limaskestal leiduvad väiksed haavandikesed, kurk hüpereemiline, mandlid suurenenud. Perifeersed lümfisõlmed normaalse suurusega. Vererõhk 130/80 mm Hg. Kõht komplemisel pehme, maks ja põrn ei ole palpeeritavad. Temperatuur — subfebriilne. Vere uurimise tulemused: hgb. — 80%, erütrots. 3 770 000, leukots. 1150, SR 33 mm, segmentt. 20%, leukots. 68%, monots. 12%, trombots. — 292 000.

Tehti proovisüste, mil manustati 20 000 TÜ penitsilliini, mille tagajärjel puhkes kiire allergiline reaktsioon — tekkisid ulatuslik erütomatoosne lööve, naha sügelemine ja düspeptilised nähud.

Haige ravimisel kasutati prednisolooni, dimedrooli, nukleiinhapet, tesaani, biomütsiini, streptomütsiini, vere- ja leukotsüütide ülekandeid. Pärast kahe kuu möödumist läks patsient uuesti tööle, kusjuures tal olid normaalsed vereuuringu andmed (erütrots. — 4 500 000, leukots. — 6000).

Kolme kuu pärast tekkis uus retsidiiv (leukots. — 1050, lümfots. 72%). Kokku viibis haige ravil korduvate retsidiividega viis korda. Sellest lähtudes soovitati haigel asuda töökohale, kus tal ei oleks enam kokkupuutumist penitsilliiniga. Selle korralduse täitmise järel ei esinenud patsiendil enam kirjeldatud haigusnähte.

Resf. H. Pihl

Mitmesugust

RAHVUSVAHELISE PUNASE RISTI 100. AASTAPÄEVAKS

Tänavu tähistatakse maailma humaanseima rahvusvahelise organisatsiooni — Punase Risti 100. juubeliaastapäeva.

Austria-Itaalia sõja (1859. a.) vapustavate elamuste mõjul tuli šveitslane Henri Dunant mõttele rahvusvahelise organisatsiooni loomise vajadusest sõjaohvrite abistamiseks. Tema initsiatiivil see asutatigi 1863. a. Genfis filantroopilise ühingu baasil nimetusega Rahvusvaheline Haavatute Abistamise Komitee. Aasta möödumisel, 1864. a. samas toimunud diplomaatilisel konverentsil võeti sõjas haavata saanud ja haigestunud inimeste kaitseks vastu rahvusvaheline konventsioon, mis mõnevõrra täiendatuna ja muudetuna kehtib tänapäevani.

Lugupidamisest organisatsiooni asutamiskohaks olnud riigi vastu otsustati embleemiks võtta punane rist valgel taustal (Šveitsi rahvus-

lipp — valge rist punasel taustal). 1876. a. muudeti ka organisatsiooni nimetus Rahvusvaheliseks Punase Risti Komiteeks.

Venemaal asutati Punase Risti Selts 1867. a., samal aastal ühineti Genfi konventsiooniga. Punase Risti tegevusest võtsid aktiivselt osa ka kuulsad vene arstiteadlased N. Pirogov, N. Burdenko jt. 1918. a reorganiseeriti Venemaa Punase Risti Selts demokraatlikel alustel, esimeseks esimeheks sai V. Sverdlov. 1923. aastast alates on Nõukogude Punane Rist osa võtnud organisatsiooni kõikidest rahvusvahelistest konverentsidest, ka hiljuti Genfis toimunud juubelikongressil viibis meie Punase Risti delegatsioon.

Suure Isamaasõja ajal läksid tuhanded punaristlased rindele, kus neist said meditsiiniõed, sanitarid ja sanitaarinstruktorid. Paljusid autasustati ordenite ja medalitega, Nõukogude Liidu Kangelase aunimetus anti M. Štšerbatšenkole, Z. Samsonovale, V. Kaštšejevale jt.

Praegu on Nõukogude Liidu kõikides liiduvabariikides oma Punase Risti Seltsid (Usbeki, Aserbaidžaani, Turkmeeni ja Tadžiki NSV-s — Punase Poolkuu Seltsid), mis on ühinenud NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liitu (tingliku nimetusega «Nõukogude Punane Rist»). Kui selle, ühe meie suurima massiorganisatsiooni liikmete arv oli 1959. a. ligi 30 miljonit, siis käesolevaks ajaks on see tõusnud juba 50 miljonini.

Nõukogude Punase Risti laiahaardeline tegevus meditsiini- ja hügieenialaste teadmiste propageerimisel, haiguste profülaktikas, epideemiatõrjes, elukondlike sanitaartingimuste parandamisel, esmaabi andmisel ning doonorluse korraldamisel jms. on tõhusalt abistanud meie tervishoiuorganeid.

Sotsialistliku humanismi ja internatsionalismi printsiipidest lähtudes on Nõukogude Punane Rist osutanud omakasupüüdmatut materiaalset abi teistele riikidele loodusõnnetuste puhul, sõjategevuse läbi kannatanuile jne. Nii abistati 1956. a. Egiptuse rahvast, 1958. a. Alžeeria koloniaalsõja põgenikke, käesoleval aastal Jugoslaavias toimunud maavärisemise ja Brasiilia metsatulekahju ohvreid.

Mitmetes Aasia ja Aafrika maades on loodud kohaliku elanikkonna abistamiseks Nõukogude Punase Risti haiglad, millest mitmed on vastava riigi tervishoiukorralduse väljakujunemisel antud tasuta kohalike tervishoiuorganite käsutusse.

Nõukogude Punase Risti initsiatiivil leiab üha laiemat kõlapinda idee, et Rahvusvahelise Punase Risti tegevus ei pea piirduma ainult sõjast tekitatud kannatuste leevendamisega, vaid tuleb võidelda ka rahu eest, sõdade vältimise eest. Nii oligi hiljuti Genfis toimunud Rahvusvahelise Punase Risti juubelikongressi juhtmotiiviks: «Humanismi kaudu rahule.»

H. Luik

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMILT

20. juunil 1963. a. kuulati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil Laste ja Emade Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna ülema L. Lavrova ettekannet «Lastekodude kasvandike meditsiinilisest teenindamisest Eesti NSV-s». Kolleegium märkis, et lastekodude meditsiinilise teenindamise tunduva paranemise kõrval esineb veel ka mõningaid puudusi. Kolleegium kohustas linna tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonihaiglate peaarste 1963. a. III kvartali jooksul komplekteerima lastekodudes puuduvad arstikohad ning kontrollima vähemalt üks kord aastas lastekodude ravi- ja profülaktilist teenindamist. Kolleegium tegi ettepaneku, et lastekodudes tuleb üks kord aastas läbi viia laiendatud meditsiiniline läbivaatus (ftisiaatri, oftalmoloogi, dermatoloogi, otorinolaringoloogi ja stomatoloogi poolt). Kiiresti peab likvideerima puudused, mis esinevad kaitsesüstimiste tegemisel. Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhatajal R. Malvistel ja Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarstil L. Stepanoval tuleb 1964. a. korraldada seminar lastekodude meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmiseks.

Samal päeval toimunud kolleegiumil kuulati ära veel Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeudi A. Gunteri, Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja asetäitja M. Tšetverikova ja Rakvere Rajooni Haigla peaarsti J. Narma ettekanded Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirja nr. 277 (30. IX 1961. a.) täitmisest ambulatoorse polikliinilise abi parandamise alal. Kolleegium märkis, et sel alal on meil olukord paranenud. Töötajaile on kindlustatud meditsiiniline teenindamine väljaspool tööaega. Polikliinikute juures töötavad kardio-reumatoloogia-, endokrinoloogia- ja uroloogiakabinetid. Füsioteraapia protseduurid leiavad üha laialdasemat kasutamist. Kolleegium märkis ära mõningaid puudusi. Peab mainima, et mõned arstijaoskonnad on veel liiga suured. Nõrgalt kontrollitakse haiguslehtede väljakirjutamist, samuti esineb puudusi ajutise ja püsiva töövõimetuse ekspertiisi alal.

Kolleegium pidas elanikkonna polikliinilise abi edasist parandamist vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste üheks tähtsamaks ülesandeks. Tuleb laialdaselt arendada haigete teenindamist tsehhiprintsiibi järgi. Ühtlasi peeti vajalikuks parandada elanikkonna dispanseerimise kvaliteeti, kusjuures tuleb erilist tähelepanu pöörata alaealiste tööliste ja kutseealiste dispanseerimisele ning dispanseeritute töökorraldusele.

*

15. augustil 1963. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium sünnitus- ja günekoloogilise abi olukorda Tallinna Vabariiklikus Haiglas, Tartu Kliinilises Sünnitusmajas ja Rakvere ning Kingissepa rajoonis.

Selgus, et enamikus kontrollitud nõuandlates peetakse dokumentatsiooni pinnapealselt, sissekirjutused on liiga lühikesed. Paljudel kaartidel puuduvad andmed naise üldseisundi kohta. Rasedate arvelevõtmist ja günekoloogiliste haigete dispanseerimist ei teostata mitte elukoha järgi, vaid rajoonihaiglates. Günekoloogiaosakondades esineb voodite ebaratsionaalset kasutamist (Tallinna Vabariiklik Haigla, Kingissepa Rajooni Haigla, Rakvere Rajooni Haigla jt.). Statsionaarides kestab operatsioonieelne uurimine liiga kaua (15 päeva kuni 2 kuud). Rajoonide akušöörgünekoloogid (K. Väin, M. Tamin jt.) sõidavad harva kohtadele. Kolleegium märkis veel, et vähe pööratakse tähelepanu rajooni akušöör-günekoloogide, ämmaemandate, velsker-ämmaemandapunktide juhatajate ja jaoskonnaarstide kvalifikatsiooni tõstmisele. Kolleegium pidas vajalikuks, et üle 25 aasta vanuste naiste profülaktiline läbivaatus toimuks üks kord aastas. Ühtlasi on vaja kindlustada avastatud haiguste õigeaegne ravimine. Linnade tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonihaiglate peaarste kohustati süstemaatiliselt kontrollima günekoloogiliste voodite ratsionaalset kasutamist ning kindlustama plaaniliste haigete ambulatoorne uurimine statsionaari saabumiseni.

A. Kaldma

SISUKORD

Teooria ja praktika

V. SAARMA — Krooniliste hepatiitide ja maksatsirrooside ravist kortikoidhormoonidega (Kirjanduse ülevaade) 3

J. ŽELANDOVSKAJA, R. MAI, M. SIDOROV ja L. SOKOLOVA — Botkini tõve kliinikust ja ravist . . . 7

J. REINARU, T. BELOŠAPKINA, E. NÄRSKA ja L. KRITŠEVSKAJA — Heterohemaglutinatsiooni-reaktsioon ja nakkuslik kollatõbi . . . 10

K. VALGMA — Kantaridiinivilli eksudaadi proteinoloogilistest muutustest reuma ja reumatoidse artriidi puhul . 14

K. KORGE, K. VALGMA, V. POOLAK — Vereseerumi mukoproteiidide ja siaalhappe määramisest reuma ja reumatoidse artriidiga haigetel (Autoreferaat) 16

J. GROSS — Paralleelpatoloogiast kui diferentsiaaldiagnostilisest probleemist sisehaiguste kliinikus . . . 18

H. KÄÄRI — Mõnedest ravitavatest oligofreeniavormidest 21

K. TÄHNAS — Inimeste tuberkuloosi osatähtsusest veiste tuberkuloosi haigestumisel 25

Tervishoiu organisatsioon

A. SARAP ja M. MARANTS — Eesti NSV haiglate ja polikliinikute tegevusest 1962. aastal ning edaspidistest ülesannetest 29

A. NORDBERG — Maarajoonide ja rajoonihaiglate struktuuri muutmisest Eesti NSV-s 31

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

H. KOSAR — Marmortõve juht . . . 35

E. OMEL — Kogemusi stenokardiaga haigete ravimisel nikotiinhappe ja suguhormoonidega 37

P. SEPP — Külg-küljega enteroanastomoosi tehnikast ja selle operatsiooniga seotud soolesulguse profülaktikast 40

E. LIIV — Kogemusi reieluu trohhanteersete murdude operatiivsest ravist 42

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

В. САРМА — О лечении хронических гепатитов и циррозов печени гормонами коры надпочечников (Обзор литературы) 3

Е. ЖЕЛАНДОВСКАЯ, Р. МАЙ, М. СИДОРОВ и Л. СОКОЛОВА — О клинике и лечении болезни Боткина 7

И. РЕЙНАРУ, Г. БЕЛОШАПКИНА, Э. НЯРСКА, Л. КРИЧЕВСКАЯ — Реакция гетерогемагглютинации и болезнь Боткина 10

эксудата кантаридинового пузыря при ревматизме и ревматоидном артрите

К. ВАЛГМА — Об изменениях белков 14

К. КЫРГЕ, К. ВАЛГМА, В. ПООЛАК — Определение мукопротеидов и сиаловой кислоты в сыворотке крови больных ревматизмом и ревматоидным артритом (Автореферат) 16

Ю. ГРОСС — Параллельная патология как дифференциально-диагностическая проблема терапевтической клиники 18

Х. КЯЯРИ — О некоторых формах олигофрении, поддающихся лечению 21

К. ТЯХНАС — Значение туберкулеза человека в заболеваемости скота туберкулезом 25

Организация здравоохранения

А. САРАП и М. МАРАНЦ — Некоторые итоги деятельности больничнополиклинических учреждений за 1962 год и задачи здравоохранения в ЭССР 29

А. НОРДБЕРГ — Изменение структуры районов и районных больниц в Эстонской ССР 31

Обмен опытом и казуистика

Х. КОСАР — Случай мраморной болезни 35

Е. ОМЕЛЬ — Опыт лечения больных стенокардией никотиновой кислотой и половыми гормонами 37

П. СЕПП — О технике энтероанастомоза «бок в бок» и профилактике кишечной непроходимости 40

Э. ЛИЙВ — Опыт оперативного лечения вертельных переломов бедренной кости 42

Abiks velskritele ja õdedele

N. SCHAMARDIN — Kutsetööst tingitud nahahaiguste profülaktikast . . 45
I. RÄTSEP — Südame piirkonnas esinevast valust 49
H. ROOTS — Mõnede haiguste ravimisest fütontsiididega (Kirjanduse andmetel) 53
A. VODI ja M. EERO — Kogemusi väikelaste põetamisel 58

Kaadri ettevalmistamine

I. MAAROOS — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajad 1963. a. 60

K. SÕERDE — Uus lend Tallinna Meditsiinilisest Koolist . . . 62
A. HORN — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1963. a. 64

Sanitaarharidustöö

M. RAIG — Sanitaarharidustööst naiste ja laste tervise kaitsmisel . . . 65

Konverentsid ja nõupidamised

L. TERAS — Vitaminoloogia-alane teaduslik sessioon 67
A. SARAP — Tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise teenindamise alasest nõupidamisest Donetskis 68

B. LEHEPUU — Anestesioloogia ja reanimatoloogia teaduslikult konverentsilt 69
T. KUSLAP — Teaduslik konverents Riias 69
G. LOOGNA — Esimene rahvusvaheline histokeemia-alane sümpoosion . . 70

Nekroloog

ARNOLD REIMAN

Kriitika ja bibliograafia

L. LIPP — Vajalik käsiraamat . . . 72
M. TEDREMAA — Meditsiinilise kirjanduse kasutamisest 72

Referaate

Mitmesugust

H. LUIK — Rahvusvahelise Punase Risti 100. aastapäevaks 76

Хроника

В помощь фельдшерам и сестрам

Н. ШАМАРДИН — О профилактике профессиональных кожных заболеваний
И. РЯТСЕП — Боли в области сердца

Х. РООТС — О лечении фитонцидами некоторых болезней (По данным литературы)
А. ВОДИ и М. ЭЕРО — Опыт ухода за больными детьми младшего возраста

Подготовка кадров

И. МААРООС — Окончившие в 1963 г. медицинский факультет Тартуского государственного университета
К. СЫЭРДЕ — Новый выпуск Таллинской медицинской школы
А. ХОРН — Окончившие в 1963 г. Тартускую медицинскую школу

Санитарно-просветительная работа

М. РАЙГ — О санитарно-просветительной работе по охране материнства и детства

Конференции и совещания

Л. ТЕРАС — Научная сессия по вопросам витаминологии
А. САРАП — О совещании в Донецке, посвященном медицинскому обслуживанию рабочих промышленных предприятий
Б. ЛЕХЕПУУ — С научной конференции по анестезиологии и реаниматологии
Т. КУСЛАП — Научная конференция в Риге
Г. ЛООГНА — Первый международный симпозиум по гистохимии

Некролог

АРНОЛЬД РЕЙМАН

Критика и библиография

Л. ЛИПП — Необходимое руководство
М. ТЕДРЕМАА — Об использовании медицинской литературы

Рефераты

Разное

Х. ЛУЙК — К 100-летию международного Красного Креста

Krooniка

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jännus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

6
November–Detsember

6. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1963

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранении Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 19. X 1963. Trükkimisele antud 14. XII 1963. Trükiarv 3900. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5+0,625+3 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 8.40. Arvutuspoognaid 8,94. Tellimise nr. 8022. MB-09570.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuse ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

PÄRNU KUURORT 125-AASTANE

L. VERNIK

(Baassanatooriumist «Estonia», peaarst *L. Vernik*)

125 aastat on möödunud ajast, mil meie vabariigi üks suuremaid raviasutusi — Pärnu kuurort — võttis vastu esimesed patsiendid.

Kuurordi esimene vesiravila (1, 4, 8, 9), kus algul raviti ainult soojade mereveevannidega, avati 1838. aastal. Samal aastal hakati ravi otstarbel kasutama ka meresuplusi, milleks ehitati merre supelsillad ja supelonnid eraldi meestele ja naistele (7). Nagu nähtub Tartu Ülikooli professori F. Goebeli andmetest (5), põhines ravimine Pärnu kuurordis sel perioodil peamiselt merevee ravitoime kasutamisel. Meresuplusteks olid veel ette nähtud ratastel liikuvad supelonnid, mida veeti hobustega merre ja tagasi (4, 9). Supelkostüümid katsid peaaegu kogu keha (foto 1). Õhu ja päikesevanne ei rakendatud. Pärnu kuurordis algul mudaravi ei kasutatud, kuigi linna läheduses asusid meremudalademed.

Võrreldes meie vanemate kuurortidega Saaremaal (mudaravi võeti siin kasutusele juba 1824. aastal) ja Haapsalus (kus esimene mudaravila ehitati 1825. a.), toimus Pärnu kuurordi areng mööda nud sajandi keskel aeglaselt; tõusu oli märgata alles 1889. aastal, mil linn võttis kuurordi senistelt eraomanikelt oma valdusse ning ehitas ajakohase vesi- ja mudaravila (3). Uus vesi- ja mudaravila avati 1890. aastal ning see andis juba samal suvehooajal 3339 muda-, turba-, merevee- ja teisi vanne (2). Pärnu kui mudaravikuurordi areng algaski sellest aastast. Kuurordi tegevuse intensiivistamiseks moodustati kuurordikomisjon ja loodi palgaline supelinspektori koht. Esimeseks Pärnu kuurordi supelinspektoriks oli 1889. aastast alates K. Schults (4). Kuurordi ravitööd hakkas juhtima linnaarst A. Kroeger (6). Peterburi ja Riia laboratooriumides tehtud analüüsid näitasid, et Pärnu muda on kõrgete raviomadustega ja oma füüsikalis-keemilise koostise poolest lähedane Haapsalu ja Saaremaa ravimudadele (4).

Mudavanne anti tol korral veega lahjendatud täiskümblustena, millele hiljem lisandusid samaaegselt tehtavad kohalikud mudaaplikatsioonid. Vannideks tarvitatava muda kogus, protseduuri kestus, muda temperatuur ja ühe ravikuuri protseduuride arv oli varieeruv. Peale muda- ja mitmesuguste teiste vannide võeti kuurordis kasutusele veel ravidušid, massaaž, elektrivalgusvannid, galvanisatsioon ja faradisatsioon.

1904. aastal asutas V. Fittinghoff Pärnu kuurordis mehhanoteraapia- ja ortopeediaosakonna, mis asus vesi- ja mudaravilas selleks otstarbeks ehitatud ruumides ja koosnes võimlemissaalist koos vajalike kõrvalruumidega. Kui kuurort töötas vaid suvehooajal, siis nimetatud osakond [üle 40 ravivõimlemisseadme ning ortopeedilise aparaadiga (6)] oli haigete ambulatoorseks teenindamiseks avatud kogu aasta vältel. Osakonna juures valmistati ka jäsemete ja lülisamba ortopeedilisi abivahendeid, tehti antropomeetrilisi mõõtmisi ja vibratsioonimassaaži ning elektrilisi protseduure.

1904. aastal täienes kuurort ka mereranda ehitatud aerosolaariumiga. Seega muutus Pärnu kuurort sajandivahetusel meie paremini sisustatud kuurordiks ja saavutas laialdase kuulsuse. 1910. aasta suvehooajal sooritati Pärnu kuurordi vesi- ja mudaravilas 14 616 protseduuri; seda arvu ühe

hooaja kohta ei suudetud hiljem ületada kogu kodanliku perioodi vältel (10).

Esimese maailmasõja ajal (1915. a. augustis) tulistati saksa sõjalaevadelt Pärnu linna, mille tagajärjel kõik kuurordi ravihooned põlesid maani maha. Et kodanlik valitsus otsis välisvaluuta juurdevoolu allikaid, milleks tõotas saada välismaalasi teenindav kuurort, otsustati lõpuks alustada

Foto 1. Nii supeldi Pärnus möödunud sajandil (H. Kranhalsi foto Pärnu Koduloomuuseumis olevast akvarellist)

kuurordi taastamist. 9. juulil 1927. aastal avati praegune mudaravila, mida 1930. aastal täiendati vanniosakonna ja 1936. aastal dušiosakonna ning sisebasseiniga.

Peale uuesti ehitatud mudaravila teisi raviasutusi kuurordis ei olnud. Ravimine toimus ainult ambulatoorselt: haiged käisid mudaravilas protseduuridel linnas asuvaist korteritest või pansionidest.

Ranna rajooni ehitatud kauni arhitektuuri ja luksusliku sisustusega hooned, nagu «Rannahotell», hotell-pansion «Vasa» ja «Rannakohvik», ei teeninud rahva tervishoiu huve, vaid olid ette nähtud peamiselt rikaste välismaa suvitajate korteriteks, lõbustus- ja ajaviitekohtadeks. Kuigi mõnel suvehooajal viibis kuurordis üle 6000 külastaja, ravisid end vesi- ja mudaravilas ainult 800—850 inimest (4).

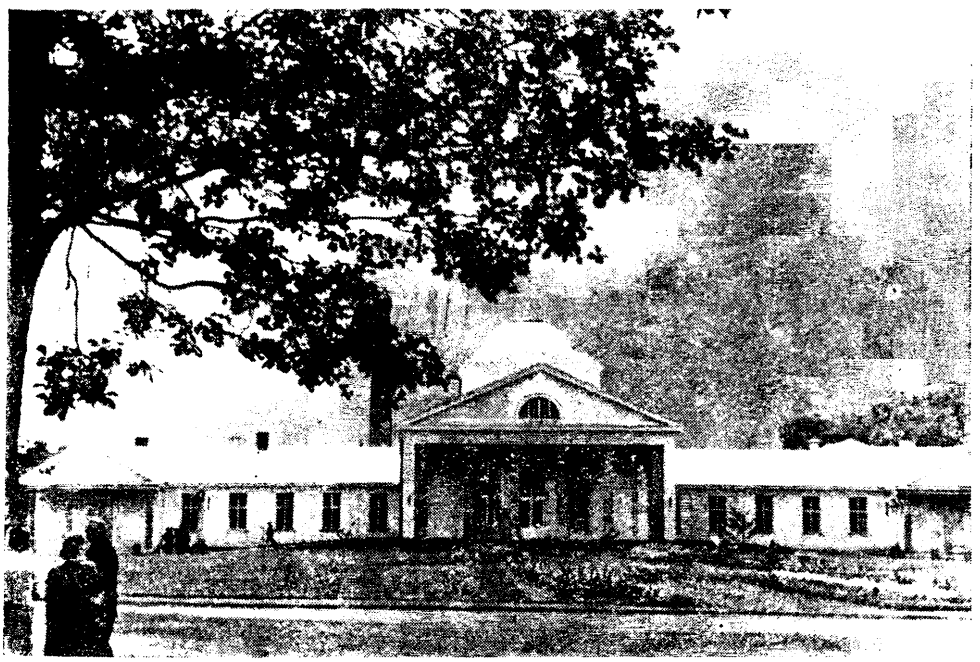
Nii raviprotseduurid kui ka kogu meditsiiniline teenindamine oli tasuline. Ambulatoorne raviprintsiip ei võimaldanud luua pidevat meditsiinilist kontrolli haigete tervise seisundi üle, kehtestada kindlat ravi- ja päevarežiimi ning täiendada muda-balneoprotseduure teiste raviliikide ja dieettoitlustamisega.

Kuurordiravi muutus töörahvale esmakordselt kättesaadavaks alles 1940. aastal, kui rakendati ellu V. I. Lenini poolt väljaantud dekreet kõigi kuurortide rahva teenistusse andmise kohta. Seekord sai töörahvas kuurordiravi kasutada vaid lühikest aega. Järgnevatel fašistliku okupatsiooni aastatel muutus vesi- ja mudaravila kasutamiskõlbmatuks. Pärast Eesti NSV vabastamist tuli kuurordil 1945. aastal oma tööd jälle uuesti alustada. Taastamine toimus võrdlemisi kiiresti. Esimeseks sammuks oli senise

ambulatoorse raviprintsiibi muutmine ja üleminek statsionaarsele sanatoorsele ravile. Selleks tuli ületada suuri raskusi, sest vastavatest raviasutustest ja erialase ettevalmistusega meditsiinikaadrist oli puudu. Vennasvabariikidelt saadud abi ja kuurorditöötajate entusiasm suutsid needki takistused kiiresti ületada ja juba esimesel sõjajärgsel aastal tehti Pärnu kuurordi taastatud vesi- ja mudaravilas 70 626 muda- ja balneoprotseduuri, mis on üle viie korra rohkem kodanlikus Eestis ühel hooajal maksimaalselt tehtud protseduuride arvust (10). Et muuta kuurordiravi veelgi kättesaadavamaks, hakkas kuurort 1946. aastast alates tööle aastaringselt. Selleks tuli hooneid ümber ehitada ja kütteseadmetega varustada, sest enamik neist oli ette nähtud ainult suvel töötamiseks.

1946.—1947. a. talveperioodi töötulemused näitasid, et muda- ja balneoravi võib meil ka talvel edukalt rakendada. 1947. aastal moodustati kogu kuurordis spetsialiseeritud sanatooriumid erinevate haiguste ravimiseks ning avati nende profiilile vastavad ravi- ja diagnostikakabinetid. Meditsiinipersonal aga kvalifitseerus ümber vastavalt sanatooriumide profiilile.

Igas sanatooriumis töötati välja eriravirežiimid, näiteks dieettoitlustus koos mineraalvete kasutamisega mao- ja sooletraktihaiguste korral, režiimipärased jalutuskäigud, magamine värskes õhus südamehaiguste puhul jne. Spetsialiseeritud sanatooriumides loodud ravikabinettide võrk võimal-



Pärnu kuurordi vesi- ja mudaravila ning polikliinik

das muda-balneoravi täiendada teiste raviliikidega, nagu elektriravi, medikamentoosne ravi, ravikehakultuur, massaaž, parafiini- ning hapnikuravi jne.

Praegu töötab Pärnu kuurordis kolm spetsialiseeritud sanatooriumi. Neist sanatooriumis «Estonia» ravitakse tugi- ja liikumiselundite, perifeerse närvisüsteemi ja günekoloogilisi haigusi, sanatooriumis «Rahu» seedeelundite ja tugi- ning liikumiselundite haigusi ning sanatooriumis «Sõprus» südame- ja vereringesüsteemi haigusi.

Peale sanatooriumide töötab kuurordis veel kolm meditsiiniasutust: kuurordi polikliinik, vesi- ja mudaravila ning NSV Liidu Arstiteaduse

Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi reumatoloogia ja kurortoloogia sektor.

Kodanliku perioodiga võrreldes on ainult ühes kuurordiraviasutuses — vesi- ja mudaravilas — aasta jooksul ravitute arv kasvanud 17-kordseks ja raviprotseduuride arv 20-kordseks.

Kuurordil on peale vesi- ja mudaravila veel palju ravi- ja diagnostikakabinette, nagu kliiniline, biokeemia- ja bakterioloogialaboratoorium, funktsionaaldiagnostikakabinet, parafiiniravi- ja massaažikabinet ning hambaproteeside töökoda.

Iga sanatooriumi juures töötavad röntgeni-, füsioteraapia-, ravikehakultuuri-, protseduuride ja hambaravikabinetid. Peale nende töötab sanatooriumis «Estonia» veel günekoloogiakabinet ja bakterio-protozooloogia laboratoorium; sanatooriumis «Rahu» kasutatakse laialdaselt mineraalvete kabinette, sanatooriumis «Sõprus» on loodud hapnikupalat südamehaiguste ravimiseks jne.

Baassanatooriumis «Estonia», mis on vabariigi kurortoloogia-alase teaduslik-metoodilise töö keskuseks, uuritakse ja rakendatakse praktikasse järjest rohkem uusi ravi- ja diagnoosimismeetodeid. Nii võeti möödunud aasta jooksul kasutusele 12 uut meetodit, näiteks polüartriidihaigete vereseerumi valgu fraktsioonide uurimine ja difenüülamiiniproov mudaravi vältel, *Trichomonas vaginalis*'e külvide tegemine erisöötmele, trihhomonoosi kompleksne ravi günekoloogiliste mudaprotseduuride ja suurte sarvloomade sapist valmistatud preparaadiga, odontogeensete nakkuskollete ravi elektroforeesi abil jne.

Tähtis on ka see, et reumatoidsete ning teiste tugi- ja liikumiselundite haigustega samaaegselt ravitakse ka mujal organismis esinevaid kohalikke põletikulisi protsesse. Selleks korraldatakse kõigile ravil viibijatele sanatooriumi hambaravikabinetis suukoopa kohustuslik profülaktiline läbivaatus ja kõigi naispatsientide kohustuslik profülaktiline günekoloogiline järelevaatus. Kohalike nakkuskollete avastamisel hakatakse neid kohe ravima, mis võimaldab tunduvalt tõsta põhihaigusena esinevate tugi- ja liikumiselundite haiguste muda-balneoravi efekti ning kõrvaldab nende edasise progresseerumise ohu. Selliseid kohalikke nakkuskoldeid tuleb aga ravida kohapeal enne sanatooriumisse suunamist, sest mõningate ravimenetluste läbiviimisel, näiteks karioossete hammaste ekstraheerimisel, ei saa haigele samal päeval mudaravi määrata, mistõttu kaotame põhihaiguse ravimiseks ettenähtud aega. Samuti ägenevad mudaravi ajal küllaltki sageli mõned kroonilised põletikulised protsessid, näiteks kroonilised ussjätkepõletikud, mis peaksid samuti enne kuurordiravile suunamist likvideeritud olema.

Paljusid kaasnevaid haigusi aga, mis ei ole vastunäidustatud mudabalneoravile, saab kuurordis ravida koos põhihaigusega. Et selliste haiguste diagnoosimiseks ja ravi määramiseks on sageli vajalik vastava eriala arsti konsultatsioon, selleks töötavad Pärnu kuurordi polikliiniku juures kirurg, neuroloog, günekoloog, okulist, otorinolarüngoloog ja dermatoloog.

1957. aastal asutati sanatooriumi «Estonia» juurde NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliiniline baas, mis nüüd on arenenud nimetatud instituudi reumatoloogia ja kurortoloogia sektoriks. See on Eesti kurortoloogia ajaloos esimene teaduslik asutus, mis otseselt tegeleb meie kuurordiravi küsimustega.

Aastast aastasse täienevad Pärnu kuurordi raviasutused uusima ravi- ja diagnoosimisaparatuuri ja sisseseadega, mis võimaldab luua kõik tingimused haigete täisväärtuslikuks raviks.

Kodanliku perioodiga võrreldes on nüüd mitmekordistunud ravitavate ja raviprotseduuride arv ning tunduvalt on laienenud ka kuurordi materiaalne baas. Kuurordi käsutuses on praegu 22 korpust vajalike kõrvalhoonetega.

1961. a. avati sanatooriumis «Estonia» uus ravikorpus. Muda- ja vesiravila täieliku rekonstrueerimise tulemusena mehhaniseeriti muda transportimine reservuaaridest ettevalmistusosakonda, kogu mudaravila küttesüsteem viidi üle õliküttele ja käesoleval aastal lõpetati muda soojendamise mehhaniseerimine. Sanatooriumis «Rahu» ehitati 1961. aastal uus tänapäeva nõuetele vastav köögiblokk. 1962. a. valmisid sanatooriumis «Sõprus» uus õliküttel töötav katlamaja ja sanitaarsõlm ning 1963. aastal sanatooriumis «Estonia» uus laboratooriumide ja funktsionaaldiagnostika kabinettide korpus teadusliku töö otstarbeks. Ehitamisel on praegu 100 voodikohaga pansion ambulatoorsete haigete teenindamiseks ning 150 kohaga korpus koos söökla ja klubiga.

Kuurordis viibib aasta jooksul ravil umbes 14 000 inimest. Kogu kuurorti teenindab ligi viiesajaliikmeline personal, neist 50 arsti.

KIRJANDUS

1. Колесова О. С. Развитие санаторно-курортного дела в ЭССР. Kogumik: Nõukogude Eesti Tervishoid, 1955, 4, 72—77. — 2. Отчет Пярнуской городской управы за 1890 год. Купальная комиссия. Пернов, 1891. XVIII—XXI. — 3. Bericht des Pernauschen Stadtamts über das Jahr 1889. Pernau, 1890, Badewesen. XLIII—LI. — 4. Eerme, K. Pärnu ja ta kuurort. Pärnu, 1939. — 5. Goebel, F. Das Seebad bei Pernau an der Ostsee. Leigzig, 1845. — 6. Kroeger, A. Pernau, Kur- und Seebad. Pernau, 1905. — 7. Pernausches Wochenblatt, 2. Juli 1838, 16. Juli 1838 und 23. Juli 1838. 8. Schlossmann, K. Estonian Curative Sea-muds and Seaside Health Resorts London, 1939. — 9. Vadi, V. Kuurort Pärnu ravivahendid ja nende terapeutiline toime. Pärnu, 1932. — 10. Vernik, L. Mudaravi arengust Eestis ja Pärnu kuurordi väljakujunemisest. Kogumik: Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused, Tallinn, 1960.

125-ЛЕТИЕ КУРОРТА ПЯРНУ

Л. Верник

Резюме

Первая водолечебница в Пярну была открыта в 1838 году. В начале в водолечебнице отпускали только теплые ванны из морской воды, затем стали применять морские купания, для чего были выстроены купальные мостки и кабинки. Тогда еще в Пярну грязелечение не применяли, хотя вблизи города имелось месторождение лечебной грязи.

По сравнению с более старыми курортными учреждениями республики (на Сааремаа стали применять грязелечение уже в 1824 году, в Хаапсалу в 1825 году) развитие Пярну как курорта происходило в середине прошлого века довольно медленно. В 1889 году Пярнуская городская управа построила современную грязе-водолечебницу, которую открыли в 1890 г. В этом же сезоне лечебница отпустила 3339 грязевых, торфяных и других ванн. Начинается развитие Пярну как грязевого курорта. Применялось лечение общими ваннами из разведенной водой лечебной грязи, затем перешли к грязелечению местными апликациями. Кроме грязевых и иных ванн на курорте Пярну стали применять лечебные души, массаж, электро-светотепловые ванны, гальванизацию и фарадизацию.

В 1904 г. на курорте Пярну открыли отделение механотерапии и ортопедии, помещавшееся в водогрязелечебнице в специально построенных помещениях. В отделении был гимнастический зал и необходимые подсобные помещения. Это отделение работало круглый год, хотя курортный сезон продолжался только в течение лета.

В течение летнего сезона 1910 года в водогрязелечебнице курорта Пярну было проведено 14 616 процедур.

Во время первой мировой войны (в августе 1915 г.) все лечебные учреждения курорта сгорели в пожаре, возникшем в результате обстрела Пярну немецкими военными кораблями.

Новая грязелечебница была открыта в 1927 году, в 1930 году к ней пристроено ванное отделение, а в 1931 году душевое отделение и внутренний бассейн. В буржуазный период на курорте были выстроены хорошо оборудованные здания отеля «Раннахотель», отеля-пансиона «Вааза» и кафе «Раннакохвик», но эти учреждения были предназначены не для трудового народа. Лечебные процедуры и все медицинское обслуживания были платными.

После освобождения Эстонской ССР в 1945 г. курорт возобновил свою деятельность. Был осуществлен переход от амбулаторного лечения к стационарному. Уже в первом послевоенном году в восстановленной водогрязелечебнице курорта Пярну было проведено 70 626 грязевых и водолечебных процедур, т. е. в 5 раз больше, чем за один сезон при буржуазной власти.

В настоящее время на курорте Пярну — три специализированных санатория. В санатории «Эстония» лечат болезни костей и суставов, периферической нервной системы, а также гинекологические заболевания, в санатории «Раху» — заболевания органов пищеварения и болезни опорного аппарата, в санатории «Сыпрус» болезни сердца и системы кровообращения. На курорте имеется также курортная поликлиника, водогрязелечебница и работает сектор ревматологии и курортологии Эстонского Института экспериментальной и клинической медицины Академии медицинских наук СССР.

В течение года на курорте лечится около 14 000 человек. Курорт обслуживает 500 человек, из них 50 врачей.

KURORTOLOOGIA ARENG EESTIS

Arstiteaduse kandidaat *E. VEINPALU*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Kurortoloogia kui looduslikke ravitegureid käsitlev teadus on väga tihedalt seotud kogu vastavaalase praktilise ravi- ja profülaktilise tööga. Kurortoloogia arengu tasemest sõltub kuurordiravi kvaliteet ja efektiivsus.

Eesti looduslikest raviteguritest tuleks esijoones nimetada läänerannikku mitmetes paikades (Haapsalus, Kingissepas, Hiiumaal ja mujal) rikkalikult leiduvat meremuda. Selle heade raviomadustega loodusvara olemasolu on põhjustanud kogu meie kurortoloogia ja kuurordiravi arengu.

V. Vadi (20) andmetest selgub, et Eesti NSV mandri läänerannikku ja saarte meremuda hakati ravivahendina laiaulatuslikumalt kasutama möödunud sajandi esimestel aastatel XIX sajandi algupoolel algas ka nende ravimudade teaduslik uurimine. Meie tervismuda esimene kirjeldus ja keemiline analüüs avaldati 1825. a. väljaandes «Ostseeprovinzenblatt» Riia keemiku D. H. Grindeli poolt. Autor uuris muda leiukohta Saaremaa läänerannikul Rootsiküla lahes, kirjeldas selle geoloogilist aluspinda, faunat ja floorat ning iseloomustas muda keemilist koostist.

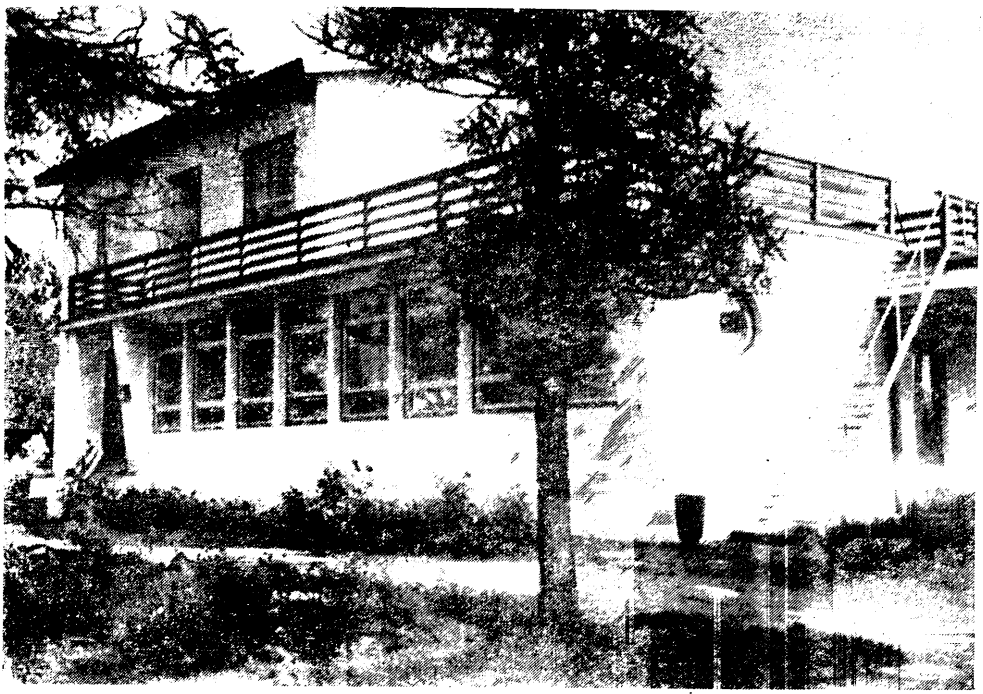
XIX sajandi keskel tegelesid meie meremudade (peamiselt Kuressaare ja Haapsalu muda) keemilise, litoloogilise ja limnoloogilise uurimisega G. Norman, K. Goebel, D. Eichwald, A. Schrenk, C. Schmidt jt. 1840. a. tegi Tartu Ülikooli keemiaprofessor K. Goebel Kuressaare muda kohta järgmise otsuse: «Kuressaare väävelmuda ei ole oma omaduste poolest Rootsiküla mudast erinev. Mõlemad mudasordid kujutavad enesest bitumineerunud halli savi, liiva, raudoksüüdi, vähese väävelraua, väävelhappelubja, süsihappelubja, süsihappe talgimulla, kloormagneesiumi, kloornaatriumi, vähese huumushappe ja lagunevate orgaaniliste ainete ning vähe süsihapet ja väävelvesinikku sisaldavate ainete segu. Et selline ainete segu kümblusena haigesse organismisse kahtlemata tugevat toimet avaldab, on selge; on täiesti ükskõik, missugust meie poolt uuritud mudasorti sel puhul kasutatakse» [(20) lk. 5].

Nagu öeldust selgub, pöörati juba sellel uurimisperioodil tähelepanu muda füüsikalis-keemilistele omadustele.

XX sajandi esimestel aastakümnetel tegelesid Eestis kurortoloogiaalase uurimistööga peamiselt mitmed Tartu Ülikooli õppejõud, nagu K. Schlossmann, V. Vadi, J. Riives, A. Paldrock, J. Miländer, A. Lüüs jt. Sellele tööle aitasid kaasa ka mõned arstid-praktikud (näiteks Läänemaa

maakonnaarst H. Alver, H. Teas jt.). Need uurimised olid enamikus suunatud meie ravimudade füüsikalis-keemiliste omaduste ja toime selgitamisele.

Kõige ulatuslikumaid uurimisi tegid K. Schlossmann ja V. Vadi, kelle töö tulemusena ilmus trükist kaks monograafiat (17, 20), mis annavad küllaltki hea ülevaate meie ravimudade leiukohtadest, mudade füüsikalis-keemilistest omadustest, raviotstarbelise kasutamise võimalustest ning tea-



Baassanatooriumi «Estonia» 1961. a. valminud hoone, kus asuvad ruumid ka teaduslikuks uurimistööks

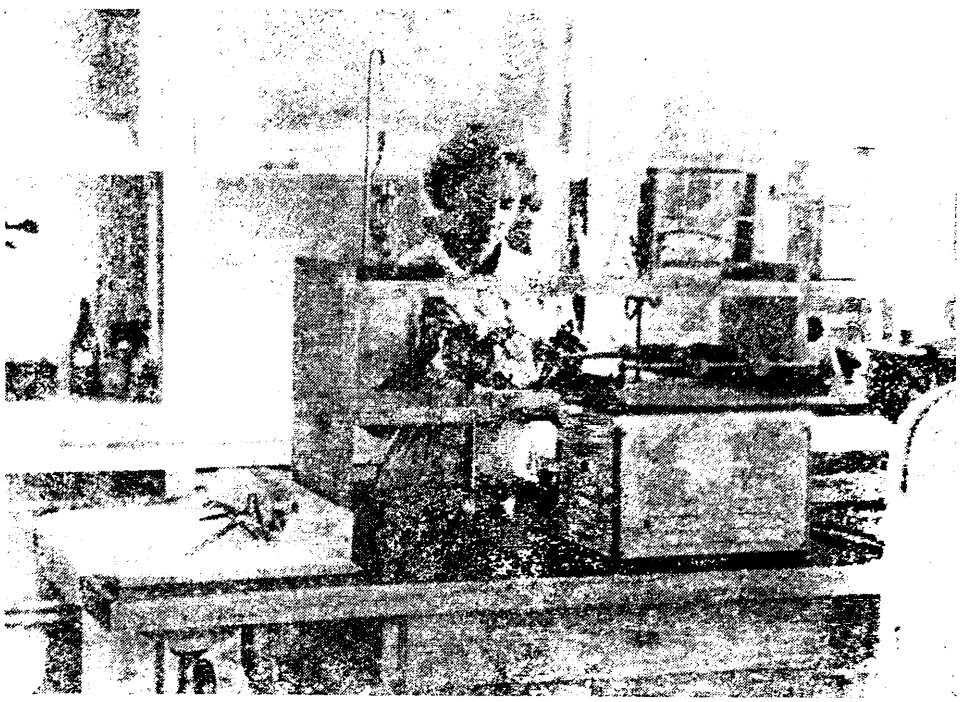
taval määral ka toimest. Teiste autorite töö oli kitsapiirilisem. Näiteks uuris J. Riives mudaravi toimet närvi- ja liigesehaiguste (14, 15), A. Paldrock nahahaiguste (13), J. Miländer naistehaiguste (12) ja A. Lüüs lastehaiguste (11) puhul. Haapsalu arsti H. Alveri tööd olid rohkem praktilis-statistilist laadi (6, 7). P. Teas jälgis mudavannide toimet reumahaigete verepildisse (19).

Fašistlik okupatsioon, mis laastas meie kuurordiraviasutusi, katkestas mitmeks aastaks (1941—1944) kurortoloogilise uurimistöö. Pärast Suurt Isamaasõda hakati vabariigis nõukogude korra tingimustes kuurordiravi võrku kiiresti taastama ja laiendama. Teaduslikule tööle ei saadud aga kahjuks kohe vajalikku tähelepanu pöörata, kuna puudus sellealane teadlaste kaader ning uurimistöö baas.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Üldkogu 1947. a. otsuse põhjal alustati Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis eesti ravimuda kompleksset uurimist. Teataval määral tegelesid kurortoloogia-alase teadusliku tööga ka mõned sanatooriumide arstid (L. Vernik, V. Znamenski, R. Gelbart, V. Tuur jt.). Uurimiste süvendamiseks ja laiendamiseks loodi kõnesoleva instituudi poolt 1957. a. Pärnu kuurordi sanatooriumis «Estonia» spetsiaalne teadusliku töö baas, mis kurortoloogilisele uurimistööle soodsat mõju avaldas. Nimelt lõi see head võimalused teooria ja praktika vahetuks ning igakülgseks kontaktiks. Käesoleval aastal valmisid instituudi reumatoloogia ja kurortoloogia sektori Pärnu baasi uued tööruumid, kus on võimalik teha mitmesuguseid keerulisi kuurordiravi tegurite toimemehhanismide ja teisi uurimisi.

Viimastel aastatel on suhteliselt lühikese aja jooksul teadlaste ning arstide-praktikute ühiste jõududega välja selgitatud rida olulisi reumaatiliste ja perifeerse närvisüsteemi haiguste puhul rakendatava mudaravi efektiivsuse ja toimemehhanismide küsimusi. Näiteks A. Sääritsa, L. Verniku ja M. Roosaare uurimised (18) tõendavad, et individuaalselt määratud mudaravi kohalike aplikatsioonidena (kombineeritult ravivannide ja vastavate näidustuste puhul ravikehakultuuri ning massaažiga) annab häid tulemusi mitmesuguse etioloogiaga polüartriitide ravimisel, hoiab ära haiguse progresseerumise, aitab säilitada haige töövõimet ja mitte kaugele arenenud juhtudel loob eeldused paranemiseks.

E. Veinpalu, A. Säärits ja L. Vernik (2) leidsid, et Haapsalu ravimudast valmistatud preparaat «humisool» [autor E. Keel (9, 11)] annab mitmesuguste krooniliste polüartriitide ravimisel umbes 70%-l haigetest positiivseid tulemusi. Tõestati, et mudaravi avaldab mõju C-vitamiini ainevahetusele [E Vagane (21)], vere proteiididele ning glüko- ja mukoproteiididele [E. Veinpalu (3) ja R. Trink (5)], neerupealiste koore funktsionaalsele seisundile [L. Kõpman (10) ja R. Trink (5)], antigeen-antikeha reaktsioonidele [L. Ottas (4)], organismi termoregulatsioonile [M. Roosaare (16)] jne.



NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi reumatoloogia ja kurortoloogia sektori uues biokeemialaboratooriumis

Uusi andmeid ravimudade asupaikade ning varude kohta leiame E. Vagase ja L. Kõpmani uurimusest (1).

Lisaks ülalmainitud töödele ilmub käesoleval aastal NSV Liidu Teaduste Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi väljaandel kaks kogumikku, nimelt «Kurortoloogia-alaseid töid I ja II» «Kurortoloogia-alaseid töid I» sisaldab uurimusi Haapsalu meremudast valmistatud uue ravimpreparaadi — humisool — kohta. «Kurortoloogia-alaseid töid II» koosneb peamiselt reumaatiliste ja perifeerse närvisüsteemi haiguste diagnoosimise ning kuurordiravi-alastest töödest.

Populaarteadusliku teosena jõudis käesoleval aastal lugejateni raamat

«Eesti NSV kuurordid» (koostajad H. Vanker, E. Veinpalu ja L. Vernik), mis tutvustab kõiki meie kuurorte ja puhkekodusid ning nendes tehtavat ravi- ja profülaktilist tööd.

Soodsalt mõjub kurortoloogia-alasele uurimistööle mitmete Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kateedrite (teaduskonna sisehaiguste kateeder, juhataja dotsent K. Kõrge, neuroloogia kateeder, juhataja dotsent E. Raudam jt.) abi. Teaduslikku tööd soodustavad ka sellised ümberkorraldused kuurordiraviasutustes, nagu sanatooriumi «Estonia» baassanatooriumiks muutmine 1962. a., sanatooriumide mitmete laboratooriumide ning ravi- ja diagnostikakabinettide ühendamine jt. Tähtsat osa kurortoloogia-alase tegevuse arendamisel etendab 1961. a. moodustatud Eesti Vabariiklik Füsioterapeutide ja Kurortoloogide Teaduslik-Meditsiiniline Selts.

Seega võiksime öelda, et käesoleval ajal on vabariigis loodud tingimused, mis võimaldavad lahendada eelseisvaid suuri ülesandeid kurortoloogia valdkonnas.

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XXII kongressi otsustes pööratakse meie maa elanikkonna tervise kaitsele ja kuurordiravile kui meditsiini profülaktilisele suunale väga suurt tähelepanu. Nende otsuste alusel nähakse vabariigi kuurortide ja puhkekodude väljaarendamise perspektiivplaanis ette küllaltki suurt arengut. Näiteks, kui praegu moodustab Eesti NSV-s sanatoorset ravi saajate protsent täiskasvanud elanikkonnast 1,6, siis tulevikus tõuseb see vastavate kuurordiraviasutuste väljaehitamise järel 4,2-le, seega ligi kolmekordseks. Juba lähematel aastatel ehitatakse ajakohane mudaravila Haapsalus, 150 voodikohaga ravikorpus ja moodne loodusliku ning kunstliku kliimaravi paviljon Pärnus. Tõenäoliselt hakatakse tulevikus kasutama Saaremaa rikkalikke ja praeguste andmete kohaselt kõrgeväärtuslikke mudavarusid.

On endastmõistetav, et kuurordiravi selline ulatuslik kasv ei saa toimuda ilma eelkäiva kohalikke looduslikke ravitegureid uuriva teaduse kiire arenguta.

Kurortoloogiline uurimistöö peaks meil edaspidi arenema järgmistes põhisuundades.

1. Ravimudade võrdlev füüsikalis-keemiline uurimine mitmesuguste orgaaniliste ühendite, eriti bioloogiliselt kõrge aktiivsusega ainete sisalduse suhtes. Kõnesolevad uurimised looksid võimaluse ravimudade toimeainete laialdaseks kasutamiseks ka väljaspool kuurorte. Selliste ainete otsimine ning uurimine on praegu nii kodu- kui ka välismaal aktuaalne.

2. Mudade ja eespool nimetatud ainete füsioloogiliste toimemehhanismide uurimine organismi mitmesugustesse elundsüsteemidesse ja nende funktsioonidesse (toime närvisüsteemi, endokriinsesse süsteemi, südamevereringe süsteemi, ainevahetusse ning termoregulatsiooni jt.). Praegu peetakse üldtunnustatud tõeks, et igal mudaliigil on üldise toime kõrval oma kindel, muda keemilisest koostisest sõltuv spetsiifiline toime. Kui näiteks arvestada Haapsalu ja Saaremaa mudade praegu teadaoleva keemilise koostise erinevust, võiks eeldada, et neid mudasid saab erinevate haiguste ravimisel diferentseeritult kasutada. See tähendab, et ühe haiguse korral mõjub soodsamalt üks, teise korral teine ravimuda liik.

Samasse valdkonda kuulub olulise küsimusena veel mudade ja muude balneo- ning mitmesuguste teiste raviprotseduuride ja ravimite komplekstoime uurimine.

3. Geoloogide poolt Eesti NSV territooriumi mitmetes paikades leitud mineraalvete ja meie kliima raviotstarbelise kasutamise võimaluste ning toime uurimine. Need küsimused on praegu täiesti selgitamata.

Nimetatud suurte ülesannete täitmiseks on vajalik kõikide selle ala teadlaste ning praktikute tihe koostöö, samuti uute spetsialistide ettevalmistamine vastavates teaduslikes asutustes ning teadusliku töö baasi edasine laiendamine.

KIRJANDUS

1. Вагане Э. П., Кыпман Л. Ю. Тезисы докладов пятой республиканской конференции по курортологии и физиотерапии. Таллин, 1961, 4—6. — 2. Вейнпалу Э. Ю., Сяритс А. А., Верник Л. А. Ревматизм II. Вильнюс, 1961, 295—299. — 3. Вейнпалу Э. Ю. Материалы всесоюзной научной конференции по экспериментальной курортологии и физиотерапии. М., 1962, 50—54. — 4. Оттас Л. Э. Научная конференция, посвященная 125-летию основания курорта Друскининкай. Тезисы докладов. Вильнюс—Друскининкай, 1962, 62—63. — 5. Тринк Р. Ф. Научная конференция, посвященная 125-летию основания курорта Друскининкай. Тезисы докладов. Вильнюс—Друскининкай, 1962, 84—85. — 6. Alver, H. Eesti Arst, 1939, 6, 396—397. — 7. Alver, H. Eesti Arst, 1939, lisa, 18—21. — 8. Keel, E. Eesti NSV TA Toimetised VI, Bioi. seeria, 1957, 2, 129—135. — 9. Keel, E. Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused. Tallinn, 1960, 152—160. — 10. Kõpman, L. Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused. Tallinn, 1960, 211—217. — 11. Lüüs, A. Eesti Arst, 1925, 6, 172—174. — 12. Miländer, J. Eesti Arst, 1925, 6, 169—172. — 13. Paldrock, A. Eesti Arst, 1925, 6, 172. — 14. Riives, J. Eesti Arst, 1934, lisa, 20—26. — 15. Riives, J. Eesti Arst, 1939, lisa, 22—31. — 16. Roosaare, M. Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused. Tallinn, 1960, 199—210. — 17. Schlossmann, K. Estonian Curative Sea-muds and Seaside Health Resorts. London, 1939. — 18. Säärits, A., Roosaare, M., Vernik, L. Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused. Tallinn, 1960, 184—198. — 19. Teas, P. Eesti Arst, 1934, 3, 198—205. — 20. Vadi, V. Eesti tervismuda balneoloogiline uurimus. Tartu, 1947. — 21. Vagane, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 1, 18—22.

РАЗВИТИЕ КУРОРТОЛОГИИ В ЭСТОНИИ

Э. Вейнпалу

Резюме

Из природных лечебных факторов в Эстонской ССР в первую очередь следует указать на богатые месторождения морской лечебной грязи на западном побережьи материка и на островах (Хаапсалу, Кингисепп, Хийумаа и др.). Широкое употребление морской грязи в качестве лечебного средства началось уже в первой половине прошлого века. Тогда же началось и научное изучение лечебной грязи. Первое описание эстонской морской лечебной грязи и ее химический анализ были опубликованы в 1825 году.

В середине XIX века химическими, литологическими и лимнологическими исследованиями эстонской морской грязи (в особенности в Куресааре и Хаапсалу) занимались многие ученые. В первые десятилетия XX века исследования в области курортологии вели многие профессора Тартуского университета, как К. Шлоссман, В. Вади, А. Пальдрок, Ю. Милендер, А. Лююс и другие. Их работы в большинстве были направлены на изучение физико-химических свойств морских грязей и действия их на различные заболевания. Наиболее значительные исследования были проведены К. Шлоссманом и В. Вади, опубликованные в виде монографий.

После Великой Отечественной Войны началось восстановление и расширение эстонских курортов. В 1947 г. в Институте экспериментальной и клинической медицины Академии наук Эстонской ССР началось комплексное изучение эстонских лечебных грязей. В 1957 г. с целью углубления и расширения исследований указанным институтом на курорте Пярну в санатории «Эстония» была организована специальная научно-исследовательская база. Изготовленный из хаапсалуской лечебной грязи препарат Гумизоль (автор Э. Кеэль) в 70% случаев лечения больных хроническим полиартритом дал положительные результаты. В 1961 году было организовано Эстонское республиканское научно-медицинское общество физиотерапевтов и курортологов, также ведущее работу по использованию и исследованию природных лечебных факторов.

В настоящее время созданы условия, позволяющие разрешить задачи стоящие перед курортологами республики.

OTOSKLEROOSI DIAGNOOSIMISEST, KIRURGILISE RAVI NÄIDUSTUSTEST JA SELLE TULEMUSTEST

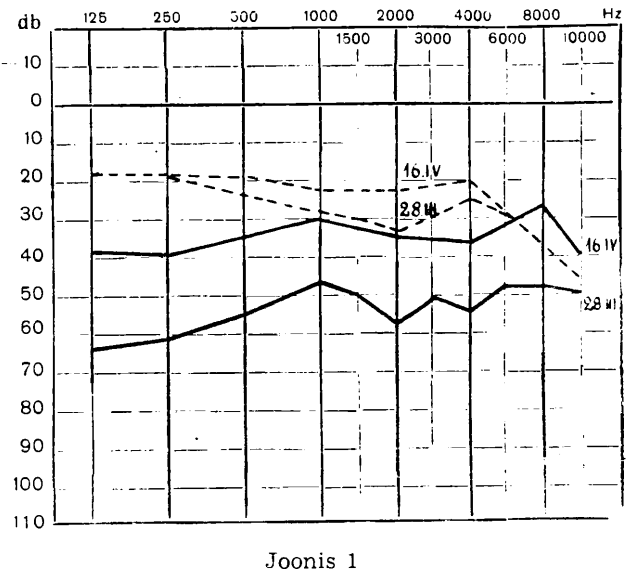
Arstiteaduse kandidaat *V. SÄRGAVA*, *E. LAAMANN* ja *K. GERASSIMOVA*

(Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist, kateedri juhataja dotsent *E. Siirde*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Otoskleroos kujutab endast sisekõrva luulise kapsli koldelist spongioosset kahjustust, mille puhul on iseloomulik mõlema kõrva kuulmise progresseeruv nõrgenemine ja kohin kõrvades. Kuulmise nõrgenemist põhjustab eelkõige jaluse liikuvuse vähenemine ovaalaknas. Hilisemas järgus tekivad degeneratiivsed nähud sisekõrvas ja kuulmisnärvis, mis kuulmishäiret veelgi süvendab. Otoskleroosi etioloogia ja patogenees pole tänapäevani selged. Teatavat osa selle tekkes etendavad endokriinsed, mehaanilised, neurotroofilised ja konstitutsionaalsed tegurid. Otoskleroosi esineb naistel tunduvalt sagedamini kui meestel; on teada, et raseduse mõjul progresseerub kuulmishäire kiiremini kui tavaliselt. Haigus algab 20—30—40 aasta vanuses. Kuulmishäire progresseerub pikkamööda, täielikku kurtust aga ei teki. Sageli täheldatakse omapärast huvitavat sümptoomi — haige kuuleb mürarikkas keskkonnas paremini kui vaikses ümbruses (*paracusis Willisii*).

Otoskleroosi diagnoosimine põhineb anamneesiandmetel ja eelkõige haige audioloogilisel uurimisel. Kuulmekilel patoloogilised muutused tavaliselt puuduvad. Helihargikatsud näitavad, et tegemist on peamiselt helijuhteaparaadi kahjustusega (negatiivne Rinne kats, pikenenud Schwabachi kats). Jaluseplaadi fikseerumisest annab tunnistust negatiivne Gellé kats. Kuulmetõrve talitlusvõime pole häiritud.

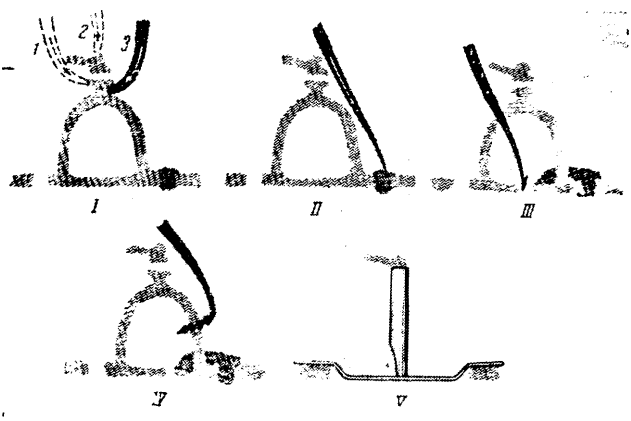
Haiguse diagnoosimisel, kõrva funktsionaalse seisundi hindamisel ja kirurgilise ravi näidustuste määramisel etendab tähtsat osa haige audiomeetriline uurimine. Käesoleva vaatluse aluseks on 164 otoskleroosihaiget vanusega 18—67 aastat, neist 130 naist ja 34 meest. Haiguse kestus oli 1—30 aastat.



Joonis 1

Otoskleroosi puhul on õhujuhtivuskõvera kõrval oluline tähtsus luukuuldavuse seisundil. Luujuhtivus jaluseplaadi puhtakujulise ankülloosi korral märgatavalt ei lange ja asub 0—10—15 db piirides; õhukuuldavuse langus kõnetsoonis ei ületa 55—60 db. Luukuuldavuse vähene nõrgenemini kõnetsoonis on tingitud sisekõrvavedeliku liikuvuse vähenemisest ovaalakna sulguse tagajärjel, nagu seda R. Carhart esimesena täheldas (11). Pärast operatsiooni võib luukuuldavus selles piirkonnas 5—15 db võrra paraneda (vt. joonis 1). Mõlema kõrva kuulmise langus on sümmeetriline nii õhu- kui ka luujuhtivuses, diferents ei ületa tavaliselt 10—15 db. Luukuuldavuse langus (20 db ja rohkem) näitab, et otosklerootilisest protsessist on haaratud ka sisekõrv. Õhukuuldavuse langus

sellistel juhtudel võib ulatuda 60—70 db, harva kuni 80 db või rohkemgi. Kui otoskleroosi algjärgus on rohkem häiritud madalate toonide kuuldavus, siis protsessi levimisel sisekõrva langeb tunduvalt ka kõrgete toonide kuuldavus, mille aistimine võib lõpuks täiesti kaduda. Seejuures säilib luukuuldavus üldiselt paremini kui õhukuuldavus [M. Zinenberg (1), A. Hanamirov (9), V. Särgava (7) jt.]. Sisekõrva kahjustuse hindamisel võib täiendava meetodina kasutada kiirenenud heli valjenemise fenomeni, heli valjuse diferentsi tajumise läve, väsimusnähtude jälgimist jne. [K. Hilov (10), V. Undrits (8) jt.]. Tähtsat osa jaluseplaadi anküloosi määramisel etendab Gellé kats täiustatud ja modifitseeritud kujul, nagu seda E. Neifah (4) jt. soovitavad.



Joonis 2

Otoskleroosi kirurgilise ravi näidustuste määramisel on otsustava tähtsusega sisekõrva funktsionaalne seisund [A. Hanamirov (9), K. Hilov (10), V. Undrits (8) jt.], mille indikaatoriks audiomeetrilise luujuhtivuse taseme kõrval on teised ülalmainitud katsud. Kirurgiliseks raviks on ideaalsed need juhud, kus küllaltki ulatusliku kuulmishäire puhul (õhujuhtivuse tase 40—50 db või rohkem) on luukuuldavus normaalne või langenud mitte üle 15 db. Sellistel juhtudel ei ole sisekõrva talitlus häiritud ja pärast edukat operatsiooni võib kuulmine täielikult taastuda. Kirurgiliseks raviks on sobivad samuti need juhud, kus luukuuldavuse langus kõnetsoonis ei ületa 20—30 db. Luukuuldavuse nõrgenemise puhul (35—40 db või rohkem) puuduvad lootused kuulmise märgatavaks paranemiseks, sest esineb juba ulatuslik sisekõrva kahjustus. Sellele vaatamata soovitatakse viimasel ajal [A Kolomiitšenko (3), K. Fleischer (13), H. Jakobi (14) jt.] kirurgilist ravi jaluse mobilisatsiooni näol ka nendel juhtudel, sest mõnikord õnnestub saavutada kuulmise teatavat paranemist ja kõrvade kohisemise vähenemist.

Koos luukuuldavuskõvera tasemega on vaja arvestada ka õhu- ja luukuuldavuse vahet. See osutub sisekõrva funktsionaalse reservi näitajaks, mida operatsiooni prognoosimisel võib arvestada. Kuulmise paranemist pärast operatsiooni võib oodata juhtudel, kus õhu- ja luukuuldavuse diferents kõnetsoonis (250—3000 Hz) on vähemalt 20—25 db. Kirurgilise ravi küsimuse otsustamisel annab väärtuslikke andmeid ka kõneaudiomeetria. Samuti tuleb otoskleroosi puhul arvestada kuulmisanalüsaatori tsentraalset osa, mis avaldub selles, et sageli pärast operatsiooni paraneb ka opereerimata kõrva kuulmine [K. Hilov (10) jt.].

Otoskleroosi ravimisel on efektiivseks osutunud ainult kirurgilised menetlused. Kuigi juba möödunud sajandil katsetati otoskleroosi kirurgilise raviga, on positiivseid tagajärgi saavutatud alles viimaste aastakümnete jooksul. Seejuures on vajalikud optiliste süsteemide kasutamine, vastav instrumentaarium ja antibiootikumid operatsioonijärgsete tüsistuste vältimiseks.

Algul levis poolringkanali fenestratsiooni meetod. Viimase 10 aasta jooksul on kasutusele võetud ja laialdaselt levinud S. Roseni (15) poolt soovitatud jaluse mobiliseerimise operatsioon (stapediolüüs), mille puhul taastatakse fikseerunud jaluse liikuvus või eemaldatakse see ja asenda-

takse proteesiga. Tänapäeval on välja töötatud terve rida jaluse opereerimise meetodeid ja modifikatsioone. N. Preobraženski (6) liigitab neid järgmiselt: 1) jaluseplaadi kaudne mobilisatsioon, 2) jaluseplaadi otsene mobilisatsioon, 3) jaluseplaadi perforatsioon ja fragmentatsioon, 4) otoskleroötilise kolde isoleerimine, 5) jaluse eemaldamine, sellele järgnev ovaalakna katmine transplantaadiga ja jaluse asendamine plastmassist või metallist proteesi või laibalt võetud jalusega (vt. joonis 2).

Jaluseplaadi mobilisatsioon on füsioloogilisem, tehniliselt lihtsamini läbiviidav ja haiget vähem traumeeriv kui poolringkanali fenestratsioon. Tänapäeval peetakse fenestratsioonioperatsiooni näidustatuks siis, kui kirurgilised võtted jaluse opereerimisel ei võimalda kuulmise paranemist. Viimasel ajal on jaluseplaadi mitmesugused opereerimise meetodid saavutanud valitseva seisukoha otoskleroosi ravimisel Nõukogude Liidus [A. Kolomiitšenko ja tema koolkond (2, 3), N. Preobraženski (5, 6) jt.].

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonnas on 1962. a. märtsikuust alates otoskleroosi puhul rakendatud jaluseplaadi operatsiooni 56 juhul. 46 haigel on 36 juhul opereeritud üht, 10 juhul hiljem ka teist kõrva. 36 haiget olid naised, 10 — mehed. Haigete vanus oli 23—58 aasta piirides, tavaliselt 30—50 eluaasta vahel, haiguse kestus 2—20 aastat.

Operatsioon sooritati kohaliku tuimastamisega binokulaarluubi abil. Pärast trummiõõne avamist püüti selle tagumises osas vastava mobilisaatori abil jalust kõigepealt kaudselt mobiliseerida (22 juhul). Kui see ei õnnestunud, rakendati jaluseplaadi kaudu otsest mobilisatsiooni (8 juhul) või jaluseplaadi perforatsiooni (26 juhul). Mobilisatsiooni õnnestumisel tajus haige kuulmise paranemist momentaanselt. Operatsioonijärgse komplikatsioonina tekkis kuulmekile rebend 5 juhul (kasvas hiljem kinni), alasi- ja jalusevahelise liigese rebend 1 juhul, jalusesääre fraktuur 1 juhul, mööduva iseloomuga tasakaaluhäired 4 juhul. Esimestel päevadel pärast operatsiooni kuulmine tavaliselt halvenes. Lõplik kuulmisseisund kujunes välja 2—4 nädala jooksul. Soodsa operatsioonijärgse kulu puhul kestis statsionaarne ravi 7—10 päeva. Haiged vajavad siiski pikemaajalist jälgimist, paljudel juhtudel veel kuulmekile massaaži või kuulmetõrve läbipuhumist.

Kuulmise tunduvat paranemist (tavalise ehk valikõne osas 4—8 m või isegi rohkem, audiomeetriliselt 15—20 db või rohkem) konstateeriti 17 juhul, kuulmise vähest paranemist (tavalise kõne osas alla 3 m või vähem, audiomeetriliselt alla 15 db) 26 juhul, kuulmine jäi endiseks 11 juhul. Kuulmise langust ei täheldatud. Ka kõrvade kohisemine väheneb või kadus hoopis. Mõnel juhul paranes ka opereerimata kõrva kuulmine, mis näitab tsentraalse pidurduse osa otoskleroosi puhul. Resultaat oli parem nendel juhtudel, kus luukuuldavuse langus osutus väiksemaks, s. o. sisekõrva funktsioneerimise võime oli paremini säilinud (vt. joonis 2).

Reeglina opereeriti kõigepealt halvemini kuulvat kõrva, tarbe korral teatava vaheaja järel ka teist. Kui jaluseplaat uuesti fikseerub, võib teist korda opereerida.

Otoskleroosi diagnoosimine ja operatsiooni indikatsiooni määramine ei tekita erilisi raskusi; pärast operatsiooni pole aga võimalik täpset kuulmise paranemise astet ette määrata. Ideaalsetel juhtudel võib helijuhtetakistus peaaegu täielikult likvideeruda ning õhu- ja luukuuldavuse tase ühtida. Mõnikord siiski võib tekkida seisundeid, kus otoskleroosi diagnoosimine on raskendatud (adhesiivsed seisundid, tümpanoskleroos, defektid kuulmiseluukeste ahelas jne.). Selliseid seisundeid nimetatakse üldiselt pseudootoskleroosiks [W. Goodhill (12)]. Kahtlastel juhtudel soovitatakse teha proovitümpanotoomia [A. Kolomiitšenko (2), K. Fleischer (13), H. Jakobi (14) jt.]. Tarbe korral võib sellele otsekohe järgneda jaluse mobiliseerimine või liidete vabastamine.

Elav huvi otoskleroosi vastu tänapäeval lubab loota, et juba lähe-

mas tulevikus avarduvad teadmised nimetatud haiguse kohta sedavõrd, et osutub võimalikuks rakendada kausaalset ravi. Senikaua on aga ainsaks efektiivseks meetodiks kirurgiline ravi, mille eesmärgiks on eelkõige ovaalakna talitlusvõime taastamine.

KIRJANDUS

1. Зиненберг М. С. Вестн. оториноларингологии, 1956, 2, 27—35. — 2. Коломийченко А. И. Ж. ушных, носовых и горловых болезней, 1960, 6, 12—20. — 3. Коломийченко А. И. и др. Операции на стремени при отосклерозе. Киев, 1962. — 4. Нейфах Э. А. Вестн. оториноларингологии, 1952, 3, 17—21. — 5. Преображенский Н. А. Отосклероз. БМЭ, 1961, т. XXII, 723—743. — 6. Преображенский Н. А. Хирургические вмешательства на стремени при отосклерозе. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. М., 1962. — 7. Сяргава В. А. Материалы докладов II научной конференции оториноларингологов Советской Прибалтики. Рига, 1962, 26—28. — 8. Ундриц В. Ф. Болезни уха, носа и горла. Л., 1960, 174—190. — 9. Ханамиров А. Р. Отосклероз. Руководство по оториноларингологии, т. II, 1960, 87—136. — 10. Хилов К. Л. Отосклероз. Л., 1958. — 11. Carhart, R Arch. of Otolaryngol., 1950, 51, 798—808. — 12. Goodhill, W. Laryngoscope, 1960, 70, 722—755. — 13. Fleischer, K. Wiss Z. Univ. Halle, Math. — Nat. IX/I, 1960, 39—44. — 14. Jakobi, H. Wiss. Z. Univ. Halle, Math. — Nat., IX/I, 1960, 47—50. — 15. Rosen, S. Acta otolaryngol., 1955, 45, 532—543.

О ДИАГНОСТИРОВАНИИ ОТОСКЛЕРОЗА, ПОКАЗАНИЯХ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И РЕЗУЛЬТАТАХ ЕГО

В. Сяргава, Э. Лааман и К. Герасимова

Резюме

Этиология и патогенез отосклероза до настоящего времени неясны. Некоторую роль в его возникновении играют эндокринные, механические, нейротрофные и конституциональные факторы. Женщины болеют отосклерозом значительно чаще, чем мужчины. Известно также, что беременность ускоряет течение заболевания. Болезнь начинается в возрасте 20—30—40 лет, постепенно прогрессирует, но не вызывает полной потери слуха.

Диагностирование отосклероза основывается на данных анамнеза и прежде всего на аудиологическом исследовании больного. При определении показаний к хирургическому лечению решающее значение имеет функциональное состояние внутреннего уха. Хирургическое лечение бесусловно показано при значительном нарушении слуха (уровень воздушной проводимости 40—50 дб или больше) и нормальной или пониженной не ниже 15 дб костной проводимости. В этих случаях функция среднего уха не нарушена и после операции слух может полностью восстановиться. При лечении отосклероза эффективными оказались только хирургические мероприятия. Попытка лечения отосклероза хирургическим путем делались уже в прошлом столетии, но положительные результаты были достигнуты только в последние десятилетия. В настоящее время широко распространена рекомендованная С. Розеном операция мобилизации стремени. Разработан ряд модификаций операции на стремени.

В ЛОР-отделении Тартуской республиканской клинической больницы по поводу отосклероза было произведено 56 операций на стремени. У 46 больных в 36 случаях была произведена операция на одном ухе, в 10 случаях пришлось провести операцию и на другом ухе. Из 46 больных было 36 женщин и 10 мужчин. Возраст больных от 25 до 58 лет, в большинстве от 30 до 50 лет, длительность заболевания от 2 до 20 лет.

Операцию проводили под местным обезболиванием с помощью бинокулярной лупы. После вскрытия барабанной полости, делалась попытка произвести непрямую мобилизацию с помощью специального мобилизатора (22 случая). Если это не удавалось, производили прямую мобилизацию (8 случаев) или перфорацию подножной пластинки (26 случаев).

При успешной мобилизации больные сразу же чувствовали улучшение слуха. Из послеоперационных осложнений в 5 случаях произошел разрыв барабанной перепонки (впоследствии зарубцевавшийся), в 1 случае разрыв суставной сумки наковально-стременного сочленения, в 1 случае перелом ножки стремени. В 4 случаях наблюдали расстройства равновесия преходящего характера. В первые дни после операции обыкновенно отмечали ухудшение слуха. Продолжительность пребывания в стационаре при благоприятном послеоперационном течении была 7—60 дней.

Значительное улучшение слуха было достигнуто в 17 случаях, в 26 случаях улучшение слуха было незначительное, в 11 случаях слух остался прежним. Ухудшения слуха не наблюдалось.

Можно надеятся, что в ближайшем будущем наши знания об этиологии и патогенезе отосклероза настолько пополняться, что можно будет применять уже каузальную терапию.

OTOSKLEROOSIST JA SELLE KIRURGILISE RAVI TULEMUSTEST

H. KRUUSE ja *L. ESPAR*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Helijuhtesüsteemi jäigastumisest tingitud kuulmise progresseeruv halvenemine — otoskleroos — on üks meditsiini aktuaalsemaid probleeme. Seoses efektiivsete kirurgiliste menetluste kasutuselevõtmisega on viimasel aastakümnel huvi selle haiguse vastu eriti kasvanud.

Otoskleroosi korral haarab spetsiifiline düstroofiline protsess sisekõrva labürindi kapsli. Patoloogilised muutused tekivad eeskätt ovaal-, harvem ümarakna piirkonnas. Nendes kolletes toimub algul luukoe spongioseerumine, mis hiljem muutub osteoblastide tegevuse ja sidekoe vohamise tagajärjel kompaktseks. Et spongioosse luu tekkimine on põhiliseks haiguslikuks muutuseks, siis soovitatakse viimasel ajal loobuda nimetusest *otoskleroos* ja asendada see rohkem iseloomulikuma nimetusega *otospongioos* [V. Undrits (8), A. Hanamirov (9)].

Kuulmine halveneb siis, kui spongioosne protsess haarab jaluse alusplaati ümbritseva *ligamentum annulare*.

S. Guild [tsit. H. Korbaki (4) järgi], kes histoloogiliselt uuris surnute oimuluid, sedastas 10%-l juhtudest otoskleroosile tüüpilisi muutusi. Nendest uuringutest nähtub, et otoskleroosi esineb 5—10 korda sagedamini kui seda diagnoositakse, mis omakorda viitab nimetatud haiguse laialdasele levikule.

Haiguse etioloogia on tänini lõplikult selgitamata. A. Politzer [tsit. A. Kolomiitšenko järgi (7)] väitis juba 1894. a., et otoskleroos kujutab endast primaarset, omaette haigust.

Otoskleroosi tekkimist seostatakse mehaanilis-füüsikaliste teguritega. Huvitav on hüpotees ultraheli toimest otospongioosi arenemisse [Z. Angelušev (1)]. Eelmistega võrdlemisi sarnane on N. Belogolovovi (3) arvamus luulise labürindi kapsli molekulide häiretest otoskleroosiga haigetel. Otoskleroosi etioloogias näib teatav tähtsus olevat ka pärilik-konstitutsionaalsetel teguritel, näiteks täheldasid J. Toynbee, Jr. Shambaugh jt. [tsit. H. Korbaki järgi (4)] umbes 50%-l haigetest pärilikkuse mõju.

Et otoskleroosi haigestuvad sagedamini naised [N. Belogolovovi (3) andmeil üle 80%], eriti just suguküpsuse ja raseduse perioodil, seostatakse seda haigust ka endokriinsete elundite talitlusega.

Ülaltoodust nähtub, et otoskleroosi etioloogias võib üheaegselt tegemist olla väga paljude teguritega.

Kui luuline vohamine on haaranud jaluse ja põhjustanud selle ankülloosi, ilmuvad ka esimesed haigussümptoomid. Otoskleroosi algperioodil tekivad helijuhtesüsteemi kahjustuse tüüpilised nähud, hiljem lisanduvad ka labürindisisese rõhu tõusu ja perilümfi kemismi muutustega seotud sisekõrva kahjustuse sümptoomid.

Otoskleroosi puhul kasutatakse kaasajal põhiliselt kirurgilist ravi, sest konservatiivse raviga on saavutatud ainult minimaalset lühiajalist efekti. Kirurgilist ravi hakati rakendama juba möödunud sajandi lõpul, mil esmakordselt eemaldati kuulmise parandamise eesmärgil ankülloseerunud jalus. Tollal õnnestus mitmel kirurgil jaluse mitmesuguste opereerimise võtete puhul saada head raviefekti. Komplikatsioonide rohkus ja isegi surmajuhud meningiidi tõttu sundisid arste nimetatud ravist loobuma.

Käesoleva sajandi algul saavutasid K. Passov jt. häid tulemusi nn. labürindi fenestreerimisega [tsit. A. Atkarskaja (2) järgi]. Nad moodustasid labürindi kapslisse uue akna, mille kaudu toimus heli juhtimine, möödudes ankülloseerunud kuulmeluukeste ahelast.

Tõelist võidukäiku alustas otoskleroosi kirurgiline ravi aga 1952. a., s. o. pärast S. Roseni (12) poolt juhuslikult saavutatud kuulmise paranemist otoskleroosihaigel jaluse mobiliseerimise abil. S. Roseni teeneks on, et ta tõi uuesti päevavalgele ammu unustatud idee ja rakendas seda kaasaja meditsiini saavutuste baasil (antibiootikumid, optiline instrumentaarium jm.). Väga palju on S. Rosen teinud ka oma meetodi populariseerimiseks.

Kirurgilised võtted, nagu jaluse mobiliseerimine ja stapedoplastika, võimaldavad häire helijuhtesüsteemis taastada. Sellised operatsioonid on märksa füsioloogilisemad ja tulemusrikkamad kui varem kasutatud labürindi fenestratsioon, kus jäeti rakendamata kuulmiseks väga oluline kuulmeluukeste transformatsiooni omadus.

Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-nina-kurguosakonnas on kasutatud kirurgilist ravi otoskleroosihaigete ravimisel 1960. aastast alates. Kuni käesoleva ajani on ravil viibinud 60 haiget, neist 11 meest.

Vanuse järgi jagunesid haiged järgmiselt: alla 20 aasta 2, 21—30 aastat — 9, 31—40 aastat — 26, 41—50 aastat — 10, 51—60 aastat — 12 haiget ja üle 60 aasta — 1 haige. Haiguse kestus oli alla 2 aasta — 4-l, 2—5 aastat — 9-l, 6—10 aastat — 14-l, 11—20 aastat — 21-l ja üle 20 aasta 12 juhul. 11 patsiendi haigestumine oli seotud rasedusega. 8 juhul esines perekonnas raskeltkuuljaid, neist 6-l oli kuulmise nõrgenemine otoskleroosist tingitud.

Erakordset huvi pakub perekond, kus ema, poeg ja tütar põdesid otoskleroosi (naishaige L. K., haiguslugu nr. 5232/1962. a., naishaige H. A., haiguslugu nr. 2021/1962. a., meeshaige O. K., haiguslugu nr. 3951/1963. a.). Kõigil kolmel sooritati jaluse mobilisatsioon ja saavutati sellega hea funktsionaalne efekt.

Opereerisime samuti otoskleroosi haigestunud õde ja venda (naishaige A. K., haiguslugu nr. 11526/1962. a., meeshaige E. A., haiguslugu nr. 281/1963. a.).

Ülaltoodud juhud viitavad tõenäoliselt pärilikkuse osatähtsusele otoskleroosi etioloogias.

Huvitav on ka haigusjuht (haige M. R., haiguslugu nr. 4478/1962. a.) van der Hoeve sündroomiga. Operatsioonil kinnitust leidnud otoskleroos oli siin kombineerunud üldise luude haprusega (*osteogenesis imperfecta*) ja skleerade tugeva sinaka värvusega. Sellel patsiendil, 15-aastasel tütarlapsel, oli esinenud võrdlemisi tühiste traumade tagajärjel 11 korda luumurdeid käe ja õlavarre piirkonnas. Antud juht kinnitab, et otoskleroosi puhul ei toimu muutused mitte ainult labürindis, vaid otoskleroos kujutab endast organismi üldist haigestumist.

Üldse on meie osakonnas sooritatud 78 jaluse operatsiooni. 13 juhul tehti operatsioon mõlemapoolselt. Teist kõrva opereeriti mõni kuu kuni aasta kestnud vaheaja järel. Ainult ühel haigel opereeriti üheaegselt mõlemat kõrva. Neljal haigel leidis aset jaluse teistkordne mobilisatsioon jaluse reanküloosi tõttu. Kahel juhul kasutati stapedoplastikat koos kunstliku jaluse asendamisega, ühel juhul saadi hea tulemus jaluse interpositsiooni abil. Ülejäänud juhtudel rakendati aga üht või teist jaluse mobiliseerimise varianti. Valdavas enamikus õnnestus mobilisatsioon ainult direktselt. Tavalise direktse meetodi puhul tekkis jaluse alusmembraani mulgustumine. Väga sageli osutus anküloosi likvideerimine võimalikuks alles pärast sellist mulgustumist. Ainult mõnel üksikul korral kasutasime mobilisatsiooni saavutamiseks A. Kolomiitšenko (6) poolt soovitatud alusplaadi mulgustamist «säärest sääreni».

Enamik operatsioonile tulnud haigetest kuulis kõnet kuni 1 m kauguselt, üksikud ka 3—4 m vahemaa tagant.

Olenedes kuulmise funktsionaalsest seisundist, mida uuriti audiomeetri abil, jaotasime haigusjuhud 3 gruppi (tabel 1).

Esimese grupi moodustavad haigusjuhud, mil luujuhtivuse langus audiomeetriliselt ei ületanud 15 db ning luu- ja õhujuhtivuse diferents ei olnud kõne kuuldavuse piirkonnas 25 db-st väiksem. Need on haigusjuhud, kus otospongiootilisest protsessist oli haaratud ainult helijuhtesüsteem.

Kirurgilise raviga saavutati 17 haigel hea ja 4-l rahuldav efekt, kusjuures 4-l kuulmise paranemist ei sedastatud. Ebaedu oli kõikidel juhtudel tingitud kuulmeluukeste ahela tõsisematest vigastustest, näiteks alasi pika jätke murd või jaluse säärte murrud, mida ei olnud võimalik paigaldada.

Tabel 1

Kirurgilise ravi tulemused otoskleroosiga haigetel

Grupp	Luujuhtivuse langus db	Luu- ja õhujuhtivuse vahe db	Operatsioonide arv	Kõne kuuldavuse paranemine meetrites		
				0—2	6	üle 10
I	0—15	25—60	25	4	4	17
II	20—30	20—50	42	4	8	30
III	35—50	5—30	11	9	2	—
		Kokku	78	17	14	47

Teise gruppi kuuluvad nn. kuulmiselundi kombineeritud kahjustusega haigusjuhud. Helijuhtesüsteemi kahjustuse kõrval tuli ette muutusi ka helide vastuvõtmisel. Seda seisundit iseloomustas ulatuslikum luujuhtivuse langus (20—30 db.). Kirurgilise raviga saavutati selles grupis küllaltki häid tulemusi (30 haigel kõne kuuldavuse paranemine üle 10 m, 8-l 6 m ja ainult 4-l puudus raviefekt).

Kolmanda grupi moodustavad haigusjuhud, mille puhul oli ülekaalus helivastuvõtusüsteemi kahjustus (tugev luujuhtivuse langus ja küllaltki väike luu- ja õhujuhtivuse diferents). Operatsioonid olid neil juhtudel rohkem katselise iseloomuga. Rahuldav efekt saavutati ainult 2 haigel (kõne kuulmine 6 m kauguselt), 9 haigel ravi tulemusi ei andnud.

Üldse olid kirurgilise ravi tulemused efektiivsed 61 juhul (78%). Ravi mõju kadus 10 haigel (12%) ja nende kuulmine langes 1—3 kuu möödumisel operatsioonieelsele tasemele. Võrdluseks olgu mainitud, et Kiievi Arstide Täiendusinstituudis saavutati direktse jaluse mobiliseerimise ja alusplaadi mulgustamisega otseseid tulemusi samuti 78%-l haigetest, püsivaid tulemusi aga 74%-l haigetest [J. Jašan (11)].

Raskeid operatsiooniga seotud tüsistusi ei tekkinud, samuti ei sedastatud ühelgi juhul kuulmise halvenemist.

Kahel haigel esines mööduv näonärviparees. Neist ühel tekkis parees operatsiooni ajal, teisel alles 10. päeval pärast stapedoplastikat.

Vestibulaaraparaadi ärritusnähud olid operatsioonijärgsel perioodil tavaliselt mõõdukad või puudusid üldse. 6 haigel püsisid nimetatud nähud 1—3 kuud. Üks haige kannatas üle aasta mõõduka peapööritustunde ja kergete tasakaaluhäirete all.

Kõige sagedasemaks tüsistuseks oli kuulmekile rebenemine, mis tekkis kile vabastamisel *sulcus tympanicus*'est. Kõikidel neil juhtudel suleti rebend operatsiooni ajal meatotümpanaalse lapi nihutamise teel. Püsivaid kuulmekile mulgustusi ei täheldatud.

Järeldused

1. Jaluse mobilisatsioon on efektiivseks ravivõtteks otoskleroosi korral.
2. Parimaid tulemusi saavutatakse juhtudel, kus haigusprotsess paikneb helijuhtesüsteemis.
3. Jaluse mobilisatsioonil on komplikatsioonide oht väike.

4. Ravi head tulemused ja läbiviidavus igas erialases statsionaaris lubab laialdasemalt populariseerida nii haigete kui ka arstide hulgas otoskleroosi puhul rakendatavat kirurgilist ravi.

KIRJANDUS

1. Ангелушев З. Д. Вестн. оториноларингологии, 1963, 1, 24—26. — 2. Аткарская А. А. Хирургическое лечение тугоухости при отосклерозе. М., 1956. — 3. Белоголовов Н. В. Сб. трудов Ленинградского Научно-практического института уха, носа и горла. Л., 1933, 1, 222—237. — 4. Корбак Г. Среднее ухо. М., 1963. — 5. Коломийченко А. И. Труды Республиканской конференции по обмену передовым опытом работы оториноларингологов Украинской ССР. Киев, 1962, 37—45. — 6. Коломийченко А. И. Труды Республиканской конференции по обмену передовым опытом работы отоларингологов Украинской ССР. Киев, 1962, 79—86. — 7. Коломийченко А. И., Гукович В. А., Яшан И. А. Операции на стремени при отосклерозе. Киев, 1962. — 8. Ундриц В. Ф. и др. Болезни уха, горла и носа. Л., 1960, 174. — 9. Ханамиров А. Р. Руководство по оториноларингологии, т. II, М., 1960. — 10. Хилов К. Л. Отосклероз. Л., 1958. — 11. Яшан И. А. Ж. ушных, носовых и горловых болезни, 1960, 6, 32—39. — 12. Rosen, S. Acta Oto-laryngol., 1954, 44, 1, 78—88.

ОТОСКЛЕРОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Х. Круузе и *Л. Эспар*

Резюме

В отделении болезней уха, носа и горла Таллинской республиканской больницы с 1960 года применяется хирургическое лечение отосклероза. До настоящего времени лечению подверглись 60 человек, из них 11 мужчин. По возрасту больные распределялись следующим образом: моложе 20 лет — 2, от 21 до 30 лет — 9, от 31 до 40 лет — 26, от 41 до 50 лет — 10, от 51 до 60 — 12 больных и старше 60 лет — 1 больной. Продолжительность заболевания составляла: у 4 больных до 2 лет, у 9-ти больных от 2 до 5 лет, у 14-ти от 6 до 10 лет, у 21-го от 11 до 20 и у 12-ти свыше 20 лет.

В 11 случаях заболевание было связано с беременностью, 8 больных имели близких родственников с пониженным слухом, причем в 6-ти случаях это понижение слуха было связано с отосклерозом.

В отделении было произведено 78 операций на стремени. В 13 случаях операция была обосторонней, причем другое ухо оперировали спустя четыре-пять месяцев или даже год после первого. Только в одном случае были проведены операции одновременно на обеих ушах. Из-за реанкилоза пришлось произвести повторную мобилизацию стремени в четырех случаях. В двух случаях пришлось использовать стапедопластику с искусственным замещением стремени.

В одном случае был получен хороший результат с помощью интерпозиции стремени. В остальных были применены различные варианты мобилизации стремени. В подавляющем большинстве случаев удавалось проводить только прямую мобилизацию стремени. При прямой мобилизации обыкновенно происходило прободение подножной пластинки. Очень часто удавалось ликвидировать анкилоз только после прободения ее. Только в отдельных случаях для мобилизации был использован рекомендуемый Л. Коломийченко метод перфорации подножной пластинки.

Большинство больных перед операцией слышали речь на расстоянии 1 м, некоторые больные на расстоянии 3—4 м.

Результаты хирургического лечения были эффективными в 61 случае (78%). Лечение не дало стойкого улучшения у 11 больных, слух которых через 1—3 месяца снова понизился до исходного уровня. Тяжелых осложнений, связанных с операцией, не было, также не было и ухудшения слуха. У двух больных наблюдали временный парез лицевого нерва. У одного из этих больных парез возник во время операции, у второго спустя 10 дней после стапедопластики. Явления раздражения вестибулярного аппарата в послеоперационный период были временными или вообще отсутствовали. У шести больных эти явления продолжались в течение 1—3 месяцев. Один больной после операции более одного года страдал временными приступами головокружения и слабо выраженным нарушением равновесия.

TÄHELEPANEKUID AEROSOOLIDE RAKENDAMISE KOHTA ÜLEMISTE HINGAMISTEEDE PÕLETIKKUDE RAVIMISEL

A. JENTS

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Siirde*)

Ülemiste hingamisteede ägedate ja krooniliste haiguste puhul rakendatakse kõige sagedamini aerosooliravi. Meditsiinis mõistetakse aerosoolide all inhalatsiooniks kasutatavaid ravimite pihustatud vesilahuseid. Aerosooliravi toimel veeldub põletikuline sekreet ja eemaldub kergemini limaskestadelt. Bakteriostaatilisi aineid sisaldavate aerosoolide korral avaldub kohalik ja imenduv nakkusvastane toime. Aerosoolidena kasutatakse laialdaselt antibiootikume, mitmesuguseid mineraalvesi jm. Oma hea lahustuvuse tõttu on penitsilliin ja streptomütsiin antibiootikumide aerosoolidest esikohal [I. Jolkin ja S. Eidelstein (1), R. Joffe (2), M. Polunov (3), E. Siirde, A. Jents jt. (4)].

Tabel 1

Aerosooliravi tulemused

Diagnoos \ Ravi tulemus	Penitsilliin				Streptomütsiin			
	tervistus	paranes	muutuseta	kokku	tervistus	paranes	muutuseta	kokku
Krooniline bronhiit ja trahheobronhiit	1	2	1	4	—	3	3	6
Krooniline larüngiit ja farüngolarüngiit	1	—	4	5	2	3	1	6
Krooniline farüngiit	3	1	1	5	—	6	4	10
Krooniline ülemiste hingamisteede põletik	1	2	—	3	1	1	2	4
Krooniline rinofarüngiit	2	7	4	13	1	7	1	9
Atroofilised põletikud	—	—	1	1	—	2	—	2
Ägedad neelu- ja kõripõletikud	8	6	5	19	3	3	—	6
Muud	—	2	—	2	—	2	—	2
Kokku	16	20	16	52	7	27	11	45

Käesoleva töö ülesandeks oli jälgida penitsilliini ja streptomütsiini aerosoolide toimet ülemiste hingamisteede mitmesugustesse ägedatesse ja krooniliste põletikkudesse. Patsiendid inhaleerisid iga päev 10 minuti vältel 10 ml destilleeritud vees lahustatud 100 000 TÜ penitsilliini või 150 000 TÜ streptomütsiini. Streptomütsiini inhaleerimisel tekkivaid limaskesta ärritusnähte, nagu seda on täheldanud V. Böhlau (6), ei esinenud.

Ravitulemused 97 haige kohta on toodud tabelis 1.

Selgub, et paremaid tulemusi saadi streptomütsiini aerosoolide puhul, kus ravi oli edukas kolmel neljandikul juhtudest (34 haigel 45-st). Penitsilliini aerosoolide korral oli ravi edukus väiksem: positiivseid tulemusi saavutati kahel kolmandikul juhtudest (36 haigel 52-st). Meie poolt 5—6 aastat tagasi kogutud andmetel [P. Prüller, E. Siirde, A. Jents (9)] oli muutuseta jäänud juhtude arv tunduvalt väiksem. Seda võiks seletada antibiootikumide suhtes resistentse ja vähetundliku mikrofloora suurenemisega ülemiste hingamisteede limaskestadel seoses antibiootikumide laialdase kasutamisega [M. Eitelberg ja E. Allik (7)]. Mis puutub üksikutesse haigustesse, siis oli raviefekt ägedate põletikkude korral suurem kui krooniliste puhul. Ägedate põletikkudega haiged hakkasid paranema 1—3 seansi järel ning tavaliselt piisas tervistumiseks 3—4 seansist, krooniliste põletikkude ravimine nõudis aga vähemalt 10-seansilist ravikuuri.

Aerosooliravi puhul toimub antibiootikumide manustamine enamasti juhuslikult. Meid huvitas küsimus, kas tulemused on paremad, kui raviks valime ülemiste hingamisteede mikrofloora suhtes kõige tundlikuma antibiootikumi. Paljud autorid on arvamusel, et enne antibiootikumidega ravi (ka aerosooliravi) alustamist tuleb õige ravimi valikuks määrata mikrofloora resistentsus [M. Eitelberg ja E. Allik (7), I. Heinlo ja S. Bakman (5),

Tabel 2

Ninaneelu mikrofloora tundlikkus antibiootikumide suhtes (määratud streptomütsiini, levomütsetiini ja biomütsiini suhtes 114 haigel, penitsilliini suhtes 86 haigel)

Tundlikkuse aste / Antibiootikum	Ülitundlik ja tundlik floora (+++, ++)		Vähetundlik ja resistentne floora (+, 0)	
	juhtude arv	%	juhtude arv	%
Streptomütsiin	71	62	43	38
Penitsilliin	49	57	37	43
Levomütsetiin	83	73	31	27
Biomütsiin	61	53	53	51

M. Polunov (3), I. Jolkin ja S. Eidelstein (1), H. Otte ja W. Köhler (8) jt.]. Selleks isoleeritakse patogeensed mikroobitüved ja määratakse iga üksiku tundlikkus. Tundlikkus antibiootikumide suhtes määrati segaflooral (üksikuid mikroobe isoleerimata) paberkettameetodi abil. See on praktilisest seisukohast suure tähtsusega oma suhtelise lihtsuse tõttu. Kõige enam mikroobe olid tundlikud levomütsetiini suhtes, millele järgnes streptomütsiin ja penitsilliin ning lõpuks biomütsiin (tabel 2). Levomütsetiini ja biomütsiini nende raskesti vees lahustuvuse tõttu aerosooliraviks meie ei kasutanud.

Ravitulemuste ja mikrofloora tundlikkuse vahelise seose jälgimisel selgus, et tulemused olid paremad siis, kui kasutati antud mikrofloora suhtes aktiivset antibiootikumi. Näiteks tervistus ja paranes penitsilliini suhtes tundliku mikrofloora puhul penitsilliin-aerosooliravi tulemusena 27 haiget, muutusteta jäi 10 haige seisund. Penitsilliini suhtes vähetundliku mikrofloora korral tervistus ja paranes 9 haiget, muutusteta jäi 6 haige olukord. Veelgi edukam oli ravi streptomütsiiniga (tervistus ja paranes 24 haiget, ravi ei andnud tulemusi 4 haigel). Vastavad arvud vähetundliku või resistentse mikroflooraga haigetel olid 10 ja 7. Sellest võib järeldada, et ninaneelu segamikrofloora tundlikkuse määramine etendab tähtsat osa antibiootikumi valikul. Et ka vastava antibiootikumi suhtes vähetundliku või resistentse mikroflooraga haigete ravimisel õnnestub mõnikord positiivseid tulemusi saada (eriti ägedate põletike puhul), siis võib seda nähtavasti seletada aerosoolide mittespetsiifilise (lima veeldava) toimega.

Tabel 3

Ninaneelu mikrofloora tundlikkuse muutused seoses penitsilliin-aerosooliraviga

Tundlikkus / Antibiootikum	Juhtude arv			
	vähenes	muutuseta	suurenes	kokku
Streptomütsiin	16	12	8	36
Penitsilliin	19	14	3	36
Levomütsetiin	11	18	7	36
Biomütsiin	16	10	10	36

Aerosooliravi kestel sedastati mõningat ninaneelu mikrofloora tundlikkuse muutumist antibiootikumide suhtes (tabel 3 ja 4). Nii vähendas penitsilliin-aerosooliravi enamasti mikrofloora tundlikkust penitsilliini, streptomütsiin-aerosooliravi aga streptomütsiini suhtes. Ninaneelu eritise mikrofloora resistentsuse nihkeid penitsilliini ja streptomütsiini aerosoo-

Tabel 4

Ninaneelu mikrofloora tundlikkuse muutused seoses streptomütsiin-aerosooliraviga

Tundlikkus / Antibiootikum	Juhtude arv			
	vähenes	muutuseta	suurenes	kokku
Streptomütsiin	17	9	4	30
Penitsilliin	9	9	5	23
Levomütsetiin	11	13	6	30
Biomütsiin	14	10	6	30

lide puhul toimus suuremal või vähemal määral ka teiste antibiootikumide suhtes. Sama on I. Heinlo ja S. Bakman (5) täheldanud krooniliste haimoriitide ravimisel antibiootikumidega. Ühe antibiootikumi kasutamisel võib mikrofloora tundlikkuse muutumist ka teiste antibiootikumide suhtes nähtavasti seletada nn. ristuva resistentsusega, osalt aga mikrofloora vaheldumisega limaskestadel ravi vältel [H. Otte ja W. Köhler (8)].

Järeldused

1. Ninaneelu limaskesta segamikrofloora tundlikkuse määramine antibiootikumide suhtes etendab tähtsat osa ülemiste hingamisteede põletikkude ravimisel aerosoolidega.
2. Ravitulemused on paremad siis, kui mikrofloora on kasutatavate antibiootikumide suhtes tundlik.
3. Aerosooliravi vältel väheneb mikrofloora tundlikkus antibiootikumide, eriti aga raviks kasutatava antibiootikumi suhtes.
4. Aerosooliravi vältel on soovitatav kontrollida mikrofloora tundlikkust ja vajaduse korral asendada üks antibiootikum teisega.

KIRJANDUS

1. Елкин Н. И. и Эйдельштейн С. И. Аэрозоли антибиотиков, их получение и клиническое применение. М., 1955. — 2. Иоффе Р. М. Вестн. оторино-ларингологии, 1952, 5, 66—70. — 3. Полунов М. Я. Основы ингаляционной терапии. Киев, 1962. — 4. Сийрде Э. К., Йентс А. К. и Герасимова К. В. Клинические наблюдения при лечении аэрозолем. Научная конференция оторино-ларингологов Эстонской, Литовской и Латвийской ССР. Тезисы докладов. Рига, 1957, 47—48. — 5. Хейнло И. О. и Бакман С. М. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1962, 6, 93. — 6. Böhlau, V. und Böhlau, E. Die Inhalationsbehandlung mit Aerosolen. Leipzig, 1958. — 7. Eitelberg, M. ja Allik, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, lisa, 23—26. — 8. Otte, H. und Köhler, W. Die Praxis der Resistenz- und Spiegelbestimmungen zur antibiotischen Therapie. Jena, 1958. — 9. Prüller, P., Siirde, E., Jents, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 2, 32—35.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЭРОЗОЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛЕНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

А. Йентс

Резюме

При лечении острых и хронических воспалений верхних дыхательных путей наиболее часто применяют аэрозоли пенициллина и стрептомицина из за их хорошей растворимости.

Было изучено действие аэрозолей пенициллина и стрептомицина на различные острые и хронические воспаления верхних дыхательных путей. Пациенты специально в течение 10 дней вдыхали по 100 000 ед. пенициллина или 150 000 ед. стрептомицина, растворенных в 10 мл дистиллированной воды. Лечению аэрозолями было подвергнуто всего 97 больных.

Лучшие результаты были получены при использовании аэрозоля стрептомицина, где лечение было успешным в $^3/_4$ случаях (34 больных из 45). Лечение аэрозолем пенициллина было не столь успешным и дало результат в $^2/_3$ случаев (36 больных из 52). Результаты лечения острых воспалений были лучше, чем хронических.

При лечении аэрозолями выбор антибиотиков происходит в большинстве случаев случайно. Многие авторы полагают, что до начала лечения антибиотиками (в том числе лечения аэрозолями последних) следует для выбора подходящего антибиотика определить резистентность микрофлоры.

В настоящей работе определяли чувствительность к антибиотикам смешанной микрофлоры (не изолируя отдельных видов микробов) при помощи метода бумажных дисков. Микробы были наиболее чувствительны к левомицетину, затем к стрептомицину, пенициллину и наконец к биомицину. Левомицетин и биомицин вследствие их плохой растворимости в воде для лечения аэрозолями не использовали.

При наблюдении связи результатов лечения с чувствительностью микрофлоры выяснилось, что результаты были лучше при использовании более активного в отношении микрофлоры антибиотика. При лечении больных с чувствительной к пенициллину микрофлорой выздоровели 27 больных, без изменения осталось состояние 10 больных. Лечение больных с малочувствительной к пенициллину микрофлорой дало положительный эффект в 9 случаях и не дало результатов в 6 случаях. Еще успешнее было лечение стрептомицином (выздоровление в 24 случаях, состояние без изменения в 4 случаях). Из вышеприведенного видно, что определение чувствительности микрофлоры носоглотки играет значительную роль при выборе антибиотиков для лечения. В течение лечения аэрозолями рекомендуется проводить контроль чувствительности микрофлоры и при надобности заменить антибиотик другим, более подходящим.

BCG-OTIIDIST IMIKUEAS

Arstiteaduse kandidaat *S. SIBUL*

(Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Siirde*)

Tuberkuloosivastases võitluses on tänapäeval tähtsaimaks profülaktiliseks abinõuks kaitsepookimine BCG-vaktsiiniga. Vaktsineerimine sooritatakse kas suu kaudu, perkutaanselt (transkutaanselt) või intrakutaanselt. Pärast vaktsineerimist tekib tüsistusi üldiselt harva (0,001—0,1%); võivad esineda luupus [J. Rodovsky (12)], luutuberkuloos [T. Morioka (11)], lümfadeniit ja ostiit. Kuid Skandinaaviamaades on pärast vaktsineerimist isegi surmajuhte ette tulnud mädaste lümfadeniitide tagajärjel [Deinse (9)].

1952. aastast alates hakkas kirjanduses ilmuma artikleid imikute atüüpiliste ehk nn. BCG-otiitide kohta, mis tekivad esimese eluaasta esimesel poolel, enamasti 2.—4. või 6. kuul [E. Hammelburg (10), A. Hatina (7, 8), N. Dolgoroževa ja T. Rodionova (2), A. Samohvalova (5), G. Voltšek (1)].

On iseloomulik, et BCG-otiidid tekivad normaalse, harvem subfebriilse temperatuuri juures täiesti tervetel imikutel. Otiidi üks esmaseid tunnuseid on mädajooks ühest või mõlemast kõrvast ning granulatsioonide kiire vohamine kuulmekäigus. Mädajooks kõrvast ilmub äkki, eelnevalt ei esine imikul rahutust ega düspeptilisi nähte. Enamasti puuduvad ka katarraalsed nähud ülemistes hingamisteedes. Tuberkuloosist põhjustatud kahjustusi teistes elundites ei sedastata. Settereaktsioon on normis või vähe kiirenenud, Pirquet' reaktsioon on negatiivne, Mantoux' reaktsioon aga positiivne. Tavalisele otiidi ravile (penitsilliin, kõrvatilgad, füsioterapeutilised võtted) BCG-otiidid ei allu.

BCG-otiidi tüsistustena võib tekkida antriit, näonärviparees [I. Lifšits (4), A. Samohvalova (5), A. Hatina (7, 8]. Nendel juhtudel on imikute üldseisund raskem.

Granulatsioonid esinevad kõrvas kas üksikult või neid leidub kuulmekile ülemises ja tagumises osas rohkesti; vahel aga tulevad nähtavale suured konarliku pinnaga polüpoossed vohandid, mis täidavad kuulmekäigu täielikult või suurema osa sellest. Värvuselt on granulatsioonid ere- või tumepunased. Nad ilmuvad vahel alles mitu päeva või isegi nädal pärast mädajooksu tekkimist. Neil juhtudel on kuulmekile hüpereemiline ja infiltreerunud. Histoloogiliselt leitakse granulatsioonkoes produktiivseid tuberkuleid, mille ümber on rohkesti fibroosseid kiude; lümfotsüütide tsoon on perifeerias nõrgalt välja kujunenud, Langhansi hiidrakud deformeerunud [N. Soboleva (6)]. Nekrootilised kolded puuduvad. Seega on tegemist healoomulise produktiivse tuberkuloosse protsessiga.

Enamikel autoritel pole õnnestunud BCG-otiitide mädas leida happe- ja alkoholikindlaid kepikesi bakterioloogiliselt ega ka flotatsioonimeetodi abil. BCG-otiidi diagnoosi kinnitab 1) granulatsioonide patoloogilis-histoloogiline uurimine, 2) granulatsioonide suspensiooni külv tuberkuloositekitajate erisöötmele, 3) granulatsioonide suspensiooni süstimine merisigadele.

Sel teel on võimalik eraldada BCG-vaktsiini tüve puhast bakterite kultuuri, mis lubab teda *Mycobacterium tuberculosis*'est diferentseerida.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb imiku atüüpiliste otiitide puhul arvestada 3 järgmist võimalust: BCG-otiiti, tuberkuloosi primaarkompleksi keskkõrvas (esmane keskkõrvatuberkuloos) ja teisest keskkõrvatuberkuloosi. Kirjanduse andmeil esineb esmast keskkõrvatuberkuloosi väga harva. See tuleb arvesse peamiselt lapse toitmisel lehmapiimaga, kui viimane sisaldab mükobaktereid, mis oksendamisel satuvad kuulmetõrve kaudu keskkõrva. Sekundaarse keskkõrvatuberkuloosi eelduseks on tuberkuloossed muutused teistes elundites, mil infitseerumine toimub kõige sagedamini hematogeensel või lümfogeensel teel.

Kuidas tekib BCG-otiit? Suu kaudu vaktsineerimisel võib tüsistusena tekkida keskkõrvapõletik. Seda soodustab oksendamine, köha ja aevastamine vaktsiini andmise ajal. Vahel jääb vaktsiin kauemaks suhu, kust ta võib sattuda imiku laia ja lühikese kuulmetõrve kaudu *cavum tympani*'sse. Vastavalt tingimustele (nohu, farüngiit) võib areneda spetsiifiline keskkõrvapõletik. Teiselt poolt tulevad arvesse ka embrüonaalse koe jäägid keskkõrvaruumis, mis soodustab mükobakteri BCG-tüve paljunemist. Selle tagajärjeks on spetsiifiliste muutuste väljakujunemine paiknemiskohas.

BCG-otiidid on tuberkuloosivastaste vahenditega (nagu streptomütsiin, PAS, ftivasiid) kergesti ravitavad. Vahel aga kestab ravi mitu kuud. Pärast eemaldamist on soovitatav granulatsioone piimhappe või 20%-lise kroomhappega peitsida. BCG-otiidi tüsistuste korral tuleb teostada antrotoomia.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonnas on viimase 6 aasta jooksul (1957—1962) ravil viibinud 22 BCG-otiidiga last (2—8 kuud vanad), kes pärinesid peamiselt maalt. Kõik nimetatud lapsed olid vaktsineeritud BCG-vaktsiiniga (suu kaudu). Anamneesi põhjal olid nad haigestunud enamikel juhtudel 1—2 kuud enne kõrvaosakonda ravile suunamist. Vaatamata kohapeal teostatud ravile antibiootikumidega (penitsilliin, biomütsiin, tetratsükliin) ei lakanud mädajooks kõrvast või saadi ainult lühiaegne raviefekt. BCG-otiidi diagnoos pandi kas tüüpilise anamneesi ja otoskoopilise leiu või kõrva granulatsioonide patoloogilis-histoloogilise uurimise alusel. Nendel juhtudel ei leitud kõrvaeritises happe- ja alkoholikindlaid kepikesi flotatsioonimeetodiga uurimisel. Röntgenoloogilisel kontrollimisel ei sedastatud ühelgi juhul tuberkuloosist põhjustatud muutusi kopsudes. Pirquet' reaktsioon oli kõigil uuritud juhtudel negatiivne.

Tuberkuloosivastase ravi (streptomütsiin, ftivasiid) rakendamisel täheldati suuremal osal imikutest põletikuliste nähtude kiiret taandarenemist. 6 imikule tehti antrotoomia. Mädajooks ei lakanud täielikult 5 juhul.

Eespool toodu illustreerimiseks on esitatud väljavõtted kahest haigusloost.

Juht 1. Haige Irina N., 3, 5 kuud vana, saabus ravile 12. IX 1961. a. (haiguslugu nr. 962) mädajooksuga vasakust kõrvast, mis oli tekkinud märkamatult 14. VIII 1961. a. Ambulatoorne ravi antibiootikumidega ei andnud tulemusi. Sünnitusmajas vaktsineeritud BCG-vaktsiiniga; Pirquet' reaktsioon negatiivne. Vanemad terved. Kontakti tuberkuloosihaigetega ei ole.

Kehaehitus korrapärane, areng vastab eale. Perifeersed lümfisõlmed ei ole palpeeritavad. Kopsud kuulatlemisel ja röntgenoloogilisel uurimisel patoloogilise leiuta.

Otoskoopiline leid: vasakus kuulmekäigus vere-mädasegune eritis. Kuulmekäik täidetud veritseva polüübiga, mis varjab kuulmekile täielikult.

Nina ja neel põletikuliste nähtudeta.

SR 30 mm/t, hgb. 12,65 g% (76 üh.), erütrots. 4,4 milj., leukots. 7100 Valem: eosinof. 4%, segmentt. 36%, lümfots. 50%, monots. 10%. Kõrvaeritises happe- ja alkoholikindlaid kepikesi flotatsioonimeetodi abil ei leitud. Bakterioloogilisel uurimisel leiti *Staphylococcus albus hemolyticus*. Tundlikkus antibiootikumide suhtes: streptomütsiin ±, biomütsiin —, levomütsetiin ±.

Kõrvapolüübi patoloogilis-histoloogiline uurimine: tuberkuloosne protsess.

Raviks määrati streptomütsiini, ftivasiidi ja levomütsetiini. Kuulmekäiku insufleeriti süntomütsiini pärast kõrva loputamist.

15 päeva pärast lahkub kliinikust. Mädajooks on lakanud, kuulmekile kahvaturoosalt infiltreerunud.

Juht 2. Haige Romet M., 3,5 kuud vana, saabus ravile 23. VI 1959. a. (haiguslugu nr. 732) üle kuu kestnud mädajooksu tõttu mõlemast kõrvast. Mädajooks kõrvadest tekkinud märkamatult ilma temperatuuri tõusuta. Viibinud ravil rajoonihaiglas, kus süstiti penitsilliini ja streptomütsiini, kuid mädajooks kõrvadest ei lakanud, SR kõrge.

Vanemad terved. Kontakt tuberkuloosihaigetega puudub. Vaktsineeritud suu kaudu. Pirquet' reaktsioon negatiivne.

Kehaehitus korrapärane. Toitumus rahuldav. Areng eale vastav. Kopsud auskultatoorselt patoloogilise leiuta.

Otoskoopiline leid: mõlemad kuulmekäigud täidetud kergesti veritsevate polüüpidega ja mädase eritisega. Vasakul retroaurikulaarselt herneterasuurune lümfisõlm. Nina ja neel põletikuliste nähtudeta.

SR 37 mm/t, hgb. 11,2 g% (67 üh.); erütrots. 3,8 milj., leukots. 11500. Valem: eosinof. 1%, segmentt. 40%, lümfots. 59%.

Kõrvaeritises happe- ja alkoholikindlaid kepikesi ei leitud. Bakterioloogiline leid: *Diplococcus mucosus*. Tundlikkus antibiootikumide suhtes: penitsilliin —, levomütsetiin ±, biomütsiin ++, streptomütsiin ++.

Kõrvapolüüpide patoloogilis-histoloogiline uuring: tuberkuloosne protsess.

Ravi: eemaldati kõrvapolüübid, süstiti streptomütsiini, suu kaudu manustati ftivasiidi, D-vitamiini, *Calcium gluconicum*'i ning formaliinpiiritustilku kõrva. Paarinädalase ravi järel kõrvade seisund oluliselt ei muutunud. Ravi jätkati rajoonihaiglas tuberkuloosivastaste vahenditega ilma märgatava paranemiseta.

29. VII 1959. a. saabus uuesti kõrvaosakonda ravile otoantriidi diagnoosiga. Otoskoopiliselt: parema kuulmekäigu sein tursunud. Mõlemas kuulmekäigus leidub mäda ja granulatsioone. Vasakul retroaurikulaarselt suurenenud lümfisõlm, mis fistuleerunud.

Tehtud antrotoomia bilateraalselt. Vasakul pool leiti luuline fistul, mis ühenduses antrumiga. Fistul ja antrum täidetud rohkete granulatsioonidega.

Antrumi granulatsioonide patoloogilis-histoloogiline leid: tuberkuloosne protsess.

Operatsioonijärgne ravi jätkus streptomütsiini süstimise ja PAS-i suu kaudu manustamisega, misjärel põletikulised nähud kuulmekäikudest ja kuulmekilelt kiiresti taandusid. Mädajooks lakkas. Operatsioonihaavad sulgusid *per primam*. 18. päeval pärast antrotoomiat lahkus kliiniliselt ravilt tervistunult.

Et BCG-otiitide arv ei ole suur ning kulg on healoomuline, siis ei vähenda see tuberkuloosivastase vaktsineerimise tähtsust. Kliiniliste tähelepanekute põhjal on nahasisene vaktsineerimise moodus efektiivsem ja kutsub esile vähem tüsistusi kui suu kaudu vaktsineerimine.

Käesoleva lühiülevaatega on taheiud arstide tähelepanu juhtida sellele, et imikute atüüpiliste otiitide puhul tuleb arvestada BCG-otiidi võimalust ning rakendada tuberkuloosivastast ravi. On vaja silmas pidada samuti Nõukogude Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 290 (11. juulist 1962. a.) nõuet, mille alusel on nahasisesele vaktsineerimisele vastunäidustuseks muuhulgas ka rinofarüngiit ja otiit.

KIRJANDUS

1. Волчек Г. Б. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1962, 5, 108. — 2. Долгорожева Н. А. и Родионова Т. Н. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1958, 2, 47—49. — 3. Инструкция по проведению вакцинации и ревакцинации против туберкулеза внутрикожным методом. Пробл. туберкулеза, 1963, 3, 87—94. — 4. Лифшиц И. Я. Ж. ушных носовых и горловых болезней, 1962, 4, 61—64. — 5. Самохвалова А. С. Ж. ушных, носовых и горловых болезней, 1962, 2, 58—62. — 6. Соболева Н. И. Архив патологии, 1958, 20, 4, 67—73. — 7. Хатина А. М. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1958, 2, 50—54. — 8. Хатина А. М. Особенности течения гнойного воспаления среднего уха, связанного с прививкой БЦЖ у детей грудного возраста. Автореф. канд. мед. наук, М., 1959. — 9. Deinse, F. Z. Tuberk. 1956, Bd. 109, 1/2, 33—40. — 10. Hammelburg, E. Pract. oto-rhino-laryngol., 1952, 14, 81—85. — 11. Morioka, T, Мед. реф. жур. Разд. 11, 1961, 2, 4. — 12. Rodovský, J. Zbl. ges. Tuberkuloseforsch. 1962, 91, 1, 39.

БЦЖ-ОТИТ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ

С. Сибуль

Резюме

В системе противотуберкулезных мероприятий наиболее важным мероприятием является вакцинация вакциной БЦЖ. Из осложнений, вообще редко возникающих после вакцинации вакциной БЦЖ, следует упомянуть волчанку, лимфаденит и отит. Начиная с 1952 года в литературе появились сообщения об атипичных, т. н. БЦЖ-отитах у грудных детей, возникающих в первой половине первого года жизни, чаще всего на 2—4 или 6 месяце.

Заболевание возникает у совершенно здоровых грудных детей и протекает при нормальной, реже при субфебрильной температуре. Одним из первых признаков заболевания является гноетечение из одного или обоих ушей, и быстрое разрастание грануляций во внешнем слуховом проходе. Гноетечение появляется внезапно, причем у грудного ребенка не наблюдается ни беспокойства, ни диспептических явлений. В большинстве случаев отсутствуют также катаральные явления в верхних дыхательных путях. В остальных органах не удается обнаружить поражений, вызванных туберкулезом. РОЭ в норме, или незначительно ускорена. Реакция Пирке отрицательная, проба Манту — положительная. Обычное лечение (пенициллин, ушные капли, физиотерапия) результатов не дает. Могут быть осложнения: антрит, парез лицевого нерва. Состояние больных в случае осложнений — тяжелее.

Большинству авторов не удалось выделить из ушного гноя больных БЦЖ-отитом кислотоупорных палочек. Диагноз БЦЖ-отита подтверждают: 1) патологогистологическое исследование грануляций, 2) посев суспензии из грануляций в специальную среду для выращивания возбудителей туберкулеза, 3) введение суспензии из грануляций морским свинкам. Таким образом удается выделить чистую культуру штамма БЦЖ.

При пероральной вакцинации может возникнуть осложнение — воспаление среднего уха. Этому может способствовать рвота, кашель и чихание во время приема вакцины. Иногда грудной ребенок не проглатывает вакцину, она остается в полости рта, откуда через короткую и широкую слуховую трубу может попасть в барабанную полость и вызвать специфическое воспаление среднего уха.

БЦЖ-отиты хорошо поддаются лечению противотуберкулезными средствами (стрептомицин, ПАСК, фтивазид). Иногда приходится проводить лечение в течение нескольких месяцев. При осложнениях показана антротомия.

C-REAKTIIVSE VALGU MÄÄRAMISEST ANGIINI JA KROONILISE TONSILLIIDI PUHUL

V. MOSSIN

Viimasel ajal rakendatakse kliinilises praktikas üha sagedamini C-reaktiivse valgu määramise meetodit, mida soodustab asjaolu, et alates 1962. aastast on Nõukogude Liidus hakatud tööstuslikult tootma C-antiseerumeid. Vaatamata C-reaktiivse valgu uurimist käsitlevate tööde suurele hulgale, on C-reaktiivse valgu määramist mandlite patoloogia puhul kaasaegses kirjanduses käsitletud ainult üksikjuhtudel. M. Vest ja I. Martin (7) said kümne ägeda tonsilliidiga ja angiiniga haige uurimisel C-reaktiivse valgu suhtes positiivse tulemuse, kuid kroonilise tonsilliidi puhul tehtud 16 proovi tagajärjed olid kõik negatiivsed. M. Miltenyi ja K. Cal (6) uurisid C-reaktiivset valku 9 angiini ja follikulaarset tonsilliiti põdeval haigel (kokku 23 korral) — tagajärjeks oli 15 positiivset ja 8 negatiivset reaktsiooni. A. Sleptsov (3) uuris C-reaktiivset valku 14-l kroonilise tonsilliidiga ja ühel angiiniga lapsel. Tema andmeil oli kroonilise tonsilliidiga haigetele tehtud 14 proovist 1 positiivne, 13 negatiivsed. J. Tokmatševi (4) arvele võib angiini ja kroonilise tonsilliidi puhul kirjutada ühtekokku 28 uuringut C-reaktiivse valgu avastamiseks, millest 9 osutusid positiivseks ja 19 negatiivseks. On olemas ainult üks kodumaine töö, milles C-reaktiivse valgu määramist antud patoloogia puhul kirjeldatakse mõnevõrra laiemalt: V. Mossin ja P. Pašinin (1) sooritasid mitmesuguse kliinilise angiinivormiga 111 haigel 377 C-reaktiivse valgu proovi. C-reaktiivset valku leiti kõigil uuritavail haigeil, kuid selle kontsentratsiooni tase seerumis sõltus haiguse ägedusest ja raskusest.

Käesoleva töö eesmärgiks oli välja selgitada C-reaktiivse valgu määramise kliiniline tähtsus angiini ja kroonilise tonsilliidi puhul. C-reaktiivset valku määrasime küüliku spetsiifilise C-antiseerumi abil, mis valmistati Lenini ordenit omava S. M. Kirovi nim. Sõjaväemeditsiini Akadeemia mikrobioloogia kateedris. C-reaktiivse valgu proove tehti P. Pašinini (2) poolt lihtsustatud H. Andersoni ja M. Mc Carty (5) meetodi järgi, mis põhineb pretsipitatsioonireaktsioonil kapillaarides.

Vaatluse all olid järgmised rühmad: a) 224 mitmesuguste kliiniliste angiinivormidega haiget, kellel sooritati statsionaari tingimustes 770 dünaamilist seerumiuuringut; b) ambulatoorsel läbivaatusel avastatud 212 kroonilist tonsilliiti põdevat haiget, kellele tehti 716 seerumiuuringut; c) C-reaktiivset valku uuriti ühekordselt 35 kroonilise tonsilliidiga haigel enne ja 53 haigel dünaamiliselt pärast tonsillektoomiat (üldse 140 uuritud seerumit); d) kontrollimise eesmärgil määrati C-reaktiivset valku dünaamiliselt 56 kopsupõletikuga haigel (270 uuritud seerumit) ja ühekordselt 70 tervel inimesel.

C-reaktiivset valku avastati 196 katarraalse, follikulaarse, lakunaarse, nekrootilise ning hemorraagilise angiiniga haigel ja 16 Simanovski-Wincenti angiiniga haigel 28-st (C-reaktiivset valku ei esinenud neil juhtudel, kui mandlite kahjustus kulges palavikuta ja intoksikatsiooni sümptoomideta), kuid 212 kroonilise tonsilliidiga haigel seda ei leitud. Antud fakti võib rakendada diferentsiaaldiagnostikas.

C-reaktiivse valgu kontsentratsiooni maksimaalset taset täheldatakse angiini puhul 2.—3. haiguspäeval. Kui haigus venib pikale või kulgeb raskesti, siis jääb kontsentratsiooni kõrge tase püsima. Mõnedel juhtudel ilmub eelmisel päeval kadunud C-reaktiivne valk taas haigete verre tüsistuste või angiini retsidiivi puhul, kuid igal üksikjuhul on muutused tema kontsentratsioonis vastavuses haiguse kliinilise pildi dünaamika muutustega.

Kui C-reaktiivse valgu kontsentratsiooni tase muutus vastavalt haiguse kulu ägedusele ja raskusele, millel on väga suur praktiline tähtsus, siis SR ja leukotsüütide arvu paralleelse ja dünaamilise määramise tulemused ei ühtinud kaugeltki mitte alati mainitud seaduspärasusega: 10%-l meie angiinihaigetest olid SR ja leukotsüütide arv kogu haiguse perioodil normi piires; 30% haigetest oli SR normis, kuid tõusis leukotsüütide arv; 10% haigetest oli SR kõrgenenud, kuid leukotsüütide arv normaalne; 50% haigetest olid nii SR kui ka leukotsüütide arv kõrgenenud.

Ilmnes, et C-reaktiivne valk kaob angiini põdevate haigete verest enne SR ja leukotsüütide arvu normaliseerumist, kuid põletikulise protsessi arenemise algperioodil ilmub ta verre tavaliselt varem, nimelt siis, kui hakkab kiirenema SR ja tõusma leukotsüütide arv. Järelikult peegeldab C-reaktiivne valk kiiremini ja täpsemalt patoloogilise protsessi mobiilsust, kusjuures tema tekkimine haige organismis ei sõltu neist paljudest teguritest, mis otseselt mõjustavad muutusi SR dünaamikas ja leukotsüütide arvus.

Angiinihaigete tervistumise kontrollimiseks rakendatud C-reaktiivse valgu test näitas, et tema kontsentratsiooni tase langeb kuni täieliku kadumiseni haige väljakirjutamise momendiks. C-reaktiivse valgu kadumine organismist ühtis täieliku tervistumisega 43%-l meie haigeist, 35%-l kadus ta enne SR ja leukotsüütide arvu normaliseerumist, 11%-l esinesid C-reaktiivse valgu kadumisel veel mõningad angiini jääknähud (katud mandlitel, regionaarne lümfadeniit) või selle tüsistused (koldeline nefriit, müokardiit jne.), mitmesugustel põhjustel kirjutati 11% haigeist statsionaarist välja positiivse leiuga. Viimati mainituil mõne päeva möödumisel ambulatoorselt tehtud uuringuist selgus, et paljudel osutus C-reaktiivse valgu uuring negatiivseks.

Esimesed C-reaktiivse valgu uuringu negatiivsed tagajärjed saadi angiini haigestunuil 3. päeval pärast statsionaari saabumist. Enamikul kadus ta 5.—10. päeval. Üksikutel juhtudel, mil haiguse kulg venis või tekkisid retsidiivid, leiti C-reaktiivset valku veel kuni kahe nädala möödumisel ja hiljemgi. Korduval uurimisel oli võimalik täpsemalt jälgida põletikulise protsessi kulgu ja õigemini hinnata angiinihaigete tervise seisundit ühel või teisel ravietapil. Antud tingimustes ei uuritud C-reaktiivset valku mitte ainult haigete tervistumise hindamiseks, vaid ka erinevate raviviiside efektiivsuse kriteeriumina: mida kauem leitakse angiinihaige vereseerumis C-reaktiivset valku, seda nõrgem on teostatava ravi efektiivsus.

Kroonilise tonsilliidiga haigetel tehtud C-reaktiivse valgu määramise tulemuste analüüs näitab, et see ei saa olla kriteeriumiks juhul, kui on otsustamisel tonsillektoomia otstarbekuse küsimus. Operatsioonile suunatud 35 inimesest leiti C-reaktiivset valku 9-l, kusjuures selle tekkimine oli tingitud kaasnevatest haigustest või tüsistustest (reumokardiit, peritonsillaarne abstsess jne.). Esimestel päevadel pärast tonsillektoomiat esineb veel C-reaktiivset valku, kuid järgmise 2—3 päeva kestel hakkab selle kontsentratsioon kiiresti langema. Reaktsioon pole kõrgem kui (+++).

Nagu arvukad vaatlused näitasid, on C-reaktiivse valgu moodustumine angiini puhul seoses intoksikatsioonisümptoomidega, mitte mandlite kahjustusega. Muidugi, kui mandlites poleks põletikuprotsessi, siis poleks ka angiini.

Olgu mainitud, et 70 tervel isiku uurimisel ei leitud neil C-reaktiivset valku. Seda ei leitud korduvatel uurimistel ka 5 kopsupõletikuga haigel (56-st).

Järeldused

1. Angiini puhul näitab C-reaktiivse valgu kontsentratsiooni kõrgus põletikulise protsessi ägeduse astet ja kulu raskust.

2. C-reaktiivse valgu testi võib rakendada diferentsiaaldiagnostikas: C-reaktiivset valku esineb angiinihaigeil, kuid ta puudub kroonilist tonsilliiti põdejate vereseerumis.

3. C-reaktiivse valgu testi võib kasutada kriteeriumina nii teostatava ravi efektiivsuse hindamisel kui ka angiinihaigete tervistumise kontrollimisel.

KIRJANDUS

1. Мосин В. Г. и Пашинин П. М. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1962, 3, 19—23. — 2. Пашинин П. М. Лабор. дело, 1961, 5, 3—8. — 3. Слепцов А. П. Сов. медицина, 1960, 7, 56—61. — 4. Токмачев Ю. К. Терапевт. архив, 1959, 10, 56—63. — 5. Anderson, H. C. a. McCarty, M. Amer. I. Med., 1950, 8, 4, 445—455. — 6. Miltenyi, M., Cal, K. Schweiz. med. Wochenschr., 1958, 13, 310—313. — 7. Vest, M., Martin, I. Schweiz. med. Wochenschr., 1957, 25, 782—787.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ АНГИНЕ И ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

В. Мосин

Резюме

Динамическое определение С-реактивного белка у 224 больных ангиной, 212 больных хроническим тонзиллитом, 35 лиц до и 53 — после тонзиллэктомии показало, что С-реактивный белок постоянно обнаруживается при ангине, но его нет при хроническом тонзиллите. Его также не удалось обнаружить у 16 из 28 больных ангиной Симановского-Венсана (случаи, где поражение небных миндалин протекало при этой форме ангины без лихорадки и симптомов интоксикации). Высота концентрации С- реактивного белка при ангине зависела от остроты и тяжести течения воспалительного процесса. Исчезнувший С-реактивный белок вновь появлялся, если наступали рецидив ангины или осложнение, однако каждый раз изменение его концентрации соответствует изменению тяжести течения болезни. В то же время параллельное определение РОЭ и лейкоцитоза дало иные результаты: в 50% случаев ангины РОЭ и число лейкоцитов были повышенными, в 40% — отмечалось ускорение РОЭ или повышение числа лейкоцитов, а в 10% — РОЭ и число лейкоцитов неизменно определялись в пределах нормы весь период болезни. Было установлено, что образование С-реактивного белка при тонзиллярной патологии связано с явлениями интоксикации и что поражение небных миндалин само по себе ещё не ведет к образованию С-реактивного белка.

Тест на С-реактивный белок при ангине можно использовать в целях динамического наблюдения за изменением тяжести течения болезни, при оценке эффективности проводимого лечения, контроле выздоровления, для дифференциальной диагностики ангины с хроническим тонзиллитом, однако он не может быть критерием, когда решается вопрос о целесообразности тонзиллектомии.

Контрольные пробы на С-реактивный белок, сделанные в динамике у 56 больных пневмонией (270 исследованных сывороток), оказались отрицательными при хронической пневмонии (5 человек) и положительными — при острой пневмонии (51 человек). У 70 здоровых лиц С-реактивный белок не был обнаружен.

Клиническое изучение метода определения С-реактивного белка при тонзиллярной патологии показало, что он имеет большое научное и практическое значение.

ÕLAVARRE KAKSPEALIHASE NAHAALUSTE REBENDITE KLIINILINE PILT JA KIRURGILINE RAVI

V. TRUDNIKOV

(Leningradi Traumatoloogia ja Ortopeedia Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor professor *V. Balakina*, teaduslik juhendaja professor *V. Vainštein*)

Õlavarre kakspealihase (*m. biceps brachii*) nahaalused rebendid on juba ammu uurijate tähelepanu köitnud. Ometi on siin etioloogia ja ravi küsimustes veel paljugi vaja selgitada. A. Ozerovi (3), V. Trubnikovi (5), A. Meyeri (12) arvates suureneb õlavarre kakspealihase vigastuste arv koos vanusega ja oleneb kõõluste ning lihaskoe degeneratiivsetest muutustest. Ühtlasi võivad kakspealihase vigastused tekkida ka noortel patsientidel raske otsese trauma tagajärjel.

Foto 1. 53-aastane meeshaige. Kakspealihase pika pea kõõluse rebendiga kinnituskohast

Degeneratiivsete muutuste arenemist hinnatakse kui kakspealihase kroonilise trauma ja vanusega seotud veresoonte häirete tagajärge. Kõige sagedamini tekib rebend pika pea piirkonnas mitmesugusel kõrgusel ja harvemini lihase distaalses osas.

Kakspealihase vigastuse kliiniline pilt on väga mitmekesine. Vigastuse koha täpne kindlaksmääramine on sageli raskendatud. Lihase pika pea kõõluse rebenemise korral tunneb haige tavaliselt tugevat valu õlavarre ülemises kolmandikus, kusjuures valu kiirgub käe esiküljele ja küünarnuki piirkonda. Rebenemise momendiga kaasneb krudin ja naksatus, mida lähedal olijad võivad isegi kuulda. Kõõluse pikaldasel lõhestumisel degeneratiivsete muutuste korral võib haige ise teravat valu mitte tunda ja ainult edaspidi märgata kakspealihase konfiguratsiooni järkjärgulist muutumist ning lihase talitluse häireid. Kakspealihase pika pea kõõluse kinnitumiskohast lahtirebenemise korral kaotab lihas kinnituspunkti ja laskub allapoole, mille tagajärjel lihase tavaline värtnakujuline vorm muutub kerajaks ja nihkub õlavarre keskossa (foto 1).

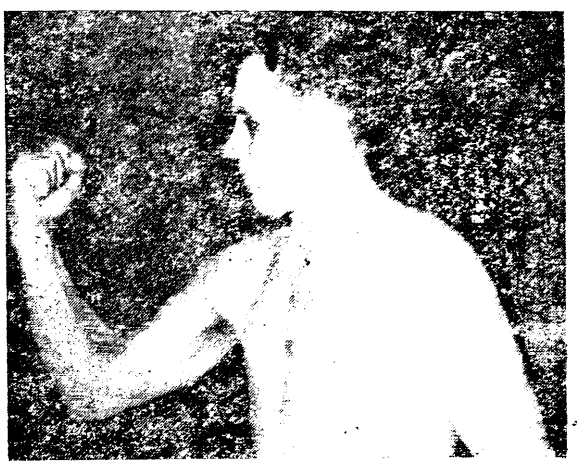
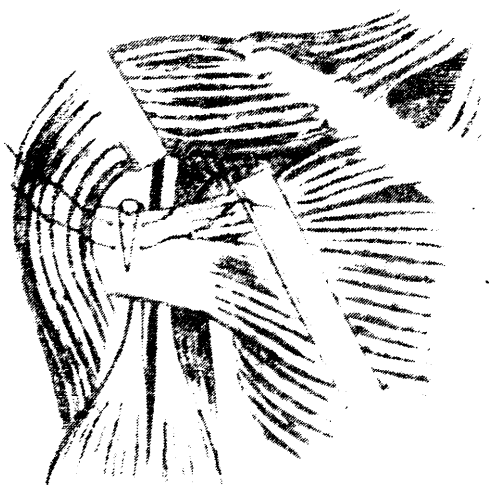


Foto 2. 36-aastane meeshaige. Distaalse kõõluse rebendiga

Lahtirebenenud kõõluse komplemisel võib lihasekõhu piirkonnas sageli tunda kõva kühmu. Mõnikord paikneb kõõlus kahekordselt ja jääb vananenud juhtudel liidete abil püsima õlavarreluu pea köbrukestevahelises vaos.

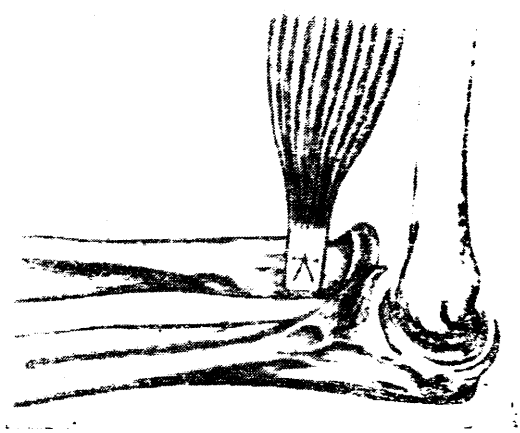
Distaalse kõõluse kodarluuköbrust lahtirebenemise korral kerkib lihasekõht õlavarre ülemisse kolmandikku (foto 2). Lihase deformatsioon ilmneb eriti reljeefselt lihase pingutamisel, s. t. käe painutamisel küünarliigeses. Kui lihasekõht rebeneb, moodustub rebenemiskohal iseloomulik lohk. Värskete rebendite puhul tekitab vajutamine köbrukestevahelises vaos tugevat valu. Esineb nahaalune verevalum. Degeneratiivsete muutustega kõõluserebendite puhul ei tunne haiged valu köbrukestevahelise vao palpeerimisel. Verevalumeid tavaliselt ei teki. Füsioloogiline uurimine näitab vigastatud lihase talitluse järsku langust. Käe painutamise jõud väheneb terve käega võrreldes poole võrra. Kakspealihase talitluse selline nõrgenemine muudab füüsilist tööd tegeva inimese töövõimetuks või sunnib teda elukutset vahetama ja kergemale tööle siirduma. Kui lihas on täiesti rebenenud, saab tema terviklust ja talitlust taastada ainult kirurgilise raviga. Kakspealihase kirurgiliseks raviks on soovitatud mitmesuguseid meetodeid.



Joonis 1

Ühed autorid peavad kõõluste lahtirebenemise korral näidustatuks kinnituskohal transossaalset fiksatsiooni [S. Kaškarov (2), L. Smirnova (4), C. Wagner (16), E. Gilcreest (8)]. Teised [A. Michele, N. Brooklyn, J. Kruger (11)] on arvamusel, et luusisene fikseerimine vigastab õlavarre- või kodarluud. Transossaalne fikseerimine on seotud mitte ainult luukoe täiendava traumaga, vaid raskendab operatsiooni ka tehniliselt.

Et operatsiooni tehniliselt lihtsustada, näib meile kõige otstarbekama meetodina kakspealihase pika pea kõõluse õmblemine suure rinnalihase kõõluse lõikesse (joon. 1) lihase kinnitumiskohas õlavarre külge, haaratles kaasa periosti. Selle meetodi autor V. Vainštein (1) kasutas kakspealihase pika pea kõõluse proksimaalset osa õlavarreliigese harjumusliku nihestuse opereerimisel, õmbles selle distaalse otsa suure rinnalihase kõõluse lõikesse õlavarreluule kinnitumiskoha lähedal. Nagu kogemused on näidanud, säilitab kõõluse distaalse osa selline fikseerimine lihase talitluse täielikult.

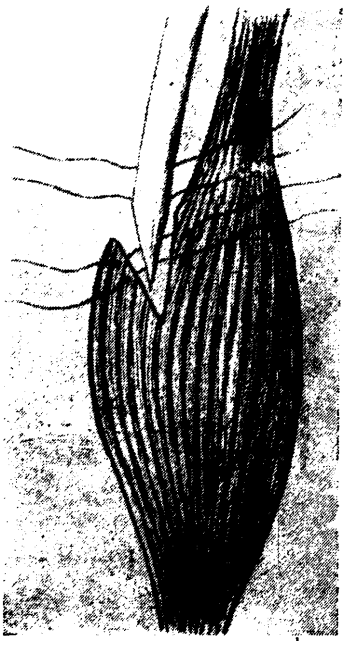


Joonis 3

Juhul, kui rebend tekib kohal, kus pika pea kõõlus lihaseks üle läheb, tuleb pika pea kõõlus fikseerida pärast armkoe kõrvaldamist kakspealihase kõhu lõikesse (joon. 2) kahekordse sõlmõmblusega.

Retsidiivide vältimiseks hilise kirurgilise vahelesegamise korral soovitab A. De Palma (7) kõõluse ja lihase õmbluse kinnitamiseks fastsiat. C. Wagner (16), H. Boyd, L. Anderson (6) jt. fikseerivad kakspealihase distaalse kõõluse lahtirebenemise puhul kõõluse transossaalselt kodarluu

külge (joon. 3). Niisugune fikseerimine on võimalik vaid siis, kui vigastatud kõõlus on küllalt pikk. J. Meherin ja E. Kilgore (10), S. Kron ja W. Satinsky (15), K. Sandahl (14), E. Schrader (13) jt. soovitavad distaalse kõõluse lühikese otsa õmmelda *m. brachialis internus*'e kõõluse külge. Kakspealihase distaalse kõõluse õmblemist *lacertus fibrosus*'e külge soovitab H. Lee (9). Operatsioonijärgsel perioodil fikseeritakse vigastatud jäse tavaliselt kipslahasega terava nurga all küünarliigeses kuni 6 nädalaks, kusjuures hiljem rakendatakse raviķehakultuuri ja massaaži.



Joonis 2

1945. aastast 1963. aastani viibis Leningradi Traumatoloogia- ja Ortopeedia Instituudis ravil 64 kakspealihase nahaaluste vigastustega haiget (59 meest ja 5 naist). Haigete jagunemine vanuse ja kehapoolse vigastuse järgi on esitatud tabelis 1.

Kõige rohkem vigastusi konstateeriti 41—60 aasta vanustel isikutel, kusjuures sagedamini oli vigastatud parem käsi. Haigete jagunemine vigastuse koha järgi on esitatud tabelis 2.

Kõige sagedamini täheldati pika pea kõõluse kinnitumiskohalt lahtirebenemist (37), edasirebenemisi pika pea kõõluse lihaseks ülemineku kohal (17). Lihasekõhu rebendeid vahetu trauma tagajärjel esines 3 isikul 17-st, kes olid 26 ja 45 aastat vanad. 64 haigest opereeriti 59, ülejäänuid raviti konservatiivselt.

Tabel 1

Vanus	Haigete arv	Kehapool	
		parem	vasak
17	1		1
26	1	1	
31—40	7	7	
41—50	30	25	
51—60	20	18	5
üle 60	5	5	2
Kokku	64	56	8

Tabel 2

	Arv
Pika pea kõõluse proksimaalse osa vigastused	37
Rebendid pika pea kõõluse lihaseks ülemineku kohal	17
Kakspealihase kõhu rebendid	3
Distaalse kõõluse vigastused	7
Kokku	64

Kasutasime järgmisi kirurgilise ravi meetodeid. 33 pika pea kõõluse vigastusega haige opereerimisel sooritati 21-l pika pea kõõluse transossaalne fikseerimine õlavarreluu külge, milleks tehti luusse renn ja kõõlus fikseeriti selles transossaalsete õmblustega. 4 haigel õmmeldi pika pea kõõlus suure rinnalihase kõõluse lõhesse lihase kinnituskohas, mis haarab kaasa ka luuümbrise.

Teistel lihase pika pea kõõluse vigastusega haigetel õmmeldi kõõlus teiste lihaste kõõluse külge (*m. deltoideus, m. coracobrachialis, m. biceps humeri* lühike pea). Ühel haigel toimus lühendamine kõõluse duplikatuuri teel.

Pika pea kõõluse lihaseks ülemineku kohal esinevaid rebendeid jälgisime 17 haigel, neist 10-l õmmeldi kõõlus lihasekõhu lõikesse. Ühel haigel, kellel leiti vigastus distaalse kõõluse lihaseks ülemineku kohal, sooritati pärast armkoe kõrvaldamist duplikatuur. 5 haigel lühendati pika pea kõõlust duplikatuuri näol. Pärast duplikatuuri õmmeldi 2-l neist pikk pea lühikese peaga kokku, ühel haigel kinnitati pika pea kõõlus kakspealihase lühikese pea külge, kahel pika pea kõhu vigastusega haigel õmmeldi lihas kokku.

Kakspealihase distaalse kõõluse kodarluuköbrust lahtirebenemise puhul fikseeriti 5 haigel kõõlus transossaalse õmblusega kodarluu külge. Ühel haigel kinnitati distaalne kõõlus kodarluu külge köbru piirkonnas siidniidi abil, mis mähiti luu ümber. Ühel haigel, kellel esines vigastus distaalse kõõluse lihaseks ülemineku kohal, tehti pärast armkoe kõrvaldamist duplikatuur.

Kirurgilise ravi hilisemaid tagajärgi jälgiti 25 haigel kuni ühe aasta pikkusel ajavahemikul, kusjuures tehti kindlaks, et kannatadasaanud jäseme talitluse taastumine toimub tunduvalt kiiremini juhul, kui pika pea kõõlus õmmeldakse suure rinnalihase kõõluse lõikesse lihase kinnituskohas õlavarreluule. Operatsioonijärgne periood möödus komplikatsioonideta.

Teiste meetoditega opereeritud haigetel toimus taastumine aeglasemalt. Häid tagajärgi võis konstateerida juhtudel, kus lihaskoeks ülemineku kohal rebenenud pika pea kõõlus õmmeldi lihase lõikesse kahekordse õmblusega.

Seega võib märkida, et varajase kirurgilise ravi korral taastub vigastatud lihase talitlus kiiremini.

Järeldused

1. Kakspealihase vigastuste õigeaegne ja täpne diagnoosimine soodustab heade ravitulemuste saavutamist.
2. Kakspealihase talitlus taastub varajase kirurgilise ravi korral tunduvalt kiiremini.
3. Kirurgilise vahelesegamise küsimus tuleb individuaalselt lahendada, arvesse võttes kõiki vigastuse iseärasusi.
4. Töövõime taastumise aeg oleneb niihästi ravimise meetodeist kui ka vigastatud lihase morfoloogilistest muutustest.

KIRJANDUS

1. Вайнштейн В. Г. Сов. хирургия, 1934, т. VI, 3—4, 447. —2. Кашкаров С. Е. Труды Ленинградского института травматологии и ортопедии, вып. VI, 1957, 334-335. —3. Озеров А. Д. Ж. современной хирургии, 1927, т. II, в. 5-6, 901-918. —4. Смирнова Л. А. Ортопедия, травматол. и протезир., 1861, 4, 66. — 5. Трубников В. Ф. Ортопедия, травматол. и протезир., 1956, 2, 23. — 6. Boyd, H. B., Anderson, L. D. J. Bone and Joint Surg. 1961, 43-A, 1041—1043. — 7. De Palma, A. F. Surgery of the Shoulder. Philadelphia, 1950, 160—176. — 8. Gilcreest, E. L. J. A. M. A. 1925, 84, 1819—1822. — 9. Lee, H. G. Amer. J. Surg., 1951, 82, 290—292. — 10. Minten, J., Meherin, M. D., Kilgore, J. K. Amer. J. Surg. 1960, 5, 636—640. — 11. Miçhele, A. A., Brooklyn, N. I., Krueger, J. Surgery, 1951, 29, 555—559. — 12. Meyer, A. W. Arch Surg. 1928, 17, 493—506. — 13. Schrader, E. Münchener Med. Wochenschr., 1940, 87, 555—556. — 14. Saandahl, K. Acta chirurg. scand., 1952, 104, 405—407. — 15. Kron, S. D. and Satinsky, F. N. Amer. J. Surg., 1954, 88, 4, 657—659. — 16. Wagner, C. L. Amer. J. Surg. 1956, 91, 4, 647—650.

КЛИНИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДКОЖНОГО РАЗРЫВА ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

В. Трудников

Резюме

Клиника подкожного разрыва двуглавой мышцы плеча очень разнообразна. Определение точной локализации повреждения очень часто бывает затруднительным. Наиболее часто разрыв возникает в области длинной головки на различных уровнях, и реже в дистальном отделе мышцы.

При отрыве сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча у места прикрепления мышца приобретает вид шаровидной выпуклости, которая располагается в средней части плеча (фото 1).

При отрыве дистального сухожилия от бугристости лучевой кости брюшко мышцы поднимается к верхней трети плеча (фото 2). Деформация мышцы особенно четко выступает при напряжении ее, т. е. при сгибании предплечья в локтевом суставе.

При разрыве брюшка мышцы определяется характерное углубление на месте разрыва. При свежих разрывах надавливание в области межбугорковой борозды вызывает сильную боль. Отмечается подкожное кровоизлияние. При физиологическом исследовании определяется резкое снижение функциональной способности поврежденной мышцы. При полном разрыве мышцы только оперативное лечение можно восстановить целость и функцию мышцы.

Предложены различные методы оперативного лечения. Одни авторы рекомендуют при отрывах сухожилий у места прикрепления трансоссальную фиксацию, другие считают, что последняя наносит повреждение плечевой или лучевой кости. Мы полагаем, что трансоссальная фиксация связана не только с дополнительной травмой костной ткани, но и затрудняет проведение операции.

Наиболее целесообразным методом является подшивание сухожилия длинной головки бицепса в разрез сухожилия большой грудной мышцы у места его прикрепления к плечевой кости, с захватом надкостницы.

В случаях разрыва на месте перехода сухожилия длинной головки в мышцу, следует фиксировать его после иссечения рубца в разрезе брюшка двуглавой мышцы (рис. 2) узловыми швами в два этажа. При отрывах дистального сухожилия двуглавой мышцы плеча фиксируют его трансоссально к лучевой кости (рис. 3). При коротком остатке конца дистального сухожилия можно подшивать его к сухожилию m. brachialis internus. В послеоперационный период пострадавшую конечность фиксируют гипсовым лонгетом под острым углом в локтевом суставе до 6 недель, с последующим применением лечебной физкультуры и массажа. В настоящем сообщении представлено 64 случая лечения разрыва двуглавой мышцы плеча, из них 59 оперативным, и 5 консервативными методами.

Утраченная функция двуглавой мышцы плеча восстанавливается значительно быстрее при раннем хирургическом лечении. Сроки восстановления трудоспособности зависят, как от метода лечения, так и от морфологических изменений мышцы.

ELANIKKONNA STOMATOLOOGILISE TEENINDAMISE PARANDAMISEST

T. REKK

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsusest, ülem *A. Sarap*)

Nõukogude tervishoius etendab tähtsat osa stomatoloogiline teenindamine. Hambaravi vajavad haiged moodustavad 26% polikliinikute ja ambulatooriumide külastajatest. Eesti NSV-s on 2 stomatoloogia polikliinikut, 212 hambaraviosakonda ja -kabinetti (neist 86 maal) ning 33 hambaproteeside osakonda. Vabariigis töötab praegu 299 stomatoloogi ja 121 hambaarsti. Komplekteeritud ametikohti on 470,5, seega on kohakaasluse koefitsient 1,1. Meil teenindab üks stomatoloog või hambaarst 2553 inimest, üleliiduliste keskmiste andmete alusel tuleb ühe stomatoloogi kohta 4600 inimest. Tüüpkoosseisude järgi on aga ühele arstijaoskonnale (4000 elaniku kohta) ette nähtud 1,4 stomatoloogi ametikohta.

1962. a. said NSV Liidus stomatoloogilist abi 123,9 miljonit inimest, meie vabariigis tehti 1 748 700 visiiti. Üleliidulistel andmetel külastas 1962. a. iga linnaelanik hambaravikabinetti 1,19 korda ja iga maaelanik 0,8 korda, meie vabariigis tuleb aga iga kodaniku kohta 1,6 külastust.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus 1961. a. ning Eesti NSV tervishoiu ministri käskkiri 15. novembrist 1961. a. püstitavad konkreetsed ülesanded elanikkonna stomatoloogilise abi parandamiseks. Nendes on ette nähtud avada uued stomatoloogia polikliinikud Tallinnas, Kohtla-Järvel, Narvas, Pärnus ja Viljandis ning laiendada olemasolevaid hambaraviosakondi Tallinnas, Tartus, Haapsalus, Kingissepas, Valgas, Võrus ja Rakveres. Käesoleval aastal saab uued ruumid Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinik ning 1964. aastal Tallinna Kalinini Rajooni Stomatoloogia Polikliinik ja Kingissepa linna polikliiniku hambaraviosakond.

Mõnede tervishoiuosakondade juhatajad ja rajoonide peaarstid ei tõsta täitevkomiteedes elanikkonna stomatoloogilise teenindamise küsimust üles täie nõudlikkusega. Sageli lepivad ka peastomatoloogid olemasoleva olukorraga ega rakenda abinõusid oma töö kergendamiseks.

Siiani tuleb veel ette juhtumeid, kus stomatoloogid ja hambaarstid ei tööta oma erialal või töötavad kohakaasluse korras muul erialal (näiteks Tallinnas, Lihulas, Jõgeval jm.). Hambaarste valmistatakse meil selleks ette, et kõigepealt komplekteerida maahaiglate hambaravikabinetid, kuid andmetest selgub, et 60% hambaarstidest on linnadesse tööle asunud. Sageli on peaarstid neid sinna tööle võtnud ilma peastomatoloogiga kooskõlastamata. Tartu Riiklikus Ülikoolis avati mittestatsionaarne osakond kõrgema hariduse andmiseks stomatoloogia erialal, kuid kahjuks õpib selles osakonnas praegu veel liiga vähe hambaarste.

Kolme viimase aasta jooksul viibisid teistes vabariikides täienduskursustel 17 stomatoloogi ja 10 hambaarsti. Meil leidub aga isegi üle 10-aastase staažiga stomatolooge, kes ei soovi oma teadmisi täiendada.

Aastail 1961—1962 korraldati stomatoloogide atesteerimine, kus 5 stomatoloogile anti 1. kategooria, 32 stomatoloogile 2. kategooria ja 61 stomatoloogile 3. kategooria.

Peale spetsiaalsete täienduskursuste toimub stomatoloogide ja hambaarstide teadmiste tõstmine stomatoloogide seltside kaudu. Vabariigis on praegu 7 stomatoloogide seltsi, kuid mõned seltsid, nagu Kohtla-Järvel, Narvas, Kingissepas, töötavad veel ebarahuldavalt. Leidub stomatoloogе ja hambaarste, kes ei võta seltside tööst osa, ei esine ettekannetega, loevad vähe erialast kirjandust jne.

Hambaraviosakondade ja -kabinettide aruannete analüüsimisel ja nende kontrollimisel kohtadel nähtus, et mõnel stomatoloogil ja hambaarstil on tõsiseid raskusi plaanilise saneerimise läbiviimisega, mis tegelikult on kujunenud esmaabi andmiseks. Siiani ei vasta kehtestatud koosseisud ja normatiivid vajadusele, samuti on hambaravikabinettide võrk ja kaader ebaühtlaselt paigutatud. Töö ebaõigest korraldamisest annab ülevaate hambaravikabinettide külastuste arv.

Mida rohkem käib stomatoloogi juures vastuvõtul patsiente, seda vähem aega suudab ta tegelda iga haigega (vähem panna täidiseid ning saneerida hambaid). Praktika on näidanud, et üks stomatoloog paneb täidiseid, teine aga vahetab vatti ja dentiinitäidiseid, mis ühelt poolt tööd kergendab, kuid teiselt poolt tõstab kunstlikult nn. tühjade visiitide arvu. Seega ei saa stomatoloogi või hambaarsti kvalifikatsiooni hinnata ainuüksi visiitide arvu järgi.

Püsib olukord, kus visiitide plaanid on täidetud ja isegi ületatud (eriti linnades), mis asjata põhjustab tervishoiuosakonna juhataja, haigla ning polikliiniku peaarsti rahulolu. Tegelikult püsivad endiselt järjekorrad hambaravikabinettidesse, saneeritute arv on aga ikka veel madal. Seda tingib stomatoloogide ja hambaarstide ülekoormus. Kui stomatoloog võtab päeva jooksul ühel ametikohal vastu 20—25 patsienti, ei suuda ta tagada nende suukoopa saneerimist ja 60% esmastest arsti poole pöördujatest saavad ainult esmaabi, s. t. neil kas ekstraheeritakse hammas või ravitakse pulpiite ja periodontiite. Algavad kaariesed jäävad ravimata ning varsti muutuvad nad komplitseeritud kaariesteks, mis nõuavad juba pikemaajalist ravi. Seega on vältimatu stomatoloogiline abi meil välja tõrjunud suuõõne plaanilise saneerimise. Kui pidada visiitide arvu stomatoloogi töö põhinäitajaks, siis jääb arvestamata tegelikult tehtud töö.

Tuleb nõuda, et stomatoloogid ja hambaarstid ei raviks mitte ainult komplitseeritud kaariest, vaid ka kaariese algvorme. Pulpiitide ja periodontiitide raviseansside arv on vaja viia miinimumini (1—3). Ühel ametikohal töötav stomatoloog peab päevas tegema 12—15 täidist. Täidiste ja ekstraktsioonide suhe tuleb 15 visiidi puhul viia 1 : 0,3-le.

Visiidi ajal tuleb ära teha maksimaalselt kõik, mis tagab patsiendi tööaja kokkuhoiu, kergendab personali tööd ja vähendab materjali kulu. Selline töötamine on võimalik ainult stomatoloogilise abi reservide õigel ärakasutamisel.

Hambaraviosakondade ja -kabinettide 1962. a. aruannete andmeil on Eesti NSV-s keskmine visiitide arv 16,4, tehtud täidiste arv aga ainult 7,1. Palju tuleb veel ette nn. tühje visiite, näiteks Valga ja Tartu rajoonis jm., kus nende osatähtsus ulatus 80%-ni visiitide üldarvust. Mitmete maa-arstijaoskondade hambaravikabinetid töötasid suure alakoormusega (Laeva, Võnnu, Koosa, Tori, Kergu, Raasiku, Leisi, Puka, Sangaste, Karuse jt. arstijaoskonnad).

Aruannetest selgub, et mõned stomatoloogid ja hambaarstid ekstraheerivad hambaid väga kergekäeliselt ega kindlusta pulpiitide ja periodontiitide ravi. Näiteks Koosa maa-arstijaoskonnas on täidiste ja ekstraktsioonide suhe 1 : 1,5, Kärdlas 1 : 1,1, Varstus 1 : 0,95, Põlvas 1 : 1, Rakveres 1 : 0,9.

Tervishoiupunktide hambaravikabinettide aruannete analüüsimisel selgus, et meil esineb lünki tööstustööliste suukoopa plaanilisel saneerimisel. Näiteks töötab osa kabinette alakoormusega (Tallinn, Kohtla-Järve, Tartu jm). Polikliinikute hambaraviosakondades ei ole korraldatud tööstustööliste teenindamist eelisjärjekorras, vähe on loodud (Tallinnas, Pärnus, Narvas, Kohtla-Järvel jm.) liikuvaid hambaravikabinette väiksemate tööstuste ja tehaste tööliste hammaste saneerimiseks. Kogemustest nähtub, et tervishoiupunktide hambaravikabinetid ei tööta veel täie koormusega.

Jaoskonnaarstid peavad korraldama haigete dispanseerimist ja ravimist ning kontrollima mao-seedetrakti haigustega dispanseersel arvel olevate haigete suukoobast. Sageli selgub, et nende patsientide suukoobas on saneerimata või nad on hambutud. Stomatoloogid ja hambaarstid peavad jaoskonnaarstidelt võtma mao-seedetrakti haigustega haigete ja reumahaigete nimekirjad ning nimekirja alusel neid jaoskonna õe kaudu kutsuma ravile ja hammaste proteesimisele.

Suuremate raviasutuste statsionaarides on hambaravikabinetid, kus stomatoloogid tegelevad küll haigla personali hammaste ravimisega, kuid ei pööra vajalikku tähelepanu statsionaaris viibivate haigete suukoopa plaanilisele saneerimisele. Haiglate peaarstid ei nõua haigla osakonnajuhatajatelt reuma-, sepsise-, tonsilliidi-, mao-seedetrakti- ja teiste haigete hammaste saneerimist. Haiguslugudes ei leidu andmeid suukoopa olukorra ja hammaste ravi kohta.

Aruande analüüsimine näitas, et vabariigis on kindlustatud hammaste saneerimine rasedatel ainult 50% ulatuses. Naistenõuandlate juhatajad, maa-arstijaoskondade juhatajad ja ämmaemandad suunavad raseda küll hambaravikabinetti, kuid ei kontrolli edaspidi, kas rase on seal üldse viibinud.

Eespool nimetatud NSV Liidu Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrustes pööratakse erilist tähelepanu laste hammaste plaanilisele saneerimisele, mis on käesoleval ajal stomatoloogilise teenindamise üks esmaseid ülesandeid. Õpilaste kontrollimine aga näitab, et 95%-l neist esineb hambakaaries. Ei tohi unustada,et kõikide kooliõpilaste suukoopa saneerimine on suur ja tähtis profülaktiline ülesanne ning vähendab hambaraviosakondade ja -kabinettide koormust. Mõned stomatoloogid ja hambaarstid korraldavad küll kooliõpilaste profülaktilisi läbivaatusi, kuid ei kindlusta hammaste saneerimist, mistõttu eelnev töö muutub täiesti asjatuks. Eriti halvasti viidi 1962. a. õpilaste hammaste saneerimine läbi Valga linnas ja rajoonis, Abjas, Kilingi-Nõmmel, Kärdlas jm. Mõned hambaarstid ja stomatoloogid ei ravi piimahammaste periodontiite ega kasuta jäävhammaste, eriti molaaride täidisteks amalgaami. Tuleb ette juhtumeid, kus molaaride kaviteete täidetakse fosfaadi või fosfaadi ja hõbeviilmete seguga, mis on täiesti lubamatu, sest vähemalt aasta pärast tuleb see asendada juba uue täidisega. Nüri sondiga töötamisel aga ei diagnoosita algavat kaariest ega tagata selle õigeaegset ravi.

Stomatoloogide ja hambaarstide V vabariiklik konverents võttis vastu otsuse eraldada 30% stomatoloogide ja hambaarstide ametikohtadest või tööajast laste hammaste saneerimisele ning määrata selleks kõige kvalifitseeritum kaader ja kõige paremad instrumendid.

Käesoleval ajal on meie vabariigis 33 ortopeediaosakonda. 1962. a. valmistati hambaproteesid 30 958 inimesele, s. o. 100 000 elaniku kohta 2500 proteesi. Kuigi see on kõrgeim näitaja NSV Liidus, esineb meil veel mitmes ortopeediaosakonnas 1—2 kuulisi järjekordi. Kohapeal kontrollimisel selgus, et peastomatoloogid koos haigla peaarstidega ei võta midagi ette olemasolevate osakondade laiendamiseks (Haapsalu, Võru, Tallinn jm.). Sageli on laboratooriumid väikesed, halvasti mehhaniseeritud, ei vasta sanitaarnõuetele ning ei võimalda hulgaliselt heakvaliteedilisi proteese

valmistada. Edaspidi tuleb väikesed ortopeediaosakonnad ühendada ning moodustada ülelinnalised või -rajoonilised ajakohased ortopeediakabinetid ja laboratooriumid, kus teenindatakse nii lapsi kui ka täiskasvanuid. Suurtes laboratooriumides saab ka paremini tõsta hambatehnikute töö kvaliteeti. Kuigi noored tehnikud omandavad koolis kaasaegseid teadmisi ja praktilisi oskusi hambaproteeside valmistamiseks, ei rakenda nad seda kohapeal õigesti, vaid võtavad pahatihti omaks täiesti aegunud tööviise ja ebakvaliteetseid töövõtteid.

Hambaraviosakondade ja -kabinettide juhatajad peavad vähemalt kord kvartalis analüüsima iga stomatoloogi ja hambaarsti tööd. Iga stomatoloog ja hambaarst aga peab tähelepanu pöörama töö kvaliteedile, millega vähendab enda ja kolleegide koormust.

ОБ УЛУЧШЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Т. Рекк

Резюме

Стоматологическая помощь занимает значительное место в системе советского здравоохранения. Больные, нуждающиеся в лечении зубов составляют 26% посетителей поликлиник и амбулаторий. В Эстонской ССР имеются 2 стоматологические поликлиники, 212 зубоврачебных отделений и кабинетов (из них 86 на селе) и 33 зубопротезных отделения. В республике работают 299 стоматологов и 121 зубной врач. Число штатных должностей равно 470,5 и коэффициент совместительства — 1,1. Один стоматолог или зубной врач обслуживает у нас 2553 человека, тогда как по общесоюзным данным один стоматолог обслуживает 4600 человек. Согласно типовым штатам на один врачебный участок (4000 человек) предусмотрено 1,4 должности стоматолога.

В 1962 году стоматологическая помощь в Советском Союзе была оказана 129,9 миллиону человек, в Эстонской ССР за стоматологической помощью обратились 1748700 человек. В среднем по Советскому Союзу в течение 1962 года каждый городской житель обратился в зубоврачебный кабинет 1,19 раза, сельский житель — 0,8 раза. В Эстонской ССР количество обращений в зубоврачебные кабинеты составляет в среднем 1,6.

Для улучшения стоматологической помощи предусмотрено открыть новые стоматологические поликлиники в Таллине, Кохтла-Ярве, Нарве, Пярну и Вильянди и расширить зубоврачебные отделения в Таллине, Тарту, Хаапсалу, Кингисеппе, Валга, Выру и Раквере. В текущем году начинает работать в новых помещениях Тартуская городская стоматологическая поликлиника, в 1964 году — Калининская районная стоматологическая поликлиника г. Таллина и зубоврачебное отделение Кингисепской городской поликлиники.

В течение трех последних лет 17 стоматологов и 10 зубных врачей находились на усовершенствовании в братских республиках.

В 1961—1962 гг. была проведена аттестация стоматологов. Первая категория была присвоена 5 стоматологам, вторая — 32 и третья — 61 стоматологу.

Повышение знаний стоматологов и зубных врачей происходит не только на курсах усовершенствования, но и путем участия в работе научных обществ врачей-стоматологов. В республике работают 7 обществ врачей-стоматологов, но к сожалению некоторые из обществ проявляют еще мало активности. Некоторые стоматологи и зубные врачи не принимают участие в работе обществ, не выступают с докладами и т. д.

При анализе отчетов зубоврачебных отделений и кабинетов, а также при контроле их работы на местах установлено, что имеются значительные трудности при проведении плановых санаций некоторыми стоматологами и зубными врачами. Выяснилось, что имеющиеся штаты и нормативы не отвечают требованиям, сеть зубоврачебных кабинетов и кадры размещены неравномерно, а в некоторых местах работа организована неправильно.

Нужно требовать, чтобы стоматологи и зубные врачи лечили не только осложненный кариес, но и начальные формы его. Число сеансов лечения пульпитов и периодонтитов нужно сократить до минимума (1—3). Стоматолог, работающий на одной ставке должен в течение рабочего дня ставить 12—15 пломб.

Во время визита следует стараться сделать все для уменьшения потери рабочего времени пациента, облегчения работы персонала и уменьшения затрат материала. Это возможно при правильном использовании сил и средств.

RÖNTGENOLOOGILISE UURIMISE TÄHTSUSEST MÕNEDE KOPSUHAIGUSTE DIAGNOOSIMISEL

Arstiteaduse kandidaat *S. SALZMAN*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Rindkere röntgenoloogiline uurimine on igapäevases arstipraktikas suure tähtsusega. Esineb kopsu- ja mediastiinumihaigusi, mida on röntgenoloogilise uurimiseta väga raske diagnoosida. Nende haiguste hulka kuuluvad äge ja krooniline kopsupõletik, kopsuvähk, keskseinandi kasvajad ning teised rindkereelundite haigused. Suure tähtsusega on krupoosse kopsupõletikuga haigete röntgenoloogiline uurimine haiguse taandarengu staadiumis (12), kuid tsentraalsete kopsupõletikkude ja bronhopneumoonia puhul on röntgenoloogiline uurimismeetod üks otsustavamaid diagnoosimismeetodeid. Bronhopneumooniahaige kopsudes leidub erinevas sügavuses arvukaid isoleeritud kopsupõletikukoldeid. Eespool öeldu illustreerimiseks esitame haigusloo.

J u h t 1 (vt. tahvel I, röntgenogramm 1). Haige S. M., 11-aastane, saabus Tallinna Vabariiklikku Haiglasse (TVH) 19. juulil 1961 (haiguslugu nr. 10671) ägeda apenditsiidiga. Temperatuur oli kõrgenenud. Haigestus külmetumise tagajärjel.

Pärast apendektoomiat kehatemperatuur ei alanenud. Alles viiendal operatsioonijärgsel päeval uuriti rindkereelundeid röntgenoloogiliselt. Parempoolses kopsus on nähtav keskmise intensiivsusega varjustus. Järeldus: kopsupõletikukolle paremal. Pärast ravi antibiootikumidega varjustus kadus.

Küllaltki sageli tekib põletik ka parempoolse kopsu keskmises sagaras.

J u h t 2 (vt. tahvel I, röntgenogramm 2). Haige K. A., 25-aastane, viibis TVH-s 18. juulist 7. augustini 1963 (haiguslugu nr. 7833). Diagnoos saabumisel: parempoolne bronhopneumoonia, väljakirjutamisel: parempoolse kopsu keskmise sagara põletik. Haige kaebas köha ja pistete üle paremal pool rindkeres. Kuulatlemisel esines parempoolses kopsus viienda roide kohal nõrgenenud hingamine. Süda ja kõhuõõneelundid normaalsed. Kehatemperatuur saabumisel 37,8° C. Vereanalüüs: leukots. 9000, SR 38 mm.

Röntgenogrammil täheldatakse paremal paraaortaalselt ebaselget lateraalsete piirjoontega intensiivset varjustust, mis nähtavasti paikneb viiendas ja osaliselt neljandas segmendis. Pärast ravi antibiootikumidega varjustus imendus peaaegu täielikult.

Esimesel haigel puudusid füsikaalsed nähud hoopis. Kopsupõletikku oli temal võimalik diagnoosida ainult röntgenoloogiliselt. Niisugused kolded võivad esineda ka tuberkuloosi puhul (16). Negatiivsed spetsiifilised reaktsioonid ja kolde kiire imendumine võimaldasid selle haiguse välja lülitada. Teisel haigel olid füsikaalsed nähud nõrgalt väljendunud ning nende põhjal polnud põletikulist protsessi võimalik diagnoosida. Niisuguseid haigeid tuleb jälgida, sest ka kasvaja puhul võib kaasneda samuti perifokaalne põletikuprotsess, mis võib anda kopsupõletikuga sarnaneva kliinilis-röntgenoloogilise haiguspildi. Ravi tulemusena põletikuprotsess kaob, kuid kasvaja säilib.

Sageli tuleb ette kopsudes krooniliselt kulgevaid põletikuprotsesse (5). Röntgenoloogiline uurimine on üks põhilisi meetodeid, mille abil saab kindlaks määrata bronhiaalpuu ja kopsuveresoonte morfoloogilist seisundit. Interstitsiaalse protsessi puhul on kopsujoonis intensiiv-

S. Salzman

Röntgencgramm 1

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 3

Röntgenogramm 4

sem, mis on tingitud perivaskulaarse ja peribronhiaalse sidekoe proliferatsioonist (10). Hiljem, skleroosist põhjustatuna, bronhide seinad tihkestuvad ja bronhiaalpuu deformeerub, mis röntgenoloogiliselt on nähtav kopsujoonise deformatsioonina (3).

Kroonilised ja mittespetsiifilised kopsupõletikud võivad tekkida tüsistustena pärast gripi, leetrite, läkaköha, krupoosse kopsupõletiku jne. põdemist (4).

Selle haiguse põhisümptoomideks on rögaeritusega või kuiv köha, perioodiliselt esinevad palavikud ja külmavärinad. Haiguse ägenemise perioodil SR kiireneb ja tekib leukotsütoos (2). Mainitud haigust põevad kõige sagedamini mehed. Tüsistusteks on bronhiit, emfüseem, bronhoektaasiad ning mõnikord harva ka abstsessid. Kuid sageli kulgeb krooniline mittespetsiifiline kopsupõletik ka väljendunud füsikaalsete sümptoomideta ning seepärast on röntgenoloogiline uurimine kõigil juhtudel vajalik. Esitame vastava haigusloo.

Juht 3 (vt. tahvel II, röntgenogramm 3). Meeshaige J. O., 63-aastane, viibis TVH-s 9. märtsist — 25. aprillini 1963 (haiguslugu nr. 2715). Diagnoos: krooniline mittespetsiifiline kopsupõletik. Kaebused: hingeldus, kuiv köha ja valud rindkeres. Peab end haigeks kaks aastat, varem köhis väga harva. Haiguse algul esinesid sagedased bronhiidid, eriti pärast külmetamist. Ei suitseta. 1956. a. põdes kergekujulist kopsupõletikku. Täheldatakse huulte tsüanoosi ja hingeldust kõnelemise ajal. Kopsudes esineb koputlemisel karbikõla ja kuulatlemisel bronhiitilisi räginaid. Südametoonid tuhmid, südametegevus rütmiline. Maks ja põrn ei ole suurenenud. Rõgas tuberkuloosikepikesi ja elastseid kiude ei leitud. SR 18 mm, valgevere pilt normis. Arteriaalne vererõhk 120/90 mm Hg. Haiglas viibimisel püsis kehatemperatuur 5 päeva kestel 38° piires, hiljem normaalne. Röntgenoloogiliselt: diafragma asub madalal, vähe liikuv. Kopsuväljade läbipaistvus kõrgenenud, kopsujoonis deformeerunud ja intensiivistunud lineaarsetest varjustustest, mis lähtuvad väratitest ja suunduvad lehvikukujuliselt perifeeriasse. Väratid on laiad, kuid südamevarjust selgesti piiritletud Süda ja aort normis.

Antud juhul kõneleb kopsude röntgenipilt koos kliiniliste andmetega kroonilisest mittespetsiifilisest kopsupõletikust. Emfüseemi võib sel juhul tõlgendada ealiste muutustena kopsus. Diferentsiaaldiagnoosimise seisukohalt võiks oletada kopsude tolmukahjustust või paisnähte väikeses vereringes. Antud juhul ei tule see arvesse, sest haige pole tolmuga seotud kutsealadel töötanud ja ta süda oli terve.

Viimase aastakümne kestel on kopsuvähki haigestumiste arv järsult tõusnud. Kliinilised vaatlused ja statistika näitavad, et esimeste sümptoomide ilmumisest kuni kopsuvähi diagnoosimiseni möödub tavaliselt mitmeid kuid ning isegi aasta ja enam (9). Sellest sõltuvalt võivad ravitulemused osutuda ebasoodsaks, sest haiguse algstaadiumis on veel võimalik teostada kirurgilist või kiiritusravi. Kopsuvähki esineb meestel 4 korda sagedamini kui naistel. Nimetatud haiguse kliinilised sümptoomid, nagu köha, rögaeritus, vereköhimine, valud rindkeres, kehatemperatuuri tõus, nõrkus, hingeldus ja kehakaalu langus, ei ole sellele haigusele mitte alati patognomoonilised. Kopsuvähi puhul on kirjeldatud ka osteoartropaatiat — valusid luudes ja liigestes ning pikkade toruluude periostiiti. Kuid sellele vaatamata pole kopsuvähki võimalik röntgenoloogilise uurimiseta diagnoosida. Vähi puhul nihkub keskseinand sissehingamisel sageli haigestunud kopsupoole suunas, diafragma liigub paradoksaalselt kahjustunud kopsu ja patoloogilise uudismoodustise poole (8). Röntgeniülesvõtted tuleb tingimata teha kahes projektsioonis (otse- ja külgvaates).

Perifeerse bronhi vähk esineb selgete piirjoontega ümara või ovaalse tumestusena. Kasvaja võib usureerida roided või kasvada läbi pleura. Vähilümfangoiidi puhul on nähtav kasvaja tumestusest lähtuv lineaarne vari. Suure bronhiaalharu vähi puhul (tsentraalne vähk) paikneb kopsuvärati lähedal selgete piirjoonteta hõre varjustus. Ebaselgetel juhtudel on vaja rakendada spetsiaalseid uurimismeetodeid, nagu tomograafiat, bronhograafiat, angiopulmograafiat ja bronhoskoopiat.

Juht 4 (vt. tahvel II, röntgenogramm 4). Meeshaige G. O., 35-aastane, viibis statsionaarsel ravil TVH-s 6.—26. aprillini 1960 (haiguslugu nr. 5067). Kaebused: valud paremal pool rindkeres, kuiv köha ja perioodilised temperatuuritõusud kuni 37,8°-ni. Peab end haigeks 5 kuud. Raviti jaoskonnahaiglas ja ambulatoorselt (diagnoos: krooniline kopsupõletik), kuid röntgenoloogiliselt haiget ei uuritud. Kõhnus tugevasti. Viimase 4 aasta kestel ei suitsetanud. Objektiivselt: toitumus rahuldav, vasaku rangluu kohal palpeeritav herneterasuurune lümfaatiline sõlm. Hingamine nõrgenenud. Paremal, kopsu ülaosas perkutoorse kõla nõrgenemine. Ülejäänud siseelundid normis. Rögas arvukalt leukotsüüte; elastseid kiude, kasvajarakke ja tuberkuloosikepikesi ei leidunud. Hgb. 73%, leukots. 7800, SR 8 mm. Röntgenoloogiliselt esineb paremal pool kolmnurkse kujuga keskseinandi varjustusega liitunud intensiivne varjustus, mille põhi näib paiknevat rangluu varjustuse juures ja on ülaosaga pööratud värati poole. Varjustus langeb keskseinandi varjustusega ühte. Parempoolne kopsuvärat ülespoole venitatud, Holzknecht-Jakobsoni sümptoom negatiivne. Bronhogrammil täheldatakse kopsutipu bronhi ülaosa lateraalsele nihkumist. Tomogrammil 6 ja 7,5 sm sügavusel nähtav suurenenud bronho-pulmonaalsete lümfisõlmede konglomeraat. Diagnoos: kopsupõletikuga tüsistunud parema kopsutipu segmentaarne vähk. Diagnoos «vähk» määrati lõplikult alles pärast röntgenoloogilist uurimist. Kliinilised sümptoomid, ehkki selgesti väljendunud, olid diagnoosimiseks mitteküllaldased.

Kopsudes võib leiduda ka kasvajate metastaase, mida röntgenoloog vaid juhuslikult avastab, sest need võivad esineda kliiniliste nähtudeta. Kõige sagedamini leitakse kopsudes metastaase piimanäärme-, mao-, eesnäärme-, emakavähi jt. kasvajate puhul. Enne ravi alustamist peab kopsu alati uurima (tuleb tingimata teha röntgenogramm), sest röntgenoskoopiliselt võivad väikesed kolded jääda märkamata. Siirdelise päritoluga kopsukasvajaid on kergem diagnoosida, kui on viiteid esmasele kasvajale (1).

Juht 5 (vt. tahvel III, röntgenogramm 5). Naishaige V. M., 43-aastane, ravib end ambulatoorselt TVH polikliinikus 1958. a. alates. Kopsuhaigusi ei ole kunagi põdenud. 1963. a. mais opereeriti emakakaelavähi puhul. Sama aasta oktoobris tekkisid valud lülisamba rinnaosa piirkonnas. Kopsude röntgenogrammil: ülemiste kopsuväljade ebaselge joonis paremal, kolmandas roietevahemikus näha arvukalt ümara ja ovaalse kujuga ebaselgete piirjoontega varjustusi, nendest ühe mõõtmeteks on 0,5×0,8 sm. Vasakul kopsujoonis intensiivistunud — vähilümfangoiit? Järeldus: siirdeline kopsuvähk.

Sageli esineb ka keskseinandi kasvajaid, mis moodustavad üle ühe protsendi teiste elundite kasvajatest (6). Eristatakse keskseinandi hea- ja pahaloomulisi kasvajaid. Healoomulised kasvajad võivad sõltuvalt oma suurusest tekitada valu rindkeres, köha, hingeldust, mõnikord ka seljaaju pitsumust. Peaaegu 40%-l juhtudest avastati need kasvajad juhuslikult röntgenoloogilisel uurimisel.

Juht 6 (vt. tahvel III, röntgenogramm 6). Naishaige N. I., 43-aastane, viibis statsionaarsel ravil TVH-s 30. novembrist — 11. detsembrini 1954 (haiguslugu nr. 17143). Kaebused: raskendatud hingamine füüsilisel koormusel, nõrkus ja südamepekslemine. Siseelundid ja valgevere pilt normis, leukots. 6600, hgb. 55%, SR 19 mm. Röntgenoloogiliselt: paremal täheldatakse 3,0×7,5 sm suurust ümarat homogeenset varjustust, mis tihedalt külgneb veresoonte varjustusega, kuid on sellest selgesti piiritletud. Bronhogrammil on võimalik kindlaks teha, et bronhi läbitavus ei ole häiritud. Kolme aasta kestel ei ole kasvaja röntgenoloogiline pilt peaaegu muutunud ning haige üldseisund on täiesti rahuldav. Kirurgiline ravi pole näidustatud. Tõenäoliselt on tegemist keskseinandi healoomulise kasvajaga.

Viimastel aastatel on samuti kasvanud leukoosihaigete arv ning leukeemiale omaseid muutusi rindkereelundeis leitakse peaaegu kõikide haigusvormide puhul, kõige sagedamini lümfoleukoosi ja harvemini müeloleukoosiga haigetel. Leukoosi iseloomulikeks röntgenoloogilisteks tunnusteks on massiivsed varjustused kopsudes ja tihedad suurenenud lümfisõlmed väratites. Leukotsüütide arv veres võib olla ka normaalne.

Juht 7 (vt. tahvel IV, röntgenogramm 7). Naishaige M. P., 52-aastane, viibis statsionaarsel ravil TVH-s 13.—28. septembrini 1962 (haiguslugu nr. 12685) kroonilise lümfoleukoosiga. Kaebused: väsimus, loidus, hingeldus käimisel. Paremas kopsus on piiratud alal kuuldavad väikesearvulised niisked räginad, südametoonid tuhmid. Röntgenogrammil täheldatakse laienenud kopsuväratite piirkonnas suurenenud

Röntgenogramm 5

Röntgenogramm 6

Röntgenogramm 7

Röntgenogramm 8

lümfisõlmi, paremal, 3.—4. roietevahemiku kohal paikneb suur ovaalne sõlm. Kolmandas roietevahemikus paremal esineb veel sagaratevahelise pleura paksenemine ning veidi kõrgemal mediaalselt on kopsujoonis deformeerunud.

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvesse samuti lümfogranulomatoos [lümfopeenia ja eosinofiilia; lümfoleukoosi puhul — lümfotsütoos (11, 13)]. Lümfo- ja retiikulosarkoom esinevad harvemini, kuid nad lokaliseeruvad sageli esmaselt mediastiinumis. Ainuüksi röntgenoloogiliselt ei ole neid haigusi võimalik diagnoosida. Kahtlastel juhtudel kasutatakse röntgeniravi: lümfosarkoom on väga tundlik kiiritamise suhtes, vähemal määral aga lümfogranulomatoos (14). Ka tuberkuloosse bronhoadeniidi ning bronhinäärmete vähi röntgenoloogiline pilt võib olla sarnane.

Mõnede selliste juhtude puhul tuleb silmas pidada Besnier-Boeck-Schaumanni tõbe, mida illustreerib järgmine haigusjuht.

Juht 8 (vt. tahvel IV, röntgenogramm 8). Meeshaige V. E., 28-aastane, viibis TVH-s 24. augustist 5. septembrini 1963 (haiguslugu nr. 12491). Diagnoos saatekirjal: lümfogranulomatoos, diagnoos vastuvõtmisel: bronhoadeniit ning lõplik diagnoos: Besnier-Boeck-Schaumanni tõbi. Kaebused: valud rindkeres, nõrkus, tugevnenud higistamine, vähene köha ja kõhnumine. Peab end haigeks kolm kuud. Siseelundid ja perifeerne veri normis. Mantoux' reaktsioon kõigis lahjendustes negatiivne. Röntgenoloogiliselt: kopsuväratid laiad, nendes on näha erineva suurusega tumestused — suurenenud lümfisõlmed. Kopsujoonis järsult intensiivistunud. Süda normis. Lümfogranulomatoos ja tuberkuloos lülitati diagnoosist välja sternaalpunktsiooni ja immunoloogiliste proovide andmetel.

Nähtavasti esineb seda haigust sagedamini kui diagnoositakse, sest algstaadiumis võib ta kulgeda kliiniliste sümptoomideta (15). Besnier-Boeck-Schaumanni tõbe avastatakse väga sageli röntgenoloogi poolt juhuslikult rindkereelundite uurimisel.

Rindkereelundite röntgenogrammi tõlgendamisel peab arvestama, et alla 1—1,5 mm mõõduga moodustised ei ole röntgeniülesvõttel nähtavad (7). Neil juhtudel on olemasoleva patoloogia tunnuseks kopsujoonise deformeerumine. Tuleb silmas pidada, et intensiivsema kopsujoonise puhul ei ole kopsuveresooned loogelised, vaid paeljad. Peale selle pole kopsudes veresoonte perifeersed harud ja arvukad magistraalharudest lähtuvad kõrvalharud tavaliselt samuti nähtavad. Need veresooned laienevad ainult patoloogiliste seisundite puhul, muutudes nähtavaks kopsude perifeersetes osades. Väärib märkimist, et ka röntgenoloogilise uurimismeetodi puhul võib esineda diagnoosimisvigu. Seepärast on vaja hoolikalt kõrvutada röntgenoloogilisi ja kliinilisi andmeid, kasutada funktsionaalseid uurimismeetodeid ning põhjalikult uurida kogu andmestikku (nii kliinilist kui ka röntgenoloogilist), mida pakuvad haige eelnevad uurimised. See kõik aitab diagnoosimisvigade arvu tunduvalt vähendada.

KIRJANDUS

1. Баранова А. Г. Диагностика интраторакальных опухолей. Л., 1959. — 2. Борохов А. И. Клиника хронического неспецифического воспалительно-склеротического процесса в легких. Смоленск, 1962. — 3. Дьяченко Д. А. Рентгенодиагностика заболеваний внутренних органов. М., 1956. — 4. Есипова Н. К. Вопросы патологии хронических неспецифических воспалений легких. М., 1956. — 5. Зальцман С. М. Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности ЭССР. Сборник 4, Таллин, 1960, 153—174. — 6. Лукьяченко Б. Л. Распознавание опухолей и кист средостения. М., 1958. — 7. Наумов Л. Б. Вестн. рентгенол. и радиол. 1960, 1, 33—39. — 8. Подольская Е. А. Рентгенодиагностика первичного рака легкого. М., 1962. — 9. Углов Ф. Г. Рак легкого. М., 1958. — 10. Фридкин В. Я. Вестн. рентгенол. и радиол., 1961, I, 28-33. — 11. Успенский А. Е. Лимфогранулематоз. М., 1958. — 12. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки. Ереван, 1958. — 13. Цукерман О. А. Вестн. рентгенол. и радиол., 1963, 5, 26—30. — 14. Hirsch, W. Lungenkrankheiten in Röntgenbild. B. II, Leipzig, 1958. — 15. Sillaste, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 4, 24—27. — 16. Zadok, L. Die Differentialdiagnose der Lungenkrankheiten. Leipzig. 1948.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

С. Зальцман

Резюме

Настоящая работа посвящена вопросам рентгенологической диагностики наиболее часто встречающихся заболеваний легких, диагностика которых с помощью других методов трудна или в части случаев даже невозможна. К этим заболеваниям относятся бронхопневмонии, хронические пневмонии, опухоли легких (первичные и метастатические), опухоли средостения, лимфолейкозы и болезнь Бенье-Бек-Шауманн. В приложении приводятся копии восьми рентгенограмм органов грудной клетки больных, которые находились на лечении в Таллинской республиканской больнице.

Случай очаговой пневмонии у больного, оперированного по поводу острого аппендицита, приводится на рентгенограмме № 1. На рентгенограмме № 2 приводится случай заболевания бронхопневмонией в области средней доли правого легкого. У этих больных пневмония могла быть диагностирована лишь с помощью рентгеновского метода исследования. На рентгенограмме № 3 представлено заболевание хронической пневмонией, протекавшее с частыми обострениями.

Сегментарный рак верхушки правого легкого представлен на рентгенограмме № 4. В течение пяти месяцев этого больного лечили от воспалительного процесса, т. к. рентгеновский метод исследования не был применен. Рентгенологическая картина метастатического рака легкого у больной, оперированной по поводу рака шейки матки, приведен на рентгенограмме № 5. Доброкачественная опухоль средостения у больной, которую наблюдали в течение трех лет, воспроизведена на рентгенограмме № 6. Рентгенологическая картина легких при заболевании лимфолейкозом и болезнью Бенье-Бек-Шауманн показана соответственно на рентгенограммах № 7 и 8.

В тексте приведены выписки из историй болезни этих больных и разобраны вопросы дифференциальной диагностики в каждом отдельном случае. В статье обсуждаются вопросы методики рентгеновских исследований и снимков в различных проекциях.

URETEROTSEELE JUHT RASEDAL

I. SAHHAROV ja *M. KLOMPUS*

(Pärnu Linna Haiglast, peaarst *K. Mõtus*)

Kusejuha kaudaalse osa tsüstoosset laienemist esineb võrdlemisi harva. Selle põhjuseks võib olla nii kaasasündinud arenguanomaalia kui ka kusejuha suudme põletikulisest armkoest põhjustatud kitsenemise tõttu tekkinud haiguslik seisund. Enamikel juhtudel põhjustab ureterotseele hüdronefroosi või püonefroosi.

Alljärgnevalt esitame ülevaate meie poolt ravitud ureterotseele juhust, mis tüsistus infitseeritud hüdronefroosiga.

Naishaige S. (haiguslugu nr. 4605), 20 aastat vana, saabus Pärnu Linna Haiglasse ravile 23. septembril 1961. Kaebused: kõrge kehatemperatuur, valud nimmepiirkonnas ja paremas küljes, kusepeetus. Anamneesist selgus, et patsiendi ema suri kopsupõletikku, ülejäänud perekonnaliikmed on terved. Esimest aastat abielus. Viimane menstruatsioon oli 1961. a. augustikuu algul. Põetud haigused: aasta vanuselt kopsupõletik, koolieas bronhoadeniit, 1960. a. sügisel viibis neeruvaagna-põletikuga Kilingi-Nõmme haiglas ravil. Pärast väljakirjutamist tundis end mõni aeg rahuldavalt, kuid peagi tekkisid jälle valud seljas ja paremas küljes. 1961. aasta aprillikuus hospitaliseeriti uuesti samasse haiglasse. Viibinud seal üle kahe nädala, kirjutati ta välja subfebriilse temperatuuri ja pidevate valudega ristluu piirkonnas.

Pärnu haiglasse saabumisel üldseisund rahuldav, kehaehitus korrapärane, toitumus hea. Nahk ja nähtavad limaskestad normaalse värvusega, puhtad. Regionaarsed lümfisõlmed ei ole palpeeritavad. Keel niiske, valge katuga, hambad saneeritud. Kopsudes vesikulaarne hingamiskahin, normaalne koputluskõla. Südametipus eba-

selge süstoolne kahin. Pulss rütmiline (120 lööki minutis), arteriaalne vererõhk 124/40 mm Hg. Kõht pehme. Palpeerimisel valulikkus parempoolse neeru ja kusepõie piirkonnas. Selja koputlemine paremal põhjustab valu.

Diagnoos: Neerukivitõbi? Ägenenud krooniline kalkuloosne püeliit?

Teisel päeval pärast haiglasse saabumist (24. sept. 1961) tekkisid (kell 14.00) ristluu piirkonnas tugevad valud, mis kiirgusid parempoolsesse kubemepiirkonda ja kusepõie kaela. Valudele kaasus iiveldus ja oksendamine. Haigele süstiti morfiini ja tehti 80 ml 0,5%-lise lahusega paranefraalne novokaiiniblokaad, mille järel valud natukeseks ajaks vaibusid, kuid peagi ilmusid uuesti endise intensiivsusega. Kusemine normaalse sagedusega, valulik. Temperatuur 39—40° C. Haige seostab temperatuuri tõusu ja valu külmetamisega. Edasistel uuringutel selgus järgmist. Günekoloogiline läbivaatus: viimane menstruatsioon 2. augustil 1961, ei ole end varem günekoloogiliselt ravinud. Kaebab valude üle alakõhus ja nimme piirkonnas, rohkem paremal pool, rõhumistunne tupes, kusemine valulik. Emakas vastavalt 5—6-nädalasele rasedusele suurenenud. Terav valulikkus parempoolses tupevõlvis. Häbemepilust sopistub välja sinakaslilla värvusega moodustis, mis tupeseinale vajutamisel kaob. Tupesein puhas. Lõppotsus: 5—6-nädalane rasedus, tupeseina song.

Tsüstoskoopia: kusiti välimine ava iseärasusteta. Tsüstoskoobi sisseviimine valutu. Põie maht normaalne, limaskest roosa värvusega, läikiv. Kusetoru parempoolse suudme kohal polüübitaoline moodustis, mis ülemises osas põie eesseinani ulatub. Moodustis on kaetud põie limaskesta ja üksikute erepunaste triipude ning täppidega, tipus on raskesti eristatav ava. Diagnoos: parempoolne ureterotseele. Kusepõiepolüüp?

Veenisisene püelograafia 40%-lise sergosiinilahusega: neerude ja kuseteede röntgenogrammil on vasakul täheldatav normaalne neerukontuur. Neeruvaagen muutusteta. Kusejuha on jälgitav kuni kusepõide suubumiseni. Parem kusejuha soolekäärudega kaetud. Neeru piirkonnas üksikud kontrastaine laigud. Kusejuha on vasakpoolsest laiem, väikese vaagna piirkonnas tunduvalt laienenud ning kusepõide suubumise kohal ahenenud. Kontrastainega täitunud kusepõies on nähtav viiekopikalisest veidi suurem ümara kujuga intensiivne varjustus. Lülisamba nimmepiirkonnas spondüloartroosinähud. Lõppotsus: parempoolse kusejuha distaalse osa ahenemisest tekkinud ureterotseele. (G. Fuks).

Vereanalüüs: SR 39 mm tunnis, hgb. 9,8%, leukots. 12 000. Kuseanalüüs: erikaal 1020, valgu jäljed. Sadestuses üksikuid epiteelirakke, vähesel hulgal lima, vaateväljas 10—12 leukotsüüti ja 3—5 värsket erütrotsüüti. Zimnitski proov: erikaal 1015—1020, hulk 4,0—130,0. Ksantoproteiinproov 26 ühikut. Vere jääklämmastik normis. Haige kaal ravile saabumisel 52 kg. Diagnoos: ureterotseele ja hüdronefroos paremal, 5—6-nädalane rasedus.

Pärast ravikuuri antibiootikumidega (200 000 TÜ penitsilliini 3 korda päevas ja 250 000 TÜ streptomütsiini 2 korda päevas) temperatuur normaliseerus. Valud paremas küljes kadusid.

Operatsioon toimus 11. 10. 1961 (I. Sahharov). Eeter-hapniku narkoosi all viibival haigel avati keskpidise lõikega häbemeluu kohalt kusepõis. Leid: parempoolse kusejuha intramulaarse osa laienemine ja selle väljasopistumine kusepõide 8×3 sm ulatuses. Kusejuha välimine ava on äärmiselt ahenenud kuni nööpnõelapea suuruseni. Selle lahtilõikamisel hakkas kusejuhast hägust kust erituma. Kui eritumine lakkas, jätkati väljasopistunud kusejuha lahtilõikamist pikisuunas kuni põie seinani. Umbes 0,5 sm kaugusel uue kusejuha suudme moodustamise kohast kusepõie limaskest separeeriti ja lõigati ära. Eemaldati osa väljasopistunud kusejuhast, kusjuures jäeti alles umbes 0,8 sm ulatuses kusejuha seina. Mõlemad pooled käänati lahti ja õmmeldi kätgutiga põie limaskesta külge. Sellisel viisil moodustus uuesti kusejuha pilukujuline suue. Kusepõis suleti 3-kihiliselt, operatsioonihaav õmmeldi umbselt kinni. Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. 8. päeval pärast operatsiooni võeti õmblused ära ja haige kirjutati koju rahuldavas seisundis.

1962. a. toimus normaalne sünnitus, kusjuures mingeid neerude haiguslikke nähte ei tekkinud. Aasta pärast tehtud uurimisel neerude ja kusejuhade patoloogiat ei sedastatud. Uuesti moodustunud kusejuhasuue pilukujuline, arme pole näha. Suue tõmbub normaalselt kokku ja selle kaudu eritub läbipaistvat uriini. Kromotsüstoskoopia teostamisel patoloogiat ei leitud. Kusejuha vasakpoolne suue ahenenud, seal esineb väikeste mõõtmetega ureterotseele.

Antud juhul oli ureterotseele moodustumise etioloogiliseks teguriks kusejuha suudme põletikujärgne armiline ahenemine, mis põhjustas kusepeetuse ja kusejuha kaudaalse osa laienemise.

Kirurgilise ravi tulemusena haige tervistus.

СЛУЧАЙ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У БЕРЕМЕННОЙ

И. Захаров и М. Клампус

Резюме

Больная С., 20 лет, находилась в 1961 г. в Пярнуской городской больнице по поводу правостороннего уретероцеле больших размеров и инфицированного гидронефроза. Кроме того у больной имелась беременность 5—6 недель. После обследования и предварительной подготовки антибиотиками, произведено чрезпузырное иссечение уретероцеле, с образованием нового устья мочеточника, путем продольного рассечения выпавшей части его до стенки мочевого пузыря и отсечения на расстоянии около 0,8 см. от стенки пузыря. Края подшиты с образованием нового щелевидного устья. При контроле через год, обнаружены хорошо функционирующее устье правого мочеточника и полностью восстановившаяся функция правой почки.

SALMONELLOOSSE ETIOLOOGIAGA OSTEOMÜELIIDIJUHUD LASTEL

Arstiteaduse kandidaadid *I. FREIBERG* ja *H. PIHL*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*, ja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Osteomüeliidi tekitajateks on V. Deržavini ja N. Kondašini (1) andmeil peamiselt stafülokokid (75—83%), streptokokid (7—18%) ja diplokokid (3—5%). Kõhutüüfusekepike ja teised *Genus Salmonella* bakterid põhjustavad nende autorite arvates osteomüeliiti ainult harvadel üksikjuhtudel. Käsitledes luude ja liigeste mitmesuguste haiguste röntgenoloogilist diagnoosimist, möönab ka S. Reinberg (5), et salmonelloosi põdemisega seotud luude kahjustusi tuleb ette üha harvemini, mistõttu arstide nooremal põlvkonnal võib mõnikord tekkida raskusi nende äratundmisel.

Ka kirjanduses leidub ainult üksikuid andmeid salmonelloosse etioloogiaga osteomüeliitide kohta (2, 6 jt.). Eestis on neid osteomüeliite varem kirjeldatud ainult ühel juhul H. Pihla (8) poolt, mil haiguse tekitajaks oli *S. typhimurium*.

Seega peaks huvi pakkuma kahe osteomüeliidijuhu kirjeldus lastel, mille tekitajaks oli *S. choleraesuis*.

Juht 1. Haige M. L., 7,5-kuune poisslaps, saabus 21. VIII 1962. a. Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgiaosakonda (haiguslugu nr. 11745). Enne seda oli laps mõned päevad (17. VIII—21. VIII) viibinud Tallinna Linna Nakkushaiglas poliomüeliidikahtlusega, sest ta ei saanud liigutada vasakut kätt. Temperatuur püsis haigel 39° piires, üks kord esinenud nakkushaiglas krambid.

Vastuvõtul Tallinna Vabariiklikusse Haiglasse oli laps raskes septilises seisundis, kahvatu ja loid. Rindkereelundid patoloogilise leiuta. Kõht komplemisel pehme, valutu. Iste normaalne. Vasak õlaliiges mõõdukalt tursunud, nahaalused veenid õla piirkonnas laienenud. Käega ei saa teha aktiivseid liigutusi. Õlg komplemisel väga valulik. Laps haigestunud 16. VIII, mil olevat muutunud rahutuks ja nutnud, temperatuur esimesel haiguspäeval olnud 38°. Patsient on esimene laps perekonnas. Arenenud normaalselt. Umbes 3-kuuselt kannatanud paar nädalat kõhulahtisuse all.

22. VIII tehtud vereanalüüsi andmed: SR 66 mm, hgb. 10,0 g%, leukots. 14 000; valem — plasmarakke 2, eosinof. 1, keppt. 7, segmentt. 39, lümfots. 41, monots. 10. Samal päeval sooritatud õlaliigese punktsioon, mille puhul saadi vähesel hulgal (1,5 ml) vedelat mäda. Mäda bakterioloogilisel uurimisel avastati selles *S. choleraesuis*. Leitud salmonellakultuuri resistentsuse uurimisel paberkettameetodi abil saadi järgmised tulemused: levomütsetiin +++, streptomütsiin ++, terramütsiin + ja biomütsiin —. Punkteerimist korrati kahel järgmisel päeval, kusjuures liigesesse manustati streptomütsiinilahust.

Röntgenogramm 3

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 1

I. Freiberg ja H Pihl

Röntgenogramm 3

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 1

Üldravina süstiti patsiendile lihasesse penitsilliini (70 000 TÜ 3 korda ööpäevas) ja streptomütsiini (75 000 TÜ 2 korda ööpäevas). Anti polüvitamiine ja kaltsiumkloriidilahust ning kandidamükoosi ennetamiseks 3 korda päevas 75 000 TÜ nüstatiini. Veeni niristati mitme päeva jooksul vedelikke (*sol. glucosae* 5% ja sol. *natrii chlorati* 0,9% *aā* 150 ml) ja vaheldumisi verd (50 ml) ning plasmat (50 ml). Vasak käsi fikseeriti pehme sidemega, õlaliigese piirkonda ordineeriti lühilainet.

23. VIII tehtud röntgeniülesvõttel (vt. tahvel V, röntgenogramm 1) sedastati patsiendi vasaku õlavarreluu ülemise epi- ja metafüüsi lateraalses osas luustruktuuri hõrenemist ja mediaalselt plinkolluse irdumist. Pehmed koed paksenenud. Diagnoos: vasaku õlavarreluu epi-metafüsaarne osteomüeliit.

24. VIII tehti eeternarkoosi all 2 lõiget vasaku õlavarreliigese piirkonda. Väljus rohkesti mäda, periost oli hävinud. Pärast mäda evakueerimist langes temperatuur 38° piiresse, kuid jätkusid sepsisele iseloomulikud palaviku kõikumised. Jätkati kompleksravi. Nädala pärast asendati penitsilliin ja streptomütsiin mütseriini (2 korda ööpäevas 24 000 TÜ) ja levomütsetiiniga (0,08×4). Hiljem sai patsient ka monomütsiini (50 000 TÜ × 3). Temperatuur normaliseerus 3 nädala jooksul. Eritus haavast vähenes ja lakkas lõpuks hoopis. Haavad granuleerusid ja sulgusid täielikult. Samuti taastus õlaliigese liikuvus.

Tekkinud aneemia tõttu (hgb. 7,4g%) tehti haigele süstemaatiliselt vereülekandeid (20—30 ml huikades). Üldtugevdavate vahenditena anti rauapreparaate, manustati B_6-vitamiini, lipokaiini, soolhapet, kalamaksaõli. Hoolitseti ka kaloriterikka toidu eest.

1. X tehtud röntgenogrammil (vt. tahvel V, röntgenogramm 2) täheldatakse vasaku õlavarreluu diafüüsis destruktsioonita luustruktuuri hõrenemist. Ülemises metafüüsis on nähtav lateraalselt selgesti piirdunud kontuuriga luudefekt. 2. X tehtud vereanalüüs andis järgmised tulemused: SR 18 mm, hgb. 11,0 mg%, leukots. 11200, valem — eosinof. 12, keppt. 1, segmentt. 29, lümfots. 49 ja monots. 9. 3. X kirjutati laps haiglast koju rahuldavas seisundis.

Ligi aasta möödumisel, s. o. 4. IX 1963. a. tehtud patsiendil vasaku õla piirkonnast korduv röntgeniülesvõte (vt. tahvel V, röntgenogramm 3), millest nähtub, et õlavarreluu diafüüsi luustruktuur on normaliseerunud. Luudefekt metafüüsi lateraalses osas on tunduvalt vähenenud, kontuurid selged.

Lapse üldseisund hea. Vasaku käe õlaliigese liikuvus täiesti normaalne.

J u h t 2. Haige J. S., 9-kuune tütarlaps, saabus 29. IX 1962. a. Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgiaosakonda (haiguslugu nr. 13325). Haigestunud 2 nädalat tagasi kõrge palavikuga ja valudega vasakus põlveliigeses. Voodist tõusmisel hoidus laps vasakule jalale toetumast. Patsient hospitaliseeriti algul lastehaiglasse sepsise ja keskkõrva kahepoolse katarraalse põletiku diagnoosiga, kust ta nädala pärast Tallinna Vabariiklikusse Haiglasse üle viidi. Lapse üldseisund raske. Esinevad sepsisele iseloomulikud nähud. Vasaku põlveliigese piirkond tugevasti tursunud, ümbermõõt 3 sm suurem parema põlveliigese ümbermõõdust. Põlveliiges väga valulik, liigeses leidub vedelikku.

Anamneesist selgub, et laps on arenenud normaalselt. Ligi 2 kuud tagasi esinenud tal kõhulahtisus, mis möödus iseenesest mõne päevaga.

3. X tehtud haigestunud põlveliigesest röntgeniülesvõte (vt. tahvel VI, röntgenogramm 1), millel on näha vasaku reieluu distaalse epifüüsi lateraalsel küljel luukontuuri hägusust ja liigesepilu laienemist (artriit) ning pehmete kudede infiltreerumist.

Liigeseõõne punkteerimisel saadi ligi 4 ml vedelat mäda. Mäda bakterioloogilisel uurimisel avastatud selles *S. choleraesuis*. Alustati üldravi antibiootikumidega ja vitamiinidega. Samuti tehti vere- ja plasmaülekandeid. Põlveliigest punkteeriti iga päev (kokku 11 korda) koos monomütsiinilahuse viimisega liigesesse. Mäda hulk vähenes iga punktsiooni järel ja kadus lõpuks. Haigestunud jalga hoiti kipslahases, haige sai lokaalselt vasaku põlve piirkonda lühilaineravi. Üldseisund paranes kiiresti: septilised nähud kadusid ja temperatuur normaliseerus. Põlveliigese turse vähenes ja selle liikuvus taastus.

Vereanalüüsi andmed pärast haiglasse vastuvõtmist (1. X) olid järgmised: SR — 61 mm, hgb. 8,8 g%, leukots. 13 000, keppt. 9, segmentt. 53, lümfots. 22, monots. 16. Väljakirjutamise eel (23. X): SR — 20 mm, hgb. 11,4 g% leukots. 7200, keppt. 7, segmentt. 39, lümfots. 46, monots. 8.

Röntgenogrammil, mis tehti 15. X (vt. tahvel VI, röntgenogramm 2), on nähtav vasaku reieluu distaalse epifüüsi lateraalses osas selgete kontuuridega luudefekt. Turse pehmetes kudedes tunduvalt vähenenud.

Patsient kirjutati 24. X 1962. a. haiglast välja rahuldavas üldseisundis.

Ravi kaugtulemuste määramiseks tehti 10. IX 1963. a. paranenud põlveliigesest uus ülesvõte (vt. tahvel VI, röntgenogramm 3). Sellel on näha vasaku reieluu distaalse epifüüsi lateraalses osas laineline tihenenud piiridega luudefekt. Esineb pehmete kudede tihenemine. Vasaku põlveliigese ümbermõõt oli paremast 1 sm võrra suurem. Lapse üldseisund oli kontrollimisel täiesti rahuldav. Käib ja jookseb palju. Kaebusi valude üle kahjustatud põlveliigeses ei ole esinenud. Temperatuur on kogu aeg normaalne. Laps tunneb end täiesti tervena.

Mõlemal kirjeldatud juhul on tegemist ägeda hematogeense epimetafüsaarse osteomüeliidiga. Anamneesi andmeil võib oletada, et nii patsient M. L. kui ka J. S. olid varem põdenud salmonelloosi. Sellele viitab kõhulahtisuse esinemine mõlemal lapsel, mis aga on salmonelloosi peamisi tunnuseid. Nii täheldati H. Pihla (4) andmetel Eesti NSV-s kliiniliselt väljendunud nähtudega salmonelloosihaigetel seedetrakti talitluse häireid 90,2%-l juhtudest. Pärast kõhulahtisuse möödumist, mida pealegi ei ravitud, jäid nähtavasti salmonellad nende organismis (tõenäoliselt luuüdis) anabiootilises olekus püsima, mis põhjustaski mõne kuu möödudes haigestumise ägenemise juba osteomüeliidi kujul.

Äge hematogeenne osteomüeliit tekib T. Krasnobajevi (3) andmetel 75%-l juhtudest just lastel, kusjuures poisslapsed haigestuvad 2—3 korda sagedamini kui tütarlapsed. Nagu märgitud, oli meie poolt kirjeldatud haigetest üks poiss- ja teine tütarlaps.

Mis puutub antud osteomüeliidijuhte põhjustanud *S. choleraesuis*' esse, siis on seda seroloogilist tüüpi Eesti NSV-s avastatud võrdlemisi harva. Haigestumiste puhul, mida ta on põhjustanud, on juhtivateks sümptoomideks olnud äge kõhulahtisus ja kõrge palavik. I. Saphra (9), H. Flippini ja G. Eisenberg (7) jt. andmeil võib *S. choleraesuis* põhjustada võrdlemisi sageli ka surmajuhte.

Et *S. choleraesuis* omab C gruppi kuuluva salmonellana ühist antigeenset struktuuri (6, 7; *c*; 1,5) *S. typhisuis*'ega (viimast on senini meil avastatud ainult sigadel), toimus nende diferentseerimine biokeemiliste omaduste alusel (erinev aktiivsus arabinoosi fermenteerimisel jne.).

Kokkuvõttes tuleb rõhutada, et osteomüeliitide puhul on igas haiglas vaja alati uurida mäda mikrofloorat, sest alles haigusetekitaja avastamine võimaldab rakendada efektiivset etiopatogeneetilist ravi.

KIRJANDUS

1. Державин В., Кондашин Н. Остеомиелит. БМЭ, М., 1961, т. 22, 381. 2. Костюкова Н. И. Сов. медицина, 1955, 1, 64—65. — 3. Краснобаев Т. цит. по 1. — 4. Пихл Х. О. Этиологическая структура и эпидемиологическая характеристика салмонеллезов в Эстонской ССР. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Таллин, 1963. — 5. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1955, т. II. — 6. Akerren, B. Svenska läkartidn., 1954, 51, 43, 2708—2710. — 7. Flippin, H., Eisenberg, G. Amer. J. Med. Sci., 1960, 239, 3, 52—60. — 8. Pihl, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 3, 58—60. — 9. Saphra, I. Schweiz. Arch. Tierheilkunde, 1953, 2, 125—126.

СЛУЧАИ ОСТЕОМИЕЛИТА САЛМОНЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

И. Фрейберг и *Х. Пихл*

Резюме

Возбудителями остеомиелита являются преимущественно стафилококки, стрептококки и пневмококки. Салмонеллы вызывают остеомиелит крайне редко. В Эстонии ранее описан остеомиелит салмонеллезной этиологии лишь один раз (Х. Пихл).

Приводятся 2 случая остеомиелита у детей, возбудителем которого была *S. choleraesuis*.

7.5 месячный мальчик поступил в детское хирургическое отделение Таллинской республиканской больницы в тяжелом септическом состоянии. В области левого плечевого сустава отмечались отек, расширение подкожной венозной сети и болезненность, активные движения отсутствовали. Заболевание началось остро 5 дней тому назад. Из анамнеза известно, что в 3-х месячном возрасте ребенок в течение 2-х недель страдал поносом. При пункции плечевого сустава получено около 1,5 мл жидкого гноя, в котором при бактериологическом исследовании обнаружена *S. choleraesuis*. В дальнейшем пункции повторялись два раза с последующим введением стрептомицина в сустав, затем

произведены 2 разреза, гной был эвакуирован. Ребенок получал лечение антибиотиками, общеукрепляющую терапию (витамины, хлористый кальций), капельные вливания жидкостей, переливание крови и плазмы, нистатин и местно УВЧ. Рука фиксирована мягкой повязкой. На рентгенограмме (см. вклейка V, снимок 1) обнаружены разрежение костной ткани в верхнем эпи-метафизе плечевой кости и отслойка периоста, утолщение мягких тканей. Температура нормализовалась через 3 недели. Раны очистились и зажили. Функция левого плечевого сустава восстановилась.

Через 40 дней на рентгенограмме видно (см. снимок 2) разрежение костной структуры в диафизе плечевой кости без деструкции. В верхнем метафизе латерально имеется дефект костной ткани с четкими контурами. Через 43 дня ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Через год состояние ребенка хорошее, движения в левом плечевом суставе нормальные. На рентгенограмме (см. снимок 3) видна нормализация костной структуры в диафизе. Костный дефект в метафизе значительно уменьшился, контуры его четкие.

Второй ребенок, 9-месячная девочка, поступила в детское хирургическое отделение Таллинской республиканской больницы в септическом состоянии. Заболела 2 недели тому назад с болями в левом коленном суставе. Имелся отек, резкая болезненность, отсутствие движений, определялась жидкость в суставе. Около 2-х месяцев тому назад страдала поносом, который прошел через несколько дней. На рентгенограмме левого коленного сустава (см. вклейка VI, снимок 1) видна нечеткость костного контура в дистальном эпифизе левого бедра и расширение суставной шели, мягкие ткани инфильтрированы. При пункции коленного сустава получено около 4 мл жидкого гноя, в котором обнаружена *S. choleraesuis*. В дальнейшем лечилась пункциями, всего 11 раз с последующим введением мономицина в сустав. Получала антибиотики и комплексное общеукрепляющее лечение. Нога фиксирована гипсовой лонгеткой, местно УВЧ. Гной в суставе постепенно исчез. Состояние улучшилось быстро, температура нормализовалась, движения в суставе восстановились. Через 12 дней на рентгенограмме (см. снимок 2) виден дефект костной ткани в дистальном эпифизе левого бедра с четкими контурами. Через 25 дней девочка выписана в удовлетворительном состоянии. Через год на контрольной рентгенограмме (см. снимок 3) виден костный дефект с четкими контурами в дистальном эпифизе бедренной кости. Мягкие ткани утолщены. Общее состояние ребенка при контрольном осмотре вполне удовлетворительное. Ходит хорошо, движения в левом коленном суставе в полном объеме.

У обоих детей имеется острый гематогенный мета-эпифизарный остеомиелит. По данным анамнеза можно предположить, что оба ребенка переболели ранее салмонеллезом, который проявился в виде поноса. Детей не лечили и, повидимому, возбудители остались в их организме в анабиотическом состоянии. Острый гематогенный остеомиелит поражает преимущественно именно детей.

S. choleraesuis встречается в Эстонской ССР довольно редко и вызывает в большинстве случаев понос и высокую температуру.

При остеомиелите необходимо исследовать микрофлору гноя, так как только выявление возбудителя дает возможность применять эффективное этиопатогенетическое лечение.

KUULMISE UURIMISEST JA KUULMISHÄIRETE DIFERENTSIAAL-DIAGNOOSIMISEST

L. AHU

(Haapsalu Rajooni Haiglast, peaarst *M. Martinson*)

Kuulmisanalüsaator võtab vastu ja diferentseerib temasse saabunud heliärritused ning seostab neid organismi erinevate talitlustega. Ta moodustab ühtse tervikliku süsteemi, mis koosneb kõrvast, juhteteedest ja tsentraalsest osast, peaajukeskustest ning ajukoorest.

Analüsaatori igal osal on kindel funktsioon. Analüsaatori perifeerne osa — kõrv — täidab kahte erinevat ülesannet: talle kuulub helide juhtimine ja vastuvõtmine. Tsentraalses osas, s. o. ajukoores, toimub heliärrituste lõplik analüüs ja süntees. Iga nimetatud osa kahjustus põhjustab kuulmishäiret, mille iseloom oleneb haigusliku protsessi asukohast kuulmisanalüsaatoris.

Kuulmisanalüsaatori normaalne talitlus kindlustab ühiskonnas inimestevahelise suhtlemise kõne abil, kuulmise kahjustus aga häirib seda. Normaalse kuulmise taastamiseks tuleb õigeaegselt diagnoosida ja ravida kuulmisanalüsaatori haigusi. Selleks on vaja tunda lihtsamaid kuulmisanalüsaatori talitluse uurimise meetodeid ja üksikosade kahjustuste diferentsiaaldiagnoosimist.

Kuulmisanalüsaatori haigestumise diagnoosimisele peab eelnema haige uurimine, mis koosneb 1) haiguse anamneesist — küsitlusest, 2) välisest vaatlusest ja komplemisest, 3) otoskoopiast, s. t. kõrva vaatlusest instrumentide abil, 4) kuulmiselundi talitluse — kuulmise — uurimisest. Sellises järjekorras sooritatud uurimine võimaldab diagnoosida kuulmiskahjustuse ulatust ja asukohta ning määrata vastavat ravi.

Hästi kogutud anamneesi põhjal on juba võimalik esialgse diagnoosi panemine. Küsitlemisel tuleb peale üldiste andmete (elukutse, põetud ja kaasnevad haigused, üldine tervise seisund jne.) erilist tähelepanu pöörata kõrva haigestumisele. Tähtis on välja selgitada haiguse algus, seos välistingimuste ja tööga, haigust põhjustavad asjaolud, haiguse kestus, kulg, teostatud ravi jne. Samuti on haiget vaja küsitleda kuulmise suhtes (kas kuulmine langes järsku või pikkamööda, selle dünaamika, kõrvade kohisemine jne.).

Välisel vaatlusel tuleb tähelepanu pöörata kõrvalesta asetusele, kujule, värvusele, kõrvalesta ümbruse ja nibujätke muutustele, väliskuulmekäigu ava ja kuulmekäigu valendikule. Komplemisega, s. o. nibujätkele, väliskuulmekäigu välisava ümbrusele ja läheduses olevale kõrvalestale vajutamisega või kõrvalesta ühes või teises suunas venitamisega tuleb välja selgitada, kus esineb valulikkus. Täpsema ülevaate kuulmekäigust ja keskkõrva seisundist saame otoskopeerimisel, s. o. kõrva vaatlemisel otsmikureflektori ja kõrvapeegli abil. Ka velskri-ämmaemandapunkti tingimustes on seda täiesti võimalik teha. Vaatlus leiab aset pimendatud ruumis kunstliku valgusallika abil, mille puhul kasutatakse järgmisi instrumente: otsmikureflektorit, sobiva suurusega kõrvapeeglit, kõr-

vasondi (kuulmekäigu puhastamiseks) ja laualampi. Valgusallikas asetatakse uuritavast paremale poole lauale nii, et see asuks uuritava kõrva kõrgusel. Uurija asetab reflektori pähe ja vaatab vasaku silmaga läbi reflektori keskel oleva ava kuulmekäiku, mida reflektor valgustab. Parema ülevaate saame kuulmekäigust siis, kui kõrvalehte tõmmata täiskasvanul üles- ja tahapoole, lastel aga alla- ja tahapoole; sellega õgvendame väliskuulmekäiku tema liikuvas kõhrelises osas. Normaalselt on kuulmekäik kõhrelise ja luulise osa piiril veidi kõverdunud ja kitsenenud.

Sobiva suurusega kõrvapeeglit kuulmekäiku viies (0,5—1 sm sügavusele) saame ülevaate kuulmekäigu seinte ja kuulmekile seisundist.

Pärast kuulmekäigu puhastamist, kui selles leidus eritist või võõrkeha, tuleb nähtavale valkjashall pärlmutri värvust meenutav kuulmekile koos oma osistega. Kuulmekile asetseb veidi kaldu, ülemine osa meie silmale lähemal, alumine kaugemal. Keskkõrvapõletikkude korral pole kuulmekile üksikud osad eristatavad, kuulmekile on aga osaliselt või üleni punetav, tursunud, verivillikestega kaetud, võivad esineda mulgustused. Kuulmekile võib olla armistunud, sissetõmbunud või täiesti hävinud, nii et õnnestub isegi näha keskkõrvaruumi — trummiõõnt. Keskkõrvapõletikkude algperioodil on muutused kuulmekilel vähem märgatavad: näeme kile kerget tuhmumist, valgusrefleks on ebaselge. Kuulmekäigu ärritamisel (loputamisel, kuulmekäigu tugeval puhastamisel) või lastel nutmise ajal tekib sageli kuulmekile punetus, nn. reflekshüpereemia, mistõttu õige ülevaate saamiseks tuleb kõik toimingud teha ettevaatlikult. Tähtis on lapse kõrva uurida tema rahuseisundis, sest rahunedes kaob reflekshüpereemia peagi. Otoskopeerimisel võtab õde, sanitar või ema lapse sülle, paigutab tema jalad oma jalgade vahele ja hoiab ühe käega lapse pead kinni.

Kuulmisseisundi kindlakstegemisele peab alati eelnema otoskopeerimine. Kuulmise määramise lihtsamateks võteteks on 1) vali-, tavalise ja sosinkõne proovid, 2) helihargikatsud. Eespool mainitud võtted on kergesti teostatavad ja omandatavad. Viimasel ajal on peale selle veel laialdaselt levinud kuulmise uurimine elektroakustilise aparatuuri abil (toon- ja kõneaudiomeetria), mis võimaldab kuulmisseisundit täpsemalt ja detailsemalt kindlaks määrata. Audiomeetriat rakendab aga ainult eriarst.

Uurimine sosinkõne abil peab toimuma vaikses ruumis, kusjuures ruumi suurus peab võimaldama haige ja uurija vahel kuni 6-meetrilise distantsi pidamist. Patsient sulgeb sõrmega kuulmekäigu ning pöördub küljega uurija poole, mida tehakse huultelt lugemise võimaluse ärahoidmiseks. Viimase vältimiseks võib sosinkõnet kontrollida ka suletud silmadega. Kuulmise määramiseks kasutatakse tavaliselt kahekohalisi numbreid, mida haigel lastakse valjusti korrata. Sosinkõne ühesuguse tugevuse saavutamiseks öeldakse numbrid reservõhu abil, mis on jäänud kopsudesse pärast tavalist väljahingamist. Sosistamist alustame vähemalt 6 m kauguselt ning lühendame vahemaad järk-järgult kuni kõigi meie poolt öeldavate sõnade kuulmiseni. Selliselt määrame mõlema kõrva kuulmisteravuse eraldi. Juhul, kui uuritav sosinkõnet ei kuule, määrame kuulmisteravuse samal viisil tavalise või valikõne abil; seejuures tuleb aga teise kõrva kuulmisvõimet müra abil summutada (lärmikarp).

Hea kuulmisteravuse puhul võib täiesti vaikses ruumis sosinkõnet kuulda 25 m kauguselt, praktiliselt peetakse aga normaalseks 6—8 meetrilist kaugust. Kuulmisteravuse täpsemaks kindlakstegemiseks sosinkõne abil tuleb tähelepanu pöörata madalamate ja kõrgemate helide kuuldavusele. Selleks kasutatakse numbreid, mis sisaldavad kõrge- ja madalahelilisi häälikuid. Kõrgehelilised häälikud on s, i (viiskümmend viis, viiskümmend seitse jne.), madalahelilised l, m, n, o, v (kolmkümmend kolm, kakskümmend kolm jne.).

Tabel 1

Sosinkõne ja helihargikatsude andmed kuulmishäirete puhul

Kahjustuse asukoht	Sosinkõne	Helihargikatsud				
		Weber	Rinne	Schwabach	c 128	c 4096
Terve kõrv	6—8 m	Kuulda peas või mõlemas kõrvas ühtlaselt	Positiivne	Võrdne normaalse kõrvaga	Normis	Normis
Väliskõrvas (kuulmekäigu täielikul vaiguga, võõrkehaga jne. sulgumisel)	Kuulmine mõõdukalt nõrgenenud	Kahjustuse poolel; mõlema kuulmekäigu samaaegsel sulgumisel kuulda peas või mõlemas kõrvas (lateratsiooni ei toimu)	Negatiivne	Pikenenud	Tunduvalt lühenenud	Vähe lühenenud
Keskkõrvas	Madalaheliliste sõnade kuuldavus halvenenud rohkem kui kõrgeheliliste sõnade kuuldavus. Kuulmise langus mitte väga tugev (sosinkõne kuuldavus vähemalt 0,5—1 m)	Haiges kõrvas	Negatiivne	Pikenenud	Tunduvalt lühenenud, madalate helide piir sageli tõusnud	Vähe lühenenud
Sisekõrvas	Kõrgeheliliste sõnade kuuldavus halvenenud rohkem kui madalaheliliste sõnade kuuldavus. Kuulmise languse aste kergest häirest kuni täieliku kurtuseni	Terves kõrvas või vähem kahjustatud kõrvas (mõlemapoolse haigestumise puhul)	Positiivne	Lühenenud	Vähe lühenenud	Tunduvalt lühenenud, kõrgete helide piir sageli langenud

Tabel 2

Haige kaebused ja objektiivne leid kõrva erinevate osade kahjustuse puhul

Kahjustuse asukoht	Haige kaebused, etioloogilised tegurid	Välisvaatlus	Komplemine	Otoskoopiline leid
Väliskõrvas (kuulmekäigus)	Valulikkus kuulmekäigus suu liigutamisel või kuulmekäigule vajutamisel. Kuulmekäigu sulgusel: kõrva kumisemine, kuulmise nõrgenemine	Turse, punetus väliskuulmekäigu ava ümbruses; võõrkeha on sageli kuulmekäigus nähtav	Terav valulikkus kuulmekäigule vajutamisel või kõrvalesta liigutamisel.	Kuulmekäigu osaline või täielik turse, punetus, eritis kuulmekäigus; nähtav võõrkeha, vaik, kõrvapeegli väheselgi tugevamal liigutamisel terav valulikkus kuulmekäigus
Keskkõrvas	Valu kõrvas, eritis, kuulmise nõrgenemine, kohisemine. Ägedatel juhtudel sageli koos hingamisteede katarridega, gripiga, nakkushaigustega (leetrid, sarlakid) või nende järgselt kõrva haigestumine, t° tõus. Kroonilistel juhtudel varem esinenud korduvad kõrvapõletikud, mädavoolus kõrvast, kuulmise püsiv nõrgenemine, ägenemine seoses ägedate haigustega, vee sattumisel kõrva. Lastel sageli koos nohu ja neelupõletikuga jne.	Katarraalsete põletikkude korral kuulmekäik puhas. Mädase põletiku puhul voolus kõrvast, mis võib olla vesine, limane, mädane jne., põhjustades sageli kõrvalesta punetuse, turse, koorikute tekkimise	Kuulmekäigule vajutamisel kuulda «lirtsumist», vajutamisel kerge hellus.	Kuulmekäigus eritis, pärast selle puhastamist näha kuulmekile osaline või täielik punetus, turse, osised ebaselged või pole üldse eristatavad, kuulmekilel laienenud veresooned, vahel verivillid. Kroonilistel juhtudel kuulmekile osaliselt või täielikult hävinud, näha trummiõõs, liigliha. mis puudutamisel kergesti veritseb. Krooniliste kuivade põletikkude korral kuivad kuulmekile mulgustused, armid jne.
Sisekõrvas	Kuulmise langus järsku või pikkamööda, kohin ja vile kõrvas, vahel ka tasakaaluhäired. Tekib ägedate nakkushaiguste, mürgistuste, aju ja ajukelmete ning närvisüsteemi haiguste järgselt või samaaegselt. Professionaalsed tegurid (müra, vibratsioon jne.), ravimid (streptomütsiin, salitsülaadid). Üldine ateroskleroos jt. üldhaigused keskkõrvapõletiku tüsistusena.	Leiuta	Leiuta	Kuulmekile normaalne. Juhtudel, kus sisekõrva kahjustuse põhjuseks on keskkõrvapõletik, esinevad vastavad muutused kuulmekilel

Helijuhteaparaadi (välis- ja keskkõrva) häirete puhul on madalahelilised sõnad halvemini kuuldavad, vastuvõtuaparaadi (sisekõrva) kahjustuse korral aga vastupidi — kõrgehelilised sõnad.

Veidi täpsema ülevaate saamiseks on kuulmist võimalik uurida helihargi abil (nn. helihargikatsud). Selleks on vajalik vähemalt 2 heliharki, üks madalate helide (c [128] või c [256]) ja teine kõrgete helide saamiseks (helihark c [2048] või c [4096]). Õhu- ja luujuhtivust võrreldakse Rinne katsu järgi, milleks kasutatakse heliharki c [128] või c [254]. Võnkuv helihark asetatakse kõrvalesta taha nibujätkele, kus teda hoitakse seni, kuni uuritav kuuleb helihargi võnkumist. Edasi viiakse sama helihark ilma täiendava löögita kuulmekäigu ette ja jälgitakse, kas uuritav veel kuuleb heli. Normaalselt on õhujuhtivus parem ja uuritav kuuleb heli kuulmekäigu ees kauem kui luu kaudu. Rinne kats on sellisel juhul positiivne. Keskkõrva kahjustuse puhul (otoskleroos, kroonilised keskkõrvapõletikud jne.) on helihargi võnkumine nibujätkel kauem kuuldav kui kuulmekäigu ees, kusjuures Rinne kats on negatiivne.

Helide lateraliseerimise kindlakstegemiseks (Weberi kats) kasutatakse samuti heliharki c [128] või c [256]. Kui võnkuv helihark asetada otsmiku keskele või lagipähe, kuuleme heli normaalselt kas ühtlaselt mõlemas kõrvas või peas. Kuulmiskahjustuse korral (vastavalt haigusliku protsessi iseloomule) kuuleb uuritav heli ühe või teise kõrvaga, mis järelikult lokaliseerub paremasse või vasakusse kõrva. Tulemus märgitakse: Weber — lateraliseerub paremale või vasakule. Haige ja terve kõrva luujuhtivuse võrdlemiseks kasutatakse helihargi c [128] või c [256] abil tehtavat Schwabachi katsu, mis seisneb selles, et võnkuv helihark asetatakse kahjustatud kõrva poolsele nibujätkele, helisemise lõppedes aga uurija enda nibujätkele, kes jälgib, kas heli on veel kuulda. Kui kuuleme võnkumist, siis märgime — Schwabach lühenenud; juhul, kui heli on haige nibujätkel kauem kuuldav, räägime, et Schwabach on pikenenud. Keskkõrva kahjustuse puhul on Schwabach pikenenud, sisekõrva kahjustuse korral aga lühenenud

Saadud uurimistulemuste analüüs võimaldab diagnoosida kuulmisanalüsaatori ühe või teise osa kahjustust, määrata vastavat ravi või suunata haige õigeaegselt täiendavaks uurimiseks rajooni eriarsti juurde. Kahjustuste asukoha määramist uurimisandmete põhjal abistavad koondtabelid (tabel 1 ja 2).

ОБ ИССЛЕДОВАНИИ СЛУХА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ СЛУХА

Л. Ахт

Резюме

Нормальная функция слухового анализатора обеспечивает общение людей посредством речи, нарушения слуха препятствует этому. Для восстановления нормального слуха нужно своевременно диагностировать и лечить заболевания слухового анализатора. Необходимо знать простейшие методы исследования функции слухового анализатора и дифференциальную диагностику отдельных заболеваний.

Для диагностирования заболевания слухового анализатора следует: 1) собрать анамнез, 2) произвести внешний осмотр и пальпацию, 3) провести отоскопию т. е. осмотр уха при помощи инструментов, 4) исследовать функцию органа слуха.

Обследование, проведенное в указанном порядке позволяет диагностировать место и объем поражения слуха и назначить необходимое лечение.

Далее описывается способы проведения вышеописанных исследований и анализа полученных результатов.

KROONILINE HEPATIIT

Arstiteaduse kandidaat *H. KAHN*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Krooniline hepatiit ehk maksapõletik on sageli raske kuluga ja vahel isegi eluohtlik haigus. Valdava enamiku kroonilise hepatiidiga haigetest moodustavad isikud, kes on läbi põdenud epideemilise hepatiidi ehk Botkini tõve. Neil esineb seejärel pikemat aega söögiisu langus, perioodiliselt iiveldus, raskustunne parema roidekaare all, valud maksa piirkonnas pärast rasvasemate toitude tarvitamist, silmavalgete kerge kollasus ja maksa suurenemine.

Kuid Botkini tõbi pole ainuke haigus, mis võib tüsistuda kroonilise hepatiidiga. Samuti võib kroonilise hepatiidi tekkimist põhjustada krooniline sapipõie- ja jämesoolepõletik. Tihti on krooniline hepatiit mingi haiguse või mürgistuse kaasnähuks. Siinjuures võib maksa kroonilise põletiku osatähtsus olla üsnagi erinev. Näiteks pliimürgistuse puhul avaldub hepatiit paljudel juhtudel võrdlemisi tagasihoidlikult ja on teisejärgulise tähtsusega, samal ajal kui kroonilise dikloretaanimürgistuse korral on maksapõletik mürgistuse peamiseks tunnuseks.

Tabelis 1 esitatakse kroonilise hepatiidi peamised põhjused.

Tabel 1

Kroonilise hepatiidi põhjused

Nakkushaigused	Mürgistused	Muud põhjused
Botkini tõbi Malaaria Brutselloos Krooniline sapiteede põletik Süüfilis	Amiino- ja nitroühendid (bensool, toluool jt.). Orgaanilised halogeeniühendid (dikloretaan, tetrakloorsüsinik, kloroform jt.) Raskemetallid (elavhõbe, plii, mangaan jt.) Arseen	Mõnede (nn. hepatotroopsete) ravimite sagedane kasutamine (atofaan, aminasiin jt.) Kiiritushaigus. Töötamine kõrge temperatuuri tingimustes. Ulatuslik naha põletus. Alkohol

Ülaltoodud kroonilise hepatiidi põhjuste loetelu pole muidugi täielik, kuid küllaldane selleks, et veenduda, kuivõrd erinevad põhjused võivad esile kutsuda kroonilist põletikku maksas. Maks on organismi tähtsaks kaitsebarjääriks ja tal on keskne koht ainevahetuses. See elund on sõna tõsises mõttes kõige täiuslikum biokeemiline laboratoorium, kus toimub amiinohapetest uute, organismile vajalike valkude moodustumine, paljude fermentide ning mõnede vitamiinide (A ja B_{12}) sünteesimine jne. Maks võtab vastu inimese kehasse pääsenud mürkaineid ja muudab nad kahjutuks või suunab need ühes sapiga organismist välja. Näiteks ühineb toluool maksas hipuurhappega, mille tagajärjel moodustub vees hästi lahustuv ühend, mis neerude kaudu organismist kergesti eemaldatakse. Tunduv osa kehasse sattunud raskemetallidest (elavhõbe, plii jt.) eemaldatakse koos sapiga.

Kroonilise hepatiidi patogeenees on keerukas ja paljud küsimused sel alal on jäänud senini lahendamata. Maksarakkude düstroofia, seroosne turse, fibroos, samuti biokeemilised nihked on nii toksiinide ja mürkide vahetu kui ka kaudse toime (närvi- ja fermentsüsteemi kaudu) tagajärg. Oma mitmekülgse talitluse tõttu on maks teiste elunditega tihedalt seotud. Seepärast võib kroonilise hepatiidiga haigeil suureneda põrn, võivad tekkida kõhunäärme ja neerude talitluse häired, aneemia jne.

Kroonilise hepatiidi tunnused. Erinevalt maksa ägedatest põletikkudest kulgeb enamik kroonilisi hepatiite tagasihoidliku kliinilise pildiga. Iseloomulikuks kaebuseks on rõhumistunne või tuim valu

paremal pool roidekaare all. Lisaks sellele võib tekkida naha sügelemine, halb söögiisu, iiveldus, peavalu, peapööritus, kerge erutatavus, väsimus, intensiivne higistamine jms.

Haige vaatlemisel võime märgata silmavalgete, mõnikord ka naha kerget kollasust. Vererõhk on enamikul juhtudel madal ja pulss aeglustunud, mis on tingitud bilirubiinihulga suurenemisest veres. Maks on tavaliselt suurenenud. Ta alumine serv ulatub mõne sentimeetri võrra allapoole roidekaart. Komplemisel on maks tavalisest tihkem, terava servaga ja mõõdukalt valulik. Maksa suurenemist võivad põhjustada ka mitmed teised haiguslikud seisundid, näiteks esineb vereringe kroonilise puudulikkuse puhul paismaks.

Väga suure tähtsusega on maksatalitluse uurimine. Kasutusel olevatest proovidest nimetame bilirubiini määramist veres ja uriinis, urobiliini määramist uriinis, koormuskatsu galaktoosiga, Takata-Ara reaktsiooni, Veltmanni koagulatsiooniproovi, valgufraktsioonide määramist vereseerumis ja Quicki antitoksilise funktsiooni proovi. Loetletud analüüsid on kroonilise hepatiidi diagnoosimiseks väga väärtuslikud, kuid ei ammenda kaugeltki maksatalitluse mitmekülgsust. Näiteks on hästi teada, et maksa poolt toodetavate fermentide (aldolaasi, transaminaasi, koliinesteraasi jt.) aktiivsuse uurimine on väga tundlikuks testiks patoloogiliste seisundite määramisel, mistõttu on vaja meie raviasutustes hakata üha laialdasemalt rakendama vastavaid reaktsioone. Tuleb silmas pidada, et samal ajal kui osa maksatalitlusi on kroonilise hepatiidi puhul häiritud, võivad teised näitajad olla täiesti normaalsed. Seepärast tuleb kroonilise hepatiidi kahtluse korral, eriti siis, kui kliiniline pilt pole küllalt selge, uurida maksatalitlust võimalikult mitmekülgselt.

Kroonilise hepatiidi kulg võib olla mitmesugune. Kui haiget hoolikalt ravida ja õigeaegselt kõrvaldada maksasse kahjulikult toimivad tegurid, võib krooniline hepatiit täielikult mööduda, sest maksal on suur regeneratsioonivõime. Mõnikord võivad hepatiidi tunnused paljudeks aastateks püsima jääda, põhjustamata siinjuures tõsisemaid tervisehäireid. Mõnedel juhtudel haigusprotsess kord vaibub, kord jälle ägeneb. Sel ajal haige enesetunne halveneb, söögiisu väheneb, valu parema roidekaare all tugevneb, maks suureneb ning tekivad iiveldus ja teised vaevused.

Maksapõletiku ägenemine nõuab üldreeglina haige hospitaliseerimist ning hoolikat ja piisavalt pikaajalist ravi, mille kestus sõltub mitte ainult haige enesetundest ja kliinilistest andmetest, vaid ka maksatalitlust iseloomustavate laboratoorsete analüüside tulemustest. Seega ei saa maarajoonides töötavate velskrite kohustuseks pidada niisuguste haigete ravimist. Küll aga peab ta õigeaegselt diagnoosima kroonilise hepatiidi ägenemist ja haige haiglaravile suunama.

Eriti ohtlik on maksa krooniline põletik selle tõttu, et aastate jooksul võib maksakude sidekoega asenduda. Sel puhul tekib vereringvoolus takistus, mille tagajärjel kõhunaha all asuvad veresooned tugevasti laienevad ja kõhukoopasse hakkab vedelikku kogunema. Maksatalitluses tekivad tugevad häired, mis ohustab haige elu. Niisugust lõpptulemust saab vältida siis, kui kroonilist hepatiiti õigeaegselt ja asjatundlikult diagnoositakse ning ravitakse.

P r o f ü l a k t i k a. Et krooniline hepatiit tekib kõige sagedamini Botkini tõve järgselt, siis on suure tähtsusega selle haiguse profülaktika. Suurt osa hakkab tõenäoliselt etendama Botkini tõve vastane passiivne-aktiivne immuniseerimine gammaglobuliiniga, mida on eksperimentaalselt hakatud laialdaselt rakendama ka Eesti NSV-s. Väga oluline on praegusel etapil nakkusliku kollatõve kollasusega ja kollasuseta vormide õigeaegne diagnoosimine, haigete varajane hospitaliseerimine ja nende hoolikas ravimine.

Oluline on ka igasuguste krooniliste haiguste, eriti krooniliste koletsüstiitide, kolangiitide, gastriitide ja koliitide hoolikas ravi. Vastavas kirjanduses võib leida rohkesti andmeid nn. seerumhepatiidi ehk «süstlahepatiidi» levikust. Selle tekitajaks peetakse B-viirustüüpi, mis erinevalt A-viirustüübist satub organismi eranditult parenteraalsel teel, nagu näiteks B-viirustüübiga saastunud süstlanõelte kasutamisel. Seerumhepatiidi vältimise üheks eelduseks on instrumentide hoolikas steriliseerimine.

Et osa kroonilisi hepatiite tekib tööstusmürkidega kokkupuutumise tagajärjel, on väga oluline, et töötingimused vastaksid sanitaar-hügieenilistele nõuetele. Kui on tegemist kroonilise toksilise hepatiidi algnähtudega, siis maksatalitluse normaliseerimine sageli ei vaja spetsiaalset ravi. Vajalik on ainult üleviimine teisele tööle, kus pole kontakti tervist kahjustavate ainetega.

Ravimeetodid võib jaotada kahte rühma. Esimesse rühma kuuluvad need meetodid, mis on suunatud haiguse põhjuse kõrvaldamisele, s. o. etiotroopne ravi. Toksiliste ainete kiirendatud eemaldamine organismist, kaasa arvatud maksast, annab toksiliste hepatiitide puhul väga häid tulemusi. Sellisteks aineteks on elavhõbedamürgistuse puhul unitool, pliimürgistuse puhul etüleendiamiintetra-äädikhape jne. Etiotroopseks võib pidada ka malaaria ja teiste krooniliste nakkuste ravi, mille tagajärjel paraneb ka maksatalitlus.

Teise rühma kuuluvad ravimeetodid, kus kasutatakse patogeneetilise toimega ravimeid. Nende eesmärgiks on kõrvaldada haiguslikud muutused maksakoes ja juhtida maksatalitlus normaalsetesse rööbastesse. Võib pidada tõestatuks, et maksatalitluse puudulikkus algab glükogeeni talletamisvõime vähenemisega. Järgneb rasva kogunemine, mis omakorda halvendab maksatalitlust. Niisiis patogeneetilise ravi eesmärgiks ei saa olla ainult glükogeenihulga suurendamine (seda saavutame glükoosi abil), vaid ka rasva vähendamine maksas. Selleks kasutame ravimeid, mis maksa ladestunud rasvast moodustavad fosfolipiide ning sel teel vabastavad maksa kahjulikust rasva infiltratsioonist. Sellise omadusega aineid nimetame lipotroopseteks. Nendest enam kasutatavad on lipokaiin (0,1—0,2 g 2—3 korda päevas) ja metioniin (0,5—2,0 g kolm korda päevas pool kuni 1 tund enne söömist mitme nädala vältel).

Otstarbekohane on rakendada samuti ka dieeti, mis on rikas lipotroopsete ainete poolest. Sellisteks toiduaineteks on näiteks kohupiim, riis, kruubid, tailiha, tursakala, sojajahu, juust jne. Liigsöömisest tuleb hoiduda.

Ravimitest on kroonilise hepatiidi puhul näidustatud veel kampoloon, B_{12}- ja C-vitamiinid. Viimasel ajal on häid ravitulemusi saadud adrenokortikotroopse hormooniga (AKTH) ja kortisooniga (samuti prednisolooniga). Siiski tuleb viimatinimetatud hormoonipreparaatidega olla ettevaatlik ning igal juhul hoiduda pikkadest ravikuuridest.

Kroonilise hepatiidi puhul, isegi siis, kui protsess on näiliselt vaibunud, on maks tundlik igasuguste kahjulike mõjutuste suhtes. Seepärast kõrvuti ravimisega ja haiguse kulu hoolika jälgimisega tuleb haigete tähelepanu juhtida sellele, et nad hoiduksid alkohoolsetest jookidest, külmetamistest, raskest füüsilisest tööst, töötamisest madala temperatuuri tingimustes, rasvase toidu tarvitamisest ja teistest maksa kahjustavatest või kurnavatest teguritest.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ

Х. Кахн

Резюме

Хроническое воспаление печени возникает в основном по следующим причинам: 1) в результате перехода острого гепатита в хронический, 2) под воздействием различных токсических веществ и 3) в результате различных хронических заболеваний организма.

Наиболее характерными признаками хронического гепатита являются тупые боли в области правого подреберья и умеренное увеличение печени, а так-же ухудшение аппетита, зуд кожи, головные боли, тошнота, усталость, раздражительность и т. д. Поскольку клиническая картина хронического гепатита нередко бывает затушованной, большое диагностическое значение имеет изучение функционального состояния печени.

Из профилактических мероприятий первостепенное значение имеет тщательное лечение острых гепатитов и хронических воспалительных процессов, в частности хронических холециститов и хронических колитов. Необходимо создавать соответствующие условия труда при работе с токсическими веществами.

Лечебные мероприятия направлены во-первых на ликвидирование воспалительного процесса, во-вторых на предупреждение перехода хронического гепатита в цирроз печени. Из многочисленных лекарственных средств особое внимание заслуживают липотропные вещества (метионин, холин и др.).

MÕNEDE RAVIMITE KASUTAMISEST SÜDAME JA VERESOONKONNA HAIGUSTE PUHUL

V. NALJOTA

(Tallinna Kopli Polikliinikust, peaarst *N. Ajasta* ja Tallinna Harjumäe Haiglast, peaarst *V. Davidovitš*)

Käesolevas artiklis käsitletakse glükoosi, strofantiini, kampri, kofeiini ja kordiamiini süstimise otstarbekohasust südame- ja veresoonkonna mõnede haiguste puhul.

Glükoos ehk viinamarjasuhkur on heksooside rühma lihtsaim süsivesik. Glükoosi farmakoloogiline efekt on seletatav tema energeetilise väärtuse ja osmootse toimega. Viinamarjasuhkru isotoonilist lahust (5%-list) manustatakse juhul, kui on vaja suurendada vedeliku hulka organismis. On täheldatud, et glükoosi hüpertoonilise lahuse süstimisel veeni tõuseb lühiajaliselt arteriaalne ja venoosne vererõhk, mille põhjuseks on ringleva vere hulga ajutine suurenemine. Eksperimentaalandmetel on glükoosil koronaarveresooni laiendav toime. Kuid leidub ka teistsuguseid andmeid. Juba G. Lang (4) väitis, et glükoosi hüpertoonilise lahuse viimisel veeni esineb mõnikord ebasoodsaid elektrokardiograafiliselt registreeritavaid muutusi (ST saki lamenemine) ja valutunne südame piirkonnas. Sellest järeldub, et eriti müokardi infarkti puhul peab glükoosi teatava ettevaatusega kasutama.

Viimasel ajal ilmunud tööde põhjal on muutunud ka vaade glükoosi osatähtsuse ja mõju kohta müokardile. Väga oluline on H. Selye (6) väide, et glükoos põhjustab hüpokaleemiat ja soodustab seega müokardi nekroosi arengut. A. Dembo kaasautoritega (3) kirjutab, et H. Selye vaade müokardi mittespetsiifiliste nekrootiliste kahjustuste kohta näitab ka tee nende seisundite vältimiseks (kaaliumi- ja magneesiumisoolade manustamine) ja hoiatab arste glükoosi kasutamisega liialdamast. Seepärast on parem südameglükosiidide süstimisel veeni tarvitada füsioloogilist lahust.

Strofantiin osutab südamesse valikulist toimet. Omades glükosii-

dide põhiomadusi mõjustab ta suhteliselt vähe südame kokkutõmmete sagedust ega blokeeri märgatavalt Hissi kimpu. Mitraalstenoosi taustal tekkinud südamepuudulikkuse puhul (koos mitraalpuudulikkusega või ilma selleta), mis kulgeb normaalse rütmi või virvendava arütmiaga, annab strofantiiniravi suurepäraseid tulemusi: paisunähud kopsudes, mitmesugused vistseraalsed tursed, nagu mitmed muudki dekompensatsiooninähud, kaovad kiiresti.

Müokardi infarkti puhul on strofantiini eeliseks digitaalise (sõrmkübara) preparaatidega võrreldes see, et tema vagotroopne toime on nõrgem, järelikult on ka pärgarterite ahenemise võimalused väiksemad. Kaua aega kardeti müokardi infarktiga haigetele strofantiini manustada. Arvukad tähelepanekud on näidanud aga selliste kartuste põhjendamatust. Raskesti haigetele süstitakse strofantiini 0,25—0,5 mg isegi kaks korda ööpäevas [S. Vaisbein (1), R. Mežebovski (5) jt.].

Eakatel inimestel sageli esineva paiskopsupõletiku puhul, kus samaaegselt on nõrgenenud südametegevus või kaasnevad hüpertooniatõbi ning kardioskleroos, on sõrmkübarapreparaatide rakendamisel otsustav tähtsus. Ilma selle ravimi manustamiseta avaldavad sulfaniilamiidid ja penitsilliin ainult ajutist ravitoimet. Et sõrmkübarapreparaadid kiirendavad üldist verevoolu, eriti väikeses vereringes, on nende määramine täiesti õigustatud ja efektiivne. Strofantiini kasutatakse ka paroksüsmaalse tahhükardia puhul. Strofantiini üledoseerimisel võivad tekkida ekstrasüstoolia, bigemiinia, rütmi dissotsiatsioon.

Endokardiidi puhul ei ole sõrmkübarapreparaatide kasutamine küll näidustatud, kuid nende rakendamise vajadus kerkib üles juhul, kui haigel hakkavad arenema dekompensatsiooninähud. Endokardi põletikuline seisund on sõrmkübarapreparaatide määramisel tõsiseks vastunäidustuseks, sest süstoli tugevnemine võib mainitud preparaatide toimel põhjustada klappidel esinevate trombiliste ja põletikuliste kihistuvate elementide lahtirebenemist. Seepärast ei soovitata emboolia nähtudega kulgeva endokardiidi juhtudel sõrmkübarapreparaate (sealhulgas ka strofantiini) tarvitada.

Täiesti vältimatute ja eluohtlike näidustuste korral tuleb sõrmkübarapreparaate manustada väikestes annustes, et mitte liialt tõsta südamelihaste kokkutõmbevõimet. Strofantiini pole soovitatav rakendada vatsakestest lähtuva paroksüsmaalse tahhükardia juhtudel (kõike eespool öeldut arvesse võttes), samuti mitte varem kui 3—5 päeva pärast sõrmkübarapreparaatide manustamist.

Meditsiinis on laiaulatuslikult kasutusel k a m p e r. Ta kuulub kesknärvisüsteemi ergutavate vahendite, samuti südamevahendite hulka. Kuid kampri määramisel peab meeles pidama ka tekkida võivaid tüsistusi. Leidub andmeid, et nõrgestunud organismil on kampriõli imendumine ja tema väljumine organismist järsult häiritud (seoses glükuroonhappe- ja hapnikuvaegusega). Mõned autorid soovitavad hapnikuvaeguse all kannatavatele haigetele kamprit määrata ettevaatlikult, kuid kliiniline praktika neid väiteid ei kinnita. Ei tohi unustada, et kamprit võib süstida ainult naha alla (mitte lihastesse) ja soojendatuna. Kirjanduses on kirjeldatud kampriõli süstimisest põhjustatud surmajuhte [P. Vinnikov (2)]. Kõige sagedamini võib seda juhtuda kampriõli viimisel juba väljakujunenud oleogranuloomi piirkonda, kus rõhu tõusust rebenevad granulatsioonkoe veresooned. Rasvaosakesed võivad sel puhul sattuda veresoonte valendikku ja sealt edasi väiksesse vereringesse (kopsud) või suurde vereringesse (süda, aju) ning tekitada embooliat. Kampri rakendamisel peab tema vähesele toksilisusele vaatamata meeles pidama ka mõningaid vastunäidustusi.

Viimasel ajal on ilmunud töid, milles täielikult eitatakse kampri positiivset mõju südame- ja veresoonkonnale. Arvesse võttes kampri toi-

met südamesse pole vaja seda ravimit ekstrasüstoli tekkele kalduvaile haigeile määrata. Et kamper suurtes annustes manustatuna põhjustab krampe, siis eklampsia ravimiseks kasutatavate vahendite kompleksi ta ei kuulu.

Kõigist puriini derivaatidest avaldab peaaju koorele ja koorealustele keskustele kõige tugevamat mõju kofeiin. Ta on lähedane loomulikele ainevahetusproduktidele (kusihappele), millega võib seletada tema kiiret lagunemist organismis ning kumulatsiooni puudumist pikemaajalisel tarvitamisel. Teatavasti kõrvaldab kofeiin peaajuveresoonte spasmi ja alandab seljaajuvedeliku rõhku. Peaajuveresoonte umbumisel ning südametegevuse nõrgenemisel, eriti kollapsi puhul määratakse koos südameglükosiididega alati kofeiini. Kui on tegemist kompenseerunud südameriketega ja nendega kaasneb üht või teist laadi neuroos, manustatakse kofeiini väikestes annustes koos broomiga. Kofeiini rakendamine vereringehäirete puhul on põhjendatud mitte niivõrd tema toime tõttu südamelihasesse, kui pikliku aju keskustesse. Eespool öeldut arvesse võttes ei tohi kofeiini määrata närvisüsteemi kõrgenenud erutuvuse ning südame- ja veresoonkonna orgaaniliste haiguste, sealhulgas ateroskleroosi korral (veresoonte hapruse tõttu võivad tekkida verevalumid).

Sageli kasutame ka sünteetilist preparaati kordiamiini, mis farmakoloogiliste omaduste poolest on lähedane kamprile ja kofeiinile. Põhiliselt kiirendab ta südame rütmi, seetõttu on ka arusaadav, mispärast kordiamiini ei rakendata tahhükardia puhul. Nimetatud ravim suurendab ka hingamisliigutuste sügavust, seepärast tarvitatakse teda võitluses hingamistegevuse pärssumusega.

Vereringe ja hingamiskeskuse alanenud toonuse korral mõjustab kordiamiin neid ergutavalt, mis väljendub arteriaalrõhu kõrgenemises ja vereringe kiirenemises. Suurtes annustes manustatuna kutsub ta esile pea- ja seljaaju ärrituse. Sellel ravimil on ka teatav toksiline toime — võivad tekkida peaaju motoorsete keskuste ärritusest tingitud kloonilised krambid.

Öeldu põhjal võib soovitada, et ravimpreparaatide määramisel arvestataks mitte ainult nende positiivseid omadusi, vaid alati ka vastunäidustusi.

KIRJANDUS

1. Вайсбейн С. Г. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней М., 1957. — 2. Винников П. Л. Сов. медицина, 1961, 3, 142—143. — 3. Дембо А. Г., Дибнер Р. Д., Тесленко Ж. А., Проэктор М. Л. Кардиология, 1962, 3, 70—77. — 4. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. М., 1950. — 5. Межебовский Р. Г. Лечение и профилактика сердечной недостаточности. М., 1963. — 6. Сельье Г. Профилактика некрозов сердца химическими средствами. Перевод с англ. М., 1961.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА И СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В. Нальота

Резюме

Обсуждается целесообразность впрыскивания глюкозы, строфантина, камфоры, кофеина и кордиамина при некоторых заболеваниях сердца и сосудистой системы.

Согласно данным экспериментального исследования, глюкоза вызывает расширение венечных сосудов сердца. Г. Ланг однако утверждал, что при внутривенном введении гипертонического раствора глюкозы иногда можно отметить нежелательные изменения электрокардиограммы (уплощение зубца ST) и боль в области сердца. Из этого следует, что глюкозу, в особенности же при инфаркте миокарда, следует применять с осторожностью. Изменился взгляд и на значение и действие глюкозы на инфаркт мио-

карда. Х. Селье утверждает, что глюкоза вызывает гипокалемию и содействует таким образом развитию некротических изменений миокарда. А. Дембо предупреждает врачей от излишеств с назначением глюкозы. Поэтому для внутривенного введения сердечных глюкозидов лучше использовать физиологический раствор поваренной соли.

Строфантин имеет избирательное действие на сердце. При недостаточности сердечной деятельности, развивающейся на фоне митрального стеноза, лечение строфантином дает замечательные результаты. Долгое время больным с инфарктом миокарда боялись назначать строфантин. Наблюдения же показали, что боязнь эта не имеет основания. Больным, находящимся в тяжелом состоянии вводят 0,25—0,5 мг строфантина, а иногда и дважды в сутки. Передозировка строфантина может вызвать экстрасистолию, бигеминию и диссоциацию ритма.

При использовании камфоры следует помнить о могущих возникнуть осложнениях. Не следует забывать,что камфору следует вводить только подкожно (не внутримышечно).

При тромбозе сосудов головного мозга и ослаблении сердечной деятельности, в особенности при коллапсе, вместе с сердечными глюкозидами всегда назначают кофеин. Если имеется компенсированные пороки сердца сопровождающиеся неврозом, то следует прописывать небольшие дозы кофеина вместе с бромом. Кофеин не следует назначать при повышенной возбудимости нервной системы и в случаях органических заболеваний сердца и сердечно-сосудистой системы, в том числе при атеросклерозе (опасность возникновения кровоизлияний вследствие хрупкости сосудов).

Кордиамин имеет схожие с камфорой свойства. Он ускоряет ритм сердца, из за чего его не назначают при тахикардии. Кордиамин используют при угнетении дыхания. В больших дозах кордиамин вызывает раздражение головного и спинного мозга. Вследствие раздражения двигательных центров головного мозга могут возникнуть клонические судороги.

При назначении лечебных препаратов следует учитывать их положительные свойства, а также противопоказания.

Arstiteaduse ajaloost

PROFESSOR HENRIK KOPPELI 100. SÜNNIPÄEVAKS

Dotsent *E. SIIRDE*

Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhataja, Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi esimees

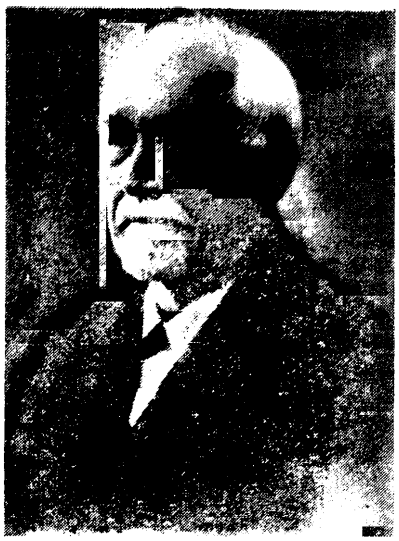
29. detsembril 1963. a. möödub sada aastat Tartu Riikliku Ülikooli endise professori Henrik Koppeli sünnist. Sel puhul tuletavad teda suurima lugupidamisega meelde tema endised õpilased ja Eesti NSV kõrva-nina-kurguhaiguste arstid.

H. Koppel sündis Viljandimaal Uusna vallas põllumehe perekonnas. Tema haridustee algas Uusna kihelkonnakoolis ning jätkus Viljandis ja Tartus, kus ta lõpetas gümnaasiumi 1884. a. Samal aastal astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1890. a. Järgmisel aastal anti talle toksikoloogia probleemi käsitleva väitekirja kaitsmisel arstiteaduse doktori kraad.

H. Koppeli tegevus arstina algas ajal, mil otorinolarüngoloogia oli alles iseseisvaks erialaks kujunemas. XIX sajandi lõpuks olid Venemaal ja Lääne-Euroopas loodud nii esimesed kõrva-nina-kurguosakonnad või -kliinikud kui ka esimesed õppetoolid sel erialal.

Nagu Tartu Riikliku Ülikooli endistest õppekavadest nähtub, mainiti Tartus kõrvahaigusi teiste õppeainete hulgas esimest korda 1843. a. sügis-

semestril, mil kirurg luges kõrvahaigusi koos silmahaigustega («*de morbis oculorum et aurium*»). Sajandi lõpupoole õppekavadest nähtub, et üliõpilastele loeti ka larüngoskoopiat (kõri vaatlus) ja rinoskoopiat (nina vaatlus). On vihjeid selle kohta, et õppusi viidi läbi koos praktiliste töödega. Kuid Tartus puudus nimetatud erialal veel kindel arenemissuund, sest kõrva-nina-kurguhaiguste alal pidasid loenguid kas internist või kirurg, kes seda ainet ainult muuseas käsitlesid.



H. Koppel oli õppejõud, kes tahtis Tartu Ülikoolis otorinolarüngoloogiat kujundada iseseisvaks erialaks. Kuigi ta oli juba omandanud esimesi kõripeegli kasutamise kogemusi sisekliinikus, tuli tal selle areneva erialaga põhjalikumalt tutvuda veel mujal. Selleks olid võimalused olemas, nimelt oli eelmise sajandi lõpul Peterburis, Moskvas ja Kiievis otorinolarüngoloogiale juba alus pandud: seal töötasid esimesed kõrva-nina-kurguhaiguste raviasutused ja üliõpilastele loeti kõrva-nina-kurguhaigusi vabatahtliku ainena.

H. Koppel sai esimese otorinolarüngoloogia-alase ettevalmistuse Peterburis, kus ta 1892. a. sügassemestril õppis arstiteaduse doktor Peeter Hellati ja Peterburi arstide täiendusinstituudis dotsent N. I. Lunini, dotsent V. N. Nikitini ning ka eradotsent Jakobsoni juures. Samuti käis ta Sõjaväe Meditsiini Akadeemia kõrva-nina-kurgukliinikus.

H. Koppel muretses Peterburist tarvisminevad instrumendid ja 1893. a. veebruaris hakkas ta Tartu Ülikooli polikliinikus kõrva-nina-kurguhaigeid 2 korda nädalas vastu võtma. H. Koppelil oli raskusi isegi arstiteaduskonnas ruumide saamisega haigete ambulatoorseks vastuvõtuks. Sellest nähtub, et Tartu Ülikoolis ei osutatud kujunevale noorele erialale vajalikku tähelepanu ja abi. Hiljem käis H. Koppel end korduvalt omal kulul välismaa tolleaegsete silmapaistvate spetsialistide juures täiendamas.

Nii teoreetiliste kui ka praktiliste kogemuste suurenemisega sai H. Koppelist tolleaegne silmapaistev otorinolarüngoloog. Tema võimeid ja saavutusi arvesse võttes valiti H. Koppel 12. XI 1904. a. esimeseks Tartu Ülikooli kõrva-nina-kurguhaiguste eradotsendiks.

1905. a. kevadsemestrist alates luges H. Koppel kõrva-nina-kurguhaigusi vabatahtliku õppeainena 2 tundi nädalas. Loengud toimusid koos haigete demonstreerimisega. Kuigi aine oli vabatahtlik, on teada, et üliõpilased külastasid neid loenguid rohkearvuliselt; seda mitte ainult H. Koppeli kui hea pedagoogi pärast, vaid ka praktilistel kaalutlustel ja vajadustel, sest otorinolarüngoloogia kui eriala oli võitnud juba väärika koha teiste arstiteaduse distsipliinide hulgas ja seda eriala tundmata ei saanud läbi praktiseeriv arst. Nii õpetas H. Koppel Tartu Ülikoolis kõrva-nina-kurguhaigusi kuni 1918. aastani. Kõrva-nina-kurguhaigete ambulatoorne vastuvõtt toimus endiselt polikliiniku juures.

H. Koppel viis otorinolarüngoloogina Tartu Ülikooli nende esimeste Venemaa ülikoolide hulka, kus tol ajal loodi otorinolarüngoloogia õppetoolid. Tartus omandatud otorinolarüngoloogia-alaste teadmistega siirdusid arstid laiali üle kogu Venemaa. Et H. Koppel tegeles ühtlasi ka sisehaigustega, siis valiti ta 1917. a. sisehaiguste erakorraliseks ja 1918. a. korraliseks professoriks. 1918. a. lahkus professor H. Koppel Tartust ja läks

koos evakueeritava ülikooliga Voroneži, kus jätkas tegevust sisehaiguste professorina.

1920. a. saabus H. Koppel Tartusse tagasi, kus ta kutsuti sisehaiguste polikliiniku professoriks ja määrati ühtlasi ka ülikooli rektoriks. Samal aastal loodi H. Koppeli algatusel ülikooli juurde kõrva-nina-kurguhaiguste professuur ja iseseisev ambulatoorne asutus — Tartu Ülikooli kõrva-nina-kurguhaiguste polikliinik.

1920. a. alates muudeti otorinolarüngoloogia kohustuslikuks õppeaineks, mida luges professor H. Koppel, kes ühtlasi määrati kõrva-nina-kurguhaiguste polikliiniku ajutiseks juhatajaks. Nendel ametikohtadel töötas ta 1926. aastani, mil ta lahkus vabatahtlikult järglase kasuks.

Iseseisva kõrva-nina-kurguhaiguste polikliiniku rajamisega 1920. a. pandi alus ka selle eriala haigete statsionaarsele osakonnale I Haavakliinikus Toomel. Nii oli võimalus loodud ka kirurgilise otorinolarüngoloogia väljaarendamiseks. Tungiv vajadus statsionaari suurendamise järele tingis mõtte luua iseseisev kõrva-nina-kurgukliinik. Selle vajaduse võimaldas realiseerida uus hoone, mis valmis 1938. a., kuhu mahutati kõrva-nina-kurgukliinik koos silmakliinikuga. Sellest ajast alates eksisteerib kõrva-nina-kurgukliinik oma statsionaari (45 voodikohta) ja polikliinikuga kui ainulaadne õppe- ja raviasutus Eesti NSV-s, mis praegu kannab Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonna nimetust.

Professor H. Koppel siirdus 1934. a. pensionile, kuid ta tuli uuesti tööle kõrva-nina-kurguarstina Tartu Linna Polikliinikusse siis, kui Nõukogude Eesti tervishoiuvõrgu suurenemisega tunti vajadust kõrva-nina-kurguarstide järele. H. Koppel töötas sellel ametikohal 80. eluaastani, mil haigus surus teda voodisse. H. Koppel suri Tallinnas 14. detsembril 1944. a. Ta maeti 18. detsembril Tartusse Raadi kalmistule.

Kui tagantjärele hinnata H. Koppeli tööd ja tegevust, siis võib öelda, et ta oli suure eruditsiooniga arst, teadlane ja pedagoog, kel olid laialdased vaimsed huvid ning suurepärased organisatoorsed võimed. Kuigi käesolevas kirjutises rõhutatakse H. Koppeli otorinolarüngoloogia-alaseid teeneid, ei saa vaikides mööda minna ka teistest mainimisväärsetest faktidest tema töös ja tegevuses.

Juba noore arstina võttis ta osa kooleravastasest võitlusest Kostroma kubermangus, samuti leepravastasest võitlusest Eestis. H. Koppel oli ka mõnda aega Tartu lähedal asuva Muuli leprosooriumi juhatajaks. Leeprasse haigestumise kohta Baltikumis esines ta ettekandega Pirogovi VI kongressil 1896. a. Kiievis. Oma teaduslikke tähelepanekuid publitseeris ta trükis nii teraapia, otorinolarüngoloogia kui ka leepra alal Peterburis ilmuvates ajakirjades ja Pirogovi kongressi protokollides.

Eriti suured on H. Koppeli teened tervishoiualases selgitustöös laiematele rahvahulkadele. Juba 1888. a. alates avaldas ta pidevalt populaarteaduslikke artikleid ajalehes «Postimees». Eriti intensiivseks muutus H. Koppeli tervishoiualane selgitustöö siis, kui tema algatusel hakati 1903. a. välja andma esimest eestikeelset tervishoiualast ajakirja «Tervis», mille toimetajaks ta oli kuni 1909. aastani.

Ei saa mainimata jätta H. Koppelit kui looduse sõpra, kes on palju kaasa aidanud loodusteaduse arendamisele Eesti NSV-s. Kuigi H. Koppel tundis huvi kõige vastu looduses, kujunes tema eriliseks huvialaks ornitoloogia. Saaremaal Kuusnõmme bioloogiajaamas, mille asutajaks ta oli, tegeles ta zooloogiamuuseumi jaoks veelindude hankimisega ning aitas tõhusalt ja tegelikult kaasa lindude rõngastamisel.

Professor H. Koppeli kui omaaegse rektori korraldusel viidi zooloogiamuuseum ülikooli peahoonest Aia (praegune Vanemuise) tänava suurde hoonesse ja muudeti rahvale kättesaadavaks. Professor H. Koppel organiseeris ülikooli juures oleva Looduseuurijate Seltsi ülemineku sakslaste valdusest eestlaste kätte.

H. Koppel oli ka üks nende hulgast, kes kirjutas alla protestikirjale 1905. a. karistussalkade tegevuse vastu. Samuti tunti teda kui kadakluse vastu võitlejat. Pole siis imestada, et saksa okupatsiooni ajal (1918. a.) majutati H. Koppeli korterisse 24 saksa sõdurit ja H. Koppelil endal soovitati Eestist lahkuda.

Eesti NSV vanema ja keskmise põlvkonna arstid mäletavad professor H. Koppelit isikuna, kes veel kõrges vanuses paistis silma noorusliku ja energilise rühiga, kes töötas oma kutsealal veel 80-aastaselt.

Eesti NSV otorinolarüngoloogide seas, kes tundsid H. Koppelit, püsib mälestus temast kui tagasihoidlikust inimesest, kes kunagi ei mõelnud enesele vaid ikka teistele — kogu rahvale.

К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ГЕНРИКА КОППЕЛЯ

Э. Сийрде

Резюме

Врачебная деятельность профессора Генрика Коппеля (1863—1944) началась тогда, когда оториноларингология только стала оформляться как самостоятельная наука. В конце прошлого столетия в Петербурге, Москве и Киеве были заложены основы оториноларингологии, там уже работали первые оториноларингологические лечебные учреждения, а студентам читали факультативный курс болезней уха-горла-носа.

Из старых программ Тартуского университета видно, что болезни уха были упомянуты в них впервые в осеннем семестре 1843 г., когда курс болезней уха и глаза стал читать хирург. Из программ конца прошлого столетия видно, что студентам читали о ларингоскопии и риноскопии. Но в Тартуском университете в те времена не было определенной перспективы развития этой специальности, и лекции по оториноларингологии читали то хирург, то терапевт.

Профессор Генрик Коппель задался целью развить оториноларингологию в Тартуском университете в самостоятельную дисциплину. Подготовку по этой специальности Г. Коппель проходил в 1892 г. в Петербурге у доктора медицинских наук Пеэтера Хеллата и в Петербургском Институте для усовершенствования врачей у доцентов Н. И. Лунина и В. Н. Никитина. Посещал он также клинику болезней уха, горла и носа Военно-медицинской академии.

Приобретя теоретические знания и практические навыки Г. Коппель стал выдающимся оториноларингологом своего времени. 12 октября 1904 г. Г. Коппель стал первым приват-доцентом по оториноларингологии. В 1918 году Г. Коппель вместе с университетом был эвакуирован в Воронеж.

С 1920 г. Г. Коппель ректор Тартуского университета и профессор поликлиники внутренних болезней. В том же году при Тартуском университете открывается профессура по оториноларингологии, эта дисциплина становится обязательной и лекции по этой специальности начинает читать профессор Г. Коппель.

Профессор Г. Коппель был выдающимся врачом, ученым и педагогом, человеком с широкими духовными запросами, талантливым организатором. Молодым врачом он принимал участие в борьбе со вспышкой холеры в Костромской губернии, потом в Эстонии с проказой. Свои наблюдения он публиковал в петербургских журналах и протоколах Пироговских съездов.

Велики заслуги профессора Генрика Коппеля по распространению медицинских научно-популярных знаний среди населения. По его инициативе в 1903 году начал выходить первый популярный журнал на эстонском языке «Тервис» («Здоровье»), редактором которого Г. Коппель работал до 1909 года.

Эстонские врачи старшего и среднего поколений помнят профессора Г. Коппеля как человека даже в глубокой старости сохранившего интерес к работе и жизни.

SADA AASTAT HÜPOTERMIAT

L. NURMAND

(Tartu Riikliku Ülikooli farmakoloogia kateedrist, juhataja professor *G. Kingissepp*)

Juba vanal ajal teadsid inimesed, peamiselt põhjamaade rahvad, et külmumine põhjustab letargilise seisundi, kusjuures külmasurm saabub pikaldaselt, «ohvri» uinumise järel.

Et jahutamist võib kasutada ka narkootilise seisundi esilekutsumiseks — sellele viitas esmakordselt Kiievi Ülikooli professor Aleksander Petrovitš Valter 100 aastat tagasi oma töös «Külma toimest elusolenditesse». Ta kirjutas [(2) lk. 836]: «Pärast jahutamist on katseloom valu suhtes vähetundlik ega karju peaaegu kunagi. Mainitud seisundis võib temal sooritada kõige aeganõudvamaid, kõige valurikkamaid operatsioone, võib välja prepareerida peenimaid närve luudes ja teistes suletud kohtades. Selgub, et selline jahutamine anesteseerib looma paremini kui kloroform või oopium.» Oma töös puudutas A. Valter ka hüpotermia mõningaid olulisi erinevusi narkoosist, näiteks pulsi tunduvat aeglustumist, vererõhu langust ja verejooksude vähenemist. Ta näitas, et jahutatud loomadega võib teha keerukaid füsioloogilisi katseid ilma et loom valu tunneks ja rabeleks.

Samal ajal kui ilmus A. Valteri kirjutis, oli kirurgias inhalatsioonnarkoos äsja kasutusele võetud. Kuigi selle rakendamisel tekkis komplikatsioone, oli uus tuimastusmeetod palju ohutum kui keerukas jahutamine ja pealegi tehniliselt kergesti teostatav. Seetõttu ei leidnud hüpotermia laialdast kasutamist; ainult üksikud kirurgid, näiteks N. Pirogov, püüdsid seda inimeste opereerimisel rakendada.

Huvi hüpotermia vastu tekkis uuesti alles käesoleva sajandi 30—40-ndatel aastatel. Nimelt püüdsid L. Smith ja T. Fay (8) 1936—1940. a. ning I. Talbott (9) 1941. a. rakendada kestvat jahutamist inoperaabelsete vähihaigete opereerimisel. Kuigi üksikjuhtudel saavutati sel teel mõningat edu, olid tagajärjed siiski üldiselt ebakindlad.

Kirurgias kerkis hüpotermiameetod jälle päevakorrale 1949. a., mil Mc Quiston (7) teatas südameriketega «siniste» laste puhul hüpotermiaseisundis tehtavatest esimestest südameoperatsioonidest. Eksperimentaalse aluse hüpotermia rakendamiseks südame opereerimisel panid W. Bigelow (3), I. Boerema (4), B. Cookson (5) koos kaastöölistega jt. Selgus, et hüpotermia puhul organismi resistentsus hapnikuvaeguse suhtes suureneb, ning et 20° kehatemperatuuri juures võib südame vereringest välja lülitada 15 minutiks, kuna normaalse kehatemperatuuri juures on see võimalik ainult 1—$1^1/_2$ minutiks.

2. septembril 1952. a. sooritasid F. Lewis ja M. Taufic (6) hüpotermiat rakendades esimese südameoperatsiooni. Edukad tulemused soodustasid hüpotermia laialdast kasutuselevõtmist peamiselt rindkerekirurgias. Nõukogude Liidus hakkasid seda meetodit edukalt rakendama paljud kirurgid, nagu A. Bakulev, A. Višnevski, P. Kuprijanov, V. Šamov jt.

Kunstliku hüpotermia meetodite väljatöötamisega laienesid ka näidustused selle kasutamiseks, esialgu südame ja suurte veresoonte opereerimisel, hiljem ka muude operatsioonide puhul ning neuroloogias, psühhiaatrias, günekoloogias jne. Peagi selgus, et hüpotermiaseisundis tehtud operatsioon on küllaltki suure ohuga seotud. Sageli tekkivate komplikatsioonide tõttu loobusid paljud kirurgid sellest meetodist, samuti vaibus üldine huvi hüpotermia vastu. Ainult rindkere ja peamiselt südame opereerimisega tegelevad kirurgid ning nendega koos töötavad patofüsioloogid jätkasid hüpotermia uurimist ja rakendamist kliinikus.

Seni kasutatakse kliinikus jahutamist 32—28°, sest see temperatuurivahe põhjustab kõige vähem komplikatsioone ja selle praktiline teostamine on tehniliselt hõlpsam. Peale selle on väljatöötamisel ka nn. sügava

hüpotermia meetod jahutamisega 10—0°, mis on aga tavalisest hüpotermiameetodist tunduvalt keerukam.

Tänapäeval on hüpotermia näidustatud juhtudel, kus operatsiooni käigus tuleb pikemaks ajaks katkestada kas üldine või regionaarne vereringe. Paljud kodumaa ja välismaa nimekad kirurgid rakendavad edukalt hüpotermiat kaasasündinud südamerikete opereerimisel nn. kuival südamel. Hüpotermia tõstab organismi resistentsust aju hapnikuvaeguse ja operatsioonitrauma suhtes ning on seetõttu tõhusaks meetodiks ajuvereringe ajutist katkestamist nõudvate pea- ja seljaaju operatsioonide puhul.

Kaasajal on hüpotermia saanud endale kirurgias kindla koha. On täitunud A. Valteri ennustus: «... loomade jahutamine võib aja jooksul muutuda selliste delikaatsete katsete läbiviimise meetodiks, millistele praegu (tavaliste vivisektsioonimeetodite puhul) ei või mõeldagi.» Kuigi hüpotermia on tuntud juba sajandi vältel, esineb tema suhtes siiski veel palju selgitamata küsimusi ja avamata perspektiive. Seetõttu on hüpotermia veel tänapäevalgi arstiteaduse aktuaalsemaid probleeme.

KIRJANDUS

1. Бураковский В. И. «Сухое» сердце в условиях гипотермии в хирургии врожденных пороков сердца. М., 1961. — 2. Вальтер А. П. Совр. медицина, 1863, 45, 836—843. — 3. Bigelow, W., Callaghan, J., Hopps, J. Ann. Surg. 1950, 132, 3, 531. — 4. Boerema, I., Wildschut, A., Schmidt, W., Broekhuysen, L. Arch. Chir. Neerl., 1951, 3, 25—34. — 5. Cookson, B., Neptune, W., Bailey, Ch. Dis. Chest, 1952, 22, 245. — 6. Lewis, F., Taufic, M. Surgery, 1953, 33, 1, 52—59. — 7. Mc Quiston, W. O. Arch. Surg., 1950, 61, 895. — 8. Smith, L. W., Faym, T. Am. J. Clin. Path., 1940, 10, 1, 1—11. — 9. Talbott, J. H New England J. Med., 1941, 224, 281—288.

СТО ЛЕТ ГИПОТЕРМИИ

Л. Нурманд

Резюме

Уже в древности люди, в особенности северные народы знали, что замерзание вызывает состояние подобное летаргическому и смерть в этом состоянии наступает постепенно.

Профессор Киевского университета Александр Петрович Вальтер сто лет назад впервые указал, что охлаждение организма вызывает наркотическое состояние.

Когда было опубликовано сообщение А. П. Вальтера, ингаляционный наркоз только что начал применяться. Хотя при ингаляционном наркозе и возникали осложения, этот метод был всё же безопаснее и технически проще, чем сложный процесс охлаждения. Вследствие этого гипотермия не нашла широкого применения.

Интерес к гипотермии возник снова только в 30—40-х годах. В хирургии же гипотермию стали применять в 1949 году. Выяснилось, что гипотермия увеличивает сопротивляемость организма к недостатку кислорода, что при понижении температуры тела до 20° можно выключить деятельность сердца на 15 минут, тогда как при нормальной температуре тела это можно сделать только на $1^1/_2$ минуты.

В 1952 году под гипотермией была сделана первая операция сердца. Хорошие результаты благоприятствовали широкому применению гипотермии, и главным образом в грудной хирургии. В Советском Союзе гипотермия получила широкое распространение.

В клинике применяется охлаждение тела до 32—28°, так как при этой температуре наблюдается меньше всего осложнений, и проведение охлаждения технически легко выполнимо. Имеется также метод т. н. глубокой гипотермии — охлаждения до 10—0°, применение которого значительно сложнее.

В настоящее время гипотермия показана в случаях когда при операции необходимо на длительное время выключить общее или местное кровообращение. Многие советские и зарубежные хирурги по поводу врожденных пороков сердца успешно применяют гипотермию при операциях на т. н. «сухом сердце».

Konverentsid ja nõupidamised

I. M. SETŠENOVI TEOSE «PEAAJU REFLEKSID» ILMUMISE 100. AASTAPÄEVA TÄHISTAMISE KONVERENTS TARTUS

29. mail 1963. a. toimus Tartus teaduslik konverents, mis oli pühendatud I. M. Setšenovi teedrajava teose «Peaaju refleksid» ilmumise 100. aastapäevale. Konverentsi korraldasid ühiselt Eesti Füsioloogia Selts, Eesti Psühholoogide Selts, Eesti Biokeemia Seltsi Tartu osakond ja Tartu Teaduslik Neuroloogide ja Psühhiaatrite Selts.

Prof. E. Käer-Kingisepp andis oma ettekandes ««I. M. Setšenovi teose «Peaaju refleksid» tähtsus füsioloogia arengule»» ammendava ülevaate nervismi idee kujunemisest ja arengust kodumaises füsioloogias. Dots. E. Koemets käsitles teose «Peaaju refleksid» füsioloogilise psühholoogia põhialuseid ning nende edasiarendamist nõukogude psühholoogias. Vanemõpetaja J. Unger esitas kujukalt andmeid selle kohta, kuivõrd sügavalt oli I. M. Setšenov tunginud töö ja puhkuse füsioloogia probleemidesse ja kuivõrd tihedalt on tema põhimõtted kaasajaga seotud.

Kolm ettekannet näitasid originaalse materjali põhjal, millisel määral ja millistes suundades arendatakse kaasajal edasi M. I. Setšenovi viljastavaid ideid. Dots. E. Raudam ja M. Mägi andsid ülevaate kaasaegsetest Tartu närvikliiniku uurimistest retikulaarse substantsi füsioloogiast ja patoloogiast. Prof. E. Martinsoni, D. Enno ja P. Levina töö «Närvi ärrituse mõjust valkude amideerimise astmele» tutvustas Tartu Riikliku Ülikooli biokeemia kateedris kogutud uusimaid materjale peaaju funktsionaalse biokeemia alal. Dots. J. Saarma oma uurimuses «Pidurdusest skisofreeniahaigetel» näitas, et I. M. Setšenovi poolt avastatud sisemise pidurduse uurimisel kaasaegsete meetodite abil on teoreetilise tähtsuse kõrval ka praktiline ja kliiniline väärtus, mis võimaldab määrata diagnostilisi ja prognostilisi kriteeriume, eriti psühhooside ravimisel.

Nii ettekannetest kui ka läbirääkimistest ilmnes, et I. M. Setšenovi põhilised ideed, eriti tema teos «Peaaju refleksid», on säilitanud aktuaalsuse käesoleva ajani, nende viljastav mõju aga avaneb mõnes suunas alles kõige uuemate avastuste valgusel neurofüsioloogia alal.

J. Saarma

STOMATOLOOGIDE JA HAMBAARSTIDE KONVERENTS

7. ja 8. juunil 1963. a. toimus Pärnus Eesti NSV stomatoloogide ja hambaarstide V vabariiklik konverents, mille põhiteemaks oli laste stomatoloogiline teenindamine.

Konverentsi esimesel päeval kuulati ära seitse teraapia- ja neli ortopeediaalast ettekannet. Tartu Riikliku Ülikooli stomatoloogia kateedri assistent S. Russak esitas oma ettekandes «Laste hammaste periodontiitide ravimise meetodist» võrdlevaid andmeid erinevate ravimitega saadud tulemuste kohta.

Stomatoloogia kateedri assistendid A. Kõdar ja E. Eerma käsitlesid hambumuse anomaaliate etioloogiat, profülaktikat ja varajast ravi. Ettekannetest ilmnes, et laste hulgas esineb veel väga palju hambumuse anomaaliaid. Edaspidi peavad stomatoloogid tihendama koostööd lastevanematega, lastesõimede ja lasteaedade kasvatajatega ning koolides pedagoogidega.

Konverentsi viimasel päeval käsitleti ainult organisatsioonilisi küsimusi, kusjuures räägiti hammaste plaanilise saneerimise läbiviimisest kõigis lastekollektiivides, eriti maal. Seoses sellega, et vabariigis on kõrge haigestumine hambasöövibijasse, eriti kooliõpilaste seas hammaste vahetumise puhul, otsustati 30% stomatoloogide ja hambaarstide tööajast eraldada laste plaanilise saneerimise läbiviimiseks.

Konverents võttis vastu otsuse suunata laste teenindamisele kõige kvalifitseeritum kaader ja eraldada laste tarbeks kõige paremad instrumendid.

T. Rekk

EESTI NSV VABARIIKLIKU KARDIOLOOGIA SELTSI ASUTAV KONVERENTS

Südame- ja veresoonkonna haiguste profülaktika on üks olulisemaid kaasaja meditsiini probleeme.

Käesoleva aasta septembrikuus toimus Tallinnas Eesti NSV Vabariiklıku Kardioloogia Seltsi asutav konverents, millest võtsid osa mitme eriala arstid (terapeudid, pediaatrid, kirurgid jt.). Tallinnast, Tartust ja rajoonidest. Konverentsil kuulati ära rida ettekandeid ja arutati organisatsioonilisi küsimusi. B. Schamardin kõneles I üleliidulisest kardioloogia seltsi asutavast konverentsist. S. Kleitsman rääkis fonokardiograafia andmete diagnostilisest ja prognostilisest tähtsusest reuma puhul lastel. V. Solovjov demonstreeris haiget, kellele oli tehtud mitraalne rekomissurotoomia.

B. Liberman käsitles seltsi organiseerimisega seoses olevaid küsimusi. Vabariiklik Kardioloogia Selts otsustati asutada kahe filiaaliga — Tallinnas ja Tartus. Seltsi põhiliseks ülesandeks on kardioloogia saavutuste praktikasse rakendamine ja võitluse organiseerimine südame- ja veresoonkonna haigustega vabariigis. Järgnevalt valiti seltsi juhatus ja revisjonikomisjon. Juhatusse kuuluvad M. Kalev, A. Kliiman, B. Liberman, M. Luts, E. Müllerbek, K. Rägo, V. Solovjov ja B. Schamardin, revisjonikomisjoni aga M. Eitelberg, I. Maripuu ja A. Valgma. Seltsi esimeheks sai B. Liberman.

B. Schamardin

VABARIIKLIK SEMINAR REUMATOLOOGIA KÜSIMUSTES

11.—15. oktoobrini 1963. a. toimus Tallinnas reumatoloogia-alane seminar, mille korraldas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reuma Teadusliku Uurimise Instituut.

Seminaril esitati palju huvitavaid ja sisukaid ettekandeid. Põhiettekannetega esinesid Reuma Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad. Prof. G. Orlovskaja töö käsitles reuma ja teiste kollagenoosside patomorfoloogiat. Prof. B. Leites rääkis reumavastase võitluse organiseerimisest ja reuma profülaktikast. Ta rõhutas, et reumavastase võitluse aluseks on reumahaigete dispanseerimine ja profülaktiliste reumavastaste ravikuuride läbiviimine. Prof. J. Sigidin käsitles reuma etiopatogeneesi ja ravi küsimusi. Ta märkis, et hormoonipreparaate võib määrata ainult kindlatel näidustustel. Eriti rõhutas ta vajadust ravida haiget statsionaari tingimustes kuni aktiivse reumaprotsessi vaibumiseni. Prof. A. Kvjatkovskaja rääkis reuma aktiivsuse kriteeriumidest, pidades eriti vajalikuks reumahaigetel vere valgufraktsioonide, difenüülamiiniproovi ja O-antistreptolüsiini tiitri määramist. V. Nassonova andis ülevaate *lupus erythematodes*'est ja süsteemsest sklerodermiast. Prof. M. Astapenko rääkis üksikasjaliselt nakkusliku mittespetsiifilise polüartriidi etiopatogeneesist, kliinikust ja ravist.

Paljude ettekannetega esinesid arstid-praktikud ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud (dotsendid K. Kõrge ja L. Päi, A. Šeffer jt.). Reuma diagnoosimist käsitlesid dotsent Ü. Lepa, B. Libermani, E. Kosari, M. Lutsu ja R. Ridala tööd. Seminaril pöörati suurt tähelepanu reumavastase võitluse organiseerimisele (E. Müllerbeki, I. Sauga, A. Valdma ja J. Tomingase ettekanded). Huvitava ettekande reumasse haigestumisest ja reumavastase võitluse ülesannetest Eesti NSV-s esitas D. Judeikina.

Seminarist võttis osa üle 200 terapeudi ja pediaatri kõikidest Eesti NSV linnadest ja rajoonidest. Külalistena oli kohale sõitnud arste Riiast, Pihkvast, Petrozavodskist ja Novgorodist.

R. Malviste

EESTI NSV KOHTUARSTIDE JA PATOLOOG-ANATOOMIDE KONVERENTS

18.—19. oktoobrini 1963 toimus Tallinnas Eesti NSV kohtuarstide ja patoloog-anatoomide esimene laiendatud teaduslik-praktiline konverents, kus oli arutusel neli põhiteemat: organisatsioonilis-metoodilised küsimused, südame- ja veresoonkonna haiguste morfoloogia äkksurma ja haiglas surnute puhul, pahaloomuliste kasvajate morfoloogia ja kohtumeditsiiniline traumatoloogia. Kuulati ära ja arutati läbi üle 50 ettekande. Teadusliku konverentsi tööst võtsid osa ka esindajad teistest liiduvabariikidest (Vene NFSV-st, Leedu, Läti, Valgevene, Moldaavia ja Ukraina NSV-st).

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kohtumeditsiini peaekspert A. Lukaš ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapatoloog-anatoom R. Oršanskaja kõnelesid plenaaristungil kohtumeditsiini olukorrast ja prosektuuride tööst ning arengu-

perspektiividest, mis on tervikuna meie vabariigis tunduvalt paranenud. On suurenenud raviasutustes surnute lahkamise protsent, eriti laste osas. Rohkem on hakatud tegema biopsiaid, samuti on paranenud nende kvaliteet. Sagedamini on toimunud kliinilis-anatoomilisi küsimusi käsitlevaid konverentse ning tõusnud nende osatähtsus diagnoosimise ja ravi parandamisel.

Mõnede tervishoiu juhtivate töötajate (Kohtla-Järve, Narva, Rakvere jm.) mitteküllaldase tähelepanu tõttu kohtumeditsiini ja patoloogilise anatoomia küsimustele ei ole eraldatud vajalikke ruume laboratooriumide jaoks, samuti lahkamiskambrid on halvas seisukorras.

Konverentsil arutusel olnud organisatsiooniliste küsimuste seas pälvisid tähelepanu prof. A. G. Leontjevi (Leningrad) ja I. M. Šapiro (Vitebsk) ettekanded kohtuarstide ja patoloog-anatoomide koostööst.

NSV Liidu Teaduste Akadeemia korrespondeeriv liige prof. M. I. Avdejev (Moskva) kõneles kohtumeditsiiniliste ekspertiiside planeerimisest. Prof. O. H. Porkšejan soovitas oma ettekandes põhjalikult analüüsida kohtumeditsiinilises uurimises esinenud vigu. Hästi läbitöötatud materjali südame- ja veresoonkonna haigustest põhjustatud äkksurma juhtudel tehtud meditsiinilise abi puudustest esitas G. T. Tarastsov (Smolensk).

Suurt tähelepanu osutati südame- ja veresoonkonna haiguste morfoloogiale, diagnoosimisele ning analüüsimisele äkksurma ja haiglas surnute puhul. Meie vabariigi andmestiku põhjal esitatud A. Lukaši, M. F. Hotimskaja, A. N. Krjukovi ja K. Hansoni ettekannetes käsitleti südame- ja veresoonkonna patoloogia, eriti ateroskleroosi ja hüpertooniatõve morfoloogilisi iseärasusi ning elupuhuse ja surmajärgse (lahangu andmeil) diagnoosimise kvaliteeti. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslikud töötajad arstiteaduse doktor V. Küng ja J. Ehlvest kõnelesid veresoonte patoloogiast tolmust põhjustatud pneumoskleroosi ja kollagenooside puhul.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumeditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi teaduslikud töötajad arstiteaduse kandidaadid E. A. Savina, V. I. Jakovleva (Moskva) ja A. G. Nossov (Leningrad), dots. P. G. Arešev (Kišinjov), dots. G. M. Tsvetkova (Smolensk) esitasid närvisüsteemi muutuste uurimise tulemusi ateroskleroosist ja hüpertooniatõvest põhjustatud äkksurma juhtudel. Müokardi infarkti põhjalikule uurimisele oli pühendatud V. I. Vorontšuki (Dnepropetrovsk) ettekanne.

Kohtumeditsiini traumatoloogia küsimusi puudutavates ettekannetes käsitleti valdavas enamikus liiklustraumatismi (P. A. Babin, A. Raatma, J. Kool, V. Safronov, V. I. Moissejev). M. A. Popova analüüsis laste traumatismi põhjusi. Põlevkivi tootmisel ja ümbertöötamisel tekkinud traumade põhjustest ja morfoloogiast Eesti NSV-s kõneles V. Käärik (Kohtla-Järve).

Patoloog-anatoomide sektsioonis arutati pahaloomuliste kasvajate elupuhust ja surmajärgset diagnoosimist. NSV Liidu Teaduste Akadeemia korrespondeeriv liige prof. A. N. Tšistovitš (Leningrad) kirjeldas lümfisõlmede biopsia histoloogilise uurimise tulemusi. Tartu patoloog-anatoomid (U. Podar, L. Pokk, T. Pokk), NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslikud töötajad (L. Jannus, A. Võsamäe) ja Tallinna Vabariikliku Haigla patoloog-anatoom (V. Valdes) esitasid materjale erineva lokaliseerumisega pahaloomuliste kasvajate morfoloogilise iseloomustuse kohta.

G. Loogna (Tallinn) kõneles eksperimentaalsete uurimiste alusel kasekäsnaekstrakti mõju tulemustest. Z. Petrova (Tallinn) rääkis emakakaela erosioonide puhul teostatavate biopsiate uurimisest ning ühtlasi selgitas erosioonide patoloogilis-histoloogilise uurimise suurt tähtsust selleks, et õigeaegselt avastada emakakaela vähieelseid seisundeid ja vähi varajasi vorme. Kopsuarterite trombembooliast rääkis R. Roots (Viljandi) ning prosektorite poolt täheldatud leukooside esinemissagedusest — R. Solk (Tartu).

A. Lukaš

KONVERENTS BALTI VABARIIKIDE JA VALGEVENE ARSTITEADUSE AJALOO KÜSIMUSTES

15.—16. maini 1963 toimus Vilniuses ja Kaunases konverents Balti vabariikide ja Valgevene arstiteaduse ajaloo küsimustes, mille tööst võttis osa esindajaid kõigist Balti vabariikidest, Valgevene NSV-st, Moskvast ja Leningradist. Konverentsi neljal istungil kuulati ligi 30 ettekannet.

Konverentsi organiseerimiskomitee esimees, Leedu NSV Teaduste Akadeemia akadeemik V. Lašas rõhutas vajadust hoogustada arstiteaduse ajaloo edasist uurimist Balti vabariikides. Prof. B. Petrov (Moskva) rääkis arstiteaduslike koolkondade osatähtsusest teaduse progressis ja näitas nende suurt tähtsust ajaloo uurimisel. P. Kaktõš (Leningrad) tutvutas kuulajaid sõjaväemeditsiini muuseumi tegevusega.

Paljudes ettekannetes esitati andmeid nõukogude tervishoiu suurtest saavutustest Leedu (L. Gargasas, J. Šiurkus) ja Läti NSV-s (F. Grigoraš). Valgevene meditsiinist feodalismi ja kapitalismi tekkimise perioodil rääkisid G. Krjutšok ja D. Beljatski (Minsk), kusjuures ilmnesid tihedad sidemed ja palju ühiseid jooni meditsiini arengus nii Valgevene kui ka Leedu NSV territooriumil. V. Micelmacheris (Vilnius) tutvustas Leedu feodalismiaegseid meditsiinilisi raamatuid (XVI—XVII saj.), mis osutusid üldse esimesteks meditsiinialasteks trükisteks Venemaal. Huvitavaid andmeid esitati ka Vilniuse sanitaarsest olukorrast XVI—XVIII sajandil (J. Šopauskas) ja Kaunase habemeajajate tsehhi ajaloost XIX sajandil (V. Siudikas).

Mitmed ettekanded käsitlesid Vilniuse ülikooli ajalugu. V. Kalnin (Tartu) tutvustas uute arhiivimaterjalide põhjal G. V. Hlopini tegevust hügieeniinstituudi laiendamisel Tartu Ülikooli juures ja tema poolt loodud koolkonna mõju hügieeni arengule Baltikumis.

Erilist tähelepanu pälvisid ettekanded rahvameditsiini valdkonnast, mida naabervabariikides intensiivselt uuritakse. E. Šimkunaite (Vilnius) valgustas leedu rahvameditsiini raviviise, K. Aron (Riia) esitas 1962. a. toimunud teadusliku ekspeditsiooni ajal kogutud materjale Põhja-Lätist. Konverentsil rõhutati vajadust uurida rahvameditsiini küsimusi koos Eesti NSV arstidega.

Kokkutulekust osavõtjatele korraldati meeldejäävaid ekskusioone Vilniuse, Trakai ja Kaunase ajalooliste vaatamisväärsustega ning Palanga kuurordiga tutvumiseks.

Järgmine arstiteaduse ajalugu käsitlev konverents toimub 1964. a. mais Tartus.

V. Kalnin

XI ÜLELIIDULINE ENDOKRINOLOOGIDE DEKAAD

22. maist kuni 1. juunini 1963. a. toimus Harkovis kilpnäärme ja kõrvalkilpnäärmete haigustele pühendatud XI üleliiduline endokrinoloogide dekaad, millest võttis osa 759 inimest paljudest liiduvabariikidest. Eesti NSV oli esindatud ainult kahe arstiga Tallinnast (I. Millerman, R. Mirošnitšenko).

B. V. Alešin peatus kilpnäärme anatoomial ja füsioloogial. S. G. Genes käsitles kilpnäärme häiretega seoses olevate haiguste patogeneesi. Huvipakkuv on kilpnäärmehormoonide seos teiste sisesekretsiooninäärmetega. Näiteks mõjustavad kilpnäärmehormoonid kõhunäärmerakke, tõstes nende talitlust.

E. P. Tihhonova ja L. I. Lobanovskaja ettekannete teemaks oli hüper- ja hüpotüreoosside kliinik ning ravi. N. G. Tsarikovskaja kõneles kilpnäärme uudismoodustistest ja põletikulistest protsessidest. Töövõimetuse ekspertiisi küsimustest kilpnäärme haiguste puhul rääkis L. S. Marimjan. Kõrvalkilpnäärmete haiguste etioloogiat, patogeneesi, kliinikut ja ravi käsitlesid N. M. Trubiner, E. P. Tihhonova, N. G. Tsarikovskaja ja R. S. Mirošnitšenko.

R. Mirošnitšenko

NSV LIIDU ARSTITEADUSE AKADEEMIA POLIOMÜELIIDI JA VIIRUS-ENTSEFALIITIDE INSTITUUDI VIII TEADUSLIK SESSIOON

18.—21. juunini 1963. a. toimus Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirus-entsefaliitide Instituudi VIII teaduslik sessioon, mis oli pühendatud poliomüeliidi, poliomüeliidisarnaste haiguste, mittepoliomüeliitsete enteroviiruste, latentsete onkogeensete viiruste ning poliomüeliidi elusvaktsiini täiendamise ja viiruste ning nende rakuvahelise suhte olemuse küsimustele.

Sessioonist võtsid osa nii meie kui ka rahvademokraatiamaade vastava eriala teadlased. Eesti NSV-st esines ettekandega dotsent E. Raudam teemal: «Poliomüeliiditaolistest haigustest ja enteroviiruste tsirkulatsioonist Eesti NSV-s pärast elanikkonna massilist immuniseerimist poliomüeliidivastase elusvaktsiiniga». Vaktsineerimise tulemusena ei ole meie vabariigis viimastel aastatel poliomüeliidi haigusjuhte registreeritud. Polioviiruseid peaaegu üldse ei esine.

Poliomüeliiditaolistest haigustest kõneles M. K. Vorošilova, kes märkis, et enteroviirused on laialdaselt levinud. Kuigi täheldatakse viirust neutraliseerivate spetsiifiliste antikehade tiitri diagnostilist tõusu, ei või alati kindel olla, et haigetelt isoleeritud tüved on haiguse tõeliseks põhjustajaks. Pole ka võimatu, et poliomüeliiditaoliste haiguste tekitaja ei ole tsütopatogeenne ega patogeenne praktikas kasutatavate koekultuuride ja katseloomade suhtes, vaid on virulentne ainult inimese suhtes.

Mitu ettekannet käsitlesid mittepoliomüeliitiliste enteroviiruste teoreetilisi küsimusi, millest huvitavamad olid need, mis puudutasid viiruste interferentsi ehk konkurentsi ja muutlikkust. Nii selgus professor V. D. Solovjovi ettekandest, et eksperimendis võivad seedetrakti viirused üksteist välja tõrjuda, kusjuures interferentsi intensiivsus ei sõltu ainult katsetes kasutatavate viiruste koosseisust, vaid ka koekultuuri omadustest. V. B. Seibil jt. näitasid, et viiruste muutlikkust on võimalik esile kutsuda mitmesuguste füüsikaliste ja keemiliste tegurite abil.

Tähelepanu pälvis NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme M. P. Tšumakovi ettekanne, mis käsitles viiruslike vaktsiinide kontaminatsiooni latentsete onkogeensete viirustega. Nagu teada, segab sageli poliomüeliidivastase elusvaktsiini valmistamist ahvi neerurakkudes esinev onkogeenne viirus SV-40 (ahviviirus). M. P. Tšumakov väitis, et vaatamata poliomüeliidi elusvaktsiiniga vaktsineeritute suurele arvule, ei ole vaktsineeritutel seni ühtegi vähktõve juhtu sedastatud. Ka seroloogilised uurimised näitavad, et poliomüeliidi elusvaktsiiniga vaktsineeritute vereseerumis ei teki SV-40 viirusele vastavaid spetsiifilisi antikehi. See tõendab, et kasutatav vaktsiin on vähktõve tekitamise suhtes ohutu. Seoses 1960. aasta lõpul kinnitatud rahvusvaheliste nõuetega, mis näevad ette, et poliomüeliidi elusvaktsiin ei tohi sisaldada vakuoliseerivat viirust SV-40, töötati meil ümber selle vaktsiini valmistamise tehnoloogia ja kontrollimise meetodid SV-40 viiruse suhtes. Nüüdsest peale ei kasutata meil poliovaktsiini valmistamiseks enam ahvi — *Macacus rhesus*'e, kellel SV-40 viirus esineb, vaid Aafrika ahvi — *Cercopithecus aethiops*'i neerurakke. Ühtlasi puhastatakse polioviiruse vaktsiinitüvede külvimaterjal SV-40 viirusest.

Viiruse olemuse ja nende ning rakuvaheliste suhete kohta kuulati 15 ettekannet.

Üks osa nendest olid teoreetilised, teine osa baseerus eksperimentaalsetel uurimistel. Ettekannetele järgnesid elavad diskussioonid.

Sessioonil vastuvõetud otsuses märgiti, et poliomüeliidivastase vaktsineerimise efektiivsuse lõpliku selgitamiseni tuleb tingimata kõiki poliomüeliidikahtlasi igakülgselt uurida, kusjuures kõikide nende haigete analüüsimaterjalid peab saatma kohalikkudesse viroloogia laboratooriumidesse uurimiseks.

Sessioonil esitatud ettekannete teesid avaldati trükis.

A. Jannus

IV ÜLELIIDULINE NEUROPATOLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE KONGRESS

1.—7. juulini 1963. a. toimus Moskvas IV üleliiduline neuropatoloogide ja psühhiaatrite kongress, millest võttis osa 994 delegaati ja 759 külalist (neist 115 välisriikidest, peamiselt vennalikest sotsialismimaadest). Eesti NSV delegatsioon oli 21-liikmeline. Plenaaristungitest osavõtjate arv ulatus kuni 2500-ni. Kongressi põhiprobleemideks olid: psühhoneuroloogilise abi organisatsioonilised küsimused, aju vaskulaarne patoloogia, neuroinfektsioonid (reuma ja gripp), skisofreenia, neurcosid ja psühhopaatia, kohtupsühhiaatria, laste psühhoneuroloogia, funktsioonide lokalisatsioon. Kokku kuulati plenaar- ja 53 sektsiooni-istungil ligi 600 ettekannet.

Kongressi avas Üleliidulise Neuropatoloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse esimees prof. V. M. Banštšikov (Moskva).

Põhjaliku ja ammendava kõnega «Psühhoneuroloogilise abi olukord NSV Liidus ja selle edaspidise arenemise teed» esines kongressi avaistungil NSV Liidu tervishoiu minister S. V. Kurašov. Ta märkis neid suuri edusamme, mida nõukogude psühhiaatria ja neuroloogia on saavutanud viimase 15 aasta jooksul ning püstitas tähtsad ülesanded lähemaks tulevikuks. Spetsialiseeritud raviasutuste ning haigevoodite, samuti ka eriarstide arv on nimetatud ajavahemikus rohkem kui kahekordistunud ja kasvab pidevalt. Elanikkonna kindlustatus spetsialiseeritud psühhiaatrilise ja neuroloogilise abiga ületab kaugelt kõikide kapitalistlike maade taseme. Vaimuhaigete arv näitab pidevat langustendentsi, palju raskeid neuroinfektsioone on aga NSV Liidus praktiliselt likvideeritud. Terapeutiline aktiivsus ning ravi efektiivsus on silmapaistvalt kõrgel tasemel. Käesoleval ajal on vaja rohkem rõhku panna haiglavälisele ravi- ja profülaktilisele tööle, sealhulgas eriti psüühiliste haiguste ravitulemuste kinnitamisele, haiguse läbipõdenud isikute sotsiaalsele rehabiliteerimisele. Tõhusamalt tuleb välja arendada laste psühhoneuroloogilise abi võrk. Tunduvalt on vaja aktiviseerida psühhohügieenialast tööd, mis on esmajärgulise ühiskondliku tähtsusega. Võitlust alkoholismi vastu peab intensiivistama ja laiendama. Palju tõsiseid ülesandeid ootab lahendamist psühhoneuroloogiliste raviasutuste organiseerimise alal; eeskätt on vaja haiglad vabastada üksnes hooldamist vajavaist kroonilistest haigetest. Ka teadusliku uurimistöö ja kaadri ettevalmistamise alal on veel palju ära teha. Muuhulgas märkis S. V. Kurašov, et lähemal ajal lülitatakse meditsiinipsühholoogia erikursus kõikide meditsiiniinstituutide õppekavasse.

Peaaju vaskulaarse patoloogia probleemi käsitlevad ettekanded näitasid, et nii neuropatoloogid (põhiettekanded E. V. Šmidtilt, N. K. Bogolepovilt, L. B. Litvakilt) kui ka psühhiaatrid (põhiettekanded V. M. Banštšikovilt, E. S. Averbuhhilt) on saavutanud tõhusaid tulemusi diagnoosimise ja diferentseeritud ravi alal. Seoses vanemaealiste isikute arvu pideva tõusuga elanikkonna hulgas omandab vaskulaarse patoloogia probleem järjest suurema praktilise tähtsuse ja vajab erilist tähelepanu nii teoreetiliste uurimiste kui ka ravipraktika osas.

Neuroinfektsioonidest käsitleti kongressil ainult reumatismi (ettekandeid V. V. Mihhejevilt, M. B. Tsukkerilt kaastöötajatega, A. M. Rosenzveigilt) ja grippi (ettekanded A. D. Adolt kaastöötajatega, A. F. Makartšenkolt koos A. D. Dinaburgiga, F. F. Detengofilt). Arvukates ettekannetes ja sõnavõttudes esitati rohkesti uusi andmeid neuroloogiliste ja psüühiliste häirete kliinikust nende nakkuste puhul ning rikkalikke kogemusi ravi alal.

Funktsioonide lokaliseerumisele pühendatud sümpoosionil (akadeemik S. A. Sarkissovi eesistumisel, kelielt oli ka ettekanne; esinesid P. S. Kupalov, I. N. Filimonov jt.) jäi kõlama põhimõte, et selle probleemi lahendamine nõuab veel väga pingelist uurimistööd. Seejuures tuleb vältida niihästi ekvipotentsialismi kui ka kitsa anatoomilise lokalisatsionismi äärmuslikke seisukohti. Ühtlasi ei tohi unustada, et patoloogiliste protsesside paiknemisest ei saa automaatselt järeldada kesknärvisüsteemi funktsioonide füsioloogilist lokaliseerumist.

Psühhiaatria valdkonnas oli ulatuslikumaks probleemiks skisofreenia. Sellel teemal kuulati 15 istungil kokku 140 ettekannet (ettekanded A. D. Zurabašvililt, S. F. Semjonovilt, L. L. Rohlinilt, P. K. Anohhinilt, D. E. Melehhovilt, V. V. Šostakovitšilt, D. D. Fedotovilt jt.). Rikkalikke materjale esitati skisofreenia kliiniku, patofüsioloogia, ravi ja rehabilitatsiooni kohta, kusjuures domineerivaks oli skisofreenia nosoloogilise ühtsuse idee. Suurt rõhku pandi skisofreenia varajasele diagnoosimisele ning teiselt poolt krooniliste juhtude ravi intensiivistamisele uusimate psühhofarmakonidega. Skisofreeniat käsitles ka üks ettekanne meie vabariigist (allakirjutanu uurimus «Skisofreeniahaigetel insuliiniraviga saavutatud remissiooni struktuurist»).

Psühhopaatiast, neuroosidest ja reaktiivsetest seisunditest räägiti samuti paljudes ettekannetes. Põhiettekandes psühhopaatiate kohta püstitas akadeemik O. V. Kerbikov uudse teesi, kusjuures ta oma ulatusliku materjali põhjal tõestas, et psühhopaatiline sündroom (eriti erutuvuse ülekaaluga vorm) võib nii olustikuliste tegurite kui ka raviprofülaktiliste menetluste toimel olulises ulatuses taandareneda.

Nii laste- kui ka kohtupsühhiaatria probleemidele pühendatud sektsioonides esitati ohtrasti teoreetilisi ja kliinilisi andmeid põhiküsimuste kohta (oligofreenia etiopatogenees ja diferentseeritud ravi, laste psühhohügieeni mitmed aspektid, teovõime küsimus nõukogude tsiviilõiguses, alkoholijoobe diagnostika jne.). Ühtlasi rõhutati vajadust tõhustada uurimistööd mõlema probleemi valdkonnas.

Spetsiaalsel plenaaristungil kuulati ära ja kiideti heaks Üleliidulise Neuropatoloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse aruanne. Valiti uus, 141-liikmeline juhatus, mille koosseisu kuulub ka kolm esindajat meie vabariigist (E. Karu, A. Chevalier, J. Saarma). Seltsi juhatuse esimeheks sai uuesti prof. V. M. Banštšikov.

J. Saarma

PROFESSOR MIHKEL KASK 60-AASTANE

16. novembril 1963. a. tähistas 60. sünnipäeva Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieeni kateedri juhataja professor M. Kask.

Mihkel Andrese p. Kask sündis 16. novembril 1903. aastal Pärnumaal Kilingi vallas Kabli külas talupidaja perekonnas. Pärast alg- ja keskhariduse omandamist Pärnus ja Võru Gümnaasiumis astus ta 1923. aastal Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1929. aastal. Aastail 1928—1930 töötas ta assistendina ülikooli närvikliinikus.

1931. aastal määrati M. Kask Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna Tervishoiu Instituudi nooremaks ja hiljem vanemaks assistendiks. 1933. aastal kaitses M. Kask doktoriväitekirja teemal «Sugemeid Tartumaa tervishoiulistest oludest». 1935. aastal anti talle eradotsendi õigused tervishoiu alal.

Aastail 1935—1936 täiendas M. Kask end hügieeni ja sanitaaria alal kahe semestri vältel USA-s Harwardi ülikoolis. Hügieeni õpetamisega ja teadusliku tööga tutvumise eesmärgil viibis ta ka hiljem välismaal (Kanadas, Prantsusmaal, Ungaris, Tšehhoslovakkias, Poolas jm.).

Pärast nõukogude võimu kehtestamist Eestis lülitus M. Kask aktiivselt tervishoiu-alase töö ümberkorraldamisse, olles Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi Kolleegiumi liige ja riiklik peasanitaarinspektor. Samal ajal oli ta ajakirja «Rahva Tervishoid» toimetajaks. Paralleelselt peasanitaarinspektori tegevusega jätkas M. Kask õppetööd dotsendi kohusetäitjana Tartu Riiklikus Ülikoolis, kus luges arstiteaduskonna üliõpilastele sotsiaalhügieeni kursust. Kohakaasluse alusel töötas ta 1938.—1941. aastani Tartu Ülikooli Kehalise Kasvatuse Instituudi juhatajana.

Ajavahemikus 1941—1956 tegutses M. Kask teistes liiduvabariikides arst-praktikuna, tervishoiuorganisaatorina jne. 1956. aastal asus ta taas tööle Tartu Riikliku Ülikooli hügieeni kateedrisse, kus ta on 1958. aastast alates kuni tänaseni selle kateedri juhatajaks. 1960. aastal määrati ta arstiteaduskonna prodekaaniks. 1961. aastast alates kuulub M. Kask NLKP ridadesse. 1962. aastal anti talle professori kutse hügieeni alal.

M. Kase sulest on ilmunud üle 130 teadusliku ja populaarteadusliku töö hügieeni mitmesugustest valdkondadest. Juubilar on mitme monograafia ja õpiku autor, millest uudsemad on «Koolitervishoid» — õpik üliõpilastele (1962. a.), «Hügieeni praktikum» — õpik üliõpilastele (1963. a. koos M. Uiboga) jt.

M. Kase kohusetruud ja ennastsalgavat tööd on korduvalt käskkirjades ära märkinud Tartu Riikliku Ülikooli rektor. Kaadri ettevalmistamise ja teadusliku tegevuse eest anti juubilarile 1961. a. Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukiri. 60. sünnipäeva puhul autasustati M. Kaske uuesti aukirjaga.

Soovime, et juubilaril jätkuks veel kauaks indu ja energiat tulevaste arstide kasvatamisel.

Kolleegid

DOTSENT KUNO KÕRGE 50-AASTANE

8. juunil 1963. a. sai 50-aastaseks dotsent Kuno Kõrge. Samal ajal täitus 26 aastat tema arstliku tegevuse ning pedagoogilise töö algusest.

K. Kõrge sündis 8. juunil 1913. aastal Saaremaal velskri pojana. Lõpetanud Kuressaare (praeguse Kingissepa) gümnaasiumi, astus ta 1931. a. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1937. a. üldhindega *cum laude*.

Põhiliseks töökohaks on K. Kõrgel olnud Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste kateeder ja Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakond. 1956. a. alates töötab ta Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedri juhatajana.

Juba üliõpilasena tundis K. Kõrge suurt huvi teadusliku töö vastu. 1947. a. kaitses ta kandidaadiväitekirja teemal «Kliinilis-eksperimentaalne uurimus insuliin-leukotsütoosi kohta». 1946. a. anti K. Kõrgele dotsendi teaduslik kutse. Kuni käesoleva ajani on juubilarilt trükis ilmunud 44 teaduslikku tööd sisehaiguste alalt ja arvukalt populaarteaduslikke kirjutisi. Juubilari poolt uuritud mitmekesiste probleemide hulgas on esikohal reuma ja allergia küsimused. K. Kõrge on oma teaduslikke uurimusi käitlevate ettekannetega esinenud nii Tartu Riikliku Ülikooli teaduslikel konverentsidel kui ka paljudel vabariiklikel, Balti vabariikidevahelistel ja üleliidulistel konverentsidel. Tema juhendamisel on valminud ja kaitstud 7 väitekirja arstiteaduse kandidaadi teadusliku kraadi saamiseks.

Aastate vältel on K. Kõrge raviarstina ja konsultandina abistanud paljusid vabariigi raviasutustes ravil viibinud haigeid. 1957. aastast alates on juubilar NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi õpetatud nõukogu liige. K. Kõrge võtab osa tervishoiu ministeeriumi kurortoloogia ja reumavastase võitluse komitee tööst. Ta on 1961. a. alates olnud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu liige, Tartu Teadusliku Arstide Seltsi ja Tartu Terapeutide Seltsi aktiivne liige ning korduvalt nende seltside esimees. Juubilar töötab lektorina ka Tartu tervishoiu rahvaülikoolis.

K. Kõrge poolt tehtavat pedagoogilist tööd meie noorte arstide kasvatamisel ja nende teadusliku uurimistöö juhendamisel hindavad kõrgelt tema arvukad õpilased.

Soovime juubilarile head tervist ja jõudu edaspidiseks tööks.

Ü. Lepp

E. HANNIOTTI «KOSMEETIKA AABITS» *

Käesoleval aastal ilmus Eesti Riikliku Kirjastuse väljaandel Enno Hanniotti raamat «Kosmeetika aabits». Teose kujundus (H. Rooneemelt) on lihtne ja maitsekas. Raamat koosneb eessõnast ja 11 peatükist ning on varustatud rohkete tabelite, jooniste ja fotodega. Teose lõpus on bibliograafia tähtsamate vene- ja saksakeelsete kosmeetika-alaste tööde kohta. «Kosmeetika aabits» on populaarteaduslik väljaanne ja seega mõeldud eeskätt laialdasele elanikkonnale kasutamiseks. Teose teema on aktuaalne veel enam, et senini ei ole Nõukogude Eestis ilmunud ulatuslikumaid kosmeetika-alaseid teoseid.

Käesoleva raamatu eesmärgiks on tutvustada elanikkonda arstiteaduse olulisemate seisukohtadega kosmeetika alal, õpetada säilitama tervist, ja ilu, esile tuua tähtsamad ilu kahjustavad tegurid ning anda näpunäiteid lihtsamate kosmeetiliste defektide likvideerimiseks kodustes tingimustes. Need ülesanded on autori poolt ka täidetud, kusjuures materjali esitusviis on selge ja arusaadav.

Terviklikult sisaldab raamat palju väärtuslikku ja pakub lugejaskonnale suurt huvi, mida näitab juba seegi, et ta lühikese aja jooksul läbi müüdi, mistõttu tuleks mõelda juba kordustrüki väljaandmisele.

Siinjuures tuleb tähelepanu juhtida mõningatele raamatus esinevatele puudustele, mis tuleks kordustrükis kõrvaldada.

Naha hooldamise küsimuse käsitlemisel oleks autor pidanud rõhutama, et ei ole otstarbekohane pikema aja vältel pidevalt kasutada üht liiki kreemi või toitemaski, sest puudub universaalne kreem või mask, mis sisaldaks kõiki nahale vajalikke aineid. Puudutamata on jäänud ka juuste ja kulmude värvimisega seotud küsimused, juuksetaastaja kasutamine jne. Autor oleks võinud peatuda ka minkimise ja grimeerimisega seotud naha tervishoiu nõuetel, mis oleks näitlejatele kindlasti vajalik. Pisut pikemat käsitlemist vajaks tööstustöölistel rakendatavate kaitsesalvide ja -pastade küsimus. Autori poolt mainitud silikoonkreem (lk. 75 viimane lõik 1. rida) ei ole universaalne kaitsekreem ja ei sobi määrdeõlidega töötamiseks, nagu autor soovitab. Ei ole räägitud ka sellest, kuidas ja milliste vahenditega eemaldada nahalt mitmesuguseid keemilisi aineid (värve, lakke, liime, tõrva jt.).

Esineb mõningaid ebatäpsusi (lk. 72 alt 14. rida), näiteks kreem «Ideaal» sisaldab peale autori poolt mainitud F-vitamiini ka A-vitamiini.

Lk. 53 7. real märgib autor, et C-hüpovitaminoosi puhul kurdetakse mõnikord üldise halva enesetunde ja reumaatiliste valude üle alajäsemetes. Neid valusid ei oleks aga õige nimetada reumaatilisteks.

Seitsmenda lehekülje kolmanda lõigu 4. realt loeme «Kui aga tööruumid on tolmused või põhjustab töö higistamist, tuleb vahetuse lõpetamisel kogu keha pesta duši all». Autor on aga välja jätnud muud nahka määrivad tegurid (näiteks keemilised ained) — pärast nendega kokkupuutumist tuleb samuti pesta duši all.

Mõnda küsimust võiks käsitleda ka lühemalt (näiteks esimeses peatükis «värske õhk», «karastamine», «toitumine» jt.).

* Enno Hanniotti. Kosmeetika aabits, Tallinn, 1963, 174 lk.

Oleks võinud vältida mõningate võõrsõnade ja meditsiiniliste oskussõnade kasutamist ning asendada need rahva seas tuntud nimetuste või sõnaseletustega. Näiteks trihhofüütia (lk. 136 neljas lõik esimene rida), kontraktsioon (lk. 28 kolmas lõik kolmas rida), oksüdatsioon (lk. 33 viimane lõik neljas rida), enterokoliit (lk. 48 alt teine rida), trombotsüüdid (lk. 50 alt kolmas rida), atroofia, atrofeeruma (lk. 64 19.—20. rida; lk. 71 kolmas lõik neljas rida), vegetatiivne (lk. 140 kolmas lõik kolmas rida), neuralgia (lk. 50 alt 9. rida) jt. Kohasem oleks olnud kasutada vastavalt pügaraig, kokkutõmbumine, hapendumine, peen- ja jämesoole põletik, vereliistakud, kõhetus, kõhetuma, siseelundite tegevust ja organismi ainevahetust reguleeriv närvisüsteem, närvivalu.

Pole ka soovitatav kasutada selliseid sõnu, nagu literatuur (lk. 13 esimene rida; lk. 107 esimene rida), funktsioon, funktsionaalne (lk. 64 teine lõik teine rida; lk. 109 alt 4. rida; lk. 132 teine lõik esimene rida), patoloogiline (lk. 6 5. rida; lk. 126 neljas lõik 8. rida; lk. 135 neljas lõik 3. rida; lk. 155 alt 3. rida), faktor (lk. 14 viies lõik 5.—6. rida; lk. 53 alt 8. rida jt.). Kohasem oleks kasutada vastavalt: kirjandus, talitlus, haiguslik, tegur jt. Kreemide, puudrite jt. nimetused on esitatud läbisegamini eesti või vene keeles (näiteks lk. 72), mis peaksid aga olema eesti keeles. Etiketil vastava venekeelse nimetuse võiks panna klambritesse, näiteks «silikoonkreem» («silikonovõi krem»), «lanoliinkreem («lanolinovõi krem»), kreem «Unistus» («Metšta») jt.

Esineb ebatäpsusi bibliograafilises nimestikus. Ei ole märgitud näiteks raamatute ilmumise kohta. U. Kordi teosel «Schönheit und Kosmetik» — puudub koguni ilmumise aasta. Mõnel autori nimel (Guske, Henschel, Koll, Kowalczuk) puuduvad initsiaalid.

N. Schamardin

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

23. septembril k. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium 1963. a. lõpetanud noorte arstide töökohtadele suunamist, kusjuures kuulati ära Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna ülema L. Barõševa ettekanne. Nagu selgus, suunati 1963. a. lõpetanud arstidest 130 ravitööle ja 9 sanitaar-epidemioloogia jaamadesse. Lõpetanutest olid 24 isikut stomatoloogid. Noortest arstidest olid 151 Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna ja 12 Vene NFSV kõrgemate õppeasutuste lõpetajad. Maale asus tööle 26 isikut raviarstidena ja 8 stomatoloogidena, üldse komplekteeriti 23 maa-arstijaoskonda, vakantseks jäi aga veel 9 jaoskonda, rajoonikeskustesse suunati 69 arsti, vabariikliku alluvusega linnadesse 45, vabariiklikesse ravi- ja profülaktikaasutustesse 9 arsti.

1963. a. suunati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi käsutusse ka 232 keskharidusega meditsiinitöötajat, neist 18 velskrit, 119 meditsiiniõde, 14 velsker-laboranti, 21 hambaarsti ja 24 hambatehnikut. Kolleegium kinnitas noorte spetsialistide 1963. a. jaotusplaani.

Ühtlasi kohustati kaadriosakonna ülemat L. Barõševat komplekteerima 1964. a. vakantsed maa-arstijaoskonnad. Linnade tervishoiuosakondade juhatajad, rajoonihaiglate peaarstid ning ravi- ja profülaktikaasutuste peaarstid peavad aga looma noortele spetsialistidele normaalsed elutingimused, võtma isiklikult vastu saabuvaid spetsialiste, tutvustama neid tööga ja kohalike tingimustega.

*

31. oktoobril 1963. a. kuulas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium ära Tartu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja J. Kolsari ja Paide Rajooni Haigla peaarsti K. Pärna ettekanded ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse vaneminspektori L. Pieli kaas-

aruande töölisnoorukite meditsiinilis-sanitaarsest teenindamisest Tartu ja Paide rajoonis. Tartu linna töölisnoorukite läbivaatus toimub kõigi arstide-spetsialistide poolt. Haigestunud töölisnoorukid võetakse dispanseersele arvele ning rakendatakse vajalik ravi. Paide rajoonis aga esineb veel mõningaid puudusi töölisnoorukite meditsiinilisel teenindamisel. Vigu tuleb ette ka dokumentide vormistamisel. Samuti pöörab sanitaar-epidemioloogia jaam vähe tähelepanu töölisnoorukite sanitaar-hügieeniliste töötingimuste kontrollimisele.

Kolleegium kohustas Tartu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhatajat J. Kolsarit ja Paide Rajooni Haigla peaarsti K. Pärna täpselt täitma NSV Liidu Tervishoiu ministri käskkirja nr. 354 (30. juulist 1963. a.) ja läbi viima töölisnoorukite õigeaegne läbivaatus kõigi spetsialistide rakendamisega ning pöörama tähelepanu läbivaatuse kvaliteedile. Igas kvartalis tuleb tehtud tööd analüüsida ja välja töötada konkreetsed üritused töölisnoorukite haigestumise ja ajutise töövõimetuse vähendamiseks. Et ellu viia ravi ja tervendavaid abinõusid (sanatoorne ravim, dieettoitlustamine), peavad töölisnoorukeid teenindavad arstid tihedat sidet pidama nende asutuste administratsiooniga ja ametiühingu ning komsomoliorganisatsioonidega, kus töölisnooruk töötab või õpib.

Samal päeval kuulas kolleegium ära ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Plaani-Rahandusosakonna ülema J. Tiitsari ettekande 1963. a. 9 kuu plaani täitmise kohta.

Tervishoiuvõrgu väljaarendamise 1963 a. 9 kuu plaan täideti järgmiselt: haiglavoodid linnades — 9 kuu plaanist täideti 99,6%, 1963. aasta plaanist 97,7%, haiglavoodid maal — 9 kuu plaanist 103,1%, 1963. a. plaanist 101,5%; psühho-neuroloogiahaigete voodid — 9 kuu plaanist 106,1%, 1963. a. plaanist 100%; lastesõimekohtade täitmise protsent 9 kuu plaanist moodustab 100,7, 1963. aasta plaanist 98,9, sanatooriumivoodid tuberkuloosihaigetele — täideti 9 kuu plaanist 100,7%, 1963. a. plaanist 98,9%.

1963. a. 9 kuu jooksul suurenes tervishoiuvõrk linnahaiglates 430 voodi ja maahaiglates 10 voodi võrra. Psühho-neuroloogia haiglavoodite arv suurenes 95 võrra.

Kolleegium kohustas vabariikliku alluvusega linnade tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonide peaarste võtma kasutusele kõik abinõud 1963. a. tervishoiuvõrgu plaani täitmiseks.

A. Kaldma

DOONORITE PÄEV

Raviasutuste nõudmine vere ja verepreparaatide järele kasvab pidevalt. Kuigi igal aastal astub üha uusi kodanikke doonorite ridadesse, ei suuda meie alati rahuldada raviasutuste järjest kasvavaid vajadusi. Paljudes kohtades on meditsiinitöötajad palju ära teinud tasuta doonorluse propageerimiseks ja donoorite kaadri täiendamiseks. Kahjuks on aga mitmed raviasutused üsna passiivseks jäänud.

Tasuta doonorlust soovitatakse organiseerida asutustes või ettevõtetes kohapeal, milleks korraldatakse nn. doonorite päevi. Ettevalmistamine selleks päevaks peaks algama ligi kuu aega enne ettenähtud tähtaega. Selle aja jooksul viiakse läbi rida üritusi doonorluse propageerimiseks antud asutuse või ettevõtte töötajate hulgas. Ettevõtte juhtkond koos kohaliku partei- ja ametiühinguorganisatsiooniga ning Punase Risti algorganisatsiooniga korraldab nõupidamise, kus koostatakse konkreetne plaan eelseisva doonorite päeva läbiviimiseks. On vajalik, et kõik meditsiinitöötajad, kes teenindavad antud asutust, võtaksid osa selle päeva ettevalmistamisest. Tsehhides, punanurkades, raamatukogudes, sööklas, koridorides jm. pannakse välja kuulutused ja plakatid. Soovitatav on korraldada näitus doonorlusest, vereülekandest, arstiteaduse edusammudest jne. Ka kohalik ajakirjandus ning raadio peaksid sel puhul vastavat selgitustööd tegema.

Pärast loenguid ja koosolekuid registreeritakse isikud, kes on nõus tasuta verd andma. Siinjuures peab silmas pidama, et doonoriks võib olla ainult terve inimene. Doonorite vormistamiseks ja nende läbivaatamiseks sõidab kohale vereülekande jaama väljasõidubrigaad.

Doonorite päeva organiseerimisel peab suurt tähelepanu pöörama ka piduliku õhkkonna loomisele: ruumid on vaja kaunistada lillede ja plakatitega, ooteruumis peaks leiduma vastavasisulist kirjandust.

Meditsiinitöötajatel tuleb aktiivselt propageerida tasuta doonorlust. Ainult selliselt suudame rahuldada raviasutuste kasvavaid nõudmisi vere ja verepreparaatide järele.

M. Veske

ÕDEDE NÕUKOGU TEGEVUSEST TALLINNA MERIMETSA HAIGLAS

Tallinna Merimetsa Haigla õdede nõukogu organiseeriti varsti pärast haigla avamist. Nõukogu töö üldeesmärgiks seati keskharidusega meditsiinipersonali kasvatamine eesrindlikeks ja teadlikeks töötajateks. Nõukokku valiti viis õde. Esimeheks sai meditsiiniõde J. Maiste. Nõukogu töö üldjuhendajaks paluti Tallinna Vabariikliku Haigla õdede nõukogu. Mainitud haigla organisatsioonilis-metoodilisele kabinetile tehti ettepanek asutada Tallinna Linna õdede nõukogu, mida kahjuks pole aga senini tehtud.

Nõukogu koosolekutel on arutatud arsti korralduste ebatäpset täitmist või mittetäitmist, töö ebaühtlast jaotamist, töödistsipliini rikkumisi, epideemiatõrjerežiimi täitmata jätmist, doonorlust, haigla ümbruse heakorrastamist jne. On korraldatud sanitaarmiinimumi kursusi nooremale meditsiinipersonalile. Antakse välja sanitaarharıduslikku seinalehte.

Õdede nõukogu üheks tõhusaks töövormiks on konverentside korraldamine. Esimene konverents toimus 24. aprillil 1962. a. meditsiiniõe kutse-eetika küsimustest, kus esineti arvukate sõnavõttudega. Konverentsil arenes elav mõttevahetus. Konverentsi otsustes mainiti edusamme ja ka puudusi, näiteks töödistsipliini rikkumisi, lubamatut käitumist, ehteasjade ja tänavariietuse kandmist haiglas, delikaatsuse ja seltsimehelikkuse küsimusi.

17. oktoobril 1962. a. toimus teine konverents teemal «Kommunistliku ühiskonna ehitaja — meditsiinitöötaja moraalne pale». Mõni kuu hiljem, 28. detsembril 1962. a. leidis aset konverents kolienteriidiga haigete ravi ja hooldamise küsimustest. 1963. a. veebruarikuus toimunud konverentsi päevakorras olid ülemiste hingamisteede haigused.

Möödunud aasta detsembris toimus Tartus vanemõdede seminar, mille tööst võtsid osa ka meie haigla õed J. Maiste, M. Eero ja A. Vodi. Järgmine seminar korraldati 22.—23. veebruaril k. a., kuid kahjuks 15 ettekandest oli ainult 2 õdede poolt. Üldiselt esineb vabariigis õdede seminaride ja konverentside korraldamisel väärtendents, sest neil esitavad enamiku ettekannetest arstid.

Õdede nõukogu on vajalik, elujõuline ja arenev organisatsioon.

A. Vodi

EESTI NSV TEENELISE ARSTI AUNIMETUSE ANDMISEST

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 4. oktoobrist 1963 anti teenete eest tervishoiu alal Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhatajale arstiteaduse kandidaat Leida Mihkli t. Keresele Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

*

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 26. oktoobrist 1963 anti teenete eest tervishoiu alal Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele arstidele: Madera, Sarra Aiziki t. — Kohtla-Järve Linna Haigla pediaater, Tari, Anna Mihkli t. — Kilingi-Nõmme Lastenõuandla juhataja, Vares, Aleksei Mihhaili p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi pediaater.

J. Ots

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna uus dekaan

15. oktoobril 1963. a. valis Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Nõukogu arstiteaduskonna dekaaniks arstiteaduse kandidaadi dotsent Jüri Martini p. Saarma.

N. Paemurd

SISUKORD

Teooria ja praktika

L. VERNIK — Pärnu kuurort 125-aastane 3
E. VEINPALU — Kurortoloogia areng Eestis 8
V. SÄRGAVA, E. LAAMANN ja K. GERASSIMOVA — Otoskleroosi diagnoosimisest, kirurgilise ravi näidustustest ja selle tulemustest . . 13
H. KRUUSE ja L. ESPAR — Otoskleroosist ja selle kirurgilise ravi tulemustest 17
A. JENTS — Tähelepanekuid aerosoolide rakendamise kohta ülemiste hingamisteede põletikkude ravimisel 21
S. SIBUL — BCG-otiidist imikueas 24
V. MOSSIN — C-reaktiivse valgu määramisest angiini ja kroonilise tonsilliidi puhul 28
V. TRUDNIKOV — Õlavarre kakspealihase nahaaluste rebendite kliiniline pilt ja kirurgiline ravi . . 31

Tervishoiu organisatsioon

T. REKK — Elanikkonna stomatoloogilise teenindamise parandamisest . 36

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

S. SALZMAN — Röntgenoloogilise uurimise tähtsusest mõnede kopsuhaiguste diagnoosimisel 40
I. SAHHAROV ja M. KLOMPUS — Ureterotseele juht rasedal . . . 44
I. FREIBERG ja H. PIHL — Salmonelloosse etioloogiaga osteomüeliidijuhud lastel 46

Abiks velskritele ja õdedele

L. AHU — Kuulmise uurimisest ja kuulmishäirete diferentsiaaldiagnoosimisest 50
H. KAHN — Krooniline hepatiit . . 55
V. NALJOTA — Mõnede ravimite kasutamisest südame ja veresoonkonna haiguste puhul 58

Arstiteaduse ajaloost

E. SIIRDE — Professor Henrik Koppeli 100. sünnipäevaks 61
L. NURMAND — Sada aastat hüpotermiat 65

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

Л. ВЕРНИК — 125-летие курорта Пярну
Э. ВЕЙНПАЛУ — Развитие курортологии в Эстонии
В. СЯРГАВА, Э. ЛААМАН и К. ГЕРАСИМОВА — О диагностировании отосклероза, показаниях к хирургическому лечению и результатах его
Х. КРУУЗЕ и Л. ЭСПАР — Отосклероз и результаты его хирургического лечения
А. ЙЕНТС — Опыт применения аэрозолей при лечении воспалений верхних дыхательных путей
С. СИБУЛЬ — БЦЖ-отит в грудном возрасте
В. МОСИН — Клиническое изучение метода определения С-реактивного белка при ангине и хроническом тонзиллите
В. ТРУДНИКОВ — Клиника и оперативное лечение подкожного разрыва двуглавой мышцы плеча

Организация здравоохранения

Т. РЕКК — Об улучшении стоматологической помощи

Обмен опытом и казуистика

С. ЗАЛЬЦМАН — Значение рентгенологического исследования в диагностике некоторых заболеваний легких
И. ЗАХАРОВ и М. КЛОМПУС — Случай уретероцеле у беременной
И. ФРЕЙБЕРГ и Х. ПИХЛ — Случай остеомиелита салмонеллезной этиологии у детей

В помощь фельдшерам и сестрам

Л. АХУ — Об исследовании слуха и дифференциальной диагностике нарушений слуха
Х. КАХН — Хронический гепатит
В. НАЛЬОТА — Об использовании некоторых лекарственных веществ при заболеваниях сердца и сосудистой системы

Из истории медицины

Э. СИЙРДЕ — К 100-летию со дня рождения профессора Генрика Коппеля
Л. НУРМАНД — Сто лет гипотермии

Konverentsid ja nõupidamised

J. SAARMA — I. M. Setšenovi teose «Peaaju refleksid» ilmumise 100. aastapäeva tähistamise konverents Tartus 67
T. REKK — Stomatoloogide ja hambaarstide konverents 67
B. SCHAMARDIN — Eesti NSV Vabariikliku Kardioloogia Seltsi asutav konverents 68
R. MALVISTE — Vabariiklik seminar reumatoloogia küsimustes . . . 68
A. LUKAŠ — Eesti NSV kohtuarstide ja patoloog-anatoomide konverents 68
V. KALNIN — Konverents Balti vabariikide ja Valgevene arstiteaduse ajaloo küsimustes 69
R. MIROŠNITŠENKO — XI üleliiduline endokrinoloogide dekaad . . 70
A. JANNUS — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirus-Entsefaliitide Instituudi VIII teaduslik sessioon 70
J. SAARMA — IV üleliiduline neuropatoloogide ja psühhiaatrite kongress 71

Tähtpäevad

Professor Mihkel Kask 60-aastane . 73
Ü. LEPP — Kuno Kõrge 50-aastane . 74

Kriitika ja bibliograafia

N. SCHAMARDIN — E. Hanniotti «Kosmeetika aabits» 75

Kroonika 76

Конференции и совещания

Ю. СААРМА — Конференция в ознаменование 100-летия опубликования произведения И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга» 67
Т. РЕКК — Конференция стоматологов и зубных врачей 67
Б. ШАМАРДИН — Учредительная конференция Эстонского республиканского общества кардиологии 68
Р. МАЛЬВИСТЕ — Республиканский семинар по вопросам ревматологии 68
А. ЛУКАШ — Конференция судебных врачей и патолого-анатомов Эстонской ССР 68
В. КАЛНИН — Конференция по вопросам истории медицины республик Прибалтики и Белорусской ССР 69
Р. МИРОШНИЧЕНКО — XI всесоюзная декада эндокринологов 70
А. ЯННУС — VIII научная сессия Института полиомиелита и вирусных энцефалитов Академии медицинских наук Союза ССР 70
Ю. СААРМА — IV всесоюзный съезд невропатологов и психиатров 71

Юбилейные даты

60-летие профессора Михкеля Каска 73
Ю. ЛЕПП — 50-летие Куно Кырге 74

Критика и библиография

Н. ШАМАРДИН — Э. Ханниотти «Азбука косметики» 75

Хроника 76

UUSI RAAMATUID RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Tartu Riikliku Ülikooli toimetised. Vihik 134. Arstiteaduslikke töid. V. Trt., 1963, 354 lk.
KÕRGE, K. Organismi reaktiivsuse ja desensibiliseeriva ravi probleeme. Tln., 1963, 322 lk.
AMBROS, M. Lastekasvatusest arsti pilguga. Tln., 1963, 192 lk.
КАРУЗИНА И. П. Учебник биологии. [Для мед. училищ]. М., 1963, 332 стр.
Большая медицинская энциклопедия. Изд. 2-е. Т. 30. Серотонин — *Spina ventosa*. М., 1963, 1216 стлб.
Медицинский справочник капитана. Под общ. ред. Г. Д. Баркова. М., 1963, 213 стр.
КУРАШОВ С. В. Больничная помощь на новом этапе. М., 1963, 80 стр.
Руководство по гигиене труда. Т. 2. Основы общей гигиены труда. М., 1963, 701 стр.
Руководство к практическим занятиям по гигиене труда. Под ред. З. И. Израэльсона. Изд. 3-е. М., 1963, 472 стр.
БАРАНОВСКИЙ Л. В. Питайтесь правильно. М., 1962, 104 стр.
СИНЕЛЬНИКОВ Р. Д. Атлас анатомии человека. М., 1963, Т. 1, 477 стр.; Т. 2, 502 стр.; Т. 3, 411 стр.
ТАТАРИНОВ В. Г. Учебник анатомии и физиологии человека. [Для учащихся отд-ний мед. сестер мед. училищ]. 2-е изд. М., 1963, 348 стр.
ПОЛ Дж. Культура клеток и ткани. Перевод с англ. М., 1963, 347 стр.
КАССИЛЬ Г. Н. Гемато-энцефалический барьер. М., 1963, 408 стр.
ДИОНЕСОВ С. М. Боль и ее влияние на организм человека и животного. 2-е изд. М., 1963, 360 стр.
АЛЬПЕРН Д. Е. Холинергические процессы в патологии. М., 1963, 279 стр.
ДОНАЛЬДСОН П. Электронные приборы в биологии и медицине. Пер. с англ. М., 1963, 747 стр.
ФИНОГЕНОВ С. Н. Организация, техника и методика физиотерапевтической помощи. Киев, 1963, 276 стр.
АСЕЕВ Г. М. и ЗОТОВ В. А. Врачебный контроль за физическим воспитанием студентов. М., 1963, 195 стр.
СЛОБОДЯНИК А. П. Психотерапия. Внушение. Гипноз. Киев, 1963, 349 стр.
ФРЕЙДКИН И. Д. Пособие по качественному химическому анализу при внутриаптечном контроле. М., 1963, 208 стр.
РЫСС С. М. Витамины. Изд. 2-е. Л., 1963, 376 стр.
КАВЕРИНА Н. В. Фармакология коронарного кровообращения. М., 1963, 283 стр.
ЗЕДГЕНИДЗЕ Г. А. и ЛИНДЕНБРАТЕН Л. Д. Краткий курс рентгенологии и радиологии. М., 1963, 304 стр.
ВЫРЖИКОВСКАЯ М. Ф. Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки. М., 1963, 252 стр.
КУЗИН А. М. Радиационная биохимия. М., 1962, 335 стр.
Радиоактивные загрязнения внешней среды. Под ред. В. П. Шведова и С. И. Широкова. М., 1962, 275 стр.
Лечебное и диагностическое применение радиоактивных изотопов. (Труды конференции). Киев, 1963, 257 стр.
ПЕТРОВ Р. В. Иммунология острого лучевого поражения. М., 1962, 267 стр.
ВИШНЕВСКИЙ А. А. и ГАЛАНКИН Н. К. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов. М., 1962, 578 стр.
Ревматизм и ревматоиды. [Сборник статей]. Л., 1963, 320 стр.
ШИЛОВ П. И. и КАЗБИНЦЕВ Л. И. Функциональная диагностика заболеваний желудка. Л., 1963, 260 стр.
СТРАЖЕСКО Н. Д. и ЯНОВСКИЙ Д. Н. Атлас клинической гематологии. М., 1963, 100 стр.; 40 л. илл.
ДРАЧИНСКАЯ Е. С. и БРЕЙДО И. С. Хирургия щитовидной железы. Л., 1963, 235 стр.
ВОЛЬПЕ И. М. и ЧЕРНОВА Т. И. Учебное руководство по медицинской микробиологии. (Общая часть). М., 1963, 286 стр.
ДОГЕЛЬ В. А. и др. Общая паразитология. М.-Л., 1962, 592 стр.
ОСПОВАТ Б. Л. Актиномикоз легких. М., 1963, 266 стр.
Сборник инструктивно-методических материалов по дезинфекционному делу. М., 1962, 431 стр.
Эпидемиология, клиника и лабораторная диагностика орнитоза. Метод. указания. Л., 1963. 64 стр.
ЛЫСКОВЦЕВ М. М. Клещевой риккетсиоз. М., 1963, 276 стр.
ДОРОЩУК В. П. Нарушения дыхания при остром полиомиелите и других заболеваниях. М., 1963, 236 стр.
Дизентерия. Вопросы эпидемиологии, иммунологии, микробиологии. [Сборник статей]. Л., 1963, 316 стр.
МЕЛИКОВА Е. Н. Иммунология брюшного тифа. (Инфекция и вакцинация). М., 1963, 228 стр.
ВЕРШИНИНА К. И. Болезнь Боткина в детских коллективах и меры ее профилактики. Киев, 1963, 144 стр.

Hind 40 kop.
Цена 40 коп.

Индекс
78191

КОВАЛИВ Б. М. Поражение почек при легочном и костно-суставном туберкулезе. М., 1963, 247 стр.
СОРКИН А. З. Туберкулезный трохантерит. М., 1963, 260 стр.
ИВАНОВ В. А. и др. Хирургия. [Учебник для мед. училищ]. М., 1963, 427 стр.
ОСТРОВЕРХОВ Г. Е. и др. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии. М., 1963, 740 стр.
Руководство по оперативным вмешательствам. Для хирургов сел. участковых и район. больниц. Под ред. Н. И. Блинова. Изд. 2-е. Л., 1963, 291 стр.
МАРТЫНЧЕВ А. Н. и др. Венозное давление в хирургической практике. Л., 1963, 127 стр.
МУРОМСКИЙ Ю. А. Бронхиальные свищи после резекции легких. М., 1963, 220 стр.
КРЫМСКИЙ Л. Д. Патологическая анатомия врожденных пороков сердца и осложнений после их хирургического лечения. М., 1963, 423 стр.
ПШЕНИЧНИКОВ В. И. и БРУСЕНЦОВА В. А. Патогенетическая терапия облитерирующих заболеваний артерий конечностей. М., 1963, 176 стр.
ЛУЦЕНКО С. М. Перитонит в пожилом и старческом возрасте. Кишинев, 1962, 215 стр.
ЮМАШЕВ Г. С. Костная пластика лиофилизированным гомотрансплантатом. М., 1963, 134 стр.
ГРАЦИАНСКАЯ Л. Н. и др. Профессиональные заболевания рук от перенапряжения. Л., 1963, 224 стр.
Многотомное руководство по хирургии. Т. 12. Нижная конечность. М., 1961, 640 стр.
Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство при вывихах бедра различной этиологии. Л., 1963, 64 стр.
БРЯНЦЕВА Л. Н. Контрактура Дюпюитрена. Л., 1963, 100 стр.
ЖУЧЕНКО Д. Г. Метастатические абсцессы головного мозга. М., 1963, 216 стр.
Труды Четвертой Всесоюзной конференции урологов. Москва, 24—30 июня 1961 г. М., 1963, 239 стр.
ЧАКЛИН А. В. Краевые особенности распространения злокачественных опухолей. Л., 1963, 184 стр.
ЛИБЕРМАН Г. А. Рак век, распознавание и лечение. М., 1963, 212 стр.
КАБАКОВ Б. Д. Костная пластика нижней челюсти. Л., 1963, 168 стр.
АРХАНГЕЛЬСКИЙ В. Н. Глазные болезни. (Пособие для практ. врача). 2-е изд. М., 1963, 132 стр.
АРХАНГЕЛЬСКИЙ В. Н. и др. Учебник глазных болезней. [Для мед. ин-тов]. М., 1963, 328 стр.
КОПП И. Ф. и КРОЛЬ А. Г. Основы общей терапии заболеваний глаз. М., 1963, 280 стр.
КАЛЛАХАН А. Хирургия глазных болезней. Пер с. англ. М., 1963, 487 стр.
Катаракты. [Сборник статей]. М., 1963, 253 стр.
КОБРАК Г. Г. Среднее ухо. Пер. с англ. М., 1963, 455 стр.
ТЕРНОВСКИЙ С. Н. и др. Лечение химических ожогов и рубцовых сужений пищевода у детей. М., 1963, 135 стр.
ВОЯЧЕК В. И. Ринортоз. (Способы устранения структурных дефектов носа). Л., 1963, 96 стр.
ЛУБОЦКАЯ-РОССЕЛЬС Е. М. Профилактика нервно-психических отклонений у учащихся. 2-е изд. М., 1963, 171 стр.
ЧЕХОВА А. Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. М., 1963, 136 стр.
КАЧКОВСКИЙ М. А. Косметика и уход за кожей. Л., 1963, 56 стр.
МАЛИНОВСКИЙ М. С. и СВЕТ-МОЛДАВСКАЯ Е. Д. Климактерий и менопауза. М., 1963, 223 стр.
Курс лекций для беременных и матерей. 7 лекций. 5-е изд. М., 1963, 233 стр.
РОМАНОВА Е. П. Беременность и роды при сахарном диабете. М., 1963, 164 стр.
Профилактика перинатальной смертности. [Сборник статей]. Пер. с чешского. М., 1963, 160 стр.
БУБНОВА М. М. и МАРТЫНОВА М. И. Сахарный диабет у детей. М., 1963, 192 стр.
Укрепляйте здоровье школьника. Книга для родителей. М., 1962, 184 стр.