



ISSN 0134-2320

# ÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

**2.1979**

---

**NB!**

**MEDITSIINITÖÖTAJAD!**

---

Teil on võimalus Riiklikust Teaduslikust Meditsiini-  
raamatukogust laenutada arstiteaduslikku ja ühis-  
kondlik-poliitilist kirjandust ka postiabonemendi  
teel.

---

Laenusus posti teel on lihtsaim, mugavaim ja operatiivseim viis  
uusimate teadussaavutustega kursis olemiseks.

---

Oma soovid saatke aadressil:  
200 102 Tallinn, Lai tn. 22.

---

## EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI 1979 · XXII AASTAKÄIK

### SISU

J. Saarma — Narkoloogiateenistuse aktuaalseid probleeme 99  
I. Trofimova — Oftalmoloogilise abi perspektiivid Eesti NSV-s 102

### TEORIA JA PRAKTIKA

V. Sergejev — Noorukite alkoholism 104  
M. Taal — Alkoholi kasutamist soodustavaid tegureid psüühikahäiretega noorukitel 107  
H. Kahn, S. Veimer, V. Tuulik — Etanooli määramine väljahingatavas õhus ja veres 109  
T. Põkk, L. Põkk — Alkohoolikute surma põhjusi 111  
A. Gerassimova — Palpebromandibulaarse sünkineesiaga tüsistunud blefaroptoosi kirurgiline ravi 114  
A. Tooming — Tugeva lühinägevuse seos mõningate tunnustega 116  
L. L. Schotter — Prilliklaaside optilise tsentri määramine 119  
E. Post — Laste audioloogilise arstiabi tähtsus 121  
V. Bolotovski, N. Titova, O. Tamm, J. Märtin, A. Vorobjova, I. Blumberg, A. Budjak, U. Mirme — Leetri elusvaktsiini J-16 reaktogeensed omadused 124  
S. Ulp, R. Truve, U. Sibul — Uus pH-meetria-meetod 127  
O. Planken, K. Valgma, J. Riiv, R. Kaskmets, M. Lind — Mõningaid arteriaalse hüpertensiooni probleeme epidemioloogilise uurimise alusel 129  
J. Eha, A. Leissoo, J. Maaros, O. Luha — Vasaku südamevatsakese funktsiooni seos põetud müokardiinfarkti lokaliseerimisega 131

### ÜLEVAATED

H. Väre — Alkoholismi kulu iseärasusi naistel 134

### TERVISHOIJUTÖÖ KORRALDUS

T. Aareleid, M. Jõeäär, M. Hermlin, H. Kokk, M. Kalder — Raal töötleb statsionaaris ravitud haigete andmeid 137

### KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

L. Lääts, L. Sildver — Kaasasündinud adrenogenitaalne sündroom (soola-kaotusvorm) 141

### ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

I. Trofimova, E. Valdre — Äge glaukoomihoog 144  
H. Lõiv — Toidumürgitused stafülokokkide enterotoksiiniga 145

### KAADRI ETTEVALMISTAMINE

L. Keres — Dotsent Lea Boston arstiteaduse doktoriks 147  
L. Sildver, L. Tamm — Lastearstide ettevalmistamine ja kvalifikatsiooni tõstmine TRU-s 148

### ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Kalnin — 120 aastat esimesest silmahaigusi põdejate loendusest Venemaal 150  
A. Liiv — 65 aastat Pilguse Psühhiaatriahaiglat 153

### KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Vabariiklikud sümposionid 155  
Üleilidulised konverentsid ja nõupidamised 158  
Rahvusvahelised konverentsid ja nõupidamised 163

### KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

H. Väre — Uus psühhopaatoloogia käsiraamat 167

### MEIE JUUBILARE 169

Vilis Derums, Johannes Tammeorg, Evald Tammepõld

### ARSTIDE SELTSIDES

A. Klink — Võru, Põlva ja Valga Rajooni Arstide Teadusliku Seltsi konverents 170  
A. Haavel — Kingissepa Arstide Teaduslikus Seltsis 171

### MEDITSIINITEHNIKA

L. H. Schotter, A. Panov — Signaal-magnetsond silmast kildude eemaldamiseks 171

### IN MEMORIAM

Ilo Sibul 10. II 1908... 31. I 1979 174  
Mart Martson 26. V 1929... 2. II 1979 175

### UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Hündariin, parmidiin 176

### QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Meditsiiniterminoloogia komisjonis 177

### KROONIKA 178

Eesti NSV teadlaste publikatsioonid välismaal 184

# NB

**Käsitkirjad** esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitkiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initialsid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 **võtmesõna** oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitagu kokkusuurutult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse töend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsiooni fragment, esitatakse toimetusele koos käsitkirjaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitkirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (8...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initialsid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initialsid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpnumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsitkirja lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

**Toimetuse ei tagasta käsitkirju ka siis, kui need avaldamata jäävad.**

**Honorari** makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pikk 73. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

## «Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

## Toimetuse kolleegium

N. Ajasta, L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elštein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarman, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

## Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja M. Mihhailova. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 7. II 1979. Trükkimisele antud 28. III 1979. Trükiarv 5900. Ofsetpaber nr. 1, 70×100/16. Trükipoognaid 6,25. Tingtrükipoognaid 8,12. Arvestuspoognaid 9,95. Tell. nr. 491. MB-03651 EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

## NARKOLOOGIATEENISTUSE AKTUAALSEID PROBLEEME

JÜRI SAARMA · TARTU

spetsialiseeritud narkoloogiline abi, dispansseerimine, psühhiaatria- ja narkoloogiaasutuste ülesanded, ravipõhimõtted, kaader

Viimaste aastate jooksul on NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium rajanud psühhiaatrilise abi erisektorina narkoloogiateenistuse ning kogu meie maal välja arendanud sellealase ravi- ja profülaktikaasutuste laialdase võrgu. Eesti NSV-s on kahel viimasel aastal asutatud Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla dispansseerne narkoloogiaosakond, avatud mitmeid rajoonide psühhiaatria- ja narkoloogiakabinette, narkoloogiakabinette suurte ettevõtete juures. On laiendatud alkohoolikute statsionaarse ravi võimalusi psühhiaatriahaiglates ning -osakondades ja on rajatud esimene narkoloogiastatsionaar tööstusettevõtte juures. Nendes asutustes on tööle asunud arvukalt noori spetsialiste, kes eelnevalt on saanud eriettevalmistuse. Selle tulemusena on eriarstiabi võimalused avardunud ning kättesaadavamaks muutunud. Paralleelselt on senisest innukamalt tehtud alkoholismivastast sanitaarkasvatustööd elanike hulgas.

Spetsialiseeritud arstiabi kättesaadavuse paranemisega seoses suureneb kõigepealt vastava haigete kontingendi hõlmatus, s. t. suureneb dispansseersel arvel olevate alkohoolikute ja narkomaanide arv. A. Katšajevi ja I. Urakovi (3) ülevaatest nähtub, et Nõukogude Liidus tervikuna suurenes dispansseersel arvel olevate alkohoolikute arv 1975. aasta arvuga võrreldes 1976. aastal 13% ja 1977. aastal 28%. Eesti NSV-s oli kasv vastavalt ainult 5% ja 16%. Esmakordselt arvele võetavate haigete arv suurenes 1975. aasta arvuga võrreldes Nõukogude Liidus tervi-



### 1979 — rahvusvaheline lasteaasta

kuna 1976. aastal 9% ja 1977. aastal 22%, Eesti NSV-s aga ainult 4% ja 5%. Olgugi et meie vabariigis on loodud spetsialiseeritud narkoloogiateenistus, on alkohoolikute arvelevõtt ja arvel olivate arv tagasihoidlik. Millest see on tingitud? Võib-olla oli meil haigete kontingent juba varem küllalt ulatuslik? Oli ju meie vabariik palju aastaid üks suurema arveloleku arvuga piirkondi Nõukogude Liidus.

A. Katšajev ja I. Urakov toovad oma ülevaates teisigi andmeid, mis heidavad meie narkoloogiateenistusele lähemat valgust ning annavad selgituse eeltoodud arvudele. Need autorid leidsid, et 1977. aastal dispansseersel arvel olevate alkohoolikute struktuuris on Nõukogude Liidus tervikuna ülekaalus haiged, kellel alkoholism on I ja II staadiumis; alkoholismi III staadiumis olevate haigete osa aga on tunduvalt vähenenud. Samal ajal on Eesti NSV-s dispansseersel arvel olevate haigete hulgas ülekaalus alkoholismi III staadiumis haiged, I staadiumi haigeid aga on arvel üpris vähe (vt. tabel).

Need arvud peaksid meid kõiki mõtlema panema. On üldtuntud tõde, et alkoholismi ravi on seda edukam, mida varem ravi alustatakse. Hästi on teada

ka see, et mida kauem on kestnud alkoholi liigtarvitamine, seda raskemad on tema põhjustatud somaatilised ja psüühilised kahjustused.

Miks siis meie vabariigis on narkoloogilist abi siiani saanud üksnes need alkohoolikud, kes on jõudnud juba alkoholismi II või koguni III (56% alkohoolikuist) staadiumi? Ilmselt on siin põhjusi mitmeid, osalt sotsiaalpsühholoogilist, osalt meditsiinilis-organisatsioonilist laadi.

Meie elanike hulgas on veel küllalt levinud reserveeritud või koguni skeptiline hoiak narkoloogiaasutuste ja nendelt loodetava abi suhtes. Tihti võib kohata inimest, kes oma perekonna liikme või töökaaslase süstemaatilist alkoholi liigtarvitamist ei pea selliseks haiguslikuks ilminguks, mille pärast tuleks pöörduda abi saama eriarsti poole. Et enamik haigeid ei pea endid ise alkohoolikuiks, eriti mitte ravi vajavaiks alkohoolikuiks, see on üpris tavaline. Sageli koguni ei usuta, et raviga on võimalik neid inimesi tõhusalt aidata. Mõningat alust selliseks skeptiliseks suhtumiseks annab ka hilisesse staadiumi jõudnud alkohoolikute ravi tegelikult üsna tagasihoidlik efektiivsus. Paljud haiged ise ja nende omaksed peavad diagnoosi «alkoholism» ning alkoholismiravil viibimist otse mingiks häbiasjaks, kuigi nad alkoholi liigtarvitamisega kaasnevaid sotsiaalseid plekke seejuures sugugi ei näi häbenevat. Kõik mainitud tegurid põhjustavad alkohoolikute endi ja nende perekonna liikmete ning töökaaslaste lubamatu passiivsuse eriarstiabi otsimisel, sellega viivitatakse nii kaua kui vähegi võimalik.

Tagajärjeks on see, et meie narkoloogiakabinettidesse ja -osakondadesse tuuakse või saadetakse ravile haiged enamasti alles siis, kui nende käitumine on ümbrusele muutunud lausa talumatuks, kui nad on minetanud töövõime või jõudnud alkoholpsühhoosini. Meie psühhiaatriaasutuste andmeist ilmneb, et enamik alkoholpsühhooside tõttu ravile suunatud ei ole dispanseersel arvel olnud.

Esitatust järeldub, et meie vabariigi narkoloogiasteenistuse esmane ülesanne on tõhustada haigete väljaselgitamist ja arvele- ning ravilevõtmist alkoholismi varajases staadiumis. See on tüslik ning pikka aega nõudev töö. Süstemaatilise selgitus- ja kasvatustööga tuleb elanike hulgas samm-sammult kummutada väärad arusaamad alkoholismist ning selle ravist, kujundada asjalik ja konstruktiivne hoiak narkoloogiaasutuste ning narkoloogilise arstiabi suhtes. Psühhiaatria- ja narkoloogiaasutuste aktiivse abiga tuleb välja kujundada Punase Risti narkoloogiapostide teovõimas võrk meie vabariigi kõikides suuremates ettevõtetes ja asutustes. Narkoloogiapostide personali tuleb süstemaatiliselt õpetada ja neid stimuleerida, nii et neist saaksid tõelised abilised alkohoolikute varajasel ravile suunamisel ning rehabiliteerimisel. On vajalik tihe koostöö kainestumajade ja kohalike siseasjade osakondadega, et ka need alkoholi liigtarvitajaid rohkem eriravile saadaksid. Tervishoiuministerium peab somaatiliste raviasutuste arstidelt järjekindlamalt nõudma, et nad endi poolt väljaselgitatud haiged suunaksid narkoloogiakabinettidesse, kus nad eriravile võetaks.

Eespool mainitud probleemid peaksid pidevalt olema ka meie vabariigi tervishoiuministeriumi ja kohalike nõukogude juures tegutsevate alkoholismikomisjonide tähelepanu fookuses.

Teine tähtis valdkond on haigete ravi efektiivsuse tõstmine ja tulemuste stabiilsuse tagamine. Selles osas väärrib äramärkimist, et meie vabariigis on viimastel aastatel tunduvalt avardunud alkohoolikute statsionaarse ravi võimalused. 1975. aasta arvuga võrreldes suurenes meil statsionaarselt ravitud alkohoolikute arv 1976. aastal 30% (NSV Liidus tervikuna 12%) ja 1977. aastal 50% (NSV Liidus tervikuna 26%) (3). Meie raviasutuste ravikompleksis on laialdaselt hakatud rakendama diferentsitud tööravi, suurenenud on psühhoterapia osatähtsus, ravitulemuste stabiliseerimiseks ka sotsioterapia osa.

Alkohoolikute ravi tõhustamise või-

malusi on meil veel mitmeid, nii stationaarse kui ka ambulatoorse ravi osas. Ühe tähtsama lõiguna tuleb mainida NSV Liidu Tervishoiu Ministriumi poolt kehtestatud standardse raviskeemi kasutuselevõtmist. Siiani ei ole meie raviasutustes veel jõutud ei stationaarse ravikuuri soovitatud miinimumkestuse ega ka toetusravi optimaalse süsteemi rakendamiseni. Viimaste aastate jooksul on meie psühhiaatriaiglates viibivate haigete ravikuuride kestus olnud psühhoosita juhtudel keskmiselt 37...39 päeva, alkoholpsühhooside korral koguni ainult 24...26 päeva soovitatud minimaalse 45 päeva asemel. On selge, et suuremal osal alkoholpsühhooside all kannatajail ei järgne psühhoosi kupeerimisele statsionaarset alkoholismi ravikuuri. Kahtlemata on see vajakajäämine, millele meil kõigil tuleb suurt tähelepanu pöörata. Muidugi on nende haigete statsionaarne ravi pärast psühhoosi möödumist hoopiski raskem, mis hõlmab ka siiani veel korrastamata juriidilisi aspekte (2). Seda enam aga on vaja suurendada psühho- ja sotsio-teraapia osa positiivse sättumuse ning konstruktiivse hoiaku kujundamiseks kompleksse alkoholismiravi suhtes.

Narkoloogiakabinetide töös on esmajärguline ülesanne võimalikult suuremale arvule haigetele tagada süstemaatiline järelravi ning retsidiivide profülaktika. NSV Liidu Tervishoiu Ministriumi poolt kehtestatud kord näeb ette, et esmase ravikuuri järel peab haige dispanseersele arvele jääma viieks aastaks tingimusel, et tal selle aja jooksul ei esineks alkoholismi retsidiivi. Selle aja jooksul tuleb haigele standardskeemi kohaselt teha süstemaatiliselt profülaktilisi ravikuure. Meie vabariigi narkoloogiakabinetid on seda süsteemi alles hakanud juurutama. Reeglipärane järelravi eeldab loomulikult haige enda sügavat teadlikkust ning tahet alluda ravile, mille kujundamisele ning tagamisele peavadki olema suunatud psühho- ja sotsio-teraapia kõik vahendid. Retsidiivide ärahoidmiseks tuleks kõikide meie nar-

**Tabel. 1977. aastal arvelolevate haigete jaotumus alkoholismi staadiumide järgi %-des (A. Katsšajevi ja I. Urakovi järgi 1978. a.)**

Populatsioon	Alkoholismi staadium			
	I	II	III	määramata
NSV Liit				
tervikuna	12	71	14	3
Eesti NSV	2	38	56	4

koloogiaasutuste tegevuses laialdsemalt kasutada neid kogemusi, mida on saanud Tartu Anti-Bakchose klubi, seda eriti sotsio-terapeutilise efektiivsuse osas.

Alkohoolikute ravi mõjususe ning tulemuste stabiilsus sõltuvad suurel määral ka ravi õigest ning individuaalselt sobilikust metoodikast (1). Ikka ja jälle tuleb rõhutada, et ravi peab olema kompleksne, hõlmama nii bioloogilisi kui ka psühho- ja sotsio-terapeutilisi vahendeid. Ei tohi unustada, et ravi eesmärk ei ole mitte üksnes elementaarse somaatilise sõltuvuse pärssimine alkoholi suhtes, vaid inimese kogu hoiaku oma elustilisse ja sotsiaalsesse väärtusse ümberkujundamine.

Kokku võttes võib öelda, et meie vabariigis on viimastel aastatel arenenud narkoloogiaasutuste võrk, suurenenud spetsialistide kaader ning avarunud spetsialiseeritud abi võimalused. Nüüd on meie peamine ülesanne otsustavalt tõsta narkoloogilise abi kvaliteeti.

KIRJANDUS: 1. Saarma, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 4, 291—294.

2. Бабаян Э. А. В кн.: Тезисы докладов второй всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и наркомании. М., 1978, 3—13. — 3. Качаев А. К., Ураков И. Г. В кн.: Тезисы докладов второй всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и наркомании. М., 1978, 30—36.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder

## OFTALMOLOOGILISE ABI PERSPEKTIIVID EESTI NSV-S

INGEBORG TROFIMOVA · TALLINN

direktiivmaterjalid, polikliiniline abi oftalmoloogias, konsultatiivne oftalmoloogiline abi, dispanserne ravi, haiglaravi

Hoolitsus inimese tervise eest kajastub kogu meie riigi teaduslikult põhjendatud tervishoiuökonomikale rajatud tervishoiusüsteemi pidevas arendamises ja täiustamises. Nii on ka oftalmoloogilise abi parandamise ja ümberkorraldamise kohta viimastel aastatel ilmunud mitmeid NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi juhendeid.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «Elanikele antava oftalmoloogilise abi edasise parandamise abinõude kohta» täitmine on ette nähtud põhiliselt aastail 1978...1985. Tähelepanu keskmes on profülaktika. Nii näiteks tuleb kogu NSV Liidus silmahaiguste, eriti glaukoomi varajaseks väljaselgitamiseks korraldada elanike massilisi profülaktilisi läbivaatusi. Silmahaiguste tõttu invaliidistunute arvu vähendamiseks tuleb teaduslikult läbi töötada ning rakendada abinõusid nii võitluses lühinägevusega, eriti koolieelikute ning õppiva noorsoo hulgas, kui ka võitluses silmatraumadega tööstuses, ehitustel, transpordis ja põllumajanduses.

Eriline rõhk on just oftalmoloogilise abi kvaliteedil. Selle tõstmise eesmärgil laiendatakse konsultatiivsete polikliinikute ning osakondade võrku, suuremate raviasutuste juures avatakse dispanserid silmaosakonnad ning vältimatu oftalmoloogilise abi andmiseks haiglate ja polikliinikute juures punktid või kabinetid. Tingituna mikrokirurgia osatähtsuse suurenemisest tuleks rajada osakonnad, mis oleksid ka omalaadsed meetodilised ja pedagoogilised keskused.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia-le on tehtud ülesandeks laiendada kompleksseid teaduslikke uurimisi ning leida moodusi, kuidas tõhustada sellis-

te silmahaiguste nagu glaukoomi, võrkkesta irdumise, nägemisnärv- ja soonkestapõletike, viiruslike silmahaiguste profülaktikat ja ravi.

Praegu toodetavate nägemist korri-geerivate vahendite hulk ei vasta vajadusele ning asjaosalistele ministeeriumidele on tehtud kohustuseks kiirendada just prilliklaase ning -raame tootvate tehaste ehitamist ning toodangu väljalaskmist. Samuti tuleb parandada operatsiooniriistade kvaliteeti ning suurendada nende hulka.

Määruse täitmiseks Eesti NSV-s on olemas Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi direktiivmaterjalid. Neist lähtudes kujuneb välja juba meie vabariigi oftalmoloogilise abi homme päev.

Praegu antakse meil polikliinilist oftalmoloogilist abi 44 silmakabinetis, neist kaheksa on ette nähtud lastele lastepolikliinikute juures. Silmaarstid töötavad igas rajoonis, välja arvatud Hiiumaa, kus haigeid võtab vastu kirurg. Ainult üks silmaarsti ametikoht on ikkagi veel Võru, Valga, Paide ja Rapla rajoonis, sellest ka seal oftalmoloogilises abis mõningad vajakajäämised. Plaanis on, et 1985. aastaks töötaks igas rajoonis vähemalt kaks silmaarsti, mis tagaks arstiabi kättesaadavuse ning selle parema kvaliteedi. Uute kabinetide avamine ei ole otstarbekas, see killustaks tööd. Küll aga on mitmele polikliiniku silmakabinetile hädasti tarvis avaramaid ruume (Harju rajooni polikliinik jt.) ning rohkem aparatuuri. Üldine suund on selline, et meil oleks rohkem moodsa diagnoosimis- ning raviaparatuuriga kabinette, kus mitmes vahetuses töötaks rohkem kui üks silmaarst.

Konsultatiivset oftalmoloogilist abi annavad praegu Tallinnas Vabariikliku Haigla ja Tartu Kliinilise Haigla silmaosakonna juures asuvad kabinetid. Töö parandamiseks on need ette nähtud reorganiseerida konsultatiivsete polikliinikute silmaosakondadeks. See uuendus toob endaga kaasa nii koosseisude kui ka töömahu suurenemise. Eriti tuleb tähelepanu pöörata haigestu-

muse analüüsile, millega seni pole sihipäraselt tegeldud. Tulemuste põhjal saaks välja töötada ja rakendada profülaktikaabinõusid ning ennetada silmahaigusi, see aga on eriti tähtis töövõimetuspäevade arvu vähendamiseks. Konsultatiivse polikliiniku silmaosakondade kohustuste hulka kuuluksid ka laste ja noorukite refraktsiooni anomaaliate profülaktika, nägemishäirete varajane väljaselgitamine ning ravi.

Ka meie vabariigi ambulatoorsete polikliiniliste asutuste silmakabinettide organisatsioonilis-metoodiline juhendamine, uute ravi- ja diagnoosimismeetodite kasutuselevõtmine oftalmoloogia-kabinettides, ambulatoorse-polikliinilise võrgu silmaarstide kvalifikatsiooni tõstmine, mis seni on olnud haiglate silmaosakondade juhatajate õlgadel, oleks põhimääruse alusel konsultatiivse polikliiniku silmaosakonna juhataja otsene tööülesanne.

Osakondade koosseisu on silmaproteesimiskabinetid planeeritud eraldi. Refraktsiooni anomaaliate korrigeerimise meetodi, kontaktkorrektsiooni võimaluste suurendamiseks on ette nähtud laiendada kontaktläätsede laboratooriumi Tallinnas ning avada kontaktläätsede kabinet Tartus.

Elanike arvust lähtudes on oftalmoloogilise abi parandamiseks Tallinnas ette nähtud avada dispanserne osakond Tallinna Tõnismäe Haigla ja Tõnismäe Polikliiniku juures, kusjuures ka dispanserse osakonna baasiks oleva haigla voodikohtade arvu tuleb 30-lt suurendada 60-le. Tallinnas töötavatele rajoonioftalmoloogidele oleks see suur abi, sest dispansersete osakondade arstide töös on ette nähtud ka linna silmaarstide metoodiline juhendamine ning nende teoreetilise ja praktilise kvalifikatsiooni tõstmine oftalmoloogia eriküsimustes.

Silmahaigusi põdejate haiglaravi tekitab raskusi, voodikohtade vähesuse tõttu tekivad plaanilist kirurgilist ravi vajavate haigete pikad järjekorrad. Haiglaravile ei pääse kaugeltki kõik glaukoomihaiged, kes on välja selgitatud profülaktilisel tonometreerimisel.

Nii oli 1978. aasta lõpul meie vabariigi haiglate neljas silmaosakonnas 155 voodikohta. Pärnu ja Kingissepa haigla kirurgiaosakondades oli 15 voodikohta silmahaigusi põdejatele. Normatiivi põhjal (10 000 elaniku kohta 3,5 voodikohta) peaks voodikohti olema umbes 500. Kahjuks on meil see näitaja teiste liiduvabariikide näitajatega võrreldes kõige madalam. Laste silmaosakond seni veel puudub.

Olukorra osaliseks parandamiseks on ette nähtud välja ehitada ning ekspluatatsiooni anda juba 1982. aastal Tallinna Vabariikliku Haigla juurdeehitises 120 voodikohaga silmaosakond, mille struktuuri kuuluks ka esimene meie vabariigi 30 voodikohaga laste silmaosakond. Osakonna juurde on planeeritud suurem nüüdisaegne operatsiooniblokk, mis omakorda oleks loodava vabariikliku mikrokirurgilise ravi keskuse baasiks.

Et osakond saab Põhja-Eesti oftalmoloogilise abi keskuseks, siis on loogiline, et seal hakkab tööle ka vältimatu oftalmoloogilise abi punkt.

Peale otsese kvaliteetse ambulatoorse, statsionaarse ning vältimatu abi silmatraumade ja ägedate silmahaiguste korral on selle punkti ülesanne pidada ka silmatraumade kohta arvestust. Punkti kohustuseks on ka silmatraumade analüüs ning profülaktikaabinõude väljatöötamine, milles neid abistavad meie vabariigi ministeeriumid, keskasutused ning üleliidulise alluvusega ettevõtted ja organisatsioonid. Eeltoodu on tähtis ka rahvamajanduse seisukohalt, sest silmahaigustest põhjustatud invaliididest invaliidistub umbes 20% traumajärgselt.

Uus silmaosakond ehitatakse põhiliselt Eesti NSV Pimedate Ühingu rahaliste vahenditega. Jääb vaid loota, et perspektiivplaani elluviimine toimub tähtajaliselt ning takistusteta. Sellega oleks tagatud oftalmoloogilise abi tunduv paranemine.

*Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi  
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla*

# Teooria ja praktika

UDK 616.89-008.441.13-053.7

## NOORUKITE ALKOHOLISM

VIKTOR SERGEJEV · TALLINN

alkoholism, noorukid, alkoholismi esimesed tunnused, ravi, profülaktika

XX sajandil on paralleelselt alkoholismi kiire levikuga täiskasvanute seas täheldatud kogu maailmas alkoholi kasutamise sagenemist ja alkoholtõvest tabandunute arvu järsku suurenemist noorte hulgas. Alkoholism on noorte haiguseks saanud ja võrreldes sajandi vahetuse tähelepanekutega on krooniliste alkohoolikute keskmine vanus langenud 55. eluaastalt 30...35. eluaastale. Sagenenud on kahekümneaastaste ja veelgi nooremate inimeste haigestumine alkoholsetesse psühhoosidesse, psühhoosid aga on iseloomulikud kroonilise alkoholismi II ja III staadiumile. Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla narkoloogiadispenseris on umbes 1/4 arvelolevate krooniliste alkohoolikute vanus alla 25 eluaasta ja ei ole harvad juhtumid, et kroonilist alkoholismi on tulnud diagnoosida 16...17 aasta vanustel noorukitel.

Ungari RV-s korraldatud uurimiste andmeil (6) hakatakse alkohoolseid jooke proovima 6...10 aasta vanuselt. 16-aastaselt kasutab 43,5% noorukitest alkohoolseid jooke süstemaatiliselt (iga nädal) ja 30,7% noorukitest episoodiliselt. Meie maa põhjarajooni koolides korraldati ankeetküsitlus 7372 õpilase

hulgas (3...10. klassini). Osa tulemusi toome ära tabelis (7).

Esimene tutvus alkoholiga noores eas toimus vanemate ja sugulaste ettepanekul, esmakordselt proovisid alkohoolseid jooke vanemate klasside õpilased omavanuste kaaslaste seltskonnas. Ilmnes, et mida sagedamini pruugiti perekonnas alkoholi, seda vähem mõistsid lapsed joomist hukka.

Alkoholismi arengu iseärasuseks noorukieas on haiguse kiire areng ja pahaloomulisus. Suuremal osal kroonilistel alkohoolikutel kujuneb kroonilise alkoholismi kliiniline pilt välja alkoholi 10...15-aastase süstemaatilise kasutamise järel (2). Alkoholismi kujunemine enne 25. eluaastat annab põhjust oletada täiendavate tegurite olemasolu, mis tingivad haiguse kiirema arengu ja tema iseärasused. Noorukite alkoholismi geneesis on määrav tähtsus ühelt poolt väliskeskkonna teguritel ja teiselt poolt isiksusele iseloomulikel omadustel, nagu pärilik eelsoodumus, intellektihäired, peaaajutraumad, infektsioonid, neuroinfektsioonid (3). Suurt osa alkoholismi kujunemises etendavad puberteedia iseloomujoonte patoloogilised hälbed. Alkoholismist on ohustatud eriti psühhopaatiliste iseloomujoonte ja neuroosi ning neuroositaoliste seisunditega noorukid (8). Täiskasvanutel on alkoholismi arengut soodustavate teguritena tuntud erisugust laadi psühhotraumad — ebakõla perekonnas, lahutus, lähedase inimese kaotus, enneaegne demobiliseerimine, pensionile minek, üleviimine teisele tööle, raske keheline haigus jne. (2). Noorukitel aga on psühhotraumeerivad tegurid teisejärgulised, haiguse kujunemisel tagasihoidliku toimega.

P. Litvinov leidis (2), et alkoholismi arenemine (staadiumide vaheldumine) noorukitel sarnaneb suures osas selle arenemisega täiskasvanutel, üksnes selle vahega, et haiguse formeerumise tempo on tunduvalt kiirem, haiguse faasid lühemad. Sageli algab haiguse kiire areng noorukitel juba pärast esimesi kokkupuuteid alkoholiga; puudub omamoodi vaheetapp ebaregulaarse,

alkoholi juhusliku kasutamise näol. Noores, arenevas organismis toimub kroonilise alkoholmürgituse korral kaitsemehhanismide kiirem dekompensatsioon (1, 2, 4, 5). P. Litvinov (2) eristas haiguse arengu järgmist kolme tüüpi: 1) kuuest kuust ühe aastani — äge tüüp; 2) kahest aastast viie aastani — kiire tüüp; 3) kuuest aastast seitsme aastani — aeglane tüüp.

101 uuritust moodustasid 93% need, kellel oli haigus äge ja arenes kiiresti. See tähendab, et 93% noorukitest said kroonilised alkohoolikud alkoholi kuuekuulise kuni viieaastase kasutamise järel. Kui noorukitel kujunes haigus välja keskmiselt nelja aasta jooksul, siis täiskasvanute kontrollrühmas kulus selleks aega keskmiselt 16 aastat. Krooniline alkoholism kujuneb noorukitel välja neli korda lühema aja vältel.

Esimesteks haiguse tunnusteks on tolerantsuse tõus alkoholi suhtes, alkoholi kasutamisel piiritunne osaliselt kaob, millega kaasnevad keskmise ja raske astme joobed; kangete alkoholi-markide joomisel ei teki joobeseisundis vastikustunnet joodava vastu. Algusetapile on iseloomulik varjatud tungi kujunemine alkoholi järele, mis avaldub alkoholi kasutamise juhtude sagemises. Hakatakse otsima ajendit joominguks, kujuneb kergesti mõjutatavus

joomaseltskondade poolt. Kui haigus süveneb, tõuseb tolerantsus alkoholi suhtes veelgi; joobeseisundis kaob okserefleks, käitumises ilmnevad agressiivsuse ja huligaansuse tendentsid, meenutused alkoholi kasutamise ajal aset leidnud ekstsessidest kutsuvad esile kõrgeenenud meeoleolu. Kolmandat, juba välja kujunenud haiguse staadiumi iseloomustavad täielik piiritunde kadumine joobeseisundis, tugevam tung alkoholi järele, raske pohmelus pärast purjutamist, mälulüngad joobes, üksikud kahepäevased või pikemad joomaperioodid; tekivad häired emotsionaalses ja tahteelu sfääris. Toome meie praktikast näite.

2. juunil 1978. a. tõi isa Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla narkoloogiaosakonda ravile 16-aastase noormehe M. H. Vastuvõtul oli patsient trotslik, käitus äärmiselt üleolevalt, jämedalt oma isa vastu. Isa andmetel oli ta alkoholi kuritarvitanud eriti viimase poole aasta vältel, oli esinenud paarpäevaseid joomaperioode, sageli oli kodust põgenenud, paaril korral oli kahtlustatud varguses.

Anamneesis: sündis ainsa lapsena Tallinnas töölispererkonnas. Suguvõsas vaimuhaigeid ega alkohoolikuid ei teata. Ema on iseloomult heatahtlik ja tasakaalukas, isa range, nõudlik, tige ja närviline. Tihti oli ta last karistanud pisemagi eksimuse eest peksuga. Pererkonnas valitses vaenulikk, pingeline õhkkond. Sageli olid vanemad omavahel tülitsevad. Patsient oli isa vihanud ja kartnud juba varajases noorusest.

Tabel. Alkoholi kasutamise algus noorukitel

Vanus	Kasutas alkoholi vähemalt ühel korral		Vanemad lubasid alkoholi kasutada		Omavanuste seltskonnas kasutasid alkoholi korduvalt		Avaldasid soovi alkoholi ka edaspidi kasutada		Ei soovinud alkoholi müügi keelamist	
	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M
9...10	31,9	49,8	0,8	5,6	1,2	2,6	2,3	7,1	18,6	19,7
11...13	29,2	50,4	1,6	2,9	1,7	2,6	2,6	5,6	8,6	13,2
14...15	42,5	62,2	5,8	6,3	8,3	13,2	9,0	15,0	13,8	22,8
16...17	59,7	84,1	17,3	18,9	20,5	34,1	18,4	36,5	18,4	36,5

7-aastaselt läks poiss kooli. Koolis oli rasuki valmistanud eesti keele grammatika. Iga puuduliku hinde eest oli kodus isa käest peksa saanud, mis aga tulemusi ei andnud. Kolmandast klassist kadus huvi õppimise vastu, hakkas koolist puuduma. Sageli pödes ta angiini. 12. eluaastal diagnoositi südamerumat ja suunati õppima Keila-Joa Internaatkooli. Ta suhtles rohkem vanemate klasside õpilastega, korduvalt põgenes koolist. Huvi õppimise vastu puudus täielikult, sageli tekkisid konfliktid õpetajatega. Vanemad oma lapse käekäigu vastu erilist huvi ei tundnud, nad külastasid teda harva. 13-aastaselt hakkas nooruk suitsetama, 14-aastaselt koos vanemate tuttavate noormeestega veini jooma, algul keskmiselt kord kuus, hiljem sagedamini. Ta ostis kas ise või lasi täiskasvanutel osta kauplustest veini või õlut, öeldes, et viib koju isale. Esimestele joomingutele järgnesid oksendamised ja vastikustunne, kuid edaspidi, kui joomingud sagesid, ta aegamööda harjus, tõusis tolerantsus alkoholi suhtes. Sagedamini oli hakanud veini jooma 1978. a. kevadel, kui elas koos vanematega juba Tallinnas ja kui õppis 9. klassis. Korduvalt põgenes kodust, jäi kadunaks mitmeks ööpäevaks, elas tuttavate pool. Tuli ette kahe- ja kolmepäevaseid joominguid, joores esinesid sageli mälulüngad. Mitmel korral olid miilitsatöötajad teda joores näinud tänaval kinni pidanud. Varem oli joores rahulik, vaikne, hiljem aga kergesti ärrituv: oli lõhknud mööblit, läinud kaklema isaga. Enda arvates on alkoholi sagedamini kasutama hakanud viimase poolteise aasta vältel. Üldtugevdava ja sedatatiivse ravi tulemusena enesetunne paranen, käis regulaarselt tööravil. Diagnoos: krooniline alkoholismi I staadium.

Üldtuntud on seos noorte alkoholismi ja kuritegevuse vahel. Sageli haigestuvad alkoholi kuritarvitavad noored suguhaigustesse. Hiljuti viibis haigla narkoloogiaosakonnas ravil 23-aastane noormees, kellel diagnoosiks oli krooniline alkoholism. Kaks aastat tagasi oli ta alkoholjoores juhusliku sugulise vahekorra tagajärjel nakatunud süüfilisse.

Väljakujunenud kroonilise alkoholismi puhul toimub noorukite spetsiifiline ravi analoogiliselt täiskasvanute alkoholismiraviga. Ravi algab üldtugevdava ja sedatatiivse ravikuuriga, sel ajal võetakse ette ka üldtugevdav ravi (vitamiinravi, glutamiinhape, glükoos, unitool, väikestes annustes insuliini), ordineeritakse neuroleptikume (neuleptiil, aminasiin), trankvilisaatoreid (eleenium, trioksasiin, tasepaam), määra-

takse sümptomaatiline ravi. Eiriravi ajal viime läbi korduvalt apomorfiinkuure, alkoholi suhtes sensibiliseerivatest vahenditest kasutame suurtes annustes nikotiinhapet (0,01...0,3 kolm korda päevas, harvem teturaami 0,15 kaks korda päevas).

Ravikompleksis on äärmiselt tähtis koht psühhoteraapial, tööravil ja kasvatuslikul laadi mõjutustel. Pärast haiglaravi võetakse haiged arvele narkoloogiadispanseris, kus jätkuvad ambulatoorne ravi ning kontroll, mille eesmärk on ära hoida haiguse retsidiivumist.

Hoidmaks noorukeid ära alkoholi küüsi langemast, on profülaktilist tööd tarvis teha täiskasvanute, samuti õpilaste hulgas. Alkoholismivastane propaganda ei saa muidugi olla noorte alkoholismivastase eemalhoidmise ainuke garantii. Tuleb arvestada, et noortele alkoholi laiialt levinud müügi ja kasutamise foonil võib taoline propaganda anda põhjust laste seas kõlblusliku formalismi arenemiseks. Alkoholismivastast hoiakut on otstarbekas hakata kasvatama siis, kui lastel ei ole sätumust alkoholi suhtes veel välja kujunenud. J. Tedderi ja P. Sidorovi (7) andmetel kujuneb omaenda suhtumine alkoholi pruukimisse välja tütarlastel 10...11. eluaastal ja poistel 9...10. eluaastal. Täheleb, et alkoholismivastast kasvatus on otstarbekas alustada 1...3. klassi õpilaste seas, millele hiljem peab lisanduma eale vastav ja eri vormides alkoholismivastane propaganda. Kasvatada on alati lihtsam kui ümber kasvatada, veenda kergem kui ümber veenda. Koolis tehtav alkoholismivastane kasvatus jääb tagajärjetuks, kui kodus on lapsed sunnitud nägema räägitule vastupidist.

Alkoholismi profülaktika, haigestunute väljaselgitamine, nende ravile saatmine — see on terapeutiliste, kirurgiliste, dermatoveneroloogiliste haiguste ja traumatismi profülaktika, inimese väimse ja kehalise tervise tagamine. Selle kõige heaks saavad tänuväärse töö ära teha kõigi meditsiinalade arstid.

## KIRJANDUS:

1. Варе Х. Я. Об измененной реактивности и о взаимосвязях психических и соматических расстройств при алкоголизме. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1975. — 2. Литвинов П. Н. Особенности клиники и течения алкоголизма в молодом возрасте. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 3. Нелидов А. Л. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1978, 2, 256—260. — 4. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1971, 131—151. — 5. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966. — 6. Секей Л. В кн.: Труды Центрального н.-и. ин-та санитарного просвещения. М., 1972, 181—185. — 7. Теддер Ю. Р., Сидоров П. И. Здравоохран. РСФСР, 1976, 7, 10—12. — 8. Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. М., 1977.

Tallinna Vabariiklik  
Psühhoneuroloogiahaigla

UDK 616-053.7:616.89-008.44:616.89-008.441.13

## ALKOHOLI KASUTAMIST SOODUSTAVAIK TEGUREID PSÜÜHIKAHÄIRETEGA NOORUKITEL

MAARJA TAAL · TALLINN

psühhopaatiatalised seisundid, noorukite alkoholism, põhjused

Põhjuseta koolist puudumise, hulkumise, juhuslike seksuaalvahekorade ja teiste käitumishäirete kõrval on noorukite hulgas üsnagi levinud alkoholi kuritarvitamine. Et episoodiline alkoholi pruukimine võib areneda krooniliseks alkoholismiks, on selle probleemi uurimisel sotsiaalne ja meditsiiniline tähtsus. Enamik autoreid arvab, et ka alkohoolikute vanemad ja sugulased kuritarvitavad alkoholi sageli. Nii on I. Streltšuk (5) kindlaks teinud, et 71,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l alkohoolikutest on isa, 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l ema, 32<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l isapoolsed sugulased ja 11,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l emapoolsed sugulased alkohoolikud. S. Paštšenkov (4) kirjeldab alkoholismi perekondlikke vorme ja rõhutab, et

sellisel juhul algab alkoholi kasutamine enamasti juba noores eas: 38,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l 14...18. eluaastal, 42,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l 19...20. ja 19<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l 21...25. eluaastal. Sellist alkoholismi vormi seletab M. Schuckit kaasautoritega (2) päriliku determineeritusega. A. Fisenko (6) peab alkoholismi põhjuseks looteas alguse saanud kesknärvisüsteemikahjustust, mis on sünenud ema alkoholi kuritarvitamisest. A. Roe ja B. Burks (1) aga peavad alkoholismi peamiseks põhjuseks vale kasvatust ning noorukitele antavat halba eeskju.

Töö eesmärk oli välja selgitada psühhopaatiataliste seisunditega noorukite alkoholi kasutamist soodustavad tegurid, leida nii ekso- kui ka endogeen- seid tegureid, millest sõltub alkoholi kasutamise sagedus.

**Materjal ja meetodika.** Uuriti 98 noorukit, kellel esinesid käitumishäired. Käitumishäiretena käsitleti hulkumist, põhjuseta tundidest puudumist, vargust, alkoholi ja episoodilist narkootikumide kasutamist ning seksuaalvahekorde juhuslike tuttavatega. Uuritute jaotumus diagnooside kaupa vanuse ja soo järgi on toodud tabelis 1.

Artiklis on andmed nende noorukite kohta, keda alkoholi kasutamise eest on korduvalt karistatud kooli õppenõukogus, alaealiste asjade komisjonis või

**Tabel 1. Uuritavate jaotumus diagnooside, vanuse ja soo järgi**

Diagnoos	Keskmine vanus	Sugu		Üldarv
		N	M	
Skisofreenia	15,2	11	11	22
Psühhopaatia	15	5	15	20
Patokarakteroloogiline areng	15,2	8	8	16
Psühhopaatiataline seisund kesknärvisüsteemi varajase orgaanilise kahjustuse alusel	15	5	15	20
Väljendunud aktseleeratsioon	15,4	11	9	20
Kontrollrühm	15,3	26	24	50

kes on arvele võetud miilitsa lastetoas. Alkoholi kasutamine oli episoodiline, väljakujunenud kroonilise alkoholismi juhte töösse sisse ei võetud. Eri uurimiskoguste noorukid kasutasid alkoholi eri kogustes (vt. tabel 2).

Rakendati kliinilisi uurimismetoodikat. Koguti anamneesi andmed. Psühhiaatriline diagnoosimine toimus üldtuntud kliinilis-psühhopatoloogilisel meetodil statsionaaris.

**Uurimistulemused ja arutelu.** Kõikides uuritavate rühmades kasutasid käitumishäiretega noorukite vanemad alkoholi sagedamini kui kontrollrühma noorukite vanemad, kõige enam aga patokarakteroloogilise arenguga noorukite vanemad. Nii on halva sotsiaalse mikrokliima põhjuseks 3/4-l uurituist vanemate alkoholism. Samal ajal kasutavad patokarakteroloogilise arenguga noorukid alkoholi mõnevõrra vähem kui teiste rühmade noorukid. Meie arvates on selle põhjuseks nende suhteliselt hea kriitikameel. Seda tingivad nende rahuldavad vaimsed võimed, emotsionaalne suhtumine ümbritsevasse ja küllaldane tahtelu aktiivsus. Just viimati nimetatud omaduste poolest erinevad patokarakteroloogilise arenguga noorukid teiste rühmade noorukitest. Sellele, et alkoholi kasutavad isikud, kelle vaimsed võimed ei luba alkoholi toimesse kriitiliselt suhtuda, on tähelepanu juhtinud ka A. Nelidov (3). Meie uurimisest ilmnes, et sageli kasutavad alkoholi madalate vaimsete võimete ning väärastunud tunde- ja tahteluga noorukid, kellel on kesknärvisüsteemi orgaanilised kahjustused. Alkoholi kasutamise sagedus on neil korrelatsioonis vanemate alkoholismiga. Alkoholist tingitud sugurakkude kahjustus, alkoholi toksiline mõju lootele, samuti imiku mitte küllaldane hooldus põhjustavad kesknärvisüsteemi teatava mittetäisväärtuslikkuse, mille foonil need lapsed on ajuinfektsioonide suhtes vastuvõtlikumad, ajutraumad on neil raskete hilistagajärgedega. Kesknärvisüsteemi bioloogilisele mittetäisväärtuslikkusele viitab ka asjaolu, et enam kui teistes kasutab selles rühmas alko-

**Tabel 2. Käitumishäiretega noorukite, nende vanemate ja sugulaste alkoholi kasutamise juhtude arv %-des**

	Kontrollrühm	Skisofreenia	Psühhopaatia	Patokarakteroloogiline areng	Orgaaniline kesknärvisüsteemi kahjustus	Väljendunud aktseleratsioon
Vanemad	6	46	45	75	55	45
Sugulased	8	6	30	16	10	25
Uuritud noorukid		32	50	38	70	70

holi ema. Isast oli alkoholi kuritarvitaja või krooniline alkohoolik saanud juba enne lapse sündi. Patokarakteroloogilise arenguga noorukite emad enne lapse sündi alkoholi ei pruukinud. Nende isad hakkasid alkoholi kuritarvitama keskmiselt lapse 3...4. eluaastal.

Ka püsimatud psühhopaadid, kellel haigus on alguse saanud orgaanilistest muutustest (sünnitrauma jms.), kalduvad sageli alkoholismi teele ja taluvad alkoholi halvasti. Alkoholjoobes muutuvad nad agressiivseks. Kergesti erutuvad psühhopaadid taluvad alkoholi paremini, kuid tunde- ja tahtelu häirete tõttu puudub neil alkoholi kasutamises suhtes eneskriitika.

Psühhopaatiataolise sündroomiga skisofreeniahaiget kasutavad alkoholi mõnevõrra vähem kui muude uurimiskoguste noorukid. Iseloomulik on see, et esimestel kuudel jälgivad nad oma kaaslaste joominguid passiivselt, ise nendest osa võtmata. Skisofreeniahaigete käitumishäired, sealhulgas alkoholi kasutamine on põhjustatud passiivsest allumisest kaaslaste mõjule. Mõningatel juhtudel püüavad nad alkoholi kaasa abil parandada oma periooditi tekkivat düsfoorilist meeleolu.

Väljendunud aktseleratsiooniga vaimselt terved noorukid kasutavad alkoholi niisama sageli kui kesknärvisüsteemi orgaanilise kahjustusega noorukid. Sageli toimub see koos sõbra või sõbrannaga ja nende poolt joodavad al-

## ETANOOLI MÄÄRAMINE VÄLJAHINGATAVAS ÕHUS JA VERES

HUBERT KAHN SONIA VEIMER VIIU TUULIK  
TALLINN

etanool, vere etanoolisisaldus, väljahingatava õhu etanoolisisaldus, gaaskromatograafia, etanooli toime närvisüsteemis

koholi kogused on tavaliselt väiksed. Paljudel juhtudel järgneb sellisele alkoholi pruukimisele seksuaalvahekord.

Kontrollrühmaga võrreldes tarvita-  
vad kõikide uuritud käitumishäiretega  
noorukite sugulased alkoholi sageli.  
Sugulaste alkoholi kuritarvitamine ei  
ole veel noorukite alkoholismi teele  
tõukamise otsene põhjus, küll aga on  
üks sotsiaalset mikrokliimat halvenda-  
vaid tegureid. Väär eeskuju takistab  
noorukitel õigete moraalsete tõekspi-  
damiste kujunemist. See soodustab vä-  
hese kriitikameele arenemist mitte üks-  
nes suhtumisel alkoholi kasutamisse,  
vaid ka teistesse käitumishäiretesse,  
nagu distsipliinile allumatus, hulkumi-  
ne või muud sellised pahed.

### Järeldused.

1. Üks noorukite käitumishäirete,  
sealhulgas ka alkoholi kuritarvitamise  
põhjusi on halb sotsiaalne mikrokliima.  
Paljudel juhtudel on see tingitud vane-  
mate ja lähedaste sugulaste alkoholism-  
ist.

2. Kuigi esineb korrelatsioon nooru-  
kite alkoholi kuritarvitamise ja vane-  
mate alkoholismi vahel, oleneb alkoholi  
kasutamine suurel määral siiski noor-  
rukist endast, tema vaimsetest võime-  
test, tunde- ja tahteelust, samuti psüü-  
hikahäiretest.

KIRJANDUS: 1. *Roe, A., Burks, B.* Adult  
adjustment of foster children of alcoholic  
and psychotic parentage and the influence  
of the foster home. *Memories of the section  
of alcohol studies, Yale University, Quart. J.  
Stud. Alc., New Haven, 1945, 3.* — 2. *Schuc-  
kit, M., Pitts, F. N., Reich, T.* *Arch. Gen.  
Psychiat., 1969, 20, 301—306.*

5. *Нелидов А. Л. Ж. им. С. С. Корсакова  
(Москва), 1978, 2.* — 4. *Пащенко С. З. Кли-  
н. мед., 1974, 3, 93—96.* — 5. *Стрельчук И. В.*  
Острая и хроническая интоксикация алко-  
голем. М., 1966. — 6. *Фисенко А. И.* Науч-  
ные труды Омского медицинского институ-  
та, 1974, 117, 34—41.

Tallinna Vabariiklik  
Psühhoneuroloogiahaigla

**Sissejuhatus ja töö eesmärk.** Etanooli  
ehk etüülalkoholi määramiseks välja-  
hingatavas õhus ja bioloogilistes mater-  
jalides rakendatakse keemilisi, elektro-  
keemilisi, ensümaatilisi ja gaaskroma-  
tograafilisi meetodeid (1, 2, 3).

Eriti kergekujuliste jooeiseisundite  
selgitamisel võib arstlik ekspertiis osu-  
tuda mittepiisavaks. Eksitavate momen-  
tidena tulevad arvesse uuritava psüü-  
hika eripära, mitmesuguste kesknärvi-  
süsteemi haiguste ilmingud, psühho-  
troopsete ravimite toime jne. Seepärast  
peaks etanooli vahetu määramine veres,  
uriinis, süljes või väljahingatavas õhus  
olema obligatoorne abimeetod alkohol-  
jooe ekspertiisi korral.

Töö eesmärk oli selgitada etanooli  
väikeste kontsentratsioonide määramise  
võimalikkust Eesti NSV Teaduste Aka-  
deemia Spetsiaalses Konstrueerimisbü-  
roos konstrueeritud ja valmistatud  
gaaskromatograafia GK-7-01 uuri-  
tavatel väljahingatavas õhus ja gaas-  
kromatograafia GK-71 veres.

**Uurimismetoodika.** Kummaski apa-  
raadis on kasutatud leekionisatsioonide-  
tektorit. Kolonni pikkus on 50 cm. Eta-  
nooli määramisel väljahingatavas õhus  
oli kolonni täidiseks 5%-line polüetü-  
leenglükool 4000 kromosorbil 80/100  
mesh. Etanooli määramisel veres oli  
kolonni täidiseks 15%-line karbovaks  
1500 kromatoonil N-AW-DMCS.

Etanooli kaudne määramine veres  
toimus väljahingatavas alveolaarõhus  
sisalduva alkoholi kontsentratsiooni  
järgi. Ümberarvutamiseks kasutati  
Ostwaldi proportsiooni, mille järgi eta-  
nooli kontsentratsioon 2100 ml alveo-

laarõhus vastab etanooli kontsentratsioonile 1 ml veres (1, 2).

Uuriti 20...25 aasta vanust 36 tervet keskharidusega meest. Neile anti 96%-list etanooli (ümberarvestatuna absoluutseks alkoholiks) erisugustes annustes: 0,2 grammi, 0,5 grammi ja 0,75 grammi kehakaalu ühe kg kohta.

Etanoolisisaldus väljahingatavas alveolaarõhus määrati vahetult enne alkoholi sissevõtmist ja 20 minutit pärast alkoholikoguse ärajoomist. Pärast sellist ajavahemikku, mis on vajalik alkoholi haihtumiseks süüõne limaskestalt, määrati etanoolisisaldus väljahingatavas õhus iga kolme minuti järel kuni maksimaalsete näitude registreerimiseni, resorptsioonifaasi lõpuni. Sellele järgnevas eliminatsioonifaasis jätkati näitude registreerimist iga 10...15 minuti järel 2...3 tunni jooksul. Etanoolisisaldust veres määrati eliminatsioonifaasi algul, seejärel 1...2 tundi hiljem ja katse lõpul.

Paralleelselt etanooli kontsentratsioonide määramistega uuriti dünaamikas sensomotoorse reaktsiooni aja kiirust, tehti testid lühiajalise mälu ja tähelepanu hindamiseks ja vegetatiivse närvisüsteemi mõningaid uuringuid: selgitati klino- ja ortostaatilise refleksi tulemusi ning mõõdeti nahatemperatuuri. Nimeetatud neuro- ja psühhofüsioloogilistel meetoditel uuriti neid, kellele anti etanooli 0,2 g ja 0,5 g kehakaalu ühe kg kohta, uuriti kokku 25 inimest.

**Tulemused ja arutelu.** Etanooli resorptsiooni- ja eliminatsioonifaasi kestus sõltus suurel määral alkoholi annustest (vt. tabel ja joonis). Andmed näitavad veenvalt, et etanooli annuse suurenemise korral pikeneb üheaegselt nii resorptsiooni- kui ka eliminatsioonifaas. Samal ajal näeme, et ka ühesuuruste alkoholiannuste korral kõigub resorptsiooni- ja eliminatsioonifaasi pikkus küllalt suures ulatuses. See kinnitab, et alkoholi toime inimorganismisse on individuaalselt küllalt erisugune.

Väljahingatavas alveolaarõhus sisalduva etanooli kontsentratsioonide võrdlemisel etanooli kontsentratsioonidega

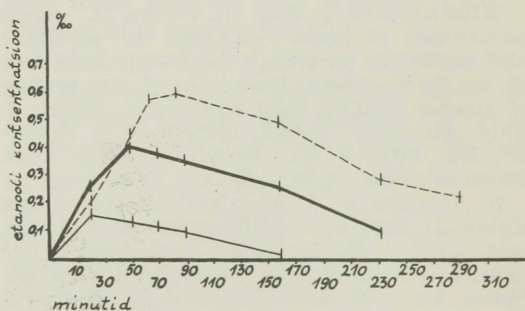
**Tabel. Etanooli resorptsiooni- ja eliminatsioonifaasi kestus minutites**

Etanooli annus (grammides kehakaalu ühe kg kohta)	Resorptsioonifaasi pikkus	Eliminatsioonifaasi pikkus
0,2	20...40	108...128
0,5	30...75	168...213
0,75	36...125	273...362

veres ilmses nende näitude suur korreleeruvus ( $0,931 \pm 0,022$ ;  $P < 0,001$ ). See kinnitab omakorda, et väljahingatavas õhus sisalduva etanooli kontsentratsiooni järgi on kaudselt võimalik määrata etanooli kontsentratsiooni veres.

Ühelgi uuritava ei tekkinud kliiniliselt diagnoositavat alkoholjoovet, kuid käesolevas töös kasutatud neuro- ja psühhofüsioloogiliste uuringutega õnnestus siiski kindlaks teha mõningate häirete kujunemist nii kesk- kui ka vegetatiivse närvisüsteemi talitluses.

Samal ajal, kui sensomotoorse reaktsiooni aja keskmised näidud katse ajal oluliselt ei muutunud, suurenes sensomotoorse reaktsiooni aja varieeruvus märgatavalt. Rühmas, kus etanooli annus oli 0,5 g kehakaalu ühe kg kohta, oli selle näidu suurenemine statistiliseit usaldusväärne. Etanooli toimel täheldati ka lühiajalise mälu ja tähelepanu



Väljahingatavas õhus sisalduva etanooli kontsentratsiooni põhjal kaudselt määratud etanooli kontsentratsioon veres eri uuritavate rühmades: I — uuritavatele anti 96%-list etanooli (ümberarvestatuna absoluutseks alkoholiks) 0,2 grammi kehakaalu ühe kg kohta (alumine kõver), II — 0,5 grammi (keskmine kõver) ja III — 0,75 grammi kehakaalu ühe kg kohta (ülemine kõver).

halvenemist ning muutusi vegetatiivses närvisüsteemis. Neil, kes tarvitasid 0,5 g etanooli kehakaalu ühe kg kohta, ilmnesid mainitud muutused sagedamini ja tugevamini kui neil, kes kasutasid 0,2 g etanooli kehakaalu ühe kg kohta.

Töö kogemused kinnitavad, et etanooli määramine väljahingatavas õhus gaaskromatograafia on jõukohane laborandile, kuid rikete eemaldamiseks aparaadis peab olema võimalus kasutada asjatundliku inseneri abi. Töö gaaskromatograafia eeldab, et ka veesinikku ja heeliumi oleks pidevalt.

Riikliku Autoinspektsiooni inspektorite töö abistamiseks ja alkoholjoobe ekspertiisi parandamiseks oleks vaja asutada meie vabariigi mõnes suuremas raviautotuses, näiteks Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogia Dispanseris või siis Tallinna Meditsiinilises Kärestusmajas, alaliselt töötav laboratoorne punkt, kus vajaduse korral võiks lasta etanooli kontsentratsiooni kiiresti määrata.

#### Järeldused.

1. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Spetsiaalse Konstrueerimisbüroo poolt konstrueeritud ja valmistatud gaaskromatograaf ATK-7-01 on sobiv etanooli määramiseks väljahingatavas õhus ning gaaskromatograaf ATK-71 etanooli määramiseks veres ja uriinis.

2. Etanooli määramisel väljahingatavas õhus on järgmised eelised: a) välistab uuritavalt verevõtmise vajaduse, b) analüüsi tegemine on lihtne, c) võimaldab kiiresti teha seeriaviisilisi uuringuid.

3. Inimestel, kes tarvitasid 0,2 ja 0,5 g etanooli kehakaalu ühe kg kohta, ei tekkinud kliiniliselt diagnoositavat alkoholjoovet, kuid etanooli olemasolu väljahingatavas õhus ja nihked psüühilistes funktsioonides annavad tunnistust etanooli nimetatud annuste toimest kesknärvisüsteemisse.

4. Etanooli määramine väljahingatavas õhus gaaskromatograafia on otsustav ja perspektiivne abistav meetod alkoholjoobe, eriti kergekujulise joobe diagnoosimisel.

KIRJANDUS: 1. Jain, N. C. J. Chromatogr. Sci., 1974, 12, 214—218. — 2. Jain, N. C., Cravey, R. H. J. Chromatogr. Sci., 1974, 12, 209—213. — 3. Lowell, W. S. Science, 1972, 178, 264—272.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut*

UDK 616.89-008.441.13:616-036.8

## ALKHOOOLIKUTE SURMA PÕHJUSI

TIINA POKK · LEO POKK · TARTU

alkoholism, surma põhjused, põhihaigused, lahanguandmed, kliiniline diagnoos, patoloogiline diagnoos, lahknevus

Töös uurisime Tartu Kliinilise Haigla Prosektuuri lahangumaterjali ajavahemikul 1. jaanuarist 1958. a. kuni 31. detsembrini 1977. a. Selle aja jooksul oli haigusloos kas põhihaigusena või kaasneva haigusena lahangule suuna- tuist 110 juhul märgitud krooniline alkoholism (1,1% lahangu- te üldarvust, vastäandunud kaasa arvamata). Võib arvata, et alkohoolikuid oli tegelikult rohkem, sest alati ei ole haigusloos andmeid alkoholi tarvitamise kohta. Analüüsist selgus, et uuritud aja jooksul, eriti viimase viie aasta jooksul, on alkoholismi diagnoosi korral lahangule suunatud arv märgatavalt suurenenud. Nii oli aastail 1958...1962 lahangu- l ainult kaks alkohoolikut (0,13% seile perioodi lahangu- te arvust), aastail 1963...1967 viis alkohoolikut (0,24% lahangu- test), ajavahemikul 1968... 1972 aga 32 alkohoolikut (1,1% lahangu- test). Eriti rohkenes alkoholismi diagnoosiga juhtude arv meie lahangu- materjalis viimase viie aasta jooksul, aastail 1973...1977. Sel perioodil oli juhtumeid 71 (2,1% lahangu- te üldarvust).

Alkohoolikute hulgas oli 93 meest ja 17 naist. Meeste ja naiste vahel märgatavat vanuselist erinevust ei ilmnenud, mistõttu esitame need andmed koos.

Üks alkohoolik suri 20-aastaselt, ülejäänuid: 31...40 aasta vanuses 23, 41...50 aasta vanuses 35, 51...60 aasta vanuses 29, 61...70 aasta vanuses 19 ja üle 70 aasta kolm. Seega suri kõige rohkem alkohoolikuid 41...50. eluaastani.

Analüüsides alkohoolikute surma põhjusi kliiniliste andmete ja lahanguleiu põhjal, selgus, et kõige sagedamini — 21 haiget (20 meest ja üks naine) — surid alkohoolikud deliiriumis, mille kulgu kaheksal raskendas tüsistusena lisandunud kopsupõletik. 16 haigel oli surma põhjuseks maksakahjustus. Neist kuus (kolm meest ja kolm naist) surid maksatsirroosi tõttu söögitoru laienu- nud veenidest tekkinud profuusse verejooksu tagajärjel. Kaheksa alkohoolikut (kuus meest ja kaks naist) surid maksakooma tõttu tingituna ulatuslikust maksatsirroosist. Kahe alkohooliku (mehed) surma põhjuseks oli primaarne maksavähk, mis oli alguse saanud maksatsirroosist. Peale loetletud juhtude leiti maksatsirroosi veel 14 alkohoolikul, kes surid muudel põhjustel. Seega oli maksatsirroos tekkinud 30 alkohoolikul (27,2% -l juhtudest). Ka kirjanduse andmetel (4, 5, 9, 11) ei esine maksakahjustust ega -tsirroosi kõigil alkohoolikutel. Maksatsirroosi tekke sageduse ja tarvitatud alkoholi hulga ning alkoholismi vältuse vahel ei ole täheldatud seost (5,7). Me leidsime, et naised põdesid maksatsirroosi märksa sagedamini (seitsmel juhul 17-st) kui mehed (23 juhul 93-st).

14 alkohooliku (13 meest ja üks naine) põhihaiguseks oli kopsupõletik. Kaks haiget surid kroonilise, 12 ägeda kopsupõletiku tõttu. Põhihaigusena esines kopsupõletik alkohoolikutel suhteliselt nooremas eas: viiel 31...40 aasta vanuses ja kuuel 41...50 aasta vanuses, seega eluaastates, millal kopsupõletikku põhihaigusena tavaliselt ei esine. Lahangul leiti kõigil juhtudel laialdane laatonud, sageli mädane kopsupõletik. Kopsupõletiku raske kulgu ja ulatuslik morfoloogiline leid kopsudes on seletatav alkohoolikute organismi nõrga reaktiivsusega. Seda asjaolu

võib pidada oluliseks teguriks ka neil kolmel haigel (kaks meest ja üks naine), kes surid gripi tüsistusena tekkinud kopsupõletiku tagajärjel.

Küllalt sageli — 10 juhul, 9 meest ja üks naine (9,0%) — oli alkohoolikute surma põhjuseks progresseeruv dissemineerunud kopsutuberkuloos. Lahangumaterjalis tervikuna oli samal perioodil, aastail 1958...1977, kopsutuberkuloos surma põhjuseks 4,6% -l lahingute üldarvust.

Ühel juhul oli alkohooliku põhihaiguseks puusaliigese tuberkuloos. Neljal juhul leiti alkohoolikutel lahangul tuberkuloos kaasuva haigusena, neist ühel juhul neerutuberkuloos ja kolmel juhul aktiivne kopsutuberkuloos kaseossete kolletega. Seega oli tuberkuloosi alkohoolikute hulgas kokku 15 juhul (13,6%). Võitluses tuberkuloosi täieliku likvideerimise eest tuleb alkohoolikutele pöörata erilist tähelepanu.

Neljal alkohoolikul (kolmel mehel ja ühel naisel) põhjustas ägedat pankreatiiti tüsistusena tekkinud pankreonekroos. Ülejäänutel olid surma põhjused järgmised: pahaloomulised kasvaja (5 haiget), hüpertooniatõve tüsistusena tekkinud ajuverevalum või ajuinfarkt (viis), mao või kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi (neli), müokardiinfarkt (neli), krooniline endokardiit (kolm) ja üksikjuhtudel mitmesugused muud haigused.

Meie andmetest nähtub, et haigestumine ja surma põhjus on osal alkohoolikutel tingitud kroonilisest alkoholismist sugenenu muutustest närvisüsteemis või siseelundites, kuid ka muudest haigustest. Viimast võimalust ei näi arstid alati arvestavat, millega seletub suur lahkdiagnooside hulk alkohoolikute seas. Meie uurimismaterjalis oli alkohoolikutel põhihaigus jäänud kliiniliselt diagnoosimata 15 juhul, 13,6% -l nende üldarvust. Samal perioodil (aastail 1958...1977) ilmnis põhidiagnoosi lahknevus üldises lahangumaterjalis 6,9% -l juhtudest. Seega oli lahknevus kliinilise ja patoanatomilise põhidiagnoosi vahel alkohoolikutel kaks korda sagedam kui lahangumater-

jalis tervikuna. Viimase viie aasta jooksul (aastail 1973...1977) jäi alkohoolikutel põhihaigus kliiniliselt diagnoosimata 12 juhul 71-st (17,3%).

Alkohoolikutel olid kliiniliselt jäädud diagnoosimata järgmised põhihaigused: kopsupõletik (kolm juhtu), kopsuvähk metastaasidega (kaks juhtu), müokardiinfarkt (kaks juhtu), krooniline reumaatiline endokardiit suistiku stenoosiga (kaks juhtu), ajuverevalumid ateroskleroosi puhul (kaks juhtu), maovähk (üks juht), ajuabstsess (üks juht), dissemineerunud kopsutuberkuuloos (üks juht), flegmonoosne apenditsiit (üks juht).

Mitmesugustel põhjustel võivad loetletud haigused diagnoosimata jääda ka mittealkohoolikutel. Kliinilise diagnoosivea põhjusena torkab alkohoolikute puhul silma asjaolu, et kaebusi seostatakse neil kroonilise alkoholismiga, mistõttu haige kliiniline uurimine jääb pealiskaudseks. Tooksime selle kohta lühidalt mõned näited.

1975. a. saadeti Ahja haiglast Tartu Kliinilise Haigla Prosektuuri 49-aastase mehe laip. Kliiniline diagnoos: krooniline alkoholism, alkohoolne müokardidüstroofia, krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus. Lahangul selgus, et kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse tekkepõhjuseks oli krooniline reumaatiline mitraalklapi- ja aordiklapipõletik, mille alusel olid tekkinud klappide fibroos suistike tugeva stenoosiga, südamevatsakeste hüpertroofia ja dilatatsioon. Analoogiliselt oli alkohoolse müokardidüstroofia diagnoos pandud ka ühel teisel haigel, kellel lahangul diagnoositi kroonilist endokardiiti, ning kahel alkohoolikul, kellel müokardiinfarkt oli jäänud diagnoosimata.

Nendest juhtudest nähtub, et alkoholismi puhul tekkida võivate südamekahjustuste kõrval (1, 2, 3, 6, 8, 10) tuleb alkohoolikutel arvestada ka teistsuguse etioloogiaga südamehaiguse võimalust.

1970. a. toodi Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnast lahangule 70-aastase naise laip, kellel olid olnud psüühikahäired. Neuroloogilist sümptomatoloogiat seletati tema puhul alkohoolse entsefalopaatiaga. Lahangul selgus, et surma põhjuseks olid ateroskleroosi aluse. tekkinud ajuverevalum ja ajuinfarkt, mis olid jäänud kliiniliselt diagnoosimata.

Analoogilisel põhjusel jäi veel ühel alkohoolikul diagnoosimata ajuverevalum, teisel ajuabstsess.

Enamikul meie poolt analüüsitud juhtudel olid alkohoolikud korduvalt pöördunud arstide poole ja olnud mitmetes haiglates, kuid õige diagnoos oli siiski panemata jäänud.

52-aastane meespatsient haigestus 1977. aastal, valud ülakõhus. Ta toimetati Tartu Nakkushaiglasse, kus diagnoositi maksatsirroos ja saadeti kolme päeva pärast Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosakonda, seal viibis ta viis päeva. Haige muutus somnolentseks. Et haigel tekkis anuuria, viidi ta Tartu Kliinilise Haigla kunstliku neeru osakonda. Seal diagnoositi üldist peritoniiti, mille algkollet ei õnnestunud kliiniliselt selgitada. Haige suri samal päeval. Lahangul selgus, et peritoniidi põhjuseks oli flegmonoosne ussrikupõletik, mille tekkeajaks histoloogilise leiu alusel sobis aeg, mil haige saadeti nakkushaiglasse.

1977. aasta 5. aprillil toodi Tartu Linna Polikliiniku saatekirjaga lahangule kodus surnud 43-aastase mehe laip. Diagnoos: äge mõlemapoolne püelonefriit, krooniline alkoholism, ajuinfarktijärgne seisund. 1974. aastal oli ta põdenud ajuinfarkti. 1977. aasta jaanuari lõpust alates oli sageli esinenud palavik 38...39 °C; valud seljas, kõhus, uri-neerimishäired, iiveldus. Haiget oli korduvalt külastanud jaoskonnaarst, kes oli diagnoosinud püelonefriiti. Lahangul leiti mõlemas kopsus väga hulgaliselt kaseooseid koldeid. Tuberkuloos oli ka paremas neerus ja ureetris ning kusepöies.

Nagu eespool märgitud, oli 14 alkohoolikul põhihaiguseks kopsupõletik. Peale selle diagnoositi lahangul veel 32 juhul kopsupõletik, mis alkohoolikutel oli tekkinud muude haiguste tüsistusena. Nad kõik olid mehed, kuna naiste hulgas ei olnud seda tüsistusena tekkinud ühelgi juhul. Kopsupõletik jäi alkohoolikutel väga sageli — 18 juhul 32-st, seega rohkem kui pooltel — kliiniliselt diagnoosimata. Lahangul tulid ilmsiks enamasti ulatuslikud muutused kopsudes, 21 juhul olid põletikust haaratud mõlemad kopsud. Olulisematest kaasuvatest haigustest oli alkohoolikutel jäänud kliiniliselt diagnoosimata ühel juhul neerutuberkuuloos ja kahel juhul kopsutuberkuuloos.

Kokkuvõtteks võime öelda, et lahan-

gule saadetute arv kroonilise alkoholiismi diagnoosi korral on viimase kümne, eriti viie aasta jooksul Tartu Kliinilise Haigla Prosektuuris märgatavalt suurenenud. Alkoholismi diagnoosiga lahangu saadetute hulgas on lahkdiagnoose põhihaiguse osas tunduvalt rohkem (13,6%) kui üldises lahangumaterjalis (6,9%). Selle peamine põhjus näib olevat asjaolu, et kaebusi seostatakse üksnes kroonilise alkoholismiga, jättes kõrvale muude haiguste esinemisvõimaluse. Meie andmetest nähtub, et alkohoolikutel tekib organismi nõrga reaktiivsuse tõttu väga sageli kopsupõletik. Kopsupõletikku täheldasime 46 alkohoolikul, 14 juhul põhihaigusena ja 32 juhul tüsistusena (41,8% üldarvust). Kopsupõletiku kliinilist diagnoosimist on vaja tunduvalt parandada.

KIRJANDUS: 1. *Alexander, C. S. Br. Heart J.*, 1967, 29, 200—206. — 2. *Amelung, D. Dsch. med. Wochenschr.*, 1970, 14, 759—764. — 3. *Burch, G. E. Am. J. Cardiol.*, 1960, 6, 854—862. — 4. *Goebell, H. Internist (Berlin)*, 1969, 10, 265—272. — 5. *Patek, A. J. et al. Arch. Int. Med.*, 1975, 135, 1053—1057. — 6. *Schmalbruch, H., Dume, G. Arch. Kreislauforsch.*, 1969, 58, 202—227. — 7. *Stötzner, H., Kemmer, Ch. Zbl. Pathol.*, 1975, 119, 378—386. 8. *Артемьев Е. Н., Лаптева Л. А., Белякова Т. И. Сов. мед.*, 1974, 1, 33—39. — 9. *Гукасян А. Г. Хронический алкоголизм и внутренние органы. М.*, 1968. — 10. *Микунис Р. И., Скупник А. М. Тер. арх.*, 1970, 9, 9—20. — 11. *Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М.*, 1966.

Tartu Kliiniline Haigla

TRÜ arstiteaduskonna patoanatoomia  
ja kohtuarstiteaduse kateeder

Ameerika Ühendriikides on kuni 15 aasta vanuste laste vähihaigestumuse struktuuris esikohal leukeemia, teisel peaaegu ja kesknärvisüsteemi muu osa kasvaja, kolmandal kohal lümfoomid. Laste surma peamiste põhjuste hulgas on vähktõbi teisel kohal.

*Cancer Statistics, 1977.*

UDK 617.77--089.844:616-089

## PALPEBROMANDIBULAARSE SÜNKINEESIAGA TÛSISTUNUD BLEFAROPTOOSI KIRURGILINE RAVI

ALEKSANDRA GERASSIMOVA · TARTU

blefaroptoos, Gunni sündroom, kirurgiline ravi

Mitmesuguse etioloogiaga blefaroptooside seas on eriline koht palpebromandibulaarsel sünkineesial ehk Gunni sündroomil (3). Selline blefaroptoos on enamasti kaasasündinud. Omandatud sünkineesiat esineb väga harva. Kirjeldatakse ülalaugude paradoksaalsete liigutuste tekkimist pärast traumat: hammaste eemaldamisel, löögist oimupiirkonda ja näonärvi vigastamisel.

Esmakoordselt kirjeldas Marcus Gunn 1883. aastal ühepoolset osalist blefaroptoosi, millele on iseloomulik see, et kui suu avada või alalõuga liigutada vastaspoolele, siis allavajunud lauda tõuseb. Teine Gunni sündroomi tunnus on ülalaua tõmblemine mälumisel või neelamisel. See häirib haigeid ainult siis, kui sündroom on tunduvalt välja kujunenud. Esineb ka mitmeid alalõuga liigutustega seotud kombinatsioone, mille puhul silmapilu laieneb. Mõned haiged oskavad ise blefaroptoosi vähendada, hoides alalõuga pinge all. Sellises sunitud seisundis aga on raske kaua end hoida ja tavaliselt tekib jälle kas osaline või täielik silmalau allavaje.

Palpebromandibulaarsete sünkineesiate tekke põhjustest teatakse seni vähe. Arvatakse, et esinevad ebanormaalsed seosed ülalaua tõsturi lihast ja mälumislihaseid innerveivate *nervus oculomotorius*'e ning motoorse *nervus trigeminus*'e vahel.

Ravi on kirurgiline. Kirjanduses on andmeid selle kohta suhteliselt vähe. Laua tõsturi lihast nõrgendatakse koos samaaegse ülalaua tõstmisega, rakendades selleks blefaroptoosivastaseid meetodeid (1). Arvates, et radikaalsemad

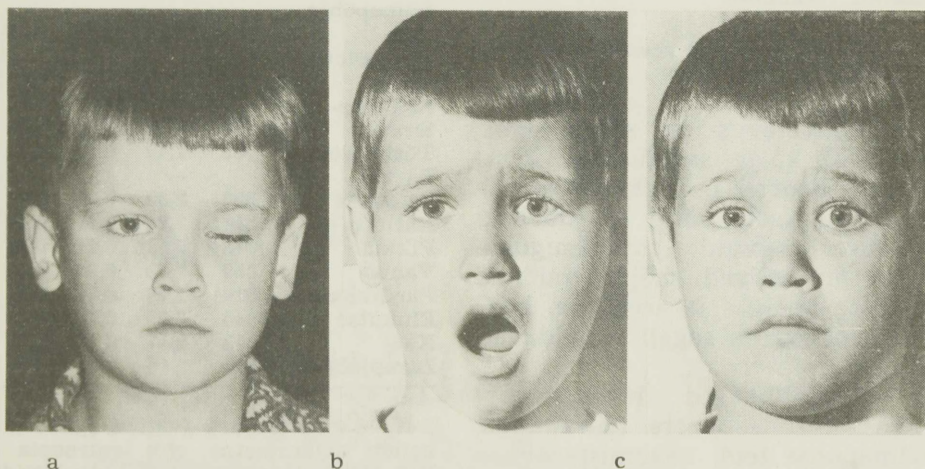
operatsioonid võivad põhjustada lagofthalmi, asetavad mõned autorid laule ainult ömbluse Pagenstecheri järgi (9). Teised soovivad ülalau tõsturihase läbi lõigata ja ülalau tõstmiseks kasutada otsmikulihase funktsiooni (8). Operatsiooni võib alustada tõsturihase läbilõikamisega, sellega kas kõrvaldades või vähendades sünkineesiat. Edaspidi tõstetakse laugu kas tõsturihase lühendamise teel või ühendatakse see otsmikulihasega (4).

L. Virnik (6) kirjeldab Gunni sündroomi juhtu, kui ta tegi operatsiooni Hessi järgi, mille puhul ta eelnevalt kahandas Mülleri lihase ja tõsturihase kõõluse liikuvust. S. Barhaš ja V. Hrirenko (5) teevad Gunni sündroomi puhul tavalisi blefarooptoosi operatsioone, juhindudes meetodi valikul tõsturihase ja ülemise sirgihase seisundist. Eelnev levatorotoomia on nende arvates vajalik ainult tugevalt väljakujunenud sündroomi puhul. Blefarooptoosi ja sünkineesia kõrvaldamiseks tuleb nende järgi ette võtta kaks operatsiooni — tõsturihase täielikult läbi lõigata, seejärel mingil meetodil tõsta allapoole vajunud laugu.

Tartu Kliinilise Haigla silmahaiguste osakonnas on Gunni sündroomi korral opereeritud kuuel blefarooptoosi juhul. Neljal haigel, kellel blefarooptoos oli

nõrgalt välja kujunenud, kasutati operatsioonis levaatori tugevdamist. Kolmel juhul oli tulemus hea, ühel rahuldav. Alles pärast otsmikulihase funktsiooni ülekandmiseks ülalauale tehtud operatsiooni saadi hea tulemus ja Gunni sündroom likvideeriti. Ühel juhul, tugevalt väljakujunenud Gunni sündroomi ja ülemise sirgihase pareesi korral, tehti esialgu alumise sirgihase *recessio*, siis tõsturihase tomeerimine, kaks kuud hiljem blefarooptoosi operatsioon sünteetiliste paelte sisseõmblemisega. Saadi väga hea tulemus ja Gunni sündroom kadus täielikult (vt. foto). Teisel juhul, tugevalt väljakujunenud sündroomi korral, tehti üheaegselt levatorotoomia ja õmmeldi sisse sünteetilised paelad. Ka see andis hea tulemuse, jäid alles vaid minimaalsed ülalau tõmblused (7, 10).

Meie kogemused lubavad järeldada, et operatsioonimeetodi valikul tuleb arvestada kõigepealt ülalau tõmblemise astet ja siis selle allavaje ulatust. Ülalau vaevalt märgatava tõmblemise ja mõõduka blefarooptoosi korral võib piirduda üksnes tõsturihase tugevdamisega. Ülalau tugeva tõmblemise puhul tehakse esialgu levatorotoomia või levaatori resektsioon, järgneb blefarooptoosi operatsioon otsmikulihase funktsiooni kasutamise kas kohe või eelis-



Fotod. Palpebromandibulaarse sünkineesiaga tüsistunud blefarooptoos (Gunni sündroom): a — seisund enne operatsiooni, b — seisund enne operatsiooni lahtise suuga, c — seisund pärast operatsiooni.

tatavalt kahe kuu pärast. Õigesti valitud operatsioon ja selle korrektne teostamine annavad hea tulemuse.

KIRJANDUS: 1. Fox, A. In: Ophthalmic plastic surgery. 1970, 338—397. — 2. Gerassimova, A., Schotter, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 5, 326—329. — 3. Heydenreich, A. In: Der Augenarzt B III. Leipzig, 1960, 47—51.

4. Абрамов В. Т., Перевезенцева М. А. Офтальмол. ж., 1961, 4, 248—249. — 5. Бархаш С. А., Хриненко В. П. Офтальмол. ж., 1972, 8, 567—570. — 6. Вирник Л. Г. Вестн. офтальмол., 1967, 4, 33—35. — 7. Герасимова А. В. В кн.: Сборник материалов VI конференции офтальмологов Эстонской ССР. Тарту, 1977, 28—31. — 8. Кацнельсон А. Б. В кн.: Аномалия развития и заболевания глаз в раннем детском возрасте. М., 1957. — 9. Одинцов В. П. Цит. по Бархаш С. А., Хриненко В. П. Офтальмол. ж., 1972, 8, 567—570. — 10. Шоттер Л. Х., Герасимова А. В. В сб.: Первая Всесоюзная конференция по вопросам детской офтальмологии. М., 1976, 11, 342—344.

Tartu Kliiniline Haigla

UDK 617.753.29

## TUGEVA LÜHINÄGEVUSE SEOS MÕNINGATE TUNNUSTEGA

AILI TOOMING · TALLINN

tugev lühinägevus, nägemisteravus, silmapõhja leid, korrigeeritavus

Tugev lühinägevus on silmahaigus, mis põhjustab kõige sagedamini invaliidsust juba noortel ja keskealistel inimestel. Suhteliselt vähe on uuritud lühinägevuse seoseid mitmesuguste teguritega, mis võivad mõju avaldada lühinägevuse tekkele ja arengule, kusjuures tulemused on sageli vaieldavad (2, 4, 5, 11).

Töös on analüüsitud lühinägevusastme seost mitmesuguste näitajatega, nagu silmapõhja leid, nägemisteravuse korrigeeritavus, tüsistused, haridus, pikkus jm., samuti on vaadeldud lühinägevuse progresseerumist.

**Uurimismaterjal ja -metoodika.** Analüüsiti andmeid, mis on kogutud aastail 1964...1974 Tartu Linna Polikliinikus. Andmete kogumisel on kasutatud ääreforatsiooniga perfokaarte, mis on sälgatud makettkardi alusel. Lühinägevuse ja mitmesuguste tunnuste vaheliste seoste väljaselgitamiseks on kasutatud informatsioonianalüüsi. Informatsioonianalüüsi meetod on rakendamist leidnud meditsiinilises geograafias jm. (6) ning see põhineb arusaamal, et nähtustele, antud juhul lühinägevusele, on omane teatav varieeruvus, mitmekesisus ja korrapäratus. Viimaste kvantitatiivseks iseloomustamiseks arvutatakse nähtuste seisundite tõenäosuste alusel nähtuste määramata ehk entroopia (vt. tabel 1). Kui nähtus on seotud mingi teguri või selle seisundiga, siis olenevalt seose tugevusest kõrvaldab teguri seisundite tundmine nähtuse määramatuse kas osaliselt või täielikult. Teguri eri seisundite jaoks arvutatud nähtuse entroopia aga seejuures kahaneb. See, kuivõrd teguri

Tabel 1. Lühinägevuse seos mitmesuguste tunnustega

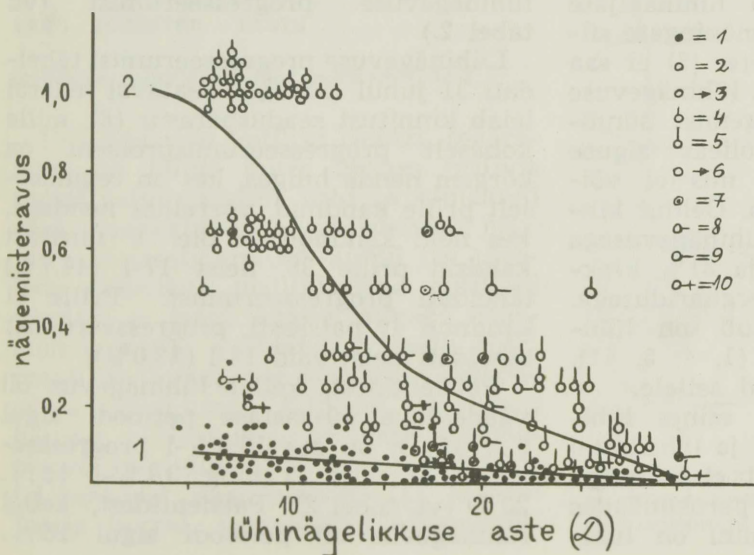
Tunnus	N	H(A)	T(A, B)	K(B, A)	R
Silmapõhja leid	503	1,35	0,38	0,28	0,41
Korrigeeritavus	553	1,95	0,93	0,48	0,32
Nägemisteravus	559	1,62	0,48	0,30	0,30
Tüsistused	32	1,48	0,25	0,17	0,29
Põetud haigused	522	2,32	0,03	0,01	0,16
Haridus	544	2,75	0,61	0,22	0,12
Pikkus	348	2,18	0,24	0,11	0,08
Vanus	559	2,30	0,24	0,10	0,11
Pärilikkus	514	2,28	0,02	0,01	0,08
Elukutse	545	2,29	0,14	0,06	0,09
Kaal	343	2,17	0,11	0,05	0,06
Lampjalgsus	341	2,16	0,01	0,00	0,03

N — uuritute arv (valimi suurus), H(A) — valimi määramatus ehk entroopia bittides, T(A, B) — informatsiooni hulk bittides, mida tunnus kannab lühinägevuse kohta, K(B, A) — informatsiooni ülekande koefitsient, R — Tšuprovi seoskordaja

teadmine annab informatsiooni nähtu-  
ses peituva korrapärasuse kohta, sõltub  
seose tugevusest. Viimase hindamiseks  
arvutati välja informatsioonihulgad  
T (A, B), mida üksikud tegurid kannav  
lühinägevuse kohta, ning informatsiooni  
ülekanne koefitsiendid K (B, A)  
(vt. tabel 1). Lisaks sellele arvutati  
välja Tšuprovi seoskordaja R (10).  
Kumbki koefitsient võib muutuda vahemikus  
0...1. Olenevalt ülesandest jaotati  
statistilise analüüsi tarvis lühinägevuse  
ulatus 4...6 klassiks: alla 3, 3...5, 6...10,  
11...15, 16...20 D ja üle 20 D. Samuti leiti  
seose suunad. Antud juhul näitab seose  
suund, millisele lühinägevusastmele on suunatud  
vastava tunnuse klassi mõju. Informatsioonianalüüs  
ei sea lähteandmete erilisi nõudeid  
(lineaarsus, meetrilisus, pidevus) ja on  
lühinägevuse seoste uurimiseks igati sobiv.  
Sõltuvalt tunnustest uuriti kuni 559 patsienti.  
Uuritud ei ole kogu lühinägevate elanikkonda,  
vaid üksnes neid, kes on ise pöördunud  
polikliinikusse.

**Uurimistulemused ja arutelu.** Kõige  
tugevam seos on Tšuprovi seoskordaja R  
alusel (vt. tabel 1) lühinägiatel silmapõhja  
leiu korral ( $R=0,41$ ). Lühinägevuse seos  
silmapõhja leiuga on

ilmne ka informatsioonianalüüsi põhjal  
— informatsiooni ülekanne koefitsient  
 $K(B, A)=0,28$ . Üldiselt on silmapõhja  
leid kõige suurem lühinägevusastme  
puhul 16...20 D ja üle 20 D, kuid  
lühinägevuse puhul üle 20 D esinesid  
45% -l juhtudest ainult kerged muutused  
(*conus*). Rahuldav on lühinägevuse seos  
nägemisteravusega ( $R=0,30$ ),  $K(B, A)=0,30$ ,  
kuid märksa nõrgem kui N. Sergejenko (9)  
andmetel (korrelatsioonikoefitsient  
 $R=0,90...0,93$ ). Nägemisteravuse seos  
lühinägevusastmega on vahemikus 6...20 D  
lineaarne (vt. joonis). Lühinägevuse  
puhul 6 D varieerub nägemisteravus  
piirides 0,04...0,15, olles keskmiselt  
0,08; 20 D puhul muutub nägemisteravus  
piirides 0,01...0,05. Maksimaalse  
korrektsiooni ehk korrigeeritavuse võrdlemisi  
hea [ $K(B, A)=0,48$ ] seos lühinägevusastmega  
ei ole lineaarne (vt. joonisel, kõver 2). Et  
nägemisteravuse määramise skaala on diskreetne,  
paiknevad punktid joonisel rühmadena.  
Lühinägevuse puhul alla 5 D on korrigeeritavus  
100%. Lühinägevuse suurenemise korral  
kahaneb korrigeeritavus kiiresti. Kui  
lühinägevus on 10...15 D, on korrigeeritavus  
keskmiselt 50%, kuid varieerub suuresti piiri-



Joonis. Nägemisteravuse sõltuvus lühinägevusastmest (D): 1 — prillideta, 2 — prillidega. Silmapõhja leid: 3 — muutusteta, 4 — *conus myopicus*, 5 — *chorioretinitis centralis*. Tüvisüstused: 6 — tüsisüsteteta, 7 — *opacitates corporis vitrei*, 8 — *cataracta complicata*, 9 — *ablatio retinae*, 10 — *ablatio retinae et opacitates corporis vitrei*.

des 0,15...1,0. Kui lühinägevus on 20 D, on korrigeeritavus vaid 15%, muutudes piirides 0,08...0,35. Uurimistulemused on kooskõlas kirjanduse andmetega (7), kuid meie andmeil on korrigeeritavus 5...10% parem. Samuti nähtub, et mida halvem on korrigeeritavus, seda ulatuslikumad on silmapõhja muutused ja seda sagedamad tüsistused. Informatsioon, mida tugev lühinägevus kannab tüsistuste kohta, on küllalt arvestatav:  $K(B, A) = 0,17$ . Tüsistustest on sagedamad klaaskeha hägusused (38,6%), tüsistuskäe (36,8%) ja võrkkesta irdumine (24,5%). Tüsistusi esineb 5...7%-l patsientide üldarvust. Tegelikult oleks tüsistusi kindlasti rohkem, kui uuritaks mitte üksnes polikliinikusse pöördunud, vaid kõiki Tartu lühinägiaste elanikke.

Üldlevinud on arvamused, et lühinägiad on suhteliselt pikemat kasvu, kusjuures see seaduspärasus ilmneb juba lapseas (1). Meie analüüs kinnitab seda vaid osaliselt. Patsientidest, kellel lühinägevus oli tugev, oli enamikul lühinägevusaste 6...10 D. Sellised inimesed on keskmisest tõepoolest veidi pikemad: naised 168 cm, mehed 178 cm.

Elukutse teadmises tulenev informatsioon lühinägevuse kohta on vähene —  $K(B, A) = 0,06$ . Lühinägiaste tegeleb 48,2% silmi pingutava tööga, 42,5% aga on kerge kehalise töö tegijad. Raske kehalise töö tegijaid on lühinägiaste hulgas vaid 9,3%. Peale mõningate silmi pingutavate elukutsete (3) ei saa elukutset üldjuhul pidada lühinägevuse põhjuseks. Pigem on tegemist sünnipärase või varajases koolieas alguse saanud lühinägevusega, mis ei võimalda haridust omandada. Öeldut kinnitab asjaolu, et tugeva lühinägevusega inimestest on 48% alg- ja 31% keskharidusega, vaid 21% kõrgharidusega.

Nagu uurimistest nähtub, on lühinägevus osaliselt pärilik (1, 4, 5, 11). Ka meie andmed viitavad sellele — 62,7% patsientide puhul esines lühinägevus nende vanematel ja lähedastel sugulastel. Inglismaal leiti, et lühinägiaste lapsi käsitöölise perekondades peaaegu ei ole. Sagedamini on lühi-

**Tabel 2. Lühinägevuse progresseerumine 10 aasta jooksul Tartu Linna Polikliiniku andmeil**

Lühinägevusaste (D) uurimisperioodi algul	Eri lühinägevusastmega patsientide 10-aastase uurimisperioodi lõpul	%			
		6...10	11...15	16...20	üle 20 D
6...10	kandis prille	71,4	21,4	7,2	
	ei kandnud	83,3	16,7		
	keskmise	78,1	18,8	3,1	
11...15	kandis prille		62,5	37,5	
	ei kandnud		60,0	40,0	
	keskmise		60,9	39,1	
16...20	kandis prille			37,5	62,5
	ei kandnud			68,8	32,2
	keskmise			53,1	46,9

nägiaste väikestes, 1...2-lapselistes perekondades, enamasti just esimesena sündinud lapsel (1).

Mitmed autorid viitavad lühinägevuse seosele inimese konstitutsionaalsete iseärasustega (2, 5). Meie andmed viitavad nõrgale seosele kehakaalu, lampjalgsuse ja pikkusega. Seoste uurimisel oleme piirdunud andmetega, mida oleme saanud patsientide küsitlisesel uurimisel on seos lampjalgsusega tugevam.

Kontroll kümneaastase ajavahemiku järel võimaldas 87 patsiendil jälgida lühinägevuse progresseerumist (vt. tabel 2.).

Lühinägevuse progresseerumist täheldati 31 juhul (35,6%). Teataval määral leiab kinnitust seaduspärasus (8), mille kohaselt progresseerumisprotsent on kõrgem nende hulgas, kes on regulaarselt prille kandnud, võrreldes nendega, kes neid kandnud ei ole. 8 uuritust kandis prille 38, neist 17-l (44,7%) täheldati progresseerumist. Prille ei kandnud 49 patsienti, progresseerumist täheldati neist vaid 14-l (28,6%).

Patsientidest, kellel lühinägevus oli vaadeldava 10-aastase perioodi algul 6...10 D, on see 18,8%-l progresseerunud 11...15 D ning 3,1%-l 16...20 D (vt. tabel 2). Patsientidest, kellel lühinägevus oli perioodi algul 16...

20 D, on see progresseerunud keskmiselt 46,9% -l.

Võime järeldada, et mida tugevam on algne lühinägevus, seda kõrgem on ka progresseerumisprotsent.

KIRJANDUS: 1. Peckham, C. S., Gardner, P. A. Goldstein, H. Br. Med. J., 1977, 2, 542—545.

2. Аветисов Э. С., Беллев В. С. Вестн. офтальмол., 1977, 5, 29—35. — 3. Ламбите Т. Р. Офтальмол. ж., 1973, 5, 335. — 4. Дашевский А. И. Казанский мед. ж., 1973, 3, 76—80. — 5. Нестеров А. П. Казанский мед. ж., 1974, 2, 54—56. — 6. Пузаченко Ю. Г., Мошкин А. В. В кн.: Итоги науки. Медицинская география, М., 1969, 3, 5—74. — 7. Радзиговский Б. Л. Близорукость. Л., 1963. — 8. Савольюк М. М. Вестн. офтальмол., 1968, 1, 82—83. — 9. Сергиенко Н. М. Вестн. офтальмол., 1974, 1, 38—40. — 10. Урбах В. Ю. Математическая статистика для биологов и медиков. М., 1963. — 11. Флик Л. П. Клинические и функциональные особенности глаз с высокой близорукостью, послужившей причиной слепоты и слабовидения. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Рига, 1973.

*Nõmme Polikliinik*

UDK 617.7-089.24

## PRILLIKLAASIDE OPTILISE TSENTRI MÄÄRAMINE

LEO L. SCHOTTER · TARTU

prilliklaas, optiline tsepter, määramisviisid

Prilliklaaside optilise tsentri määramine on tähtis mitte üksnes prillide täpsel valmistamisel, vaid ka silmaarsti praktikas teatavate nägemishäirete põhjuste väljaselgitamisel. Juhul kui tavaliste sfääriliste prilliklaaside optilised tsentrid ei lange kokku silmade nägemistelgedega, avaldavad klaasid prismaatilist toimet. See võib esile kutsuda silma välislihaste talitluse tasakaalu häireid, mille tagajärjel tekib astenopia või isegi diploopia. Ainult mõningatel juhtudel, nagu müopia ja heterofooria korral, kasutatakse nägemistel-

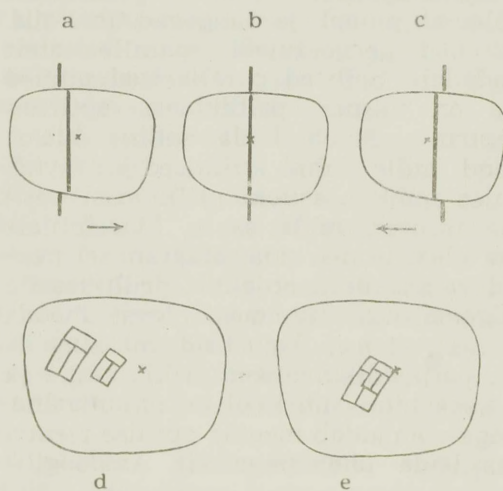
gede ja prilliklaaside optiliste tsentrite mittekokkulangevust ravi eesmärgil (6).

Prilliklaasi optilist tsentrit saab määrata ja märkida dioptrimeetriga DO-2. Klaaside optiliste tsentrite ja pupillidevahelise kauguse kokkulangevust määratakse tseptriskoobi ja fototsentrogrammiga (1, 2, 8, 10, 11). Praktikas aga selliseid vahendeid tihti ei ole.

Prilliklaaside optiliste tsentrite ja nägemistelgede kokkulangevuse määramise lihtsamatest viisidest teatakse oftalmoskoobi abil tehtavat tseptriskoopiat (5).

N. Sergienko ja L. H. Schotter on kirjeldanud prilliklaasi optilise tsentri määramise lihtsamaid meetodeid.

N. Sergienko nihutusmeetod (9) seisneb järgmises. Ruumis leitakse mingi vertikaaljoon prilliklaasist 30... 80 cm kaugusel, milleks võib olla lauaserv, raamatuserv või muu taoline. Nüüd tuleb jälgida nii joont ülal- ja allpool prilliklaasi kui ka tema kujutist prilliklaasil (vt. joon. a, b, c). Prilliklaasi liigutatakse paremale ja vasakule. Kujutis klaasil hakkab liikuma samas või vastassuunas olenevalt sellest, kas on tegemist hajutava või koondava prilliklaasiga. Seejärel leitakse selline prilliklaasi asend, mille puhul vertikaal-



Joonis. Prilliklaasi optilise tsentri määramine nihutusmeetodil (vt. a, b ja c) ning peegeldusmeetodil (vt. d ja e).

joon ülal- ja allpool klaasi ja tema kujutis prilliklaasil kokku langevad. Sellisel juhul läbib vertikaaljoone kujutis prilliklaasi optilise tsentri täpselt. Selle koha märkimiseks tõmmatakse klaasil klaasipliatsiga kriipsuke. Seda sama tehakse ka prilliklaasi horisontaalses meridiaanis, milleks klaasi pööratakse 90° ümber telje, ning koht märgitakse samuti kriipsukesega. Moodustunud ristikesel kohal ongi prilliklaasi optiline tsepter. Analooogiliselt määratakse optiline tsepter ka teisel prilliklaasil ja mõõtmisel joonlauaga saadakse kätte nendevaheline kaugus, mida on võimalik võrrelda pupillidevahelise kaugusega. Samuti on võimalik kindlaks teha klaasil märgitud optiliste tsentrite paiknevust pupillide suhtes.

Samalaadsele füüsikalisele põhimõttele toetuvaid prilliklaasi optilise tsentri määramise meetodeid on kirjeldatud ka varem (3, 4, 7).

L. H. Schotteri poolt pakutud peegeldusmeetod\* seisneb järgnevas. Ruumis tuleb leida mingi ere punkt, näiteks põlev lamp, hele aknanurk. Sellest eredast punktist tekib prilliklaasil kaks peegeldunud kujutist, mis prilliklaasi kallutamisel kas lähenevad teineteisele või kaugenevad teineteisest (vt. joon. d, e). Kujutised tekivad prilliklaasi mõlemal pinnal ja langevad ühte siis, kui nad peegelduvad paralleelsetelt pindadelt. Sellised paralleelsed pinnad aga on üksnes prilliklaasi optilises tsentris. Tuleb leida selline klaasi asend, mille puhul kujutised kattuvad. Selles punktis asubki prilliklaasi optiline tsepter, mida saab klaasipliatsiga klaasile märkida. Määramisel peavad valguskiired objektilt prilliklaasile kulgema arsti paremast põsest mööda selliselt, et nad langeksid maksimaalselt perpendikulaarselt prilliklaasile ja et peegeldumisenurk oleks minimaalne. Seega võimaldab meetod optilise tsentri üles leida ühemomentselt. Analooogili-

**Tabel 1. Määramise täpsus prilliklaasidel**

Meetod	Prilliklaaside hulk	Määramine täpne	Viga	
			1 mm	2 mm
Nihutusmeetodil	50	32	16	2
Peegeldusmeetodil	30	24	6	—

selt määratakse ja märgitakse optiline tsepter ka teisel prilliklaasil ning mõdetakse nendevaheline kaugus joonlauaga. Samuti on võimalik määrata klaasil märgitud optiliste tsentrite paiknevust pupillide suhtes.

Töö ülesanne oli hinnata nende lihtsate meetodite täpsust ja kasutamise otstarbekust.

Selleks määrasime optilisi tsentreid nihutusmeetodil 50 ja peegeldusmeetodil 30 prilliklaasil. Tulemusi kontrollisime dioptimeetriga DO-2.

Nihutusmeetodil osutusid täiesti täpselt määratuks 32 prilliklaasi optilist tsentrit. 16 juhul oli viga 1 mm ja kahel juhul 2 mm. Võis täheldada, et suurema optilise tugevusega prilliklaaside puhul sõltuvalt meetodi iseärasusest (enam märgatav kujutise nihkumine) oli määramine täpsem (vt. tabel 1).

Peegeldusmeetodil osutusid täpselt määratuks 24 prilliklaasi optilist tsentrit, kuna 6 klaasi puhul oli viga 1 mm piires. Sellel meetodil on optilist tsentrit sobivam määrata alati prilliklaasi

**Tabel 2. Määramise täpsus prooviklaaside puhul**

Läätsede liik	Hulk	Määramine täpne	Viga	
			1 mm	2 mm
Anastigmatilised	64	50	13	1
Kaksikumerad	31	12	8	1
Kaksiknõgusad	31	23	14	5

\* Ratsionaliseerimisettepaneku tunnistus nr. 938, 1977. a.

kumera külje poolt, kuna määratuna nõgusa külje poolt tekib liiga suur peegeldunud kujutiste suuruse vahe, mis segab täpset määramist.

Lisaks tegime prillide prooviklaaside komplektist peegeldusmeetodil kindlaks 126 läätse optiliste tsentrite asukohta, kusjuures neist 64 olid anastigmaatilised meniski tüüpi klaasid, 31 kaksikkumerad ja 31 kaksiknõgusad klaasid. Tulemused on toodud tabelis 2. Kaksiknõgusate klaaside puhul oli ebatäpsus suurem, eriti väikese optilise tugevusega klaaside puhul, kuna kujutiste suuruse vahe on siin liialt suur.

Mõõtmiste tulemustest võib järeldada, et nüüdisajal prilliklaasidena kasutatavate, põhiliselt anastigmaatiliste (kumernõgusate) klaaside puhul on meetodid küllalt täpsed, kui arvesse võtta, et viga kuni 1 mm ei oma praktilist tähtsust.

Meie mõõtmine näitas, et mõlemad meetodid, eriti peegeldusmeetod, on tehniliselt lihtsad, ei vaja erilisi instrumente, on kergesti omandatavad ning annavad küllalt täpseid tulemusi. Mõlemaid meetodeid võib soovitada igapäevases arstipraktikas, eriti seal, kus puudub eriaparaatuur prilliklaaside optiliste tsentrite määramiseks.

**KIRJANDUS:** 1. *Fleck, H., Heynig, J., Mütze, K.* Die Praxis der Brillenanpassung. Leipzig, 1960. — 2. *Fleck, H., Heynig, J., Mütze, K., Schwarz, G.* Sehhilfenanpassung. Berlin, 1970. — 3. *May, C., Oppenheimer, E.* Grundriss der Augenheilkunde. Berlin, 1921. — 4. *Oppenheimer, E.* Theorie und Praxis der Augengläser. Berlin, 1904.

5. *Авдыкович А. А.* Вестн. офтальмол., 1971, 2, 79—81. — 6. *Аветисов Э. С., Розенблюм Ю. З., Кащенко Т. П., Фридман С. Я.* Вестн. офтальмол., 1973, 4, 91—94. — 7. *Галкин Н. Н.* Пособие по подбору очков. Л., 1955. — 8. *Модель Д. М.* Краткий справочник медицинского оптика. Л., 1970. — 9. *Сергиенко Н. М.* Офтальмол. ж., 1976, 6, 463. — 10. *Урмахер Л. С., Айзенштат Л. И., Жук Г. В.* Очковая оптика. М., 1973. — 11. *Урмахер Л. С.* Справочник по офтальмологической оптике и приборам. М., 1971.

Tartu Kliiniline Haigla

## LASTE AUDIOLOOGILISE ARSTIABI TÄHTSUS

ENE POST · TALLINN

kurtus, nürmus, audioloogia, surdoloogia

Kuulmishäirete all kannatab tänapäeval 10% kogu maailma elanikkonnast. Enamik kuulmishäireid kujuneb välja lapseeas, 2...5% nendest lastest vajab eriarsti ja eripedagoogi abi.

Käesolev artikkel seab eesmärgiks pediaatritele tutvustada 1) kuulmise nõrgenemise vorme; 2) kuulmise nõrgenemise põhilisi tekkepõhjusi lastel; 3) meile kättesaadavaid diagnoosimeetodeid; 4) tulemusi, mida õigeaegne diagnoosimine ja ravi võivad anda.

Kuulmine ja nägemine on viiest tundemeelse inimesele kõige väärtuslikumad. Kuulmise nõrgenemine varajases lapseeas, eriti aga kurtus, mõjub halvasti lapse vaimsele arengule, esmajoonel kõne arengule. Kui laps hakkab kõnelema, matkib ta ümbritsevate inimeste kõnet. Kurt või raskeltkuulja laps, kellel on kuulmise tugevaastmeline nõrgenemine, ei õpi kõnelema ilma spetsiaalse õpetuseta. Kui laps on kuulmise kaotanud enne viiendat eluaastat, võib tal varem õpitud kõnelemisotskus taandareneda. Seega on kõne areng kuulmisega tihedalt seotud, kõne aga on universaalne suhtlusvahend.

Sageli puutume kokku lastega, kelle kõne ei vasta nende eale. Selle üks põhjus võib olla kuulmise täielik või osaline kadu. Osalist kuulmiskadu nimetatakse nürmuseks.

Kuulmise tugevaastmeline nõrgenemine pidurdab lapse vaimset arengut. Kuulmise tugevaastmelise nõrgenemise põhjus on enamasti sisekõrvakahjustus: takistatud on heli vastuvõtmine.

Kuulmise kergeastmeline nõrgenemine, väga harva kurtus, tekib kesk- ja kõrvaõletiku korral. Sel juhul on lapse vaimne areng tavaliselt normaalne, kuid tal kujunevad välja häädusvead

— kõne on agrammatiline (nürmiku agrammatism), düslaaliline. Võivad areneda lugemis- ja kirjutamishäire.

Kõige sagedamini esineb ägedaid ja kroonilisi keskkõrvapõletikke, eksudatiivseid otiite ja kuulmetõrvekatarre.

Mida varajases ja täpsem on kuulmishäirete diagnoos, seda rohkem on väljavaateid osaliseks või isegi täielikuks rehabiliteerimiseks.

Spetsialisti poole pööratakse sageli hilja, alles siis, kui kuulmine ühe või mõlema kõrvaga on nõrgenenud, või siis, kui kuulmisviga on püsunud juba kaua ja kui kuulmiselundis on tekkinud tagasipöördumatud muutused. Kui laps ei ole õigel ajal spetsiaalset õpetust saanud, võib tema üldine vaimne areng olla sekundaarselt pidurdunud, mille tõttu ka rehabiliteerimise võimalused on tagasihoidlikumad.

Kurtus või nürmus kui sotsiaalne tegur on eriti arvestatav lapseas, sest temaga käivad kaasas suhtlemis- ja arenguhäired. Elukutse valik on piiratud ning tekib raskusi oma kohta leidmisel ühiskonnas.

Eristatakse sisekõrva, keskkõrva tüüpi ja segatüüpi kuulmishäireid. Kuulmise nõrgenemine võib olla kas kaasasündinud või omandatud. Kaasasündinud kurtus ja nürmus esinevad peamiselt sisekõrva tüüpi kuulmishäirena. Neid põhjustavad tegurid, mis kahjustavad sisekõrva või kuulmisnärvi looteas või sünni ajal. Nendeks on põletik, vigastused, väärarengud loote sisekõrvas; ema haigused raseduse ajal (punetised, nakkuslik kollatõbi, gripp, toksoplasmoos); ototoksiliselt toimivate antibiootikumide (streptomütsiin, monomütsiin, kanamütsiin, neomütsiin, gentamütsiin) kasutamine raseduse ajal; vanemate alkoholism, ema töötin-gimused raseduse ajal (töötamine ter-vist kahjustavatel töödel); loote asfüksia, enneaegne sünnitus ja sünnitraumad.

Sisekõrva tüüpi omandatud kurtus või nürmus võib välja kujuneda ototoksiliselt toimivate antibiootikumide kasutamisel nii lapse- kui ka täiskasvanueas.

Omandatud kuulmishäireid täheldatakse suhteliselt sagedamini kui kaasasündinuid. Enamasti on siin tegemist keskkõrva tüüpi kuulmisnõrkusega, mille põhjusteks on 1) ägedad, harvem kroonilised keskkõrvapõletikud, 2) eksudatiivsed otiidid ja 3) kuulmetõrvekatarrid.

Õigeaegse ja küllaldase antibakteriaalse raviga likvideeritakse äge keskkõrvapõletik tavaliselt juba algjärgus. Ebaratsionaalne antibakteriaalne ravi või põletiku kupeerimine aspiriini ja sulfoonamiididega võib ägeda protsessi kulgu venitada ning äge keskkõrvapõletik võib üle minna krooniliseks. Viimane omakorda võib põhjustada ajusiseid tüsistusi, nagu ajuabstsesse, meningiite jt.

Eksudatiivsed otiidid ja kuulmetõrvekatarrid on tihedalt seotud ninaning nina-neelu haigustega. Raskendatud ninahingamine takistab ventilatsiooni keskkõrvas ja põhjustab kuulmisnõrkust.

Lastel võib ninahingamise takistus põhjustatud olla ka adenoididest. Lisaks mehaanilisele takistusele põhjustavad adenoidid häireid nina ja kuulmetõrve limaskesta vereringes, tekitades seal paisunähte ja turset ning soodustades ülemiste hingamisteede katarri teket. Adenoidid ei põhjusta kunagi kurtust või raskeastmelist nürmust.

Nii äge kui ka pikaajaline nohu võivad põhjustada kuulmetõrve läbitavuse takistust, tekib kuulmetõrvekatarri.

Oluline on kuulmetõrvekatarri ja selle põhjustatud kuulmise nõrgenemise õigeaegne diagnoosimine ja ravi. Algstaadiumis on selline kuulmishäire ravitav, kuid kui põletik on kestnud kaua, tekivad kuulmetõrves liited ja kuulmishäire võib püsivaks muutuda.

Eksudatiivne otiit on eelnevast raskem haigus, mille tekkel on tihe seos kuulmetõrve (*tubae auditivae*) talitlusega. Eksudatiivne otiit on loiult, tagasihoidlikult kulgev keskkõrvapõletik, millele on iseloomulik vedeliku kogunemine trummiõõnde ja kuulmise nõrgenemine. Haiguse etioloogia on mit-

mesugune. Enamikul haigetel võib haigust seostada eelnevate haiguslike muutustega ninas ja nina-neelus, lastel sageli adenoididega. Etioloogia võib olla viiruslik, bakteriaalne ja allergiline. Viimast peetakse aktuaalseks eriti koolieelses eas. Eksudatiivse otiidi teket seostatakse ka eelnenud ägedate otiitide mitteotstarbeka antibakteriaalse raviga. Ägedad nähud ei taandarene kuulmekilest sel juhul täielikult, sest põletik jääb kuulmekiles püsima.

Vahel võib haiguse diagnoosimine isegi otorinolarüngoloogile raskusi valmistada, sest kuulmekile infiltratsiooni tõttu ei märka arst vedelikku trummiõnes, mis ongi kuulmise nõrgenemise otsene põhjustaja. Eksudatiivse otiidi puuduliku ravi korral võib eksudaat trummiõnes üha sitkemaks muutuda, organiseerudes moodustada liiteid, armistuda. Sellest saavadki alguse sekundaarsed adhesiivsed muutused ja nürmus muutub nüüd püsivaks. Just seepärast on oluline, et enam tähelepanu pöörataks eksudatiivse otiidi ja teda soodustavate haiguste võimalikult varajasele diagnoosimisele. See aga eeldab tihedat koostööd pediatrite, otorinolarüngoloogide-surdoloogide vahel. Vähimagi kahtluse korral kuulmise nõrgenemise suhtes tuleks laps saata otorinolarüngoloogi juurde, kes pärast diagnoosi määramist saadab lapse diagnoosi täpsustamiseks audiomeetrilisele uurimisele. Olenevalt lapse arenemisastmest on audiomeetrilised uuringud umbes kolmandast eluaastast alates võimalikud ka ambulatoorselt.

Ravi kuulub otorinolarüngoloogide kompetentsi. Antibakteriaalse ravi vajaduse korral on oluline arvestada tundlikkust mikroobide suhtes. Silmas tuleb pidada ka füsioteraapia näidustusi. Kui laps põeb sageli ülemiste hingamisteede katarri ja kui kuulmine on nõrgenenud, tuleb kaaluda ka adeno- toomia otstarbekust. Soovitav on kombineerida põhihaiguse ravi üldtugevdava ravi, gammaglobuliin- ja vitamiinraviga.

Et lastel esineb kõige sagedamini

helijuhteaparaadi kahjustusi (kesk- kõrvahaigus), siis on õigeaegse diagnoosimise ja ravi alustamise korral kuulmist võimalik kas täielikult või osaliselt parandada. Ravi tõhusust saab ka audiomeetriliselt fikseerida.

Kui on kaasasündinud või omandatud sisekõrva tüüpi kuulmisnõrkus või isegi kurtus, siis on väga tähtis, et defekt avastataks õigeaegselt, see on vajalik eelkõige selleks, et ei pidurduks lapse vaimne areng. Kuulmisjääkide vähese säilimise korral tuleb kõne alla ka kuuldeaparaadi kasutamine juba küllalt varajases lapseas.

Vastavalt kuulmiskahjustuse astmele saadetakse laps vabariikliku meditsiinilis-pedagoogilise komisjoni kaudu vajaduse korral erikasvatuse õppeasutusse — kurdid suunatakse kurtide lasteaedadesse või koolidesse ja nürmikud nürmikute lasteaedadesse või koolidesse. Lapsed peavad lasteaedadesse olema vastu võetud hiljemalt neljandaks eluaastaks.

Et tagada kuulmishäiretega laste normaalne vaimne areng, helijuhteaparaadi kahjustuse puhul küllalt sageli ka kuulmise täielik või osaline taastamine, on vajalik tihe koostöö pediatrite, otorinolarüngoloogide, surdoloogide, neuroloogide, psühhiaatrite ja logopeedide vahel. See võimaldab kuulmishäiretega lapsi rehabiliteerida ja annab edaspidi meie ühiskonnale täisväärtuslikke, töövõimelisi liikmeid.

KIRJANDUS: 1. Alev, H. Kõnedefektide diferentsiaaldiagnostika ja kõnehäirete meditsiinilise teenindamise juhend. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla surdologopeediline kabinet. Tartu, 1973. — 2. Luts, A. Kuulmiskahjustuste vältimine. Tallinn, 1970.

3. Гольдман И. И. Эксудативный средний отит. Методическое указание. М., 1972. — 4. Исхаки Ю. Б., Кальштейн Л. И. Детская оториноларингология. Душанбе, 1977. — 5. Преображенский Ю. Б., Годин Л. С. Основы слухового протезирования. М., 1973.

Tallinna I Lastehaigla

## LEETRI ELUSVAKTSIINI JI-16 REAKTOGEENSED OMADUSED

VLADIMIR BOLOTOVSKI NINEL TITOVA  
MOSKVA  
OKU TAMM JAAN MÄRTIN ALEKSANDRA  
VOROBOVA IDA BLUMBERG TALLINN  
ANNA BUDJAK NARVA  
ÜÑO MIRME PÄRNU

leetri elusvaktsiin, reaktogeensed omadused, kaitsepookimised, meetodika, vaktsiini immunogeensus, reaktsiooni hindamine

Praktikas on tõestatud, et leetriveras-tases võitluses on efektiivne üksnes laste vaktsineerimine elusvaktsiiniga. Tänapäeval kasutusel olev vaktsiin, mis on valmistatud vaktsiinitüvest JI-16 jaapani vuti embrüote fibroblastidel, on praktiliselt areaktiivne. Ent mitme autori arvates võib vaktsiinitüve korduv passeerimine lindude koekultuuridel põhjustada nii vaktsiinitüve patogeensuse tõusu kui ka selle langust, ei ole isegi võimatu, et ka immunogeensete omaduste kadumist (6).

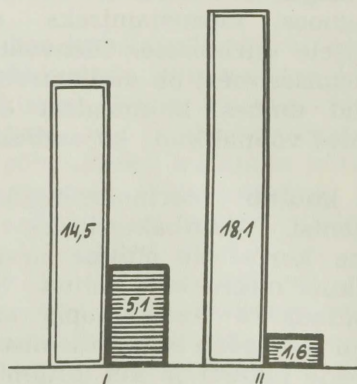
Meie töö eesmärk oli võrrelda vaktsineerimisjärgset reaktsiooni lastel, kelle immuniseerimisel oli kasutatud tugevasti atenueeritud vaktsiinitüve JI-16 eri seeriaid. Seda vaktsiini toodab L. Pasteuri nimeline Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituut Leningradis.

**Uurimismaterjal ja -metoodika.** Leetri elusvaktsiini immunogeensete omaduste standardsuse selgitamiseks uuriti leetrikvaktsiini tüve JI-16 kahteistkümmend vaktsiiniseeriat, mis olid valmistatud jaapani vuti embrüote rakukultuuridel. Vaktsineeriti 693 kümne kuu kuni nelja aasta vanust last. Kogu uurimistöö toimus ajavahemikul 1973...1975. Kaitsepookimisi tehti Narva Lastepoliiklinikus ja Pärnu Lastepoliiklinikus. Vaktsineerimisi tegi meditsiinipersonal, kes pidas rangelt kinni leetri elusvaktsiini kasutamise eeskirjadest. Igast vaktsiiniseeriast immuniseeriti umbes 50 last. Arst uuris lapsi enne vaktsineerimist hoolikalt ning kõigil mõõdeti kehatemperatuuri. Viieandast päevast kuni

14. päevani pärast vaktsineerimist kontrollis arst lapsi iga päev, et kindlaks teha kaitsepookimisjärgne reaktsioon. Vaatluse tulemused kanti selleks ettenähtud päevikusse. Vahetult enne kaitsepookimist ja 28...30 päeva pärast seda tehti lastel kliiniline vereanalüüs ning koguti vereseerumit leetriantikehade tiitri määramiseks. Seoses sellega, et laste massilise vaktsineerimise korral on kaitsepookimisjärgse reaktsiooni ja interkurrentsete haiguste kindlakstegemiseks raske valida adekvaatset kontrollrühma, võtsime me arvesse kehatemperatuuri tõusu  $37,6^{\circ}\text{C}$  ja rohkem ning lööbe teket lastel, kelle vereseerumist leetriantikehi enne vaktsineerimist ei olnud.

Igast vaktsiiniseeriast määrati kolmes suvaliselt valitud ampullis viirustesaldus ühes vaktsineerimisannuses seerialahjenduste tiitrimise meetodil inimese leukeemiarakkude liini JI-41 Tarasvitši-nimelise Riikliku Kontrollinstituudi standardi nr. 6 foonil.

**Töö tulemused.** Tehti kindlaks, et vaktsiiniseeriad tekitasid eri tugevusega vaktsineerimisjärgseid reaktsioone. Narva Lastepoliiklinikus täheldati kehatemperatuuri keskmist ja tugevat tõusu  $10,4...22,1\%$ -l vaktsineerituid (8 vaktsiiniseeriat). Pärnu Lastepoliiklinikus oli see protsent  $12,3...22,0$ .

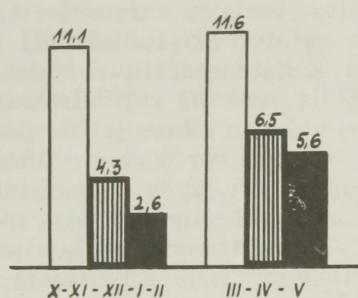


Joonis 1. Imikute (I) ja üheaastaste ning vanemate laste (II) organismi reaktsioon pärast nende immuniseerimist leetri elusvaktsiiniga: kehatemperatuuri tõus üle  $37,5^{\circ}\text{C}$  (viirutamata tulp); lööbe teke (viirutatud).

Seega oli kehatemperatuur tõusnud keskmiselt 16,7% -l uurituist. Ebatüüpiline lööve tekkis 2,0...10,2% -l neljast vaktsiiniseeriast immuniseerituist. Ülejäänud vaktsineerituil löövet ei tekkinud. Limaskestaloövet täheldati kahel lapsel, keda oli immuniseeritud vaktsiiniseeriast 300. Konjunktiviiti täheldati 1,8...8,0% -l, kellele oli tehtud kaitsepookeid 9 vaktsiiniseeriast.

Vaktsiiniviiruse nakkuslikkuse kontrollimisel tiitrimise teel ilmnes, et selle hulk oli tegelikult võrdne kõigis uuritud vaktsiiniseeriatel (158...631 ТЦД<sub>50</sub> immuniseerimisannuses). Järelikult võib reaktsiooni avaldumine peale vaktsiini omaduste tingitud olla ka muudest põhjustest, mis võivad mõjutada immuniseerimise avaldumist, eriti aga lapse füsioloogilisest seisundist immuniseerimisperioodil. Me ei saanud kindlaks teha immuniseerimisprotsessi ilmingute erinevust lastel, keda oli immuniseeritud umbes aasta vanuselt ja pärast kolmandat eluaastat, ehkki aastaaeg, millal vaktsineerimine toimus, avaldas mingil määral mõju (vt. joonis 2). Nii oli kehatemperatuuri tunduva tõusu ja lööbega juhtude arv usaldusväärselt palju suurem ( $t > 2$ ) neil lastel, keda oli vaktsineeritud märtsist maini, võrreldes andmetega, mis olid saadud vaktsineerimisel oktoobrist veebruarini (vt. joonised 1 ja 2).

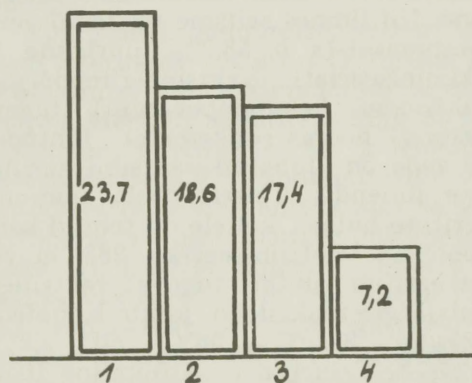
Uurinud andmeid, mis peegeldavad immuniseerumise intensiivsuse seost enne vaktsineerimist põetud ägedate respiratoorsete haiguste esinemissagedusega, ei täheldanud me statistiliselt märkimisväärset erinevust varem põetud ägedate respiratoorsete haiguste esinemissageduse ja vaktsineerimisjärgse reaktsiooni vahel. Lapsed, kellel vaktsineerimisjärgset reaktsiooni ei täheldatud, olid põdenud ägedaid respiratoorsete haigusi enne vaktsineerimist keskmiselt  $2,35 \pm 0,17$  juhul, tugeva vaktsineerimisjärgse reaktsiooniga lapsed keskmiselt  $2,1 \pm 0,35$  juhul. Seoses sellega ilmnes, et kehatemperatuuri keskmise ja tugeva tõusuga juhtude üldarv oli tunduvalt suurem vaktsineeritute rühmas, kes olid põdenud äge-



Joonis 2. Leetrite vastu immuniseeritud laste organismi vaktsineerimisjärgne reaktsioon olenevalt immuniseerimise ajast (oktoobrist veebruarini, märtsist maini): kehatemperatuuri tõus 37,6...38,5°C (viirutamata), kehatemperatuuri tõus üle 38,5°C, lööbe teke (must tulp).

daid respiratoorsete haigusi aasta enne vaktsineerimist, eriti just neil juhtudel, kui ajavahemik viimasest ägeda respiratoorse haiguse põdemisest kuni vaktsineerimiseni oli liiga lühike (vt. joonis 3).

Me võrdlesime vere kliinilise analüüsi tulemusi vaktsineerimisjärgse reaktsiooni avaldumise näitudega. Normist kõrvalekaldumine võeti arvesse



Joonis 3. Viimasest ägedast respiratoorse haiguse põdemisest kuni vaktsineerimiseni möödunud ajavahemiku pikkuse ja vaktsineerimisjärgse reaktsiooni (kehatemperatuuri tõusu) intensiivsuse vaheline seos: ägedat respiratoorset haigust põdenud enne vaktsineerimist üks kuu ja vähem aega tagasi (tulp 1), kuni 4 kuud (2), üle 4 kuu (3) ning üle ühe aasta tagasi (tulp 4).

kooskõlas vastava vanuselise tabeliga, mis on esitatud kirjanduses (7). Ilmnes, et seos kehatemperatuuri tõusu intensiivsuse ja vere eri vormelementide sisalduse vahel imikute ja üle ühe aasta vanuste laste veres ei ole ühesugune. Tõenäoliselt on lapse organismi reaktiivsus esimesel eluaastal nõrk ning seejärel ei õnnestunud meil kindlaks teha korrelatsiooni nende näitajate vahel. Ühe aasta vanuste laste veres aga on leukotsüütide, segmenttuumaliste neutrofiilide ja monotsüütide sisaldus suurem enne vaktsineerimist ning see on määrav leetri elusvaktsiini organismi viimisel järgneva reaktsiooni avaldumises. Vaktsineerimisjärgse reaktsiooni tekkimises on oluline tähtsus erütrotsüütide settereaktsiooni kiirusel. Nii oli kaheksast tugeva vaktsineerimisjärgse reaktsiooniga uurituist viiel (62,5%) settereaktsioon kiirenenud.

**Arutelu.** Immuniseerumise kulgemise isärasuste uurimisest ilmnese, et praegu kasutusel olev vaktsiinitüvest JI-16 saadud leetri elusvaktsiin, mis on valmistatud jaapani vuti embrüote fibroblastidel, on võrdlemisi nõrkade reaktogeensete omadustega, ehkki immuniseerumise avaldumine ei olnud eri vaktsiineseeriastest immuniseerimisel ühesugune. Nii ilmnese seitsme vaktsiineseeria kasutamisel (s. o. 58,3%, uurisime 12 vaktsiineseeriat) vaktsineerimisjärgset reaktsiooni kehatemperatuuri tugeva tõusuna hoopis rohkematel juhtudel, kui seda on lubatud vaktsiini kasutamise juhendis. Teiselt poolt, immuniseeritute hulgas, kellele oli tehtud kaitsepookeid vaktsiineseeriast 283, ei registreeritud ühtki tugevat vaktsineerimisjärgset reaktsiooni juhtu. Kehatemperatuur 37,5°C...38°C oli 2,2...17,7%-l uurituist. Atüüpiline lööve tekkis erineval protsendil juhtudest kaheksast vaktsiineseeriast immuniseerituil (66,6%).

Leetri elusvaktsiini üksikute seeriaste sellisele mittestandardisusele on varem viidanud mõned autorid (4), kuid meie töö tulemused ei lange ühte O. Andžaparidze ja kaasautorite (2) tulemustega

kehatemperatuuri tugeva tõusu (1,6...2,3%-l vaktsineerituist) kohta.

Kõik töös kasutatud vaktsiineseeriad sisaldasid võrdsel hulgal viirust. Erinevus reaktogeensetes omadustes viitab ühelt poolt võimalikule viiruse populatsiooni heterogeensusele mõnedes vaktsiineseeriates, teiselt poolt aga lapse organismi reaktiivsuse faktorite teatavale mõjule immuniseerumise vältel.

F. Schmidt (1) on tähelepanu juhtinud tõsiasi järele, et kahel esimesel eluaastal on lapse organismi immunoloogiline reaktiivsus väga madal ning see tõuseb pidevalt 12. eluaastani. Oma töös ei leidnud me seost vaktsineerimisjärgse reaktsiooni avaldumise intensiivsuse ja immuniseeritute vanuse vahel. V. Joffe on viidanud sellele (5), et inimorganismi immunoloogiline reaktiivsus aasta kestel muutub ning seega võib mõjutada immuniseerumise kulgu. Ka meie täheldasime küllalt usaldusväärset arvu vaktsineerimisjärgseid reaktsioone neil, keda oli vaktsineeritud kevadel, mis kinnitab organismi reaktiivsuse kõikumist. G. Bogomazi ja kaasautorite (3) andmeil põhjustavad sagedased ägedad respiratoorsed nakkused ülemiste hingamisteede limaskestas püsivaid muutusi ning haigus võib üle minna krooniliseks infektsioos-allergiliseks protsessiks, mis vähendab organismi immunoloogilist reaktiivsust järsult.

### Järeldused.

1. Leetri elusvaktsiinitüvest JI-16 valmistatud kaheteistkümne vaktsiineseeria reaktogeensete omaduste uurimisel tehti kindlaks, et nende reaktogeensete omadused ei ole standardsed. Ühelt poolt ületas seitsmest vaktsiineseeriast immuniseerituil kehatemperatuuri tugev tõus instruksioonis lubatud piiri, teiselt poolt vaktsineeritute hulgas, kellele oli tehtud kaitsepookeid seeriast 283, sellist immuniseerimisjärgset reaktsiooni ei täheldatud.

2. Vaktsineerimisjärgse reaktsiooni avaldumine sõltub aastaajast, mil kaitsepookeid tehakse. Kevadkuudel, kui lapse organism on nõrgenenud, on tä-

heldatud palju tugevamat vaksineerimisjärgset reaktsiooni.

3. Reaktsioon on tõepäraselt väljendunud neil lastel, kes 1...4 kuud enne kaitsepookimist olid põdenud ägedaid respiratoorseid haigusi.

4. Vaksineerimisjärgsete reaktsioonide vältimiseks on leetri elusvaktsiiniga immuniseerimise korral soovitatav pärast lapse läbivaatamist lähtuda verepildi näitudest, mis kajastavad objektiivselt lapse organismi seisundit enne vaksineerimist.

KIRJANDUS: 1. Schmidt, F. Pädiatr. Prax., 1974, 14, 4, 553—564.

2. Анджалиридзе О. Г., Доссер Е. М., Попов В. Ф. Сов. мед., 1970, 7, 3—9. — 3. Богомаз Т. А., Кулинич Д. Г., Лагно А. П. Педиатрия, 1971, 2, 9—13. — 4. Ващенко Г. П., Нелюбов И. Д. В сб.: Материалы II итоговой научной практической конференции. Алма-Ата, 1970. — 5. Иоффе В. И. Иммунологическая эпидемиология. Л., 1969. — 6. Кравченко А. Т. Вopr. вирусол., 1971, 6, 745. — 7. Тур А. Ф. Кровь здоровых детей разных возрастов. М., 1970.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi  
Epidemioloogia Teadusliku Uurimise  
Instituut

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium  
Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam  
Narva Lastepolikliinik  
Pärnu Lastepolikliinik

UDK 616.33-002.44-089.853:616.33-008.821:681.208

## UUS PH-MEETRIA-MEETOD

SULEV ULP RANDO TRUVE UNO SIBUL  
TALLINN

pH-meetria uus meetod, leiutis, proksimaalse selektiivse vagotoomia ravi efekt, Grassi meetodi puudused

Kliinilises praktikas laialdase tunnistuse võitnud operatsioonieelse maosise pH-meetria kõrval on viimastel aastatel üha enam hakatud kasutama

mao limaskestast pH-meetriat operatsiooni ajal. Selle eesmärk on hinnata haavanditõve raviks tehtud vagotoomia efektiivsust. Et 1978. a. detsembris Moskvast toimunud üleliidulisel konverentsil tunnistati vagotoomia üheks efektiivsemaks kirurgilise ravi meetodiks duodenaalhaavandi puhul, on see probleem väga aktuaalne.

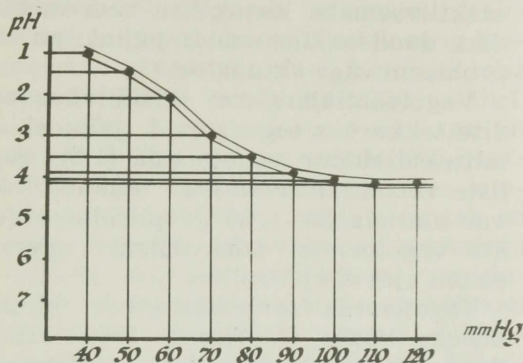
Vagotoomiajärgsete retsidiivhaavandite tekke üks sagedamaid põhjusi on mitteküllaldane vagotoomia (1,3). Selliste retsidiivhaavandite osakaal võivat ulatuda 20...30% piiridesse (4), kui vagotoomia adekvaatsust operatsiooni ajal ei kontrollita.

Vagotoomia ravieffektiivsuse hindamiseks võttis G. Grassi 1969. aastal duodenaalhaavandi puhul kasutusele mao limaskestast operatsiooniaegse pH-meetria (2). See on tuntud G. Grassi meetodina ja on lühidalt kirjeldatult järgmine. Pärast laparotoomiat tehakse mao eesseina gastrotomia, maovalendikku viiakse klaaselektrood ja tehakse mao limaskestast pH-meetria. Järgneb vagotoomia. Pärast vagotoomiat mao limaskestast pH-meetriat korratakse (sekretsiooniärritina on manustatud histamiini), eelnevalt mao limaskestast loputatakse ning kuivatatakse tampoonidega.

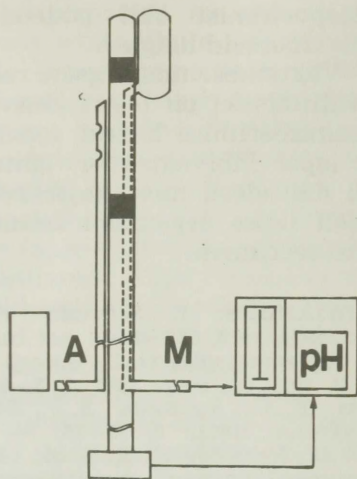
Aparatuuri puudumise, samuti meetodi keerukuse tõttu on G. Grassi testi kasutamise kohta kirjanduses andmeid napilt. Meetodi negatiivne külg on gastrotomia vajalikkus. M. I. Kuzini ja kaasautorite (1978) andmeil võib gastrotomia teha mao antraalosas ja gastrotomia avaust kasutada püloroplastikaks (4). Kõigile haigeile, kellele tehakse vagotoomia, ei ole tarvis teha püloroplastikat, mistõttu gastrotomia on liigne magu traumeeriv ning operatsiooniaega pikendav menetlus. Gastrotomiahaava armistumise korral võib hiljem tekkida periantriit, mis võib stimuleerida gastriini nivoo tõusu vereserumis.

Töötasime välja mao limaskestast pH-meetria uue meetodi. See ei eelda gastrotomiat ning mõõtmised toimuvad elektroodi konstantsel survel mao li-

Joonis 1. Mao limaskesta pH sõltuvus pH-sondi elektroodi rõhust limaskestale. Graafikul on näha, et elektroodi rõhu tõusmisel limaskestale muutuvad pH näidud leeliseses suunas — tugevalt happeliselt mõõdukalt happelisele.



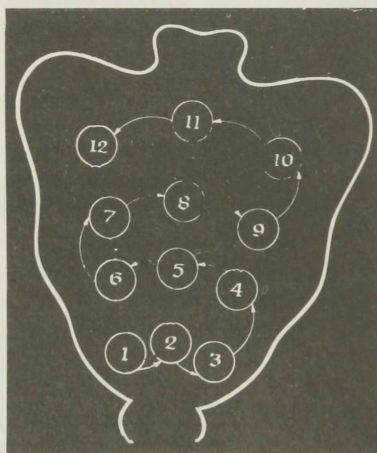
Joonis 2. Mao limaskesta pH-sondi skeem: A — aspiratsioonisüsteem, M — barosüsteem, pH — pH-sondi elektriline süsteem.



maskestale (isobaarne pH-meetria), pH-sond viiakse maku suu kaudu. Läbi maoseina palpeerides haaratakse pH-sondi lõppelektrood ja surutakse 45 mmHg rõhule vastava survega vastu mao limaskesta; pH-näitu loetakse pH-meetri skaalal. Meetodi väljatöötamisel, esimeste pH-meetria ajal, selgus, et pH-meetria näidud sõltusid olulisel määral pH-sondi elektroodi rõhust limaskestale (vt. joonis 1). pH-näitude objektiivseks täpsustamiseks täiendati ICTOK-tüüpi pH-sondi selliselt, et elektroodi rõhku limaskestale oli võimalik mõõta. Selleks lisati pH-sondile barosüsteem. Et maovalendikus olev maomahl ei saaks limaskesta pH-meetria mõju avaldada, lisati pH-sondile ka aspiratsioonisüsteem (vt. joonis 2).

toomiat nihutatakse pH-sond mao antraalosa piirkonda, seatakse töökorda ja aspireeritakse maovalendikust vagotoomia ajal eritunud maomahl. Seejärel lülitatakse sisse barosüsteem ja vagotoomiajärgne limaskesta pH-meetria tehakse samades piirkondades nagu enne vagotoomiat. Saadud andmed registreeritakse. Kui pärast vagotoomiat

Mao limaskesta pH-meetria alustatakse mao antraalosas ja lõpetatakse maokeha ülemises osas. Mõõtmisel orienteerutakse väikese maokõveriku veenide järgi ja registreeritakse pH-näidud mao limaskestale 12 eri piirkonnas (vt. joonis 3).



Määratud pH-näidud kantakse kaardivormile. Kui limaskesta pH-meetria on lõpetatud, jäetakse pH-sond maokeha ülemisse ossa ja barosüsteem vabastatakse rõhu alt.

Joonis 3. Skeemil on numbrite ja nooltega kujutatud mao limaskesta pH registreerimise järjekord. Joonisel on suur maokõverik avatud. Mõõtmisi alustatakse mao antraalosas ja lõpetatakse maokeha ülasosas.

Järgneb vagotoomia. Pärast vago-

esineb pH-näitusid alla 3,0 ühiku, tehakse korrigeeriv vagotoomia, mille käigus püütakse leida *n. vagus*'e inaktseid kiudusid.\*

Tallinna Pelgulinna Haigla I kirurgiaosakonnas on kirjeldatud meetodil opereeritud 120 haiget. Kogemustele toetudes võib tõdeda, et meetod on lihtne, operatsiooniaega oluliselt ei pikenda (vaid 10...15 minutit), kuid abistab kirurgi kliiniliselt efektiivse proksimaalse selektiivse vagotoomia tegemisel.

### Järeldused.

1. pH-sondi elektroodi rõhu tugevus mao limaskestale on üks olulisi limaskesta pH-meetria andmeid mõjutavaid tegureid.

2. Ainult tehniliselt korras aparatuuriga ning isobaarsetes tingimustes tehtud mao limaskesta pH-meetria andmete põhjal saab objektiivselt hinnata mao sekretsioonifunktsiooni kajastavaid näituseid ja nende muutumist operatsiooni ajal, mis ongi proksimaalse selektiivse vagotoomia ravi efekti õige hindamise eeldus.

KIRJANDUS: 1. Burge, H., Vane, J. R. Brit. Med. J., 1958, 5071, 1, 615—617. — 2. Grassi, G., Oreechia, C. Chir. Gastroenterol., 1969, 3, 69. — 3. Lee, M. A. Brit. J. Surg., 1969, 56, 10—13.

4. Кузин М. И., Панцырев Ю. М., Постолов П. М., Вахрушев А. В., Вабкин О. В., Кузин Н. М., Новоселец С. А. Хирургия, 1978, 3, 3—7.

Tallinna Pelgulinna Haigla

## MÕNINGAID ARTERIAALSE HÜPERTENSIOONI RAVI PROBLEEME EPIDEMIOLOOGILISE UURIMISE ALUSEL

OLLE PLANKEN KALJO VALGMA JAAN RIIV  
REGINA KASKMETS MARE LIND TARTU

arteriaalne hüpertensioon, diagnoosimine, ravi-probleemid, epidemioloogilised uurimised, mees-haiged, naishaiged, keskiga

Tänu uute tõhusate hüpotensiivsete vahendite kasutuselevõtmisele on viimase 20 aasta jooksul saanud võimalikuks arteriaalse hüpertensiooni kestev süstemaatiline ravi. Sellel ajavahemikul on hüpertensiooni ravi efektiivsus 6...8 korda suurenenud, ka haigete eluiga on pikenenud. Kaks korda on vähenenud surmajuhtude arv südame- ja vereringepuudulikkuse ning neerupuudulikkuse tagajärjel, tunduvalt on vähenenud ajutise töövõimetuse päevade arv hüpertensiooni korral (8,9).

Ka mitmed epidemioloogilised uurimised on kinnitanud võimalust vererõhu adekvaatse kontrolli teel vähendada oluliselt tserebrovaskulaarseid komplikatsioone ning ära hoida südame- ja vereringe- ning neerupuudulikkuse süvenemist (6, 7). Hüpotensiivse raviga ei ole siiani õnnestunud saavutada märgatavat vähenemist müokardiinfarkti sageduses, mõne autori arvates seetõttu, et ravi ei alustata kohe, haiguse algstaadiumis (3).

Vaatamata sellele, et adekvaatse raviga on võimalik vältida või vähendada hüpertensiooniohtlikke tüsistusi, ei ole hüpertensiooni ravi kirjanduse andmetel enamikus maades efektiivne (1,4).

Nii on umbes 50% hüpertensioonihageist teadlikud endil vererõhu kõrgenemisest, neist ligikaudu 50% ravib end, kuid vaid 50% viimastest teeb seda adekvaatselt. Ilmekalt väljendab olukorda valem  $1/2 \times 1/2 \times 1/2$  (5).

Eespool öeldust lähtudes seadsime töö eesmärgiks selgitada: 1) kui paljud

\* Moskva patendiinstituudi otsusega 1978. aasta 16. oktoobrist tunnistati eespool kirjeldatud meetod ja pH-sondi täiustus leiutiseks ning nende autoritele (S. Ulp, R. Truve ja U. Sibul) otsustati anda autoritunnistus.

hüpertensiooni all kannatavaist isikuist on vererõhu kõrgenemisest endil teadlikud; 2) kui suur osa hüpertensioonihageist saab ravi; 3) ravi laad ja efektiivsus.

#### Uurimismaterjal ja -meetodid.

Uuritavate rühm — 45...54 aasta vanused 598 meest ja 558 naist — moodustati juhusliku valiku teel vastavalt Tartu elanike arvilisele ja vanuselisele struktuurile. Uuringud toimusid Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide komitee ja A. L. Mjasnikovi nim. Moskva Kardioloogia Instituudi soovitude kohaselt.

#### Tulemused ja arutelu.

Epidemioloogilisel uurimisel diagnoositi arteriaalset hüpertensiooni 119 mehel ja 120 naisel ( $RR \geq 160/95$  mmHg). Neist 59 meest (49,6%) ja 38 naist (31,7%) ei olnud hüpertensioonist endil teadlikud. Ravi ei saanud 86,5% hüpertensioonihageitest meestest (45...49 aasta vanuses 91,8% ja 50...54 aasta vanuses 80%) ega 68,3% hüpertensioonihageitest naistest (45...49 aasta vanuses 74,4% ja 50...54 aasta vanuses 62,8%). Kui juurde arvata ka need, kellel anamneesi andmeil oli vererõhk kõrgenenud, kuid uuringute ajal hüpotensiivsete vahendite toimele normaalne, siis ravimid hü-

pertensioonihageitest meestest kokku 21 (16,9%) ja naistest 51 (38,4%).

56,3%-l meestest oli ravi süstemaatilise, 43,7%-l aga juhuslik. Naistest kasutas hüpotensiivseid ravimeid 31,6% süstemaatiliselt ja 68,4% juhuslikult. Ravi osutus mõjusaks — vererõhk screening'ul  $< 160/95$  mmHg — ainult 23,8%-l ravivatest meestest (5 mehel) ja 25,5%-l naistest (12 naisel), ülejäänute ravi ei olnud efektiivne. Hüpertensiooni ravi iseloomustab joonis.

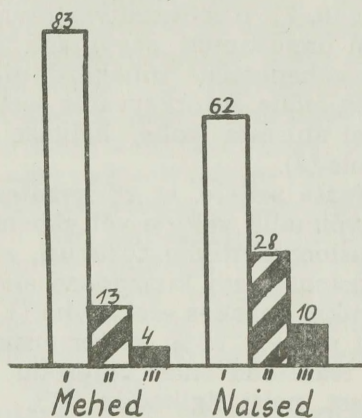
Nagu teistegi uurijate töödes, nii järeldasime ka meie Tartu keskealiste elanike uurimisel, et hüpertensiooni õigeaegne avastamine ja ravi jätab soovi. Tõenäoliselt on selle üks põhjusi hüpertensiooni latentne või vähese vaevustega kulg, mis ei sunni haiget arsti poole pöörduma. Mitmete uurijate arvates aga on oluline põhjus ka see, et haigeid on hüpertensiooni ravist vähe informeeritud (2).

Töö tulemustest koorub tungiv vajadus parandada hüpertensioonijuhtude väljaselgitamist ja suurendada ravi efektiivsust Tartu ning tõenäoliselt kogu meie vabariigi elanike hulgas.

KIRJANDUS: 1. Hedstrand, H., Aberg, H. Acta Med. Scand., 1976, 199, 281—288. — 2. Inui, T. S., Yourtee, E. L., Williamson, J. W. Ann. Intern. Med., 1976, 84, 646—651. — 3. Moser, M. Occup. Health Nurs. (NY), 1977, 8, 19—26. — 4. Schoenberger, J. A., Stamler, J., Schekelle, R. B., Schekelle, S. J. Am. Med. Assoc., 1972, 222, 559—564. — 5. Stamler, J. Acta Cardiol., 1974, suppl. XX, 119—157. — 6. J. Am. Med. Assoc., 1967, 202, 116—122. — 7. J. Am. Med. Assoc., 1970, 213, 1143—1152.

8. Сидельникова Т. Я. Сравнительная оценка эффективности лечения гипертонической болезни по данным клинического и амбулаторного наблюдения. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1971. — 9. Шхвацабая И. К. Кардиология (Москва), 1972, 8, 5—13.

TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste  
propedeutika kateeder  
Tartu Kliiniline Haigla



Joonis. Uuritute jaotumus protsentides ravi seisukohalt: I — ravimata, II — ebaadekvaatne ravi ( $RR \geq 160/25$ ), III — adekvaatne ravi ( $RR < 160/95$ ).

# VASAKU SÜDAMEVATSASE FUNKTSIOONI SEOS PÕETUD MÜOKARDIINFARKTI LOKALISATSIOONIGA

JAAH EHA AHTO LEISSOO JAAK MAAROOS  
TARTU  
OLEV LUHA TALLINN

krooniline koronaarpuudulikkus, müokardi-  
infarkt, vasaku südamevatsakese funktsioon,  
vasaku südamevatsakese ventrikulograafia

Südame eesseina infarkt põhjustab ägedat ning kroonilist südamepuudulikkust ning surma sagedamini kui tagaseina infarkt (13, 14, 15). Probleemi kohta on uurimistöid suhteliselt vähe (2, 4, 7, 18). Töö eesmärk oli täpsustada vasaku südamevatsakese funktsiooni seost põetud müokardiinfarkti lokalisatsiooniga.

**Uurimismaterjal ja -meetodid.** Töös on analüüsitud 77 kroonilise koronaarpuudulikkuse all kannatava patsiendi elektrokardiogramme ning vasaku südamevatsakese ventrikulogramme. Uuritavate vanus oli 26...68 aastat (keskmine  $49,8 \pm 2,3$  a.). Mehi oli 74, naisi kolm. Nad kõik olid viis kuud kuni kuus aastat tagasi põdenud müokardiinfarkti. Uuritutel oli EKG-l Q-saki kestus üle 0,04 sekundi (Minnesota kood 1-1-2), mille alusel võis põetud infarkt liigitada südame ees- ja tagaseinas (diagrammaalseinas) paiknevaiks. Kõigil oli siinusrütm, blokaadinähte ei olnud.

## Vasaku südamevatsakese funktsiooni kajastavad näitajad

1. Pooltelgede süstoolse lühene-  
mise näitude  
keskmine

$$\bar{x} \quad SLN_{POOL} = \frac{SLN_1 + \dots + SLN_6}{6}$$

2. Pikkade telgede süstoolse lühene-  
mise näitude  
keskmine

$$\bar{x} \quad SLN_{PIKAD} = \frac{SLN_{BAS} + SLN_{MED} + SLN_{APIK} + SLN_{PIKI}}{4}$$

3. Akontraktilise  
ala suurus

$$AAS = \frac{\text{akontraktilise ala pikkus}}{\text{vatsakese ümbermõõt diastolis}} \times 100$$

4. Südamevatsakese kahjustuse indeks (VSVKI). Näitaja baseerub kahel komponendil: a) asünergia raskusaste, kus hüpokineesia on 1 punkt, akineesia 2 punkti ja düskineesia 3 punkti; b) asünergia ulatus. Pikkusühikuks on üks vasaku vatsakese seina segmente, mis on saadud ventrikulogrammile tõmmatud pikitelje ja kolme ristitelje vahel (vt. joonis «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1977, 6, lk. 484).

EKG (12 lülituses) ja südamesise hemodünaamika parameetrite registreerimiseks kasutati mingograafi. Angiograafilised uuringud ning kateetrite lokaliseerimine tehti firma «Siemens» aparaadiga «Tridoros 5».

Kõigil patsientidel võeti ette vasaku südamevatsakese ventrikulograafia ning selektiivne koronarograafia, mille meetodikaid oleme juba varem kirjeldanud (5,21).

Tulemuste analüüsimiseks jagati vasaku südamevatsakese maht patsiendi keha pinnaga (arvutatud Dubois' valemist).

Lisaks varem kirjeldatud üldkasutatavatele parameetritele arvutati käesoleva võrdluse tarvis veel järgmised vasaku südamevatsakese funktsiooni kajastavad näitajad (vt. allpool).

Kõigis kaheksas segmendis määrati kontraktsioonihäire eraldi, vajaduse korral kasutati ka segmendi osi, seejärel korrutati asünergia väärtus segmentide arvuga. Südamevatsakese kahjustuse indeksi saamiseks summeeriti kõigi asünergiaavormide oma ulatusega korrutamisel saadud punktid. Teoreetiliselt võib indeks olla vahemikus 0...24.

Patoloogilise Q-saki lokalisatsiooni järgi jaotati uuritavad kahte rühma: 1) eesmine lokalisatsioon (36 patsienti, kellel patoloogiline Q-sakk lokaliseerus südame eesseina, ees-külgseina, külgseina või ees-vaheseina); 2) tagumine lokalisatsioon (41 patsienti, kellel patoloogiline Q-sakk lokaliseerus taga- või taga-külgseina). Mõlemas rühmas lan-

ges patsientide keskmine vanus kokku. Andmeid töödeldi statistiliselt arvutil «Minsk 32» (vt. tabel 1).

**Tulemused.** I ja II rühma uuritavatel stenooist tabandurite pärgarterite arvu ning pärgarterite kahjustuse indeksi osas statistiliselt tõepärasest erinevust ei leitud.

**Analüüs ja arutelu.** A. Elektrokardiogrammi patoloogiliste Q-sakkide informatiivsus müokardiinfarkti põdenutel vasaku südamevatsakese kontrakt-sioonihäirete indikaatorina on suur — kokkulangevus ventrikulograafialeiuga 92,3% -l juhtudest. Tiheda seose EKG patoloogiliste Q-sakkide ning südame kontrakt-sioonihäirete vahel on leidnud mitmed uurijad (3, 12, 17, 19).

Rõhutatakse, et patoloogiline Q-sakk on hea asünergianäitaja, kuid anormaalse Q-saki puudumine ei ole südame kontrakt-sioonihäire puudumise usaldav sümptom. Näiteks südamevatsakese asünergia korral on EKG-l patoloogilisi Q-sakke leitud 49... 79% -l uuritutest (9, 10, 11, 17).

Patoloogilise Q-saki korral esinevad J. Hilsenrathi ja kaasautorite (10) arvates 80% -l patsientidest vasaku vatsakese kontrakt-sioonihäired. Käesoleva töö andmetel on see protsent kõrgem (92,3%), mida on võimalik seletada patsientide valikuga: valiti üksnes müokardiinfarkti põdenud, kusjuures võrreldavas uurimuses oli valikukriteeriumiks vaid EKG-leid.

Seevastu H. S. Hecht ja kaasautorid

**Tabel 1. Patoloogilise Q-saki ning vasaku südamevatsakese asünergia esinemissagedus**

Ventrikulogrammi leid	Patoloogilise Q-saki lokaliseerimine		Kokku
	eesmine (patsientide arv)	tagumine (patsientide arv)	
Normokineesia	2(5,6%)	4(9,8%)	6(7,7%)
Hüpokineesia	2(5,6%)	6(14,6%)	8(10,4%)
Akineesia	13(36,0%)	19(46,3%)	32(41,5%)
Düskineesia	19(52,8%)	12(29,3%)	31(40,4%)
Kokku	36(100%)	41(100%)	77(100%)

(8) on leidnud, et eesmise lokaliseerimisega patoloogilised Q-sakid korreleeruvad südamevatsakese asünergia 100% -l juhtudest, tagumise lokaliseerimisega patoloogilised Q-sakid aga 83% -l juhtudest.

Alla saja protsendilise kokkulangevuse põhjuste analüüsimisel tuleb liiksaks EKG piiratud võimalustele arvestada ka seda, et 30° -ses I põikprojektsioonis tehtud ventrikulogrammil ei ole vatsakese kõigi osade kontrakt-sioonid nähtavad (dorsaalne, lateraalne ja septaalne sein). Et kahe uurimismeetodi tulemuste kokkulangevus on suur, on patoloogiliste Q-sakkide arvestamine kardiagnostikas südame kontrakt-sioonihäirete hindamiseks vajalik.

B. Müokardiinfarkti lokaliseerimise mõju vasaku südamevatsakese funktsioonile ei ole võimalik selgitada ühe toimemehhanismiga.

Eelkõige tuleb arvesse võtta vasaku südamevatsakese ees- ja tagaseina anatoomiliselt erisugust verevarustust. Kui vatsakese anterolateraalne ja apikaalne osa saavad põhiliselt verega varustatud üksnes vasaku pärgarteri eesmise vatsakesevahelise haru kaudu, siis vatsakese tagasein (diafragmaalsein) saab verd kahest allikast: paremast pärgarterist ning vasaku pärgarteri ümbritsevast harust. Selle anatoomilise iseärasusega seletatakse südame tagaseina infarktide väiksemaid mõõtmeid, võrreldes eesiseina infarktide mõõtmetega (19). Seejuures arvestatagu, et parema pärgarteri ning vasaku pärgarteri ümbritseva haru üheaegset sulgust tuleb ette väga harva (20). See fakt räägib samuti südame tagaseina soodsama verevarustuse poolt.

Üks põhjusi, miks südame tagaseina infarkt põhjustab vasaku vatsakese puudulikkust harvem ning miks infarktila näib ventrikulograafial väiksemana, on H. D. Straussi ja kaasautorite (18) andmetel see, et südame tagaseina infarkti korral paikneb osa nekroosiala armkude ka parema vatsakese tagaseinas. Samal ajal aga lokaliseeruvad anterolateraalset infarktid suuremalt jaolt üksnes vasaku südamevatsa-

**Tabel 2. Vasaku südamevatsakese funktsioon sõltuvalt põetud infarkti lokaliseerimisest**

Q-šaki lokaliseerimine	Vasaku vatsakese funktsiooni näidud (M±m)									
	vatsakese diastoli lõpu maht	vatsakese süstoli lõpu maht	väljutusfraktsioon	akontraktilise ala suurus	vasaku südamevatsakese kahjustuse indeks	vasaku südamevatsakese diastoli lõpu rõhk	pooltelgede süstoolise lühenemise näit	pikkade telgede süstoolise lühenemise näit	maksimaalne rõhu tõusu kiirus	
I eesmine	171,4±25,2	116,4±22,3	36,9±5,9	29,2±5,0	8,8±1,3	23,7±4,0	19,0±3,7	15,1±2,7	1756,2±325,4	
II tagumine	127,2±10,7	72,5±10,5	46,8±4,3	13,3±3,1	5,7±0,9	14,3±2,1	26,0±3,0	23,3±2,4	1895,5±281,1	
Statistiline erinevus	P<0,001	P<0,001	P<0,025	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P<0,01	P<0,001	P<0,25	

kese lihases. Nende autorite arvates võivad eesmise ja tagumise lokaliseerimisega infarkt olla ühesuurused, erinev on vaid vasaku südamevatsakese haaratus.

Käesoleva töö tulemused kinnitavad eespool toodud seisukohti. Eesmise infarkti põdenutel on akontraktiline ala statistiliselt usaldusväärselt suurem kui tagaseina infarkti põdenutel (AAS vastavalt 29,2% ja 13,3%;  $P<0,001$ ). Suurem kui tagaseina infarkti põdenutel on neil ka vasaku südamevatsakese kahjustuse indeks, mis iseloomustab asünergia ulatust ja raskusastet (VSVKI vastavalt 8,8 ja 5,7;  $P<0,001$ ).

Kontraktsioonihäire suuruse usaldatavat erinevust eesmise ja tagaseina infarkti järgselt ei leidnud oma uurimuses B. J. Feild ja kaasautorid (6) (AAS vastavalt 21,0% ja 18,3%); ilmselt on see tingitud suhteliselt väikesest uuritute arvust (24).

A. Aintablian ja kaasautorid (1) on näidanud, et südame eesmise infarkti põdenuil esineb kardiomegaliat tunduvalt sagedamini kui tagaseina infarkti põdenuil. Seda seisukohta kinnitab tabelis 2 toodud vasaku vatsakese diastoolsete mahtude ( $V_D$ ) võrdlus I ja II rühmas — I rühmas 171,4 ml/m<sup>2</sup>, II rühmas 127,2 ml/m<sup>2</sup> ( $P<0,001$ ).

Vasaku südamevatsakese funktsiooni suuremat langust I rühmas, võrreldes langusega II rühmas, kinnitavad tabelis 2 esitatud järgmised kvantitatiivsed

kriteeriumid: vatsakese maht süstoli lõpul ( $V_s$ ), väljutusfraktsioon (VF), vasaku südamevatsakese rõhk diastoli lõpul (VSVDLR),  $\bar{x}$  SLN<sub>POOL</sub>,  $\bar{x}$  SLN<sub>PIKAD</sub>. Vaatamata ilmsele erinevusele vasaku südamevatsakese funktsiooni näitajates, ei olnud I ja II rühma uuritavate südame- ja löögiindeksite usaldusväärselt vahet. Vasakus südamevatsakeses on maksimaalne rõhu tõusu kiirus ( $dp/dt_{max}$ ) samuti näitaja, mis ei võimalda võrreldavate rühmade patsientidel südame pumbafunktsiooni erinevusi hinnata.

Seega patsientidel, kellel on eesmise lokaliseerimisega patoloogilised Q-sakid EKG-l, on vasaku südamevatsakese funktsiooni langus tunduvalt suurem kui sama EKG-leiu puhul tagaseina kajastavates lülitustes.

### Järeldused.

1. Müokardiinfarkti põdenuil, kellel leitakse patoloogiline Q-sakk EKG-l, esineb vasaku südamevatsakese kontraktsioonihäireid 92,3%-l. Seejuures on 81,9%-l võimalik diagnoosida akineesiat või düskineesiat.

2. Müokardiinfarkti põdenutel, kellel elektrokardiograafiliste tunnuste alusel paikneb armkude südamevatsakese eesseinas, on vasaku südamevatsakese funktsiooni langus enam väljendunud kui nendel, kellel infarktiarm paikneb vatsakese tagaseinas.

3. Pärast eesmise infarkti tekkivad

vasaku südamevatsakese akontraktilised alad on suuremad kui pärast taga-seina infarkti põdemist tekkivad alad.

KIRJANDUS: 1. Aintablian, A., Hamby, R. L., Garsman, J. Am. Heart J., 1976, 911, 21—27. — 2. Banka, V. S., Bodenheimer, M. M., Helfant, R. H. Circulation, 1974, 50, 4, 714—719. — 3. Berndt, T., Shettiger, U. R., Lipton, J. Hultgren, H. N. Br. Heart J., 1976, 38, 6, 633—640. — 4. Bodenheimer, M. M., Banka, V. S., Helfant, R. H. Am. J. Cardiol., 1975, 35,5, 615—618. — 5. Eha, J., Leissoo, A., Haavel, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 6, 483—487. — 6. Feild, B. J., Russell, R. O., Dowling, J. T., Raskley, C. E. Circulation, 1972, 46, 4, 679—689. — 7. Gottlieb, R. S., Duca, P. R., Kasparian, H., Scariato, A., Brest, A. N. Am. Heart J. 1975, 90, 4, 451—457. — 8. Hecht, H. S., Aroesty, J. M., Mor-kin, E., La Raia, P. J., Paulin, S. Radiology, 1975, 114, 2, 305—313. — 9. Helfant, R. H. Am. J. Cardiol., 1976, 38,5, 662—664. — 10. Hilsen-rath, J., Tabrah, F., Hamby, R. I., Hoffman, I. J. Electroradiol., 1975, 8, 4, 335—342. — 11. Howard, P. E., Benchimol, A., Desser, K. B., Reich, F. D., Graves, C. Am. J. Cardiol., 1976, 38, 5, 582—587. — 12. Miller, R. R., Bonanza, J., Massumi, R. A., Zelis, R. F., Mason, D. T., Amsterdam, E. A. Am. J. Cardiol., 1972, 29, 2, 281—282. — 13. Miller, R. R., Olson, H. G., Vismara, L. A., Bogren, H. G., Amsterdam, E. A., Mason, D. T. Am. J. Cardiol., 1976, 37, 3, 340—344. — 14. Pavlovic, J., Smid, J., Stanek, V., Malek, I., Hammer, J. Cor et Vasa, 1976, 18, 4, 241—248. — 15. Russell, R. O., Hunt, D., Rackley, C. E. Am. J. Cardiol., 1973, 32, 1, 8—16. — 16. Schönbeck, M., Rütis-hauser, W., Krayenbühl, H. P., Lichten, P., Wellauer, J. Z. Kardiol., 1975, 64, 3, 221—238. — 17. Simoons, M. L., van den Brand, M., Hugenholtz, P. G. Circulation, 1977, 55, 1, 55—60. — 18. Strauss, H. D., Ambos, H. D., Sobel, B. E., Roberts, R. Am. J. Cardiol., 1978, 41, 2, 361. — 19. Williams, R. A., Cohn, P. F., Vokonas, P. S., Young, E., Herman, M. V., Gorlin, R. Am. J. Cardiol., 1973, 31, 5, 595—599.

20. Шабалкин Б. В., Абузов А. М., Левина Г. А. Кардиология (Москва), 1975, 15, 5, 57—60. — 21. Эха Я. Э. Вестн. рентгенол., 1978, 5, 63—65.

Tartu Kliiniline Haigla

TRÜ arstiteaduskonna  
veresoontekirurgia laboratoorium

TRÜ arstiteaduskonna spõrdimeditsiini  
ja ravikehakultuuri kateeder

Tallinna Kiirabihaigla

# Ülevaated

UDK 616.89-008.441.13:614.253.82

## ALKOHOLISMI KULU ISEÄRASUSI NAISTEL

HANS VÄRE · VILJANDI

naiste alkoholism, alkoholismi patogenees, orga-nismi energivahetus, seksuaalhormoonid

Enamik alkoholismialaseid uurimistöid käsitleb alkoholismi kui meessoost isikute haigust. Harvem on kodumaises kirjanduses andmeid alkoholismi kohta naistel. Varem kehtinud moraal-sed-eeetilised tõekspidamised olid tunduvalt rangemad naiste kui meeste alkoholi kuritarvitamise suhtes. Seetõtu kujutas alkoholism naistel XIX sajandil endast erandlikku nähtust.

Alkoholi pidevalt rohkenevast tarbimisest johtuv alkohoolikute arvu suurenemine avaldub ka naisalkohoolikute osa suurenemises nii meil kui ka mujal. Nii moodustasid naisalkohoolikud USA-s 1955. aastal 14% alkohoolikute üldarvust (5) ning Austraalias 1972. aastal 1% täiskasvanud naiselanikkonnast (6). NSV Liidus on naisalkohooli-kuid tunduvalt vähem kui arenenud kapitalistlikes riikides: 1959. aastal oli neid 8% (18) ja 1970. aastal 14,4% alkohoolikute üldarvust (15). Meie andmeil moodustasid naised 1963...1965. aastal 8% hospitaliseeritud alkohooli-kutest, epidemioloogilise uurimise andmeil aastail 1975...1976 aga juba 11,4% alkohoolikute üldarvust (17). Need andmed viitavad alkoholismi ilme-sele sagenemistendentsile naiste seas.

**Haiguse kujunemise tegurid.** E. Bleu-ler (1920) väidab: «Selleks et naisest

saaks alkohoolik, peab ta oma isikupä-  
raste (psühhopaatiliste) joonte poolest  
normist tugevasti erinema.» Osal nais-  
alkohoolikutel on täheldatud primitiiv-  
sust elunähtuste käsitlemisel, eetiliste  
normide eiramist oma soovide rahulda-  
misel. Sellised isikud lülituvad kerges-  
ti kahtlastesse seltskondadesse ja tee-  
vad varakult algust seksuaaleluga. Tei-  
se rühma naistele on iseloomulik alis-  
tuvus, passiivsus ja üksildusele kaldu-  
vus, mistõttu oma alaväärsustundest  
vabanemiseks hakkavad nad alkoholi  
pruukima sõprade mõjutusel (10).

Alkoholismi arengut naistel soodus-  
tab ühe olulise tegurina nende süga-  
vam emotsionaalsus. Selle tõttu viivad  
psühhogeensed traumad (omaste surm,  
mehe alkoholism ja truudusetus jne.),  
põhjustades meeoleu langust, alkoholi  
kuritarvitamiseni. Tihti on alkoholismi  
kujunemine seoses elukutsega: kerge-  
mini võivad alkohoolikud saada ette-  
kandjatest ja neist, kes töötavad asu-  
tustes, kus toodetakse alkohoolseid jook-  
ke. Ka vanemate või tuttavate alkoholi-  
sm võib nõrga iseloomu korral halba  
mõju avaldada.

Provotseerivate teguritena arves-  
tatakse endokriinseid häireid, nagu  
premenstruaalne sündroom, düsmenor-  
röa, menopaus, steriilsus (5, 14).

**Haiguse kulg ja sümptoomid.** Naistel  
algab alkoholi kuritarvitamine ena-  
masti hilisemas eas kui meestel. Vaa-  
tamata hilisemale algusele on alkoholi-  
sminähtude kujunemise dünaamika  
kiire: lühiajalise kuritarvitamise järel  
kaob kontroll joodud alkoholi koguse  
ja situatsiooni üle (9, 11, 12, 13). Nais-  
tel on tung alkoholi järele tavaliselt  
tugevam kui meestel, kusjuures kuri-  
tarvitamine toimub varjatult kitsamas  
seltskonnas või üksi kodus lukustatud  
ukse taga. Oma alkoholi kuritarvita-  
mist tunnustavad nad veelgi vähem kui  
mehed.

Vastavalt alkoholismi kulu üldistele  
seaduspärasustele muutub joobe laad  
ning toimub iseloomujoonte patologi-  
line teravnemine. Naistel saavad joo-  
bes ülekaalu hüsteerilised jooned,

nagu näiteks egotsentrism ja afektid;  
kõne on fraasiderohke, põimitud dekla-  
matsiooni või muude etteastetega, ene-  
seülistus võib vahelduda teiste halvus-  
tamisega. Naistel on täheldatud ka me-  
heliku käitumismaneeriga joobe vorme,  
nagu meeste rituaalid, kõikvõimsus ja  
agressiivsus (2).

Isiksuse muutumise kliinilises pildis  
on umbes 50% -l juhtudest ülekaalus  
hüsteerilised nähud. Alkohoolikute  
huumorit täheldatakse naistel harva  
(2, 14). Järsult aheneb huviring, tekib  
moraalne degradatsioon, laste hoolda-  
mine ja kasvatamine jäetakse unarus-  
se. Sellised naisalkohoolikud joovad  
üksinduses, hiljem meesalkohoolikute  
seltsis. Nad muutuvad valelikeks, riie-  
tuvad lohakalt, kuid samal ajal liialda-  
vad kosmeetikatarvete kasutamise-  
ga (15). Mõningatel juhtudel täheldatakse  
ka psüühika ja käitumise maskuliniseer-  
umist.

Naiste alkoholismi halvaloomulisus  
avaldub ka raskekujulise abstinenti-  
sündroomi kujunemises, milles avaldub  
eriti tugevalt tung alkoholi järele. Abs-  
tinenti erinevuseks naistel on kõrge  
reaktiivne labiilsus, millest johtuvad  
liialdatud reaktsioonid välisteguritele.  
Sagedaseks sümptoomiks on depres-  
siivne meeoleu, millega käivad kaasas  
rahulolematus ja tigidus. Sel perioodil  
võib tekkida nii enesetapmismõtteid  
kui ka -katseid. Peaparanduse vajadus  
ei ole niivõrd seotud talumatu kehalise  
enesetundega, kuivõrd vajadusega ta-  
sakaalustada meeoleu (16).

Ebasoodne kulg ilmneb ka somaatili-  
se seisundi muutustes. Naistel on sage-  
damini meestest täheldatud maksakah-  
justusi, tuberkuloosi, harvem aga haa-  
vandtõbe. A. Katšajev on leidnud,  
et 1/3-l meesalkohoolikutest esineb  
kardiovaskulaarseid haigusi ning 1/2-l  
mao- ja kaksteistsõrmiksoole- ning  
maksahaigusi, naisalkohoolikutel aga  
tüsistub alkoholism 2/3-l juhtudest  
kardiovaskulaarsete ning 1/2-l juhtu-  
dest mao- ja maksahaigustega.

Menstruatsioonihäired arenevad en-  
neaegselt, esineb nurisünnitusi (5, 14),

saabub menopaus, naine vananeb kiiremini.

**Patogeneesi erinevusi.** Alkoholismi kliinilise sümptomaatika omapärased naistel võib olla seotud sisesekreetsiooni erinevusega. Meie uurimistulemused on kinnitanud, et naistel esineb negatiivseid korrelatsioone hemoglobiinisalduse ( $-0,62$ ), erütrotsüütide arvu ( $-0,62$ ) ja valgu üldhulga ( $-0,38$ ) vahel perifeerses veres, positiivne korrelatsioon aga südame mehaanilise süstoli kestuse ( $+0,34$ ) vahel nii enne kui ka pärast alkoholi kasutamist. Enne alkoholi manustamist naistele on täheldatud negatiivseid korrelatsioone energiavahetuse ( $-0,45$ ) ja hapniku omastamise vahel ( $-0,57$ ). Viimati nimetatud seosed aga alkoholjooobes kadusid.

Mehaanilise süstoli kestus oli alkohoolikutel ( $286 \pm 5,2$ ) tervetega võrreldes ( $306 \pm 4,5$  ms) oluliselt lühem ja alkoholi ühekordse annuse toimeel see veelgi lühenes. Valgu üldhulk alkohoolikute veres ( $8,08 \pm 0,09$  g%) oli võrreldes kontrollrühma vastava näitajaga ( $8,32 \pm 0,08$  g%) väiksem, kuid ühekordse annuse toimeel suurenes see neil esimesest, tervetel aga neljandast tunnist alates. Järelikult olid mõlemad näitajad kroonilise alkoholmürgituse tõttu muutunud ning muutusid ka vahetu toime tagajärjel.

Enamik mainitud negatiivseid korrelatsioone oli naistel seotud nii energiavahetuse kui ka vere hapnikutranspordiga. Välishingamise ja energiavahetuse muutusi alkoholi toimeel uurisime koostöös E. Laanega. Energiavahetus alkohoolikutel ( $43,2 \pm 1,69$  kcal) ei erinenud statistiliselt vastavatest kontrollrühma näitajatest enne alkoholi kasutamist ( $43,08 \pm 1,16$  kcal/1 m<sup>2</sup>/1 t.). Alkohoolikutel energiavahetus koos süsihappegaasi eritusega alkoholi ühekordse annuse toimeel esimesel tunnil oluliselt suurenes ( $47,39 \pm 1,80$  kcal), kontrollrühma isikutel aga energiavahetus sõltuvalt selle taustast tasakaalustus: kõrge fooni puhul ainevahetus aeglustus, madala fooni korral aga kiirenes. Nendest andmetest nähtub, et alkohol kutsub alkohoolikutel esile ok-

südatsiooni tunduva kiirenemise. Seda nähtust võib ühelt poolt seostada oksüdeerumisreaktsiooni kiirenemisega alkoholi lõhustumisel, s. o. metabolistliku tolerantsusega. Negatiivne korrelatsioon energiavahetuse ja hapniku alveolaarsest õhust omastamise vahel viitab teiselt poolt väiksemale alkoholi metabolistlikule oksüdatsioonivõimele.

Alkoholi biotransformatsioon toimub põhiliselt alkoholi dehüdrogenaaside vahendusel. Metabolismi täiendava rajana indutseerub kroonilise intoksikatsiooni korral ka maksa mikrosomaalsüsteem, millega kaasneb nii hemoglobiini sünteesi kui ka androgeenide katabolismi kiirenemine (4, 7). Alkohoolikutel oli hemoglobiini kontsentratsioon veres ( $15,8 \pm 0,17$  g%) ja hemoglobiini kaal ühes erütrotsüüdis ( $31,7 \pm 0,35$  pg) kontrollrühma näitajatest tunduvalt suurem ( $13,6 \pm 0,28$  g%;  $30,1 \pm 0,45$  pg). Samal ajal oli 1 g% hemoglobiini kohta omastatud hapniku kogus alkohoolikutel kontrollrühma väärtustest 9% väiksem. Teatavasti on maksa mikrosomaalsüsteemi võtmeensüümiks tsütokroom P 450, mille kofaktoriks on heem. Nähtavasti ei ole heemi sünteesi kiirenemine kroonilise alkoholmürgituse korral mitte üksnes suunatud vere hapnikureservi suurendamisele, vaid ka heemensüümide aktiivsuse tõusu tagamisele. Tsütokroomi P 450 sünteesi kiirenemisega aktiveerub ilmselt ka heemi süntees. Negatiivne korrelatsioon hemoglobiinisalduse vahel peegeldab naistel nähtavasti ka sünteesi väiksemaid kompensatoorseid võimeid. Nii maksa mikrosomaaltsütokroomi P 450 sisaldus kui ka biotransformatsiooni kiirus on emaskatseloomadel oluliselt väiksem (3,8). Need soolised iseärasused selgitavad alkoholismi kiiremat kujunemist naistel.

Teatavasti kutsuvad maksa mikrosomaalsüsteemi induktorid esile trüptofaani pürrolaasi aktiivsuse tõusu, mille tagajärjel maksas küreneniinide süntees suureneb. Sellest tingituna võib väheneda serotoniini süntees kesk-närvisüsteemis. Serotoniini aktiivsuse langusega seostatakse depressiooni tek-

dutseerimisest johtuv suguhormoonide suurenenud katabolism näib olevat üks seksuaalfunktsiooni häirete põhjusi, milliseid täheldatakse naisalkohoolikutel alati.

Prognoos on üldiselt halb, sest ravile iseseisvalt ei pöördata. Pärast ravi täheldatakse retsidiive, mis sagedamini vaieldavad psühhopaatilistel isikutel, psühhogeensete tegurite toimel või eksoogeensete kahjustuste tagajärjel (infektsioonid jms.). Naisalkohoolikute ravi tulemused on head 28% -l, seevastu meesalkohoolikutest 38% -l (15).

KIRJANDUS: 1. *Bleuler, E.* Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, 1920. — 2. *Deshaiies, G.* Vie med., 1965, 46, 11, 1739—1747. — 3. *Gram, T. E., Gillette, J. R.* Fundamental of Biochemical Pharmacology. New-York, Toronto, Sidney, Braunschweig, 1971. — 4. *Greim, H.* Dtsch., med. Wschenschr., 1970, 95, 2196—2199. — 5. *Lindbeck, W. L.* Int. J. Addict., 1972, 7, 3, 567—580. — 6. *Santamaria, J. K.* Med. J. Austr., 1972, 10, 523—528. — 7. *Wenzel, M., Köster, G., Hönicke, J. Z.* Klin. Chem. Biochem., 1970, 8, 231—234. — 8. *Väre, H.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 4, 314—318.

9. *Качаев А. К.* В сб.: Алкоголизм. Киев, 1970, 61—63. — 10. *Лаврецькая Э. Ф.* В сб.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. Материалы всесоюзного совещания. М., 1970, 88—91. — 11. *Литманович А. А.* Ж. невропат. и психиатр., 1960, 11, 1515—1517. — 12. *Лукомский И. И.* В сб.: Проблемы алкоголизма. М., 1971, 70—76. — 13. *Морозов Т. В., Качаев А. К.* В сб.: Проблемы алкоголизма. М., 1971, 5—10. — 14. *Стрельчук И. В.* Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966. — 15. *Удинцева-Попова Н. В.* В сб.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. Материалы всесоюзного совещания. М., 1970, 83—87. — 16. *Фейгин С. М.* В сб.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. Материалы всесоюзного совещания. М., 1970, 92—94. — 17. *Янес В. X.* В сб.: Актуальные проблемы развития психиатрической и наркологической помощи в Эст. ССР. Таллин, 1978, 31—34. — 18. *Янушевский Н. К.* Ж. невропат. и психиатр., 1959, 6, 693—696.

Jämejala Vabariiklik  
Psühhoneuroloogiahaigla

# Tervishoiutöö korraldus

UDK 61:681.3:614.2

## RAAL TÖÖTELEB STATSIONAARIS RAVITUD HAIGETE ANDMEID

TIJU AARELEID MILVI JÕEXÄR MARI HERMLIN · TALLINN  
HEINO KOKK MARIANN KALDER · TARTU

meditsiinistatistika, arvutustehnika rakendamine meditsiinis ja tervishoius, meditsiinilised infosüsteemid

Tervishoiu Ministeeriumi Arvutuskeskuse ja Tartu Kliinilise Haigla ühistööna on evitatud statsionaaris ravitud haigete andmete töötlemise süsteem. Varem kasutusel olnud statistiline arvestusdokument — statsionaarist lahkunu kaart (vorm nr. 266, kinnitatud kasutamiseks kõigis statsionaarsetes raviasutustes NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt 13. detsembril 1965) — asendati Tartu Kliinilises Haiglas 1976. a. algul modifitseeritud ja raalil töötlemiseks kohandatud dokumendiga (vorm nr. 266—K)<sup>1</sup>. Töö eesmärk oli masintöötusega kindlustada 1) ametlik statistiline aruandlus statsionaarist lahkunu kaardi põhjal; 2) haigla administratsioonile juhtimistööks vajalik, senisest operatiivsem ja täielikum informatsioon statsionaaris viibinud haigete jaotumuse ning haiguste diagnoosimise ja ravi kvaliteedi kohta.

Statsionaarist lahkunu kaardi uue variandi väljatöötamisel uuriti analoogiliste tööde kogemusi NSV Liidus ja välismaal. Kaardi kohandamisega mehhaniseeritud või automatiseeritud tööt-

<sup>1</sup> edaspidi SLK

luseks on tegeldud peaaegu kõigis liiduvabariikides, kusjuures kaardi eri modifikatsioon on nüüdseks juba sadakond. Seni ei ole siiski pakutud üli-liiduliseks evitamiseks unifitseeritud statsionaarist lahkunu kaardi varianti, mis vastaks statistilisele esmasdokumendile kehtestatud nõuetele, mis oleks kohandatud automatiseeritud töötlemiseks ning mis ühtaegu võimaldaks fikseerida optimaalset hulka nüüdisaja raviasutuse töö juhtimiseks tarvismivavat informatsiooni. Enamiku kodumaiste tööde puhul on tunnuste arvu dokumendil suurendatud ning automatiseerimine lahendatud lokaalse andmetöötlusülesandena (5, 7, 8), vaid üksikjuhtudel on kaardi raaliga töötlemine korraldatud raviasutuse infosüsteemi alusel (6).

Välismaal kasutusel olevatest süsteemidest väärub märkimist ennekõike regionaalne meditsiiniline infosüsteem Rootsisis Stokholmi ringkonnas (2,3), kus poolteiselmiljonilist elanikkonda teenindab 71 raviasutust (20 700 voodikohta). Siin on hästi korraldatud haiglas ravitud haigete kohta kogutava informatsiooni edastamine, salvestamine ja säilitamine arvuti andmepangas ning töötlemine etteantud algoritmide kohaselt. Sealjuures on andmepangas sisalduvad andmed terminaalseadmete vahendusel meedikutele tarbijatele kättesaadavad reaalaajatööluse režiimis<sup>2</sup>. Kõrvuti statsionaarse ravi andmetega kogub, edastab ja töötleb süsteem ka muud piirkonna elanike meditsiinilise teenindamisega ning tervishoiuasutuste tegevusega seotud informatsiooni.

Statsionaaris ravitud haigete andmete massilise läbitöötamise alal on pikaajalisi kogemusi integreeritud süsteemil PAS (Professional Activity Study) Ameerika Ühendriikides (4). 1952. aastast alates on siin meditsiinilis-statistilisi andmeid töödeldud suurele hulgal

<sup>2</sup> Reaalaajatöötlus — vene k. «обработка (данных) в реальном (истинном) масштабе времени»,

inglise keeles *real-time (data) processing*, andmetöötlus kiirusega, mille puhul vastus tundub saabuvat kohe pärast pöördumist (1).

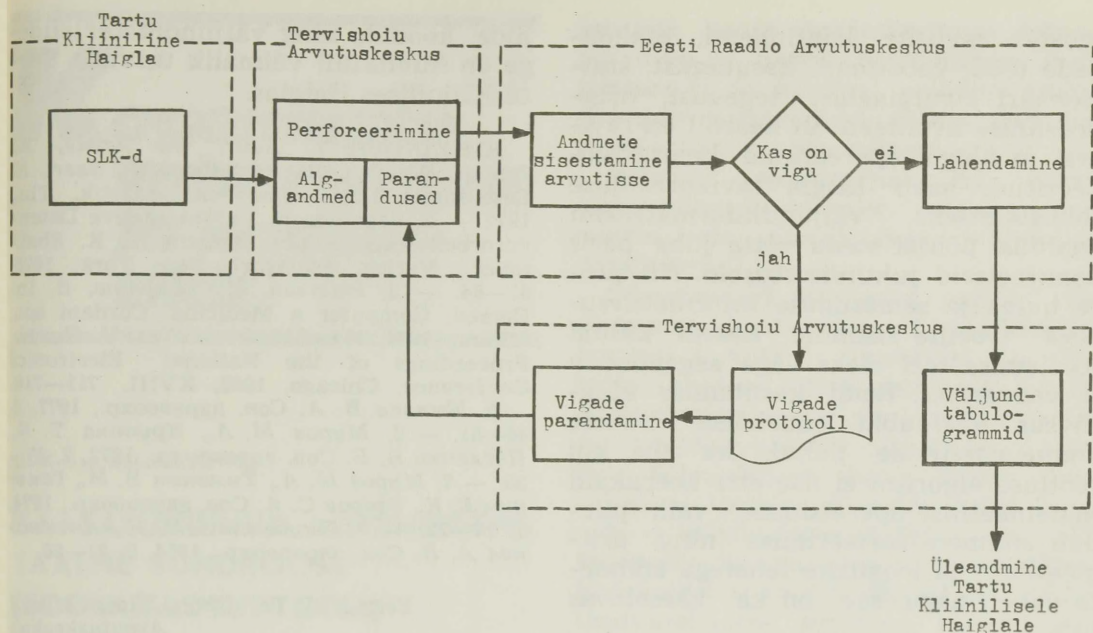
maa eri piirkondade raviasutustele. Integreeritud infosüsteemide käsutuses on enamasti nüüdisaegsem arvutus- ja sidetehnika.

Statsionaarist lahkunu kaardi modifitseerimisel lähtuti käesolevas töös kaalutlusest, et töö kahe põhieesmärgi saavutamine oleks tagatud minimaalse andmestikuga. Kaart ei asenda kliinilist haiguslugu, ent peab siiski sisaldama küllaldaselt ülevaatlikku informatsiooni statsionaaris ravil viibimise iga juhu kohta. Kaardi koostamisel on arvestatud mitmeprofiilse haigla spetsiifikat, mistõttu sobib ta kasutamiseks põhimõtteliselt kõigis vabariigi haiglates; kohandamist vajaks dokument ainult sünnitusabi- ja lasteosakondade tarbeks.

Uuel kaardil on 60 kodeeritavat tunnust, kusjuures maksimaalse täidetuse puhul sisaldub ühe kaardi kodeerimislahtrites kokku 236 märki informatsiooni. Peale haige üldiste andmete (nimi, sugu, vanus, elukoht jne.) märgitakse kaardile veel osakonnad, kus haiget raviti, kliinilise haigusloo number; ravile saatmise ja hospitaliseerimise aeg ning asjaolud; raviarsti hinnang haige hospitaliseerimise kohta ning polikliinikus eelnenud uurimise ja ravi kohta; ravile saatvas asutuses pandud diagnoos, haigla (osakondade) lõplikud kliinilised diagnoosid, patoanatomiline põhidiagnoos; diagnoosimise kvaliteet; kirurgiline ravi ja selle tüsistused; pahaloomuliste kasvajate ravi; haige üleviimised haigla ühest osakonnast teise; osakondade raviarstid ja haiget opereerinud kirurgid; statsionaarse ravi kestus ja lõpe.

Statsionaarist lahkunu kaart kuulub haige hospitaliseerimise momendist kliinilise haigusloo juurde; kui haige viiakse haigla ühest osakonnast üle teise, jätkatakse uues osakonnas nii haigusloo kui ka kaardi täitmist. Andmed kodeeritakse instruksiooni järgi, kusjuures suurem osa kaardi kodeerimislahtreid täidetakse juba osakondades.

Seoses statsionaarist lahkunu kaardi raaltöölusega koostati järgmised koo-



Statsionaarist lahkunute kaartide masintötluse makroskeem

did: Eesti NSV ravi- ja profülaktika-asutused, Eesti NSV administratiivne jaotus, Tartu Kliinilise Haigla statsionaarsed osakonnad, diagnoosid erialade kaupa, operatsioonid, operatsioonijärgsed tüsistused, Tartu Kliinilise Haigla arstid. Diagnoos kodeeritakse kahel viisil: 1) haiguste, traumade ja surma põhjuste statistilise klassifikatsiooni järgi; 2) spetsiaalselt töö tarbeks koostatud koodi järgi, mis on vajalik selleks, et kaardi töötlemisel saada küllaldaselt detailseid andmeid haigete jaotumuse kohta osakondades vastavalt diagnoosile.

Diagnooside kood, samuti ka operatsioonide ja operatsioonijärgsete tüsistuste koodid töötati välja Tartu Kliinilises Haiglas erialade kaupa, kusjuures selle töö põhiraskus lasus haigla arstidel.

Algandmete laekumise õigsust ja kvaliteeti kontrollib haigla statistika-kabinet, perforeerimise ning raaltötluse viib läbi Tervishoiu Ministeriumi Arvutuskeskus. Andmeid töödeldakse Eesti Raadio Arvutuskeskuse teise põlvkonna raalil «Razdan 3» andmetötlussüsteemi «СОДИ»<sup>3</sup> abil.

Juuresolev skeem illustreerib kaardi masintötlusega seotud operatsioonide järgnevust. Algandmete õigsust kontrollib tötlussüsteem üldjoontes automaatselt, kontrollib tunnuste arvu komplekteeritust objektis, väärtuste vastavust ettenähtud võimalike väärtuste piirkonnale jne., ent kodeerimise ja perforeerimisvigade täielikumaks väljaselgitamiseks töötati välja loogilise kontrolli programmid. Sisestatud vale informatsiooni kohta väljastab arvuti spetsiaalse, vigade protokoll, mille põhjal vead parandatakse.

Raaltöötlus toimub kord kvartalis, aasta andmete koondtöötlus aga iga järgmise aasta jaanuari alguspäeval. Et magnetlindil on algandmeid võimalik säilitada pikema aja vältel, saavad võimalikuks suuremate, näiteks mitme aasta kohta kogunenud andmemassiivide hilisem töötlus ning analüüs. Praeguseks on raali mälus algoritmid 46 eri väljundtabeli koostamiseks ning trükkimiseks. Peale haigla põhitegevust kajastavate statistilise aastaaruande (vorm nr. 1) tabelite antakse haigla administratsiooni käsutusse hulk informatsiooni, mis mitmekülgelt iseloo-

mustab ravitute kontingenti, osakondade tööd, voodifondi kasutamist, stationaari kirurgiaalast tegevust, diagnoosimise kvaliteeti. Et kaardil on raviarst ja haiget opereerinud kirurg kooderitud, saab haigla ravikorralduse tõhustamiseks väljundinformatsiooni analüüsi põhjal vastu võtta juba päris konkreetseid juhtimisotsuseid. Nii suure hulga ja samasuguse informatiivsusega tabelite saamine kaardi käsitsi töötlemise teel oleks väga aeganõudev ja vaearikas. Raali kasutamise efektiivsus avaldubki ennekõike suurte andmemassiivide puhul, ka siis, kui töötamise algoritm ei näe ette keerukaid matemaatilisi operatsioone, vaid piirduvad andmete sorteerimise ning aritmeetiliste ja loogiliste tehete andmete vahel, nagu see on ka käesolevas töös.

Aastas töödeldava informatsiooni hulk on ligemale 5 miljonit märki, arvuti tööaega on seni kulunud keskmiselt 100 tundi aastas; siia hulka on arvatud ka loogilise kontrolli programmide ja väljundtabelite kirjelduste formeerimiseks ning silumiseks kulunud tööaeg. Kasutatav töötlussüsteem on kõllalt paindlik ning võimaldab väljundiinformatsiooni kuju vajaduse korral muuta.

Nagu eespool märgitud, sobiks stationaari lahku kaardi uus vorm kasutamiseks Eesti NSV kõigis haiglates, eeskätt aga suuremates raviasutustes, kus juhtimisprobleemid on eriti keerukad. Töö ulatuslikumat evitamist aga on seni takistanud nõutava võimsusega arvutusseadmestiku puudumine Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis. Eesti Raadio Arvutuskeskuse arvuti kasutamine on vaid ajutine lahendus ega võimalda töödeldavaid andmemassiive praegu oluliselt suurendada.

Stationaaris ravitud haigete andmete kogumise, ettevalmistamise ning töötlemise korralduse, samuti instruksioo-

nide, koodide ning väljundmaterjalidega on huvitatuil võimalik tutvuda Tartu Kliinilises Haiglas.

KIRJANDUS: 1. Agur, U., Ariste, A., Johani, H., Kull, R., Pärtelpeog, I., Saari, H. Eesti-inglise-saksa-vene infosõnastik. Tln., 1977. — 2. Peterson, H. In: Interactive Datenverarbeitung in der Medizin. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart—New York, 1976, 51—64. — 3. Peterson, H., Lindelöw, B. In: Comed, Computer e Medicina. Cordani spa, Milano, 1974, 351—364. — 4. Slee, V. N. In: Proceedings of the National Electronics Conference. Chicago, 1962, XVIII, 711—718. 5. Миняев В. А. Сов. здравоохран., 1977, 6, 46—51. — 6. Муров М. А., Крупина Т. В., Петленко В. Б. Сов. здравоохран., 1972, 2, 27—30. — 7. Муров М. А., Тимохин В. М., Ганькин Е. К., Егоров С. А. Сов. здравоохран., 1974, 3, 17—22. — 8. Якубовский З. Я., Антимонов А. В. Сов. здравоохран., 1974, 8, 21—26.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi  
Arvutuskeskus

Tartu Kliiniline Haigla

**Nikotiini ja kontratseptikumide koostoime.** Prantsuse teadlased on kindlaks teinud nikotiini ja peroraalselt kasutatavate kontratseptikumide sünergistliku toimeefekti naistel, mis seisneb äkksurma ohu suurenemises müokardiinfarkti ja trombemboolia tõttu. Võrreldi suitsetavate ja mittesuitsetajate erivanuses naiste rühmi, kusjuures nad kõik kasutasid regulaarselt peroraalseid kontratseptikume. Tulemustest ilmnes, et suitsetajaid ähvardav oht müokardiinfarkti ja trombemboolia tõttu surra on sedavõrd suurem, kui võrd rohkem nad päevas sigarette suitsetavad. Kõige rohkem on ohustatud 40...44 aasta vanused naised, kes suitsetavad ja samal ajal kontratseptikume kasutavad. Nii on selles rühmas täheldatud ümberarvestatult 100 000 naise kohta 62 surmajuhtu müokardiinfarkti tagajärjel, seevastu mittesuitsetajate hulgas üksnes 10,7 surmajuhtu. Kõige väiksem on oht kuni 30 aasta vanustel naistel. Autori arvamus on, et müokardiinfarktist põhjustatud äkksurma oht suitsetavatel naistel, kes kasutavad peroraalselt kontratseptikume, suureneb veelgi siis, kui kaasnevad rasvumine, hüpertooniatõbi ja suhkurtõbi.

Экспресс-информация (Новости  
медицины и медицинской техники),

1978, 8.

<sup>3</sup> Система Обработки Дискретной Информации

# Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.453-043.1-07-08

## KAASASÜNDINUD ADRENOGENITAALNE SÜNDROOM (SOOLAKAOTUSVORM)

LEA LÄÄTS LIA SILDVER · TARTU

kaasasündinud adrenogenitaalne sündroom, soolakaotusvorm, sümptoomid, diagnoosimine, ravimeetodid, prognoos

Kaasasündinud adrenogenitaalse sündroomi soolakaotusvorm on erialakirjanduses tuntud ka neerupealiste koore kaasasündinud düsfunktsiooni soolakaotusvormina (2, 6, 7).

Neerupealiste koore kaasasündinud düsfunktsiooni puhul on tegemist geneetilisest kahjustusest tingitud ensüümidefitsiidiga, mille tagajärjel areneb hormonaalne puudulikkus. Neerupealiste koore steroidhormoonide biosünteesi häire algab juba intrauteriinsel perioodil (2, 6, 7). Neerupealiste koore kaasasündinud düsfunktsiooni üks kliinilisi variante on soolakaotusvorm. Sel puhul on tegemist ensüümi 21-hüdroksülaasi defitsiidiga, millest tingituna häirub mitte ainult glükokortikoidide, vaid ka mineralokortikoidide biosüntees. Ensüümi 21-hüdroksülaasi blokaad põhjustab kortisooli ja aldosteroon puuduliku sünteesi. Kortisooli väike kontsentratsioon põhjustab tagasisidestusprintsibi alusel hüpopüüsi eesgaras AKTH sekretsiooni suurenemist. AKTH stimulatsioon viib neeru-

pealiste koore kaasasündinud hüperplasiale ja nende hormoonide, mille süntees ei ole häiritud, eelkõige androgeensete hormoonide (vähem östrogeenide), tugevnenud sekretsioonile.

Haiguse soolakaotusvormi esineb viriliseerivast vormist harvem, kusjuures teda täheldatakse sagedamini poeglastel (6, 8).

Sümptoomid ilmnevad sageli juba esimestel elupäevadel või elunädalatel, harvem 4. kuni 5. elunädalal (7). Iseloomulikud on düspepsianähud: korduv oksendamine, mis ei ole tingitud toidust ja mis päev-päevalt tugevneb. Lisandub kõhulahtisus, mille tõttu lapse kehakaal langeb. Haiguse kulus ilmuvate dehüdratatsioonikriiside ajal võib kujuneda äge veresoonte puudulikkus. Kui haiget ei ravita, võivad tal tekkida teadvusekaotus, krampid, südame rütmihäired ja haige võib surra. Mõned autorid nimetavad neid varakult tekkinud kriise soolakaotuskriisideks (3). M. Žukovski (7) peab põhiliseks surma põhjuseks vee- ja soolaainevahetuse häiret järgneva hüperkaleemiaga. Ka ravi korral on ägeda kriisi tekke võimalus. Iga interkurrentne haigus võib provotseerida neerupealiste puudulikkuse ägenemist ja kriisi teket (6, 7). Kui mineralokortikoidide defitsiit on vähe väljendunud, võivad düspepsianähud puududa. Neil juhtudel on ainsateks sümptomideks isutus, kaaluivõime puudumine ja hüpotroofia. Kaaliumisisalduse suurenemine veres põhjustab organismi intoksikatsiooni.

Androgeensete hormoonide liigsusest tingituna sedastatakse tütarlastel välisuguelundite anomaaliat nn. feminiinset pseudohermafroditismi juba sünnil. Leitakse kliitori hüpertroofiat, labiosakraalsete voltide liitumist ja suurte häbememokkade hüpertroofiat ja pigmenteerumist. Võib esineda karvakaev häbemel. Välisuguelundite muutused on intensiivselt väga varieeruvad — lihtsast hüpertroofiast (I tüüp) totaalse virilismini (V tüüp). K.-R. Sanding kaasautoritega publitseeris 53 feminiinse pseudohermafroditismiga tütarlapse uurimise tulemused. Selgus, et

lastel, kellel haigus kulges soolakaotuskriisidega, oli välissuguelundite maskulinisatsioon tugevamini väljendunud (3). Poeglastel seevastu on sünnil ja imikueas välissuguelundid normaalsed, makrogenitosoomia ning karvakasv saavad alguse hiljem, teisest või kolmandast eluaastast, mis varajast diagnoosimist tunduvalt raskendab (4, 6).

Haiguse diagnoosimisel on suur tähtsus laboratoorsel uurimisel. Enamik autoreid (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9) on seisukohal, et diagnoosimisel on määrav tähtsus vere uuringutel. Täheledatakse düselektrolüteemiat: vere naatriumi- ja kloorisisalduse vähenemist ja kaaliumisisalduse tunduvalt suurenemist. Seejuures on haiguse varajaseks laboratoorseks tunnuseks hüperkaleemia (5). Ka EKG-s avalduvad hüperkaleemia tunnused. Veres on aldosterooni vähe, paljudel haigetel on hüpo-glükeemia (8). Vere happe-leelise tasakaalu häirena esineb metaboolne atsidoos (10). Naatriumkloriidi eritus uriiniga on suurenenud (1, 6). Diagnoosi selgust toovaks peetakse 17-ketosteroidide hulga tunduvalt suurenemist ööpäeva jooksul erituvast uriinis (1, 8, 10). Haiguse diagnoosimisel ja diferentsiaaldiagnoosimisel abistab suuresti kortisooniproov. Sel puhul antakse haigele kortisooni 50...100 mg päevas viie päeva jooksul. Adrenogenaalse sündroomi korral 17-ketosteroidide eritus haigetel tunduvalt väheneb, neerupealiste koore viriliseeriva tuumori korral aga jääb see muutumatuks. Neerupealiste koore tuumori diferentsimiseks hüperplaasiast kasutatakse ka neerupealiste röntgendiagnoosimist — sup-rarenoröntgenograafiat.

Tähtsaks diagnostiliseks testiks on feminiinse pseudohermafroditismi puhul sugukromatiini määramine põse limaskestast kaapes (7, 8), mis tütarlastel on alati positiivne. Tütarlastel leitakse alati ka normaalne karüotüüp — 46xx.

Kirjanduse seisukohad neerupealiste koore kongenitaalse düsfunktsiooni soolakaotusvormi ravi alal on ühtsed. Ainuke efektiivne ravimeetod on patogeneetiline asendusravi glüko- ja mine-

ralokortikoididega (1, 6, 7, 8, 9). M. Žukovski (7) käsitles 1977. a. ilmunud monograafias ravi iseärasusi neerupealiste koore kaasasündinud düsfunktsiooni soolakaotusvormi korral. Glükokortikoidid kõrvaldavad kortisooli defitsiidi ja pidurdavad AKTH hüpersekretsiooni. Glükokortikoidide annused määratakse rangelt individuaalselt. Soolakaotusvormi korral osutub ravis obligatoorseks naatriumkloriidi ja mineralokortikoididest desoksükortikosteronaatsetaadi (DOKSA) viimine organismi. Elektrolüütide väljendunud häirete puhul süstitakse lihasesse 2...10 mg DOKSA-t päevas. DOKSA on soola retineeriv hormoon, mis taastab organismis soolaainevahetuse. Haiged vajavad keedusoola täiendavalt 3...5 mg päevas. Kombineeritud ravi prednisolooni, DOKSA ja soolalahustega ei osutu üksnes asendusraviks, vaid see väldib edaspidist viriliseerimist ja enneaegset kehalist kasvamist (7). Häid tulemusi annab DOKSA kristallide naha alla implanteerimine. Kristallid sisaldavad 100...125 mg preparaati, mis aeglaselt imendub verre ja tagab organismis elektrolüütide tasakaalu.

M. Žukovski (7) rõhutab, et infektsiooni lisandumise või kirurgilise ravi vajaduse korral peab ravimi annust suurendama.

Feminiinse pseudohermafroditismi ravis on tähtis koht välissuguelundite plastikal. Operatsioonil resetseeritakse hüpertrofeerunud kliitor ja moodustatakse väikesed häbememokad (6, 7).

Prognoos on V. Potjomkini (8) arvates soodne, kui haigus diagnoositakse varakult ja last regulaarselt ravitakse. M. Žukovski (7) seevastu arvab, et soolakaotusvormi korral on ravitulemused vähem soodsad. Juhud, kui haige laps on nakatunud mingisse nakkushaiguse, lõpevad sageli surmaga. Prognoos on soodsam siis, kui laps on vanem ja mineralokortikoidide puudus on vähe väljendunud.

Haigeid dispanseerib lasteendokrinoloog, samuti pediaater (7). Pärast haiglaravi tuleb lapsi esimese kuue kuu

jooksul kontrollida igal kuul, järgnevalt iga kahe kuu järel. Haiguse soodsa kulu puhul vajavad haiged endokrinoloogi kontrolli üks kuni kaks korda aastas.

Järgnevalt kirjeldatakse neerupealiste koore kaasündinud düsfunktsiooni soolakaotusvormi.

Kahe nädala vanune tütarlaps G. S. (haiguslugu nr. 301/1978) viibis Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas ravil 14. III...28. V 1978. a.

Laps oli sündinud kolmandast rasedusest, õigeaegne, sünnikaal 3950 g. Juba sünnil sedastati kliitori ja suurte häbememokkade hüpertroofiat. Geneetiline anamnees iseärasusteta. Laps muutus kodus rahutuks ja isutuks, toitu tuli suutäite kaupa suhu tagasi; kaldumus kõhukinnisuseks. Laps hospitaliseeriti kahe nädala vanuselt.

Objektiivne leid oli Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas 15. 03. 1978. a. järgmine. Vastündinu üldseisund rahuldav. Kehakaal 3390 g. Siseelundid patoloogiliste muutusteta. Välissuguelundite muutused vastasid feminiinse pseudohermafroditismi III...IV tüübile. Neljandal elunädalal lisandusid oksendamise ja nahaturgori langus. Kehakaal langes 3200 grammile. Haiglas viibimise ajal tekkisid retsideeruvalt akuutsed dehüdratatsiooniseisundid.

Uuringutest olid SR, puna- ja valgeverid normis, ka vere suhkrusisaldus normaalne. Ionogrammisi leiti tunduv düselektrolüteemia: kerge hüponatremia (123 mekv/l), kerge hüpokloreemia (90,1 mekv/l) ja tunduv hüperkaleemia (6,6 mekv/l). Dehüdratatsioonikriiside ajal oli hematokriti näit kuni 53 mahuprotsenti. Ööpäeva jooksul oli 17-ketosteroidide sisaldus uriinis suurenenud (1,2 mg). Vere äigepreparaadis oli 500 segmenttuumalase neutrofiilse granulotsüüdi A- ja B-tüüpi tuumalisanidite arv 22, mis on omane naissoole. Põse limaskestast kaapes oli x-sugukromatiini positiivne.

Kliiniline diagnoos: *dysfunctio congenita corticis suprarenalium* (soolakaotusvorm). Diagnoos baseerus välissuguelundite vaatlusel ja laboratoorsetel uuringutel.

Hormoonide puudujäägi korvamiseks ordineeriti kortisooni esialgses annuses 5 mg, hiljem 8 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas suu kaudu ja DOK.SA-t 1,25 mg... 2,5 mg päevas lihasesse. Täiendavalt anti lapsele naatriumkloriidi füsioloogilise lahuseks kuni 2 g päevas. Dehüdratatsioonikriiside ajal süstiti füsioloogilist lahust ja 5%-list glükoosilahust veeni vahekorras 3:1. Lisaks määrati üldtugevdav ravi. Ravi tulemusena imiku üldseisund paranes tunduvalt, emotsionaalne toonus tõusis, suurenens ka kehakaal (4200 grammile), dehüdratatsioonikriisid lakkasid. Düselektrolüteemia likvideerus,

17-ketosteroidide eritus normaliseerus, normaliseerus ka hematokriti näit. Kuue kuu vanuselt tehti lapsele (haiguslugu nr. 5929/1978. a.) Tartu Kliinilise Haigla lastekirurgiaosakonnas hüpertrofeerunud kliitori ekstirpatsioon.

Katamnees on siiani viis kuud. Imiku üldseisund on hea. Objektiivselt: haiguste tunnuseid ei ole. Asendusravi peab jätkuma, kusjuures erilist tähelepanu tuleb pöörata ägedate nakkushaiguste vältimisele.

Kasuistilist haigusjuhtu kirjeldasime eesmärgil tutvustada pediaatritele selle kaasündinud primaarselt endokriinse haiguse diagnoosimist ja ravi vastündinutel ja imikutel.

KIRJANDUS: 1. Dieckhoff, J. Pädiatr. Grenzgeb., 1965, 1, 313—315. — 2. Kõrge, K., Meipalu, V. Endokrinoloogia. Tallinn, 1977. — 3. Sandig, K.—R., Pelz, L. Hoepfner, W. Kinderärztl. Prax., 1978, 1, 27—36. — 4. Sildver, L. TRÜ Toimetised. Arstiteaduslikke töid XXIV. Tartu, 1972, 236—268.

5. Гроллман А. Клиническая эндокринология и ее физиологические основы. М., 1969. — 6. Жуковский М. А. Детская эндокринология. М., 1971. — 7. Жуковский М. А., Бурая Т. И., Кузнецова Э. С. В кн.: Врожденные дисфункции коры надпочечников у детей. М., 1977, 51—63, 77—138, 184—255, 261—262. — 8. Потемкин В. В. Эндокринология. М., 1978, 332—342. — 9. Уилкинс Л. Диагностика и лечение эндокринных нарушений в детском и юношеском возрасте. М., 1963. — 10. Юлес М., Холло И. Диагностика и патофизиологические основы невроэндокринных заболеваний. Будапешт, 1967.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

TRÜ arstiteaduskonna  
pediatria kateeder

Kogu maailmas on ligikaudu 40 miljonit pimedat, seega 1% maailma rahvastikust. Igast kolmest nägemise kaotanust on kahel võimalik nägemist taastada ravi teel või oleks olnud võimalik pimedaksjäämist hoida, sest see on põhjustatud vaegtoitumusest tulenevatest häiretest ja nakkushaigustest, nagu näiteks kseroftalmia, trahhoom ja onhotserkoos.

Хроника ВОЗ, 1978, 12.

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

UDK 617-007.681:616-08

## **ÄGE GLAUKOOMIHOOG**

**INGEBORG TROFIMOVA ESTER VALDRE  
TALLINN**

glaukoomivormid, äge glaukoom, diferentsiaal-  
diagnoosimine, ravimeetodid

Glaukoomi ravi ning võitlus glaukoomist põhjustatud pimedaksjäämisega on üks aktuaalsemaid oftalmoloogiaprobleeme. Käimasolev laialdane profülaktiline töö glaukoomi varajases staadiumis väljaselgitamiseks võimaldab ravi alustada haiguse algul, siis, kui see annab paremaid tulemusi. Profülaktiliste läbivaatuste korraldamine ongi keskaste meditsiinitöötajate peamine ülesanne.

Profülaktilistel läbivaatustel avastatakse peamiselt väheste sümptomidega, haigele märkamatu algavaid glaukoomivorme. Nende avatud ehk lahtise nurga (varem lihtne ehk krooniline vorm) glaukoomivormide peamine põhjus on silmasisese vedeliku äravoolu takistus eesmise silmakambri nurga kudedes. Seal paiknevate äravoolukanalite süsteem ummistub. Normaalse silmasisene rõhk, mis on 17...27 mmHg, tõuseb selle glaukoomivormi puhul algul aeglaselt, vaid mõned millimeetrid, hiljem aga, haiguse arenemise korral, rohkem üle normi. Kõrge silmasisene rõhk omakorda avaldab mõju silma verevarustusele ja kutsub esile nägemisnärvi (*nervus opticus*'e) atroofia ning sellest tingitud nägemisekaotuse.

Selle glaukoomivormi algstaadiumis haige tavaliselt ise midagi ei märka. Hooti võivad tekkida küll udu silmade ees, peavalu, surumistunne peas, vikerkaarevärvilised rõngad silma ees. Need nähud aga jäetakse sageli tähele panemata või seostatakse neid üldseisundi ja väsimusega. Seepärast ongi profülaktilisel tonomeetrial haiguse varajase väljaselgitamise seisukohalt eriti suur tähtsus.

Igapäevases töös tuleb keskaste meditsiinitöötajal kokku puutuda ka teiste, nn. kinnise ehk suletud nurga glaukoomivormidega. Nende põhjus on järsku tekkiv eesmise silmakambri nurga mehaaniline sulgus ehk blokaad vikerkesta perifeerse osaga. Et eesmise silmakambri nurk sulgub, ei saa vedelik silmast ära voolata, tema produktsioon aga jätkub. Silmasisene rõhk hakkab kiiresti tõusma, põhjustades väga mitmesuguseid häireid tekitava ägeda glaukoomihoo, mida aga ei ole alati kerge kindlaks teha. Haigushoog võib kesk- ja vanemaealistel tabada nii tervet kui ka juba varem haigestunud silma ning tavaliselt üht silma. Tüüpiline kaebus on väga tugev peavalu, valu lokaliseerub kas ühes peapooles või silma ja otsmiku piirkonnas. Valu on nii tugev, et kutsub esile iivelduse, sageli oksendamise. Võivad tekkida nõrkus ja tasakaaluhäired. Valud kiirguvad südame piirkonda, selga ja kõhtu. Halva üldseisundi tõttu võib ühe silma halvenenud nägemine, eriti teise silma hea nägemise korral, märkamata jääda. Valuvaigistid toovad ainult lühiajalist kergendust.

Ägedat glaukoomihoogu tuleb diferentsida ägedast vikerkestapõletikust. Viimasel juhul on silmaava kitsas, sarvkesta turse ja valu ei ole nii tugevalt väljendunud. Silmasisene rõhk on kõrge vaid erandjuhtudel, iiveldust ega oksendamist tavaliselt ei teki.

Glaukoomihoo korral võib väheste kogemustega terapeut või velsker haige seisundit hinnata kui ägedat seedetraktihaigust. Et vanematel inimestel on sageli kõrge vererõhk ning kardiovaskulaarne puudulikkus, mõeldakse ka

hüpertooniilisele kriisile, võimalikule aju- ja südamevereringe katastroofile. Kui seisund kodusel ravil ei parane, satuvad need haiged tihti haigla teraapiaosakonda ning saavad oftalmoloogilist ravi alles haiguse hilisstaadiumis, kui nägemise isegi osaline taastamine ei ole alati enam võimalik.

Ägedat glaukoomihoogu aitab välja selgitada kõigepealt anamnees. Et glaukoomi võib esineda perekonniti, tuleks kõigepealt huvi tunda, kas haige lähedastest sugulastest on keegi põdenud silmahaigusi, eriti glaukoomi. Siis lasta haigel sulgeda üks silm, seejärel teine ning sel viisil võrrelda kummagi silma nägemist. Ühe silma ees esinev udu, vikerkaarevärvilised rõngad või nägemise nõrgenemine annavad põhjust oletada glaukoomihoogu. Silma lähem vaatlus toimugu tingimata heas valguses. Glaukoomihoo puhul on haigel silma tavaliselt raskem avada, võib rohkeneda pisaravool ning esineda valgusekartus. Silmalaugude sidekest on hüpereemiline, silmamuna katva sidekesta veresooned, eriti veenid, on tugevasti laienenud. Sarvkest on tursel ning näib hallikas, meenutades higistavat akna klaasi. Sarvkesta tundlikkus on langenud. Eesmine silmakamber on madaldunud, vikerkestajoonis ebaselge. Pupill on laienenud, võib olla ebaühtlase kujuga ning ei reageeri valgusele. Silma palpeerimisel läbi lau, mida tehakse mõlema käe sõrmedega, tundub silmamuna kivist. Tingimata tuleb seda võrrelda teise silmaga. Silmasisene rõhk on sel puhul väga kõrge, võib ulatuda 50...60 mmHg-ni.

Kõik oleneb võimalikult kiirest ja õigest arstiabist. Ägeda glaukoomihoo ravi toimub alati silmaosakonnas, kuhu olenevalt haiguse raskusest tuleb haige tuua kas kiirabi või vältimatu abi korras. Kohapeal tuleb kohe alustada valuvaigistavat ning silmasisest rõhku alandavat ravi. Haigele teha kuuma jalavanni (ettevaatust kõrge ea puhul!) ja anda mõnd kiiretoimelist lahtistit, magneesiumisoola. Silmasisest rõhku alandavatest ravimitest tuleb anda kas fonuriiti, diakarbi või hüpotiasiidi

2...3 korda päevas. Sissevõtmiseks või süstidena võib määrata ka kõiki atroopiini derivaate mittesisaldavaid rahuksid, uinuteid ja valuvaigisteid.

Iga tunni järel tuleb silma tilgutada silmaava ahendavaid vahendeid, mis tõmbavad iirise perifeerse osa eesmise silmakambri nurgast välja. Kambri nurga blokaad likvideerub ning silmasisese vedeliku äravool on jälle võimalik. Sellisteks ravimiteks on *Sol. Pilocarpini hydrochlorici* 1...6%, *Sol. Eserini salicylici* 0,25%, *Sol. Proserini* 0,5%. 3...4 korda päevas võib tilgutada *Sol. Armini* 0,01%, *Sol. Pyrophosi* 0,01...0,02%, *Sol. Phosphacoli* 0,02%, *Sol. Nibuphini* 0,033%, *Sol. Tosmileni* 0,25...1%. Ööseks silma *Unq. Pilocarpini* 1...6%.

Kui ägedat glaukoomihoogu ei õnnestu statsionaaris 24 tunni jooksul kupeerida, tuleb ette võtta operatsioon.

Õigest diagnoosist ning kohe alustatud ravist oleneb silmafunktsioonide edaspidine saatus.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi  
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla

UDK 613.2-099:616.981.25

## TOIDUMÜRGITUSED STAFÜLOKOKKIDE ENTEROTOKSIINIGA

HARRI LOIV · TALLINN

toidumürgitused, stafülokokkide enterotoksiin, imikud, sanitaarseigistustöö

Stafülokokkide enterotoksiin on toidumürgituste üks sagedamaid põhjustajaid, näiteks USA-s on enterotoksiinmürgitused kõikidest toidumürgitustest esikohal, samuti Euroopa riikides on need võrdlemisi tihti esinevad. Tõenäoliselt on mürgitused palju sagedamad kui neid registreeritakse, sest stafülokokkide põhjustatud toidumürgituste laboratoorne diagnoosimine on tänaseni

veel puudulik ja mitte iga haige ei soovi arstiabi.

Mürgituse tekkimiseks on vajalik kaks tingimust: esiteks, toiduaine peab olema reostunud stafülokokkidega ja teiseks, toiduaines peavad olema neile soodsad paljunemistingimused, nii et stafülokokkide arv 1 g toiduaines oleks vähemalt 100 000 mikroobirakku.

Stafülokokkide sattumine toiduainetesse ei ole mingi erakordne nähtus. Esmakordselt kirjeldati stafülokokkiliist toidumürgitust 1914. a. udarapõletikku põdeva lehma piima joomise tagajärjel, mida muide võib toidumürgituse põhjusena kohata harva.

Toiduaine põhiline reostaja on stafülokokkikandja inimene, kellelt stafülokokid kas otsesel või kaudsel teel satuvad toiduainesse. Meenutatagu siinkohal veel kord tõsiasi, et pooltel tervetel inimestel on stafülokokid nina-neelu limaskestal alalised asukad, misjuures umbes 20% nendest on enterotoksiini produtseerijad.

Toiduainesse sattunud stafülokokid hakkavad peaaegu alati paljunema, sest toiduaine suhtes on nad vähenõudlikud. Järelikult võivad nad paljuneda väga mitmesugustes toiduainetes, kõige sagedamini liha-, piima- ja munasaadustes, piimas, kreemides, kondiitritoodetes jm. Teadupärast on stafülokokid kuivuse suhtes vastupidavad, mistõttu neid leitakse ka piima- ja munapulbris. Paljunemist soodustavad tegurid on toiduaine suur valgus- ja veesisaldus ja soodus temperatuur, vähemalt üle  $+7^{\circ}$ . Paljunedes eritavad nad ümbritsevasse toiduainesse toksiini. Isegi toiduaine suur soolasus ja happelisus, mis pärsib paljude mikroobide elutegevust, stafülokokkidel toksiini produtseerimist oluliselt ei takista. Üksnes anaeroobsetes tingimustes toksiini produtseerimine väheneb. Tavalise kuumutamise (keetmine, praadimine) suhtes on toksiin vastupidav, ainult autoklaavimisel, näiteks konservide valmistamisel, kui temperatuur on  $117 \dots 121^{\circ}$ , hävib toksiin alati.

Imikute toidumürgituse korral on nakkusallikaks pooltel juhtudel emad,

kelle piimas kuni 84% stafülokokitüvedest eritab enterotoksiini.

Niisiis ei erita enterotoksiini kõik stafülokokid, vaid ainult teatavad tüved. Tänapäevani on kindlaks tehtud viis toksiinitüüpi tähistustega A, B, C, D ja E, misjuures C jaguneb omakorda kahte alatüüpi —  $C_1$  ja  $C_2$ . Kõige tugevama toimega on A-toksiin, mida täheledatakse kõige sagedamini. Juba üks mikrogramm A-toksiini põhjustab täiskasvanuil oksendamist, mida muud toksiinitüübid võivad esile kutsuda koguses umbes 20...25 mikrogrammi.

Toksiini sisaldava toiduaine söömisel ilmnevad 2...4 tunni (30 minutit kuni 7 tundi) pärast süljeeritus, iiveldus ja oksendamine, millele sageli järgneb kõhulahtisus. Raskekujuliste mürgitusjuhtude korral võivad areneda eksikoos ja šokk ning väljaheites võib näha lima ja verd. Kehatemperatuur jääb normaalseks või isegi normaalsest madalamaks. Haigus taandub 1...3 päeva pärast. Täiskasvanutel lõpeb mürgitus harva surmaga, seevastu aga vastsündinutel peaaegu alati.

Stafülokokkide toiduainetest isoleerimine ei ole enterotoksiini tõestamiseks küllaldane kriteerium ja ka vastupidi, kui stafülokokke ei õnnestu isoleerida, ei ole välistatud enterotoksiini olemasolu. Järelikult on õigeks diagnoosimiseks vaja toiduaines kindlaks teha enterotoksiin. Kahjuks ei ole tänaseni veel leitud usaldusväärset toksiini avastamise testi, siinhulgas ei abista meid ka toiduaine söötmine kassipojale või ahvile. Lootustandvaks võiks pidada katsetamisel olevat radioimmuuntesti.

Õeldust järeldub, et mürgituse vältimiseks tuleb suurimat tähelepanu pöörata sanitaar-hügieenilistele abinõudele, pealegi kui enterotoksiinivastaseks spetsiifiliseks profülaktikaks (aktiivne ja passiivne immuniseerimine) ei ole midagi ette võetud. Eriti hoolikalt jälgitagu käte puhtust, sest väga sageli on käed reostatud enterotoksiini produtseerivate stafülokokkidega. Käed reostuvad stafülokokkidega kõhimisel, aevastamisel ja ninaeritise eemaldamisel. Mõnel juhul võivad kätel tekkida

mitmesugused mädapõletikud. Köhimi-  
sel, aevastamisel ja kõvasti rääkimisel  
võidakse toiduaineid ja ümbrust reos-  
tada ka õhu kaudu.

Mainitud asjaolud esitavad tungiva  
vajaduse senisest rohkem uurida ja  
saneerida stafülokokikandjaid isikuid.  
Tänaeni on viimast moodust rakenda-  
tud ainult sünnitusmajade personali,  
mitte aga toiduainetega kokkupuutu-  
vate isikute puhul. Juhul kui töotajaid  
saneeritaksegi, tuleb tähelepanu pöö-  
rata ikkagi tootmisruumide puhtusele  
(tolmu eemaldamisele, ruumide tuulu-  
tamisele, pesemisele), desinfitseerimisele  
ning toiduainete küllaldasele ja nõuta-  
val temperatuuril kuumutamisele ning  
nende säilitamisele temperatuuril alla  
 $+4^{\circ}$  mitte üle sanitaareeskirjades ette-  
nähtud aja.

Keskastme meditsiinitöötajad saavad  
toidumürgituste vältimisele kaasa  
aidata ühelt poolt oma teadlikkuse  
tõstmisega, teiselt poolt laialdase sani-  
taarselgitustööga elanike hulgas.

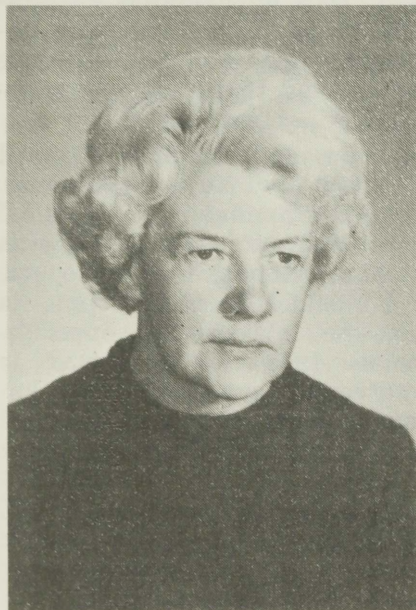
*Eesti NSV Teaduste Akadeemia  
Eksperimentaalbioloogia Instituut*

**Tõenäoliselt viimne rõugejuht maailmas**  
registreeriti 1977. aasta 26. oktoobril Somaa-  
lias Merka linnas. Haigestunud noormees oli  
9 päeva enne seda kokku puutunud kahe  
rõugehaigega, keda toodi samasse linna haig-  
laravile. Ülemaailmse Tervishoiuorganisat-  
siooni tegevusplaani rõugete likvideerimiseks  
kogu maailmas hakati ellu viima 1967. aas-  
tal. Endeemilised rõugekolded olid siis 33  
riigis, kus elas 1,2 miljardit inimest. Et nüüd  
võib rõugeid pidada mineviku haiguseks, mis  
on maailmas juba praktiliselt likvideeritud,  
on Austria, Belgia, Suurbritannia, Taani,  
Kanada, Holland, Uus-Meremaa, Norra, USA,  
Soome, Saksa FV, Rootsi ja Jaapan ametli-  
kuult ära jätnud oma rahvastiku esmase  
vaksineerimise rõugete vastu. Selle otsuse  
langetamisel kaalus vaksineerimisest tulene-  
vate tüsistuste oht (haruharva isegi surma-  
juhtumid) üles nendesse maadesse rõugete  
taasilmumise tõenäosuse.

Rõugevastastest kaitsepookimistest loobu-  
mine kõikides maailma maades toob endaga  
kaasa ökonoomia ühe miljardi USA dollari  
suuruses. Seni oli see summa kulutatud  
rõugevaktsiini ostmiseks, kaitsepookimiste  
korraldamiseks, vaksineerimisjärgsete tüsis-  
tuste raviks, karantiinitalituste tegevuseks  
või muuks otstarbeks, see summa on viis  
korda suurem ÜTO praegusest aastabüdže-  
tist. *Здоровье мира, 1978, 6.*

# **K**aadri **ettevalmis-** **tamine**

**DOTSENT LEA BOSTON  
ARSTITEADUSE DOKTORIKS**



NSV Liidu Ministrite Nõukogu juu-  
res asuva Kõrgema Atestatsioonikomis-  
joni Presiidiumi otsusega 29. detsemb-  
rist 1978. a. kinnitati arstiteaduse dok-  
tori kraad TRÜ arstiteaduskonna pe-  
diaatria kateedri dotsendile Lea Jaani t.  
Bostonile.

L. Boston kaitses doktoriväitekirja  
«B-grupi vitamiinide (B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, PP),  
eriti tiamiini ainevahetuse ja transke-  
tolaasi aktiivsuse muutustest ägedai

pneumooniat põdevatel alla kolme aasta vanustel lastel» I. Setšenovi nime- lise Moskva I Meditsiiniinstituudi eri- alanõukogu nr. 3 (D-251/3) koosoleku 31. märtsil 1978. a. Oponeerisid arsti- teaduse doktorid professorid A. Svet- lova, N. Smirnov ning K. Ladodo.

L. Bostoni peamine uurimisala on olnud vitamiinidega (C, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, PP) varustatuse häirete kindlakstegemine, nende vältimine ning korrigeerimine tervetel ja ägedat pneumooniat põdevatel lastel. Aastail 1970...1974 toimu- nud uurimistöös tegi autor organismi tiamiiniga varustatuse objektiivsete näitajate põhjal kindlaks B<sub>1</sub>-vitamiini- vaeguse esinemissageduse ja kliinilise pildi pneumooniat põdevatel varaealis- tel lastel, samuti hüpovitamiinoo- si ravi võimalused. Töös on näidatud ka vita- miinide B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub> ja PP ainevahetuse ise- ärasusi pneumoonia korral. Uurimuse tulemused aitavad tõhustada pneumoo- nia patogeenilist ravi lastel.

L. Boston on sündinud 17. veebruaril 1929. a. Tartus teenistuja perekonnas. Keskkooliõppimise omandas ta Tartu III Keskkoolis. 1947. a. astus L. Boston TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1953. a. Kuuendal kursusel õppis ta pediatriks spetsialiseerujate õpperüh- mas. Aastail 1953...1956 töötas ta TRÜ arstiteaduskonna pediatria ka- teedri vanemlaborandina ning seejärel oli Tartu Meditsiini- kooli lastehaiguste õpetaja.

1963. a. astus L. Boston mittestatsio- naarsesse aspirantuuri pediatria ka- teedri juures. Aspirantuuris valmis tal allakirjutatu juhendamisel kandidaad- väitekiri «Tervete ja pneumooniahai- gete laste askorbiinhappega varustatu- sest ja selle muutustest katehhiinide toimel», mida ta kaitses 1968. a. Aastail 1968...1976 oli ta pediatria kateedri assistent ning seejärel dotsent.

L. Boston on põhjalike teadmistega ja väga nõudlik õppejõud. Tal on trükis avaldatud 54 teaduslikku tööd, ta on kahe õpiku kaasautor. Korduvalt on ta esinenud vabariiklikel pediatrite kon- verentsidel ning seminaridel.

L. Boston on oma erialateadmisi täiendanud Moskvas ja Leningradis, Ungari Rahvavabariigis ning Lääne- Berliinis.

*Leida Keres*

UDK 616-053.2:658.378:614.252.2

## LASTEARSTIDE ETTE- VALMISTAMINE JA KVALIFIKATSIOONI TÕSTMINE TRÜ-s

LIA SILDVER LEO TAMM · TARTU

lastearstide ettevalmistus, Tartu Riiklik Ülikool, kvalifikatsiooni tõstmine, teadlaskaader

TRÜ arstiteaduskonna pediatria ka- teeder on viimase 26 aasta jooksul olnud meie vabariigis töötavate laste- arstide ettevalmistamise peamiseks paigaks. 1918. aastast, millal Tartu üli- koolis avati iseseisev lastehaiguste ka- teeder, kuni 1951. aastani pediatrite väljaõpet arstiteaduskonnas ei toimu- nud. 1952/1953. õppeaastast algas pe- diaatrite ettevalmistamine raviosakon- na üliõpilaste hulgas. Arstiteaduskonna 1953...1959. aasta lõpetanud, kes soo- visid tööle minna lastearstidena, said täiendava ettevalmistuse pediatria kateedris ainult VI kursusel. Üheaas- tase ettevalmistusega subordinatuuris suunati sel perioodil pediatritena töö- le 90 lõpetanut. TRÜ arstiteaduskonna nõukogu otsuse kohaselt suurendati 1956/1957. õppeaastast pediatriks spet- sialiseerujate õppeplaanis pediatriliste ainete osatähtsust tunduvalt. Järgmise 16 aasta jooksul toimus raviosakonna üliõpilaste regulaarne pediatriaalane väljaõpe kolmel viimasel kursusel: 1956/1957. õppeaastal kolmandast ja 1958/1959. õppeaastast neljandast kur- susest. Sellise ettevalmistusajaga lõpe- tas 1960...1972. aastani 266 lastearsti. Seega olid juba enne pediatriaosa- konna avamist lõputunnistuse saanud

kokku 356 spetsialisti. Lõpetanud tegid esimese viie tööaasta jooksul läbi neljakuulised spetsialiseerumiskursused lastehaiglates.

1967/1968. õppeaastal avati pediatraiosakond, millel on suur tähtsus kvalifitseeritud lastearstide teoreetilisel ja praktilisel ettevalmistamisel. Erikonkursi alusel võeti osakonna esimesele kursusele 1967...1977. aastani igal aastal 25 ja 1978. aastal 35 üliõpilast. Esmakordselt meie profileerivas kateedris alustasid pediatraiosakonna III kursuse üliõpilased 1969. aasta sügisel õpinguid lastehaiguste propedeutika alal. Subordinatuur lastehaiguste alal koos laste nakkushaigustega, mis sai alguse 1972/1973. õppeaastal, toimub VI kursusel. Pediatria kateedri juures toimub subordinatuur, 792 õppetundi pediatria kitsastel erialadel, kusjuures kliiniliste tsüklike kestus on 2...3 nädalat. Lastepolikliinikus ja tervete laste kollektiivides täidavad VI kursuse üliõpilased arsti ülesandeid. Ulatuslikemate distsipliinidest õpetatakse väljaspool pediatria kateedrit subordinatuuris laste nakkushaigusi 252 ja lastekirurgiat ortopeedia ja anestezioloogiaga 144 tundi.

Pediatraiosakonna lõpetanud spetsialiseeruvad erialases internatuuris, kus neid juhendavad tervishoiuvõrgus töötavad kogemustega pediatrid. Internatuuri ajal teevad internid läbi laste intensiivravi ja reanimatsiooni tsükli, tsükli västsündinute osakondades ning muud kliinilised tsüklid. Internide tööd kontrollib ja baasatuste organisatsioonilis-metoodilist tööd juhendab pediatria kateeder.

Esimene lend, kes said pediatridiplomi, lõpetas pediatraiosakonna 1973. aastal. Siiani on pediatraiosakonna lõpetanud 116 spetsialisti. Meie pediatria tänases ja homses päevas on ja jääb eriline koht jaoskonnapediatrite tööle linnas ja maal. Et jaoskonnapediatrid on nõukogude tervishoiu profülaktikaprintsiibi vahetud elluviijad, siis pööratakse õppetöös IV kursusest alates suurt tähelepanu terve lapse eest hoolitsemisele ja lastehaiguste pro-

fülaktikale. V kursusel teostub menetluspraktika lastepolikliinikutes. Subordinatuuris olles töötavad üliõpilased polikliinikus neli nädalat, internatuuri-aastal on polikliinilise praktika kestus viis kuud. Nõukogude pediatrite kutseetika ja deontoloogia küsimustele pööratakse suurt tähelepanu nii õppekuu ka üliõpilaste ideelis-poliitilises kasvatuses.

Pediatria kateedri õppejõududest, aspirantidest ja kateedri poolt juhendatavatest pediatritest on kandidaadiväitekirja kaitsnud 15. Kandidaadikraad on kateedri seitsmel õppejõul. Esimesena meie vabariigi pediatritest kaitses 1978. aastal doktoriväitekirja dotsent L. Boston. Kateedri juures kliinilises ordinatuuris on oma õpingud lõpetanud 6 pediatrit, kes töötavad maarajoonide juhtivate pediatritena.

1949. aastal alustas tööd TRÜ pediatriring, mille tegevust on aktiivselt juhendanud dotsent L. Keres. Üliõpilaste teaduslikke referatiivseid ja uurimuslikke töid juhendavad kõik kateedri õppejõud. Üliõpilaste teadustööde konkursil Tartu Riiklikus Ülikoolis on auhinna vääriliseks tunnustatud 36 võistlustööd, millest kaks on üleliidulisel konkursil pälvinud medalid.

Meie vabariigi lastearstide kvalifikatsiooni tõstmise eesmärgil on pediatria kateeder koos õppebaasi arstidega regulaarselt korraldanud kord aastas seminare ja kord aastas teaduslikke konverentse. Pidev erialane täiendamine toimub ka Vabariikliku Lastearstide Teadusliku Seltsi filiaalide töökoosolekul.

1964. aastast on kateedri juures korraldatud iga-aastasi pediatrite täiendamise kursusi, millest enamiku kestus on olnud neli kuud. Kolmel korral on läbi viidud kahekuulisi statsionaarseid täienduskursusi tsüklikele ettevalmistusega. Kahekuulisele täienduskursusele Tartus eelneb neil juhtudel kuuekuuline mittestatsionaarne periood.

Kvalifikatsiooni tõstmise kursustel käsitletakse lastehaiguste kitsaid erialasid — eri elundüsteemide haiguste diagnoosimist, ravi, profülaktikat ja

nende haigete dispanseerimist. Täienduskursuste õppeplaani kuuluvad ka kliinilise farmakoloogia, patoloogilise füsioloogia, laste nakkushaiguste, kirurgia, neuroloogia, psühhiaatria, dermatoloogia jt. distsipliinide päevakorral olevad küsimused. Käsitletakse ka pediatriaalast organisatsiooni, näiteks pediatri tööd lastepoliklinikus ja lastehaiglas, lastekollektiivides, töö teaduslikku organiseerimist.

1976. aastast on pediatria kateedri õppejõud igal sügisel korraldanud ühekuulisi väljasõidutsükleid, need on toimunud Narvas, Tallinnas ja Pärnus. Igal aastal toimuvad pediatria kateedri baasil ka ühekuulised täienduskursused maal töötavatele jaoskonnaarstidele. Pediatriaatsükleid on korraldatud ka vältimatu abi arstidele, infektsionistidele ning akušööridele ja günekoloogidele.

Kokku võttes võib öelda, et pediatriaosakonna avamine TRÜ arstiteaduskonnas ja osakonna perspektiivne laiendamine loob kõik tingimused laste terve kaitse korraldamiseks meie vabariigis.

*TRÜ arstiteaduskonna pediatria kateeder*

**Laboratoorse päritoluga rõuged Inglismaal.** 1978. aasta augustis ja septembris ilmesid Inglismaal Birminghamis laboratoorse päritoluga rõugeviirusest põhjustatud haigusjuhud. Range epidemioloogilise kontrolli ja järelevalve alla võeti 300 inimest ning kehtestati karantiinirežiim. Rõugete ohvriks langesid kaks naist samast perekonnast. Esimesena haigestus 40-aastane meditsiinifotograaf Janet Parker, kes hiljem haiglas suri. Tema 71-aastane ema Helen Whitcombe, kes põetas tütar, pödes rõuged läbi kergel kujul ning tervistus.

See episood kinnitab Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) põhjendatud seisukohta, et meie ajal on suurimaks rõugeohuks laboratooriumides säilitatavad rõugeviiruse varud. Praegu on kogu maailmas selliseid laboratooriume vähemalt 17, kus kultiveeritakse rõugeviirust. ÜTO eesmärk on 1980. aastaks jätta selliseid laboratooriume vaid neli, mis teadusliku uurimistöö vajadusteks tegutseksid üksnes ÜTO koostöökeskustes.

*Здоровье мира, 1978, 10.*

# Arstiteaduse ajaloost

UDK 617.7:617.751.98:614.1(091)

## 120 AASTAT ESIMESEST SILMAHAIGUSI PÕDEJATE JA PIMEDATE LOENDUSEST VENEMÄAL

VIKTOR KALNIN · TARTU

*silmahaigusi põdejate ja pimedate loendus, ajalugu, meetodika, tulemused*

Esimene katse Venemaal koguda statistilisi andmeid silmahaigusi põdejate ja pimedate kohta tehti Liivimaa kubermangus. Tartu ülikooli professor G. Samson-Himmelstiern, pidades silmas mitte üksnes nägemise kaotanud üksikisikute õnnetust, vaid ka selle poolt riigile tekitatavat suurt majanduslikku kahju, tuli 19. sajandi 50-ndatel aastatel mõttele koguda maarahva hulgas andmeid silmahaiguste all kannatajate arvu kohta.

Taolise uurimise vajalikkusest rääkisid tema ning haava- ja silmakliiniku professor G. Oettingen 1856. aastal Tartu Loodusuurijate Seltsis (4). Uurimistulemustest lähtudes kavatsesid nad võtta meetmeid silmahaigustesse haigestumise vähendamiseks ja vältimiseks. Tartu Loodusuurijate Selts otsustas uurimist toetada, kuna «... selle tulemused töötavad pakkuda suurt huvi mitte ainult provintsi tundmaõppimiseks teaduslikul erieesmärgil, vaid võivad anda häid ootusi ka sotsiaalses ja riiklikus suhtes» (4).

Raha uurimiskulude katteks eraldas Liivimaa Üldkasulik ja Ökonoomiline Sotsieteet. Sama ühing teatas eelnevalt

silmahaigusi põdejate läbivaatusest mõisnikele ja pastoritele, kes omakorda teatasid haigetele, et need kindlaksmääratud ajal koguneksid mõisate ja kirikute juurde. Uurimisele tõmmati kaasa mitmeid arste, kes tegid läbi kliinilise ettevalmistuse. Neile anti juhtnööre ja neid varustati registreerimisplankidega selleks, et uurimine toimuks kõigis paikkondades ühtse meetodika järgi. Silmahaigusi põdejate registreerimiseks kasutati planke, mis koosnesid 27 punktist. Teistel, 8 punktist koosnevatel plankidel anti haiguse iseloomustus. Uurimise lõpul oli iga uurija kohustatud kandma kõik andmed tabelisse, lisades lühiaandmed oma reisi kohta ning osutades asjaolule, mis endemilisi silmahaigusi antud maakohas võisid tema arvates põhjustada. Uurimine ise kavandati suvevaheajaga kolme aasta peale (1856... 1858).

G. Samson-Himmelstiern võttis ise osa silmahaigusi põdejate registreerimisest Võru kreisi Rõuge, Põlva ja Räpina kihelkonnas.<sup>1</sup> Viimases abistas teda kohalik kihelkonnaarst A. Beck (4). G. Oettingen loendas silmahaigusi põdejaid ja pimedaid Tartu kreisi Laiuse ning Palamuse kihelkonnas (5). G. Samson-Himmelstiern esines korduvalt Tartu Loodusuurijate Seltsi koosolekul, kandes ette uurimise käigust ja tulemustest, samuti paludes toetust selle töö jätkamiseks. 1858. a. jaanuaris ta teatas, et möödunud kahe aasta vältel vaadati läbi Liivimaa kubermangu Eesti ja Läti alade 58 kihelkonna elanike silmad, kokku enam kui 208 000 inimest. Järgmisel aastal ta teatas, et kuuest isikust koosneva rühma uurimise alla kuulus veel 32 kihelkonda. Uurimata jäi Liivimaa 107 kihelkonnast 17, tööga jõuti lõpule alles neljandal aastal. G. Samson-Himmelstiern palus seltsilt toetust töö lõpetamiseks, rõhutades juba saadud tulemuste suurt tähtsust tegelikus elus ning osutades asjaoludele, mis tema arvates võiksid

kaasa aidata haigusjuhtude harvenemisele (4).

Vaatamata sellele, et mõned registreerimisplankide lahtrid jäid täielikult või osaliselt täitmata, et kohati ei ilmunud kõik silmahaigusi põdejad läbivaatusele, et haigete uurimise kvaliteet ei olnud ühesugune, saadi esmarkordselt Venemaal aastail 1856... 1859 korraldatud statistilis-oftalmoloogilise uurimise tulemusena mahukas materjal silmahaigustesse haigestumise kohta. Peale muu peegeldas see ka maarahva halbu sanitaarolusid.

Uurimismaterjali üldistas G. Weiss oma doktoriväitekirjas (5). Tema andmetel tuli 1000 inimese kohta 20,9 silmahaigusi põdejat. Sagedamini esines trahhoomi (Liivimaa Eesti alal 12 ja Läti alal 10,5 haiget 1000 inimese kohta), järgnesid katarraalne konjunktiviit ja blennorröa. Uuritud territooriumil elas 656 054 maaelanikku. Eesti ala 317 415 maaelaniku seas registreeriti 6661 silmahaigusi põdejat. Arvestades, et kõik haiged kogunemispunktidesse ei ilmunud, osutusid andmed tegelikega võrreldes vähendatuks. Liivimaa Läti ala maarahva väiksemat haigestumust seletas G. Weiss sellega, et seal olid eluruumid enam eraldatud rehetaredest, ent Eesti alal elas enamik talurahvast suitsutaredes. Trahhoomi tekkepõhjuseks pidas ta halvasti tuulutavate ja suitsuga täidetud, inimeste rohkusest kitsaste ruumide paha õhku. Sellele aga, et trahhoomi nakatatakse haigete silmade eritise kaudu, ei osatud veel tähelepanu pöörata.

Uurijate tähelepanu köitsid ka nägemise täielikult kaotanud isikud, keda enam ravida ei saanud. Uurimisprotokollides on neid võrdlemisi vähe: 656 054 elanikuga kubermangus oli kahest silmast pimedaid 619 (üks pime 1076 nägija kohta), ühest silmast pimedaid 1379 (üks pime 476 nägija kohta). Et need arvud olid tegelikkusest kaugel, seda kinnitas ülikooli kliiniku uurimisandmete edasine töötlus (1), peaasjalikult aga arstide poolt Tartu kreisis korraldatud hoolikas loendus. See näitas, et tolles kreisis, kus oli

<sup>1</sup> ENSV RAKA, f. 402, nim. 3, s.-ü. 1325, l. 117.

115 000 elanikku, oli kahest silmast pimedaks jäänud 492 (1:235), ühest silmast pimedaks jäänud aga 594 (üks ühesilmaline 193 nägija kohta). Pidades seda suhet maksvaks ka Liivimaa ülejäänud kreiside kohta, arvasid uurijad, et neis on 2806 kahest silmast pimedaks jäänud. Arv ületas eespool mittetäielikes protokollides kogu Liivimaa kohta toodu 4...5 korda (tsit. 8 järgi). Seega tuleks 42,8 kahest silmast pimedaks jäänud 10 000 inimese kohta.

G. Oettingen ja G. Samson-Himmelstiern avaldasid 1860. aastal populaarse õpetuse silmahaiguste ravi ja haigete hooldamise alalt, milles oli antud ka õpetust, kuidas haiguste vastu võidelda (2). Nende arvates tuleb silmahaigustesse haigestumise põhjusi maarahva hulgas otsida eelkõige elutingimustes. Haigestumist soodustavad vilets toit, puhta värske õhu vähesus ja eluruumide üldine antisanitaarne seisund, silmade vigasaamine töö juures (rehepeks, linaropsimine jm.), külmetus, silmade ülepingutus halva valguse korral. Esmasteks tingimusteks võitluses silmahaigustega peavad olema nende põhjuste kõrvaldamine, maarahva sotsiaalse olukorra parandamine, kultuuri ja haridustaseme tõstmine, agraarsuhete humaanne reguleerimine.

Autorid andsid ka näpunäiteid haigete eest hoolitsemiseks ja hügieeninormidest kinnipidamiseks. Iga kiriku ja mõisa juures pidi olema ettevalmistuse saanud silmasanitar (*Augenpfleger*). Nendeks tuli määrata vaimulikke, kooliõpetajaid ja haritud mõisavalitsejaid. Kõik silmahaiguste suhtes kahtlased isikud tuli saata silmasanitari juurde, kes registreeris kõik pimedad ning silmahaigusi põdejad «A-skeemi» järgi: nimi, vanus, elu- ja töökoht, kui kaua on põdenud, millal saabus ravile ja hooldusele, milliseid vahendeid rakendati, millal ravi lõpetati. Silmasanitarid pidid läbi vaatama ka kooliõpilaste silmad, kontrollima, et kooli-ruumide valgustus oleks piisav, et ruume tuulutataks ja et neis ei oleks suitsu.

Maa-arstid pidid silmasanitaride tegevust jälgima ning neile juhtnööre andma. Arstile oli tehtud kohustuseks toimetada kogunemispunktides silmahai- gusi põdejate läbivaatus kolm korda aastas. «A-skeemi» põhjal tuli koostada aastaaruanne («B-skeemi» järgi) mõisas (pastoraadis) elavate silmahai- gusi põdejate ja pimedate kohta, näidates ära, kui paljud viimastest on töö- võimetud ja ravimatud, kas ülalpidam- isvahendeid on või need puuduvad.

G. Oettingen ja G. Samson-Himmelstiern pidasid juba tol ajal vajali- kuks saata kohtadele ka erilisi silma- arstidest koosnevaid lentsalku, kes kontrolliksid maa-arstide tööd ning abistaksid neid silmahaiguste diagnoo- simisel ja ravimisel. Kogu selle töö organisatsioonilis-metoodiliseks kesku- seks pidi saama Tartu ülikooli haava- ja silmakliinik (2).

Ettepanekud tol ajal rakendamist ei leidnud, kuid üldsuse tähelepanu need siiski endale tõmbasid. G. Schultz asu- tas Torma lähedal väikese silmaravila, kus ta ajavahemikul 1862...1863 tegi ka silmaoperatsioone. Aastail 1864... 1866 avaldas eestlasest arstiteaduskonna üliõpilane P. Blumberg ajalehes «Eesti Postimees» rohkesti sanitaarharidus- likke kirjutisi trahhoomist ja muudest silmahaigustest. Riias asutati 1864. aastal Reimersi silmaravila. Tartu ülikooli juures avati 1868. aastal iseseisev sil- makliinik ja 1871. aastal oftalmoloogia kateeder (3).

Pimedate loenduse esmased kogemu- sed piisavalt poolehoidu ega matkimist ei leidnud. Alles 1880-ndate aastate algul korraldati pimedate loendused Kiievis, Poltaava ja Kaasani kuber- mangus ning 1886. a. ülevenemaaline loendus (8). 1880-ndatel aastatel alustas Venemaal laias ulatuses võitlust näge- mise kaotusega ja pimedate hoolda- mise eest Tartu ülikooli kasvandik A. Skrebitski (7). Oma õpetajaks selles tegevuses pidas ta G. Samson-Himmel- stierni (8).

Plaanipäraseks ja teaduslikult põh- jendatud võitluseks nägemise kaotu- sega on NSV Liidus taas hakatud kor-

raldama pimedate ja nõrgaltnägijate eriloendusi, saamaks piisavalt täielikke ning usaldusväärseid andmeid nägemise kaotuse levimuse ja põhjuste kohta. Näiteks toimus selline loendus 1970. aastal Valgevene NSV-s. Uurimismaterjalid võimaldasid võtta meetmeid nägemise kaotanud isikute meditsiinilise, kutsealase ja sotsiaalse rehabiliteerimise alal, prognoosida pimedate arvu ja koosseisu 15...20 aastaks, samuti teha plaane, mida silmahaiguste ja -traumade profülaktikaks selles liiduvabariigis ette võtta (6).

**KIRJANDUS:** 1. *Oettingen, G.* Die ophthalmologische Klinik Dorpat in den ersten Jahren ihres Bestehens. Dorpat, 1871. — 2. *Oettingen, G., Samson-Himmelstiern, G.* Populäre Anleitung zur Pflege und Behandlung der unter der ländlichen Bevölkerung in den Ostseeprovinzen Russlands, insbesondere in Livland am häufigsten vorkommenden Augenkrankheiten. Mitau, 1860. — 3. *Schotter, L., Kalnin, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 2, 134—139. — 4. Sitzungsberichte der Naturforscher-Gesellschaft zu Dorpat in den Jahren 1853 bis 1860. Dorpat, 1861. — 5. *Weiss, G.* Zur Statistik und Ätiologie der unter dem Landvolke Livlands vorkommenden Augenkrankheiten, besonders Trachoms. Diss., Dorpat, 1861.

6. *Биран В. П.* Вестн. офтальмол., 1978, 5, 77—78. — 7. *Каазиқ А. А.* В кн.: Сборник материалов VI конференции офтальмологов Эстонской ССР. Тарту, 1977, 151—152. — 8. *Скребицкий А. И.* Врач, 1886, 3, 19.

TRÜ nägemise tervishoiu laboratoorium

UDK 614.2«1913/1978» (091)

## 65 AASTAT PILGUSE PSÜHHIAATRIAHAIGLAT

ANTI LIIV · KINGISSEPA

Pilguse psühhiaatria haigla, ajalugu, ravimeetodid, tööravi

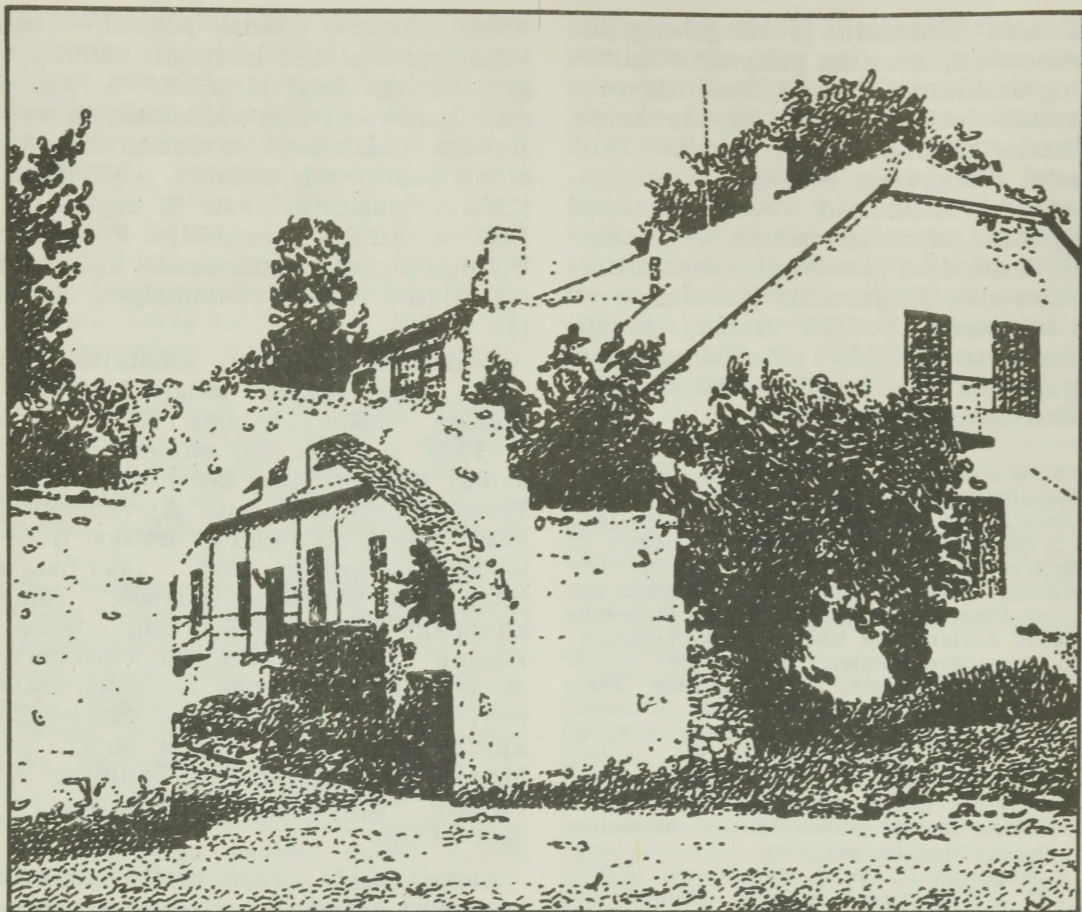
XX sajandi alguseni pidi Saaremaa vaimuhaigeid teenindama Kuressaare linnas maahospidali juures asunud vaimuhaigete varjupaik. Tegelikult eksis-

teeris viimane üksnes paberil. Isegi kohalikus ajalehes kirjutati vaimuhaigete hooldamisest järgmist: «... Niisugust korda kui siin vaimuhaigete varjupaiga pidamisega maksmas on, võib ainult Saaremaalt oodata...» (3). Peale pikki asjaajamisi avati 8. septembril 1913. a. kuulsa meresõitja F. G. von Bellingshauseni sugukonnale kuulunud (2) Pilguse mõisas vaimuhaigete ravila (1).

Esimeseks asutuse juhatajaks oli 1913...1924 Audaku pidalitöbiste varjupaiga velsker Hendrik Kõrge. 1924...1929. a. pidas siin esimesena arstiametit Nikolai Sülk, kes hiljem töötas Tarvastu leprosooriumis. Ajavahemikul 1929...1932 oli Pilgusel arstiks Nikolai Born ja aastatel 1932...1940 haigla juhatajaks Bernhard Saarsoo. Tema huvialaks oli botaanika ning temale kuulub saaremaa robirohu avastamise au praeguse Viidumäe looduskaitseala territooriumil. 1940. aastast kuni haigla ajutise sulgemiseni 1943. a. suvel, kui haiged paigutati ümber Tallinna, oli Pilguse vaimuhaigla juhatajaks Richard Pello.

Aastail 1913...1943 võeti haiglasse vastu 493 haiget, 8...20 haiget aastas, välja kirjutati aga 5...17, kusjuures väljakirjutamisel oli sageli määrav haige ülalpidamiskulude tasumine. Tavaliselt suri 2...10 haiget aastas, sagedane surma põhjus oli kopsutuberkuuloos. Algusaastatel oli Pilgusel umbes 30, hiljem juba 60..70 hoolealust. Esimesel viieteistkümnel aastal oli peatähelepanu tööraivil, järgmisel viieteistkümnel aastal lisaks sellele veel rahustavatel mikstuuridel ja teedel ning luminaalil.

1. novembril 1945. a. Pilguse Vaimuhaigete Haigla taasavati. Sõjajärgse arstidepõua tõttu Saaremaal oli aastail 1945...1949 haigla juhataja kohusetäitjaks maakonna tervishoiuosakonna juhataja velsker Oskar Oberschneider, kelle eestvedamisel hakati taastama haiglamajandust. Aastail 1949...1967 töötas Pilguse Psühhoneuroloogiahaigla peaarstina Endel Päll. Neil aastail seati



*Kadakas väraval. Pilguse. Tuis*

*9. juul 78*

haiglas sisse elekter, remonditi hooned, ehitati klubi, saadi juurde aparatuuri. Võeti kasutusele insuliin- ja korasoolravi, elekterkonvulsioonteraapia ning 1958. a. aminasiinravi, endiselt jäi ausse tööravi. 1964. aastal, kui ukсед avas Kogula Invaliididekodu ja sinna paigutati osa skisofreeniahaigeid, hakati tegelema alkoholismiraviga.

Ajavahemikul 1967...1975 töötas seal peaarstina Jaan Kits. Moodsate psühhofarmakonide kasutamine laienes ja süvenes veelgi. 1971. aasta lõpul alustati regulaarset ambulatoorset psühhiaatrilist vastuvõttu Kingissepa linnas, korraldati rajooni elanike psühhiaatriline epidemioloogiline uurimine. 1975. aastast on seal peaarstina töötanud allakirjutanu, samast aastast kannab haigla ka veidi lühemat nime —

Pilguse Psühhiaatriaiaigla. Pärast Sõmera Invaliididekodu avamist Saaremaal 1976. a. algul haigla voodikohtade koormus vähenes, mis olid olnud ülekoormatud aastakümneid. 1978. aastal sai haigla psühhiaatriakabinet Kingissepa linnas uued ruumid, tööd alustas narkoloogiakabinet.

Ajavahemikul 1946...1975 võeti haiglasse 3587 patsienti (4). Viimastel aastatel on 80-kohaline haigla vastu võtnud 300...400 patsienti aastas. Sagedaseimaks diagnoosiks on olnud alkoholism ja skisofreenia (4). Lisaks traditsioonilisele tööravile ning moodsate psühhofarmakonide kasutamisele rakendatakse järjest ulatuslikumalt miljööteraapiat, näiteks on patsientidele kaks korda nädalas tasuta kino, kord nädalas puhkeõhtu. Haiglal on

värviteleviisor, stereoraadio, raamatukogu jms.

Praeguseks võime tõdeda, et tänapäeva Pilguse Psühhiaatriahaigla tööhaardel ei ole enam palju ühist 1913. a. tööd alustanud Pilguse vaimuhaigete asutusega — tundmatuseni on muutunud ravimeetodid ning neist johtuvalt ka ravitulemused. Ravimeetodite muutmine on võimaldanud täielikult muuta nii ravi prognoosi kui ka taktikat. Tänu psühhofarmakonide kasutuselevõtmi- sele on ravi põhiraskus haiglaseinte vahelt üle kandunud ambulatoorsele abile.

**KIRJANDUS:** 1. «Arensburger Wochenblatt», 1913, 37. — 2. *Buzhövdén, F.* «Zweite Fortsetzung von des Herrn Hofraths...» Riga, 1851, 44. — 3. «Hääl», 1912, 10.

4. *Луи́в А. А.* В кн.: Ученые записки Тартуского государственного университета. Выпуск 421. Труды по медицине XXXIV. Тарту, 1977, 128—138.

*Pilguse Psühhiaatriahaigla*

Suitsetamise tagajärjel vähenevad inimesel nii viljastamis- kui ka rasestumisvõime. Suitsetamine mõjutab raseduse kulgu ja suurendab enneaegsete ja nurisünnituste arvu ning vastündinute suremust. Suitsetavate emade laste sünnikaal on tavalisest väiksem. Isade suitsetamisharjumuse seos väärandite esinemissagedusega lastel viitab geneetilistele kahjustustele, mis võibki olla suitsetamise tagajärg.

Enam kui 1200 meile tuntud keemilist ühendit sisalduvad tubakasuitsus, kuid sageli ikkagi alahinnatakse suitsetamises peituvat suurt ohtu tervisele. Põhjus on tõenäoliselt selles, et ehkki suitsetamisharjumus kujutab endast narkomaaniasarnast sõltuvust, ei piira ega kahjusta see sõltuvus inimese teadvust ega too kaasa isiksuse järgjärgulist degradatsiooni, nagu ilmneb alkoholi ja uimastusvahendite kuritarvitamise tagajärjel.

*Deine Gesundheit, 1978, 11.*

# Konverentsid ja nõupidamised

**Vabariiklik gripisümposium** toimus 27... 28. septembrini 1978 Tallinnas. Sümpoosionist võtsid osa mitmed silmapaistvad eriteadlased Nõukogude Liidu tähtsamatest gripiuurimiskeskustest.

Sümpoosioni avas tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, kes oma sõnavõtus rõhutas gripi vastu peetava võitluse suurt tervishoidlikku ja rahvamajanduslikku tähtsust. Ta kutsus üles kavandama meie vabariigis lähematel aastatel tehtavate gripialaste uurimiste ja gripivastaste abinõude teaduslikult põhjendatud programmi.

Sissejuhatavas ettekandes andis A. Vorobjova (Tallinn) ülevaate Eesti NSV-s gripi alal tehtavast tööst ning analüüsis profülaktiliste abinõude tõhusust. Järgnevalt keskendus tähelepanu gripiviiruse muutlikkusele ja selle seaduspärasustele. Nii teadlaste kui ka praktiseerivate arstide poolt peaaegu juba unustatud A1-gripiviiruse taasilmumine möödunud aastal on andnud põhjust elavateks vaidlusteks.

Kahes põhjalikus ettekandes, mille esitasid professor T. Luzjanina (Leningrad) ja G. Hohlova (Moskva), analüüsiti üksikasjalikult gripiviiruse praegu ringluses olevate variantide bioloogilisi, esmajoones antigeenseid omadusi ja viimase gripiepidemia epidemioloogilisi ning immunoloogilisi iseärasusi. Professor L. Zakstelskaja (Moskva) ettekandes aga tõsteti esile gripiviiruse variantide tekkemehhanismi. Kuigi A1-gripiviiruse tagasipöördumine näib toetavat hüpoteesi gripiviiruse muutumisest nn. suletud ringis, ei pidanud esineja küsimust siiski veel lõplikult lahendamaks. Ta rõhutas, et ainult viiruse 1977. aasta variandi A/NSVL/90/77 (H1N1) üksikasjalise molekulaargeneetilise

uurimise põhjal võib otsuse langetada, kas tõesti on tegemist vana viiruse aktiveerumisega või on hoopis tekkinud samade anti-geensete omadustega uus rekombinant. Täiesti vastupidist seisukohta arendas ulatuslikus sõnavõtus akadeemik A. Smorodintsev (Leningrad), kes väitis, et vaidlus gripiviiruse muutlikkuse üle on lõppenud piiratud arvu viirusevariantide ringlemist väitva postulaadi võiduga. Et gripiviiruse edasine muutumine on esineja arvates hõlpsasti ennustatav, pidas ta võimalikuks välja töötada vaktsiini, mis sisaldaks lähematel aastatel ringlevate gripiviiruste antigeneid komponente.

Huvipakkuv oli J. Ivannikovi (Leningrad) ettekanne, mis käsitles gripiepidemiade prognoosimise põhimõtteid ja meetodeid. Rikkalike näidete varal võisid sümposionist osavõtjad veenduda edusammudes, mida Üleliiduline Gripikeskus on saavutanud grippi haigestumise ajalise dünaamika ja intensiivsuse ennustamisel.

Esimese sümposionipäeva kahes viimasel ettekandes oli vaatluse all akuutsete respiratoorsete haiguste laboratoorne diagnoosimine. Allakirjutanu juhtis tähelepanu vajadusele laboratoorsete uurimiste ülesandeid täpsemalt määratleda. See väldib asjatut tööd, samuti võimaldab enam tähelepanu pöörata diagnoosimismeetodite täiustamisele. Esineja rõhutas kiirmeetodite evitamise tähtsust. K. Subi (Tallinn) analüüsis akuutsete respiratoorsete haiguste laboratoorset diagnoosimist Eestis. Ettekandest selgus, et meie vabariigi virooloogid on sel alal edu saavutanud.

Teisel sümposionipäeval oli tähelepanu kesmes gripi ja akuutsete respiratoorsete haiguste profülaktika. Üleliidulise Gripi Teadusliku Uurimise Instituudi direktor professor G. Karpuhhin analüüsis haigestumise vähendamise tänapäeva võimalusi. Erilist tähelepanu pööras ta gripivaktsiini mitmesuguste variantide, samuti uute preparaatide, eriti remantadiini kasutusele võtmisele. Ta rõhutas, et kõigi meie käsutuses olevate profülaktikavahendite sihipärane kasutamine lubab gripiepidemiade ulatust tunduvalt vähendada. Akadeemik A. Smorodintsev näitas teid, mil viisil oleks gripi vaktsiin- ja kemoprofülaktikat võimalik täiustada. Suurt huvi pakkusid andmed uute vaktsiinitüvede

konstrueerimise kohta geneetiliste rekombinatsioonide abil. Ka akadeemik A. Smorodintsev pidas remantadiini lootustandvaks vahendiks A-gripi profülaktikas ja ravis. Kui eelmainitud ettekanded keskendusid võitluseks gripiviirusega, siis V. Boldassov (Leningrad) andis ülevaate tänapäeva muude respiratoorsete nakkuste spetsiifilise profülaktika võimalustest. Et on juba olemas adeno-, paragripi- ja RS-viiruste vaktsiinitüved, mis esialgsel katsetusel on andnud lootustandvaid tulemusi, pidas esineja assotsieeritud vaktsiine kõige perspektiivsemaks võitluses akuutsete respiratoorsete haiguste vastu. L. Priimägi (Tallinn) andis ülevaate praegu Tallinnas teoksil olevast uurimistööst, mille eesmärk on grippi ja teistesse akuutsetesse respiratoorsetesse haigustesse haigestumise vähendamine koolieelikute hulgas. Et virooloogide kõrval võtavad sellest tööst osa ka epidemioloogid, hügienistid, klinitsistid ja tervishoiuorganisatsioonid, on võimalik selle meie vabariigis väga aktuaalse probleemi igakülgne uurimine ja komplekssete abinõude väljatöötamine.

Silver Jõks

**Soolenakkuste epidemioloogia- ja profülaktikaalane sümposion** toimus 23...24. novembrini 1978. aastal Tallinnas. Sel ajal leidis aset ka nakkushaiguste epidemioloogia, kliiniku, diagnoosimise ja profülaktika üleliidulise probleemikomisjoni istung, kus arutati ka soolenakkuste profülaktikat. Probleemikomisjoni esimees, NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peainfektSIONIST, Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi direktor professor V. Pokrovski andis põhiettekandes ülevaate ägedate soolenakkuste uurimise perspektiividest ja ülesannetest NSV Liidus. Vaatluse all olid düsenteeria, salmonellooside, ešerihhooside epidemioloogia, diagnoosimine ning ravi ja profülaktika efektiivsus. Esineja rõhutas, et jaoskonnaarstid ja epidemioloogid peavad rohkem tähelepanu pöörama toidumürgituste ja ebaselge etioloogiaga ägedate soolenakkuste diagnoosimisele ning nende registreerimisele. Bakterioloogilisi uuringuid tehakse hilinemisega. Haigete koduse ravi puhul ei selgitata



Sümposiooni presiidiumis. Vasakult: J. Reinaru, J. Märtin, J. Talajeva, V. Pokrovski, L. Primägi, R. Sudakova.

bakterikandlust ega sellest vabanemist, eriti maa-arstijaoskondades puudub bakterioloogiline kontroll ning analüüside võtmise ja nende tegemise vahe on ajaliselt suur.

O. Tamme, J. Märtini, M. Martsoni, R. Sudakova, A. Svitškarjova ja allakirjutanu ettekanded käsitlesid ägedaid soolenakkushaigusi Eesti NSV-s. Meie vabariigis on pikemat aega uuritud soolenakkuste etioloogilist struktuuri, salmonellooside tekitajaid on avastatud 70 serovarianti, enteropatogeenseid ešerihhooside tekitajaid 20 serogrussi. Šigellooside puhul tuleb silmas pidada nende tekitajate bioloogiliste omaduste muutusi, millest on põhjustatud haigestumise sesoonsus ja perioodiline sagenemine. 1977. aastast alates on haigestumine soolenakkushaigustesse pidevalt vähenenud, eriti Tallinnas. Ent periooditi haigestumisi tuleb senisest rohkem ette eelkooliealiste lasteasutustes.

Düsenteeria elusvaktsiini looja professor J. Belaja rääkis vaktsiini epidemioloogilisest tõhususest, mida Moskva ja Kiievi institutides on aastail 1973...1977 uuritud. Uurimistulemused lubavad väita, et see vaktsiin on ohutu, areaktiivne ning immunoloogiliselt efektiivne.

G. Juštšenko käsitles ebaselge etioloogiaga ägedaid soolenakkusi. Ta väitis, et düsenteeriajuhtude suhe ebaselge etioloogiaga haigusjuhtude korral on mitmes liiduvabariigis erisugune (1:0, 5...7), isegi düsenteeria diagnoosiga rühmas on šigellade bakterioloogiline leid 40...60% piires. Järelikult võib tuntud

haigusetekitajate (*Shigella*, *Salmonella*, *Escherichia*) kõrval esineda veel mitmeid feisi tingimisi patogeenseid ägedate soolenakkuste tekitajaid, näiteks *Klebsiella*, *Hafnia*, *Arizona*, *Providencia*, *Proteus*, *Cl. perfringens*, *Bac. cereus*, *Yersinia pseudotuberculosis* et *enterocolitica*, *Pseudomonas*. Esineja rõhutas, et bakterioloogilaboratooriumid peavad ägedaid soolenakkusi põdejaid tulevikus uurima komplekselt. Sümposioonil pöörati suurt tähelepanu sanitaarbakterioloogilistele uurimistele soolenakkuste levikuteede tõkestamiseks vee ja toiduainete kaudu.

Professor J. Talajeva ja V. Vlodavets märkisid, et vee, keskkonna, lasteasutuste, toiduainetetööstuse, kaupluste sanitaar- ja mikrobioloogiline kontroll peab olema tõhus. K. Birk, E. Lokk, L. Leesment jt. on mitmest kaevust ja veevarustussüsteemist isoleerinud patogeenseid enterobaktereid, mis tõestab halba epideemilist olukorda. Et informatsioon vee ja toiduainete ning keskkonna reostatuse kohta oleks õigeaegne, peavad sanitaarbakterioloogilised uurimised olema sihipäraselt ja otstarbekalt planeeritud.

*Joosep Reinaru*

**Leedu NSV vabariiklik gerontoloogide konverents** toimus 19...20. detsembrini 1978 Vilniuses. Konverentsil arutati liigesehaigusi vanemaelistel, nende diagnoosimist, ravi ja profülaktikat.

L. Gargazas (Vilnius) kaasautoritega analüüsis reumatoidartriiti vanemaelistel ning nende hospitaliseerimist. Aastail 1973...1977 oli esmaselt registreeritud reumatoidartriiti põdejate seas eakaid (60...74 aasta vanuseid) 9,2%. 1850 hospitaliseeritud haigest oli 60-aastasi ja vanemaid 30%. Leiti, et vanemas eas on reumatoidartriit küllalt raske haigus ning nõuab suuremat tähelepanu gerontoloogilisest, sotsiaalsest ning meditsiinilisest aspektist. Vilniuse geriaatriakabineti juhataja I. Sadauskase tähelepanekuil on liigesehaigusi 29%-l eakatest inimestest, kusjuures artriiti ja arthroose põevad naised tunduvalt sagedamini. Allakirjutanu ja V. Pilleaare tööst selgus, et kahekümne aasta väitel hospitaliseeritud reumatoidartriiti põdejast moodustasid eakad 23%. Kliinilisest kulust lähtudes täheldati nii healoomulisi kui ka kiirelt progresseeruvaid vorme.

L. Jevleva ja T. Akimova (Moskva) leidsid, et eakatel on reumatoidartriit peamiselt kiirelt progresseeruva kuluga.

L. Robkin (Kaasan), uurinud eakaid reumahaigeid, viitas reumaatilise kardiidi diagnoosimisel ettetulevatele raskustele. Reuma ravi efektiivsus võib sageli kaasa aidata õige diagnoosi määramisele. Konverentsil käsitleti ka lülisamba osteokondroosi ning osteoporoosi (E. Podruznjak ja kaasautorid). A. Matulis ning L. Blohan (Vilnius) rääkisid sellest, kuidas liigesehaiguste diagnoosimisel saaks nende arvates kasutada elektroröntgenograafiat. Eriti oma odavuse tõttu võib seda meetodit edukalt rakendada liigesehaiguste epidemioloogilisel uurimisel.

Mahuka uurimismaterjali põhjal töestas V. Vassilenkaitis (Vilnius) polüvinüülpürrolidooni intraartikulaarsel manustamisel osteoartroosi põdejate ravis saadud häid tulemusi. Ravikuur koosneb 4...6 süstist, põveliigeseesse süstitakse tavaliselt 8...10 ml preparaati.

G. Guobis (Vilnius) vaatles reumahaigete ravi ning nende rehabiliteerimist.

Rohkesti oli ettekandeid reumahaigete elektromüograafiliste uurimiste kohta.

*Artemi Vapra*

**II üleliiduline narkoloogiakonverents** peeti 13...15. detsembrini 1978 Moskvas. Konverentsil tehti kokkuvõtteid narkoloogiaasutuste spetsialiseeritud võrgu väljakujundamise viimase kahe aasta jooksul saavutatust ning analüüsiti alkoholismi patogeneesi, diagnoosimise, ravi ja profülaktika aktuaalseid probleeme. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi valitsuseülem, psühhiaatria ja narkoloogia kuraator arstiteaduse kandidaat E. Babajan mainis oma avakõnes rahuldustundega, et eranditult kõikides liiduvabariikides on viimastel aastatel avatud arvukalt kõikide astmete ravi- ja profülaktikaasutusi, mille ülesanne on alkoholismi ja narkomaania all kannatajate varajane väljaselgitamine ning süstemaatiline ravi. Tänu nende asutuste laialdasele võrgule on narkoloogiline abi muutunud kõikidele abivajajatele kättesaadavaks ning suurel osal juhtudel on ravi võimalik, ilma et haige peaks oma kutsetegevust katkestama.

Mitmetes ettekannetes rõhutati, et alkohoolikute väljaselgitamisel ja võimalikult varajases staadiumis ravile suunamisel peavad ettevõtlikkust üles näitama ettevõtete ühiskondlikud narkoloogiapostid ning velskri-narkoloogiapunktid. Meie vabariigis tuleb nende asutuste võrku otsustavalt laiendada. Tõhustada on vaja ka teiste erialade ning jaoskonnaarstide poolt väljaselgitatud alkohoolikute suunamist narkoloogiaasutustesse eriravile.

Mitmed esindajad töid järjekordselt andmeid tööstus- ja põllumajandusettevõtete juures tegutsevate narkoloogia poolstatsioonaride ja stacionaaride terapeutilise efektiivsuse ning majandusliku tulukuse kohta.

Arvukalt oli ettekandeid alkohoolikute ravi meetoditest. Rõhutati bioloogiliste ja psühhoterapeutiliste vahendite tiheda kombineerimise ning ravi süstemaatilise vajadust. Üleliiduliselt kehtestatud raviskeemi standardnõudeid tuleb laialdaselt kasutusele võtta, sellega seoses vajavad aga korrastamist mõned juriidilised aspektid. Serbski-nimelises Üld- ja Kohtupsühhiaatria Instituudis on alkoholismi patogeneesi ulatuslike uurimiste alusel välja töötamisel põhimõtteliselt uus alkohoolikute ravi meetodika. Esialsged kliinilised kogemused on paljutõttavad, neist kõneles akadeemik G. Morozov.

Allakirjutanu tutvustas oma ettekandes Tartu Anti-Bakchose klubi kui sotsioterapeutilise teguri osa alkohoolikute rehabiliteerimises ning retsidiivide vältimises.

Kõikide vabariikide esindajad andsid konverentsil ülevaate narkoloogiateenistuse organisatsioonist oma vabariigis. Eesti NSV narkoloogiaasutustest ja nende tegevusest viimastel aastatel kõneles Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla osakonnajuhataja V. Sergejev.

Konverentsil võeti vastu otsus, milles kavandati edasised organisatsioonilised ning teaduslikud ülesanded narkoloogilise abi ja alkoholismi profülaktika tõhustamiseks. Otsus sisaldab ka ettepaneku lülitada meditsiinistituutide ja arstiteaduskondade õppeplaani spetsiaalne narkoloogiakursus ning avada subordinatuur psühhiaatria-narkoloogia alal.

*Jüri Saarma*

**NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kliinilise meditsiini osakonna ja Gerontoloogia-instituudi sessioon** toimus 3...5. oktoobrini 1978. a. Kiievis. Sessioonil käsitleti teoreetilise ning kliinilise meditsiini küsimusi gerontoloogia ja geriaatria aspektist.

Konverentsi avas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia viitsepresident A. Tšernuhh. Gerontoloogiainstituudi direktor akadeemik D. Tšebotarjov oli vaatluse alla võtnud vananemise bioloogia ja haiguste tekke.

Neurohumoraalsed mehhanismid vanaduse patoloogia arengus oli akadeemik V. Froikisi ettekande teema. Ta leidis, et ealised muutused neurohumoraalses süsteemis kutsuvad esile sekundaarseid muutusi mitmetes elund-süsteemides ja kudedes. Ealised muutused hüpotalamuses soodustavad rasvumise, suhkurtõve ja hüpertooniatõve tekkimist.

Akadeemik V. Gassilin märkis, et vanemas eas kulgeb müokardiinfarkt iseärasustega. Valusündroomi oli ta leidnud üksnes 52%-l. Sedasama võis öelda ka elektrokardiograafialetu kohta. Elektrokardiograafiliste muutuste taandareng aga on tunduvalt aeglasem. Akadeemik M. Kuzin rõhutas, et geriaatrilise kirurgia probleemid muutuvad aina aktuaalsemaks, mis on tingitud eakate ja vanemaealiste elanike arvu suurenemisest. Kirurgilise ravi korral peab arvestama, et eakatel haigetel on tavaliselt 3...4 kaasnevat haigust (kardioskleroos, kopsuemfüseem jt.) ning kahjustatud on peamiselt elutähtsad elundid.

Akadeemik G. Butenko käsitles immuni-teedj muutusi seoses vanusega, mis võib olla oluline haiguste tekkes vanemas eas. Vaatluse all olid ka geriaatrilised aspektid hüper-toniatõbe põdevatel haigetel (I. Švatzabaja), ealine osteoporoos (E. Podrušnjak), vananemine ning luu- ja liigesesüsteemi trauma (A. Kaplan).

Viimasel sessioonipäeval toimus Üleliidulise Gerontoloogide ja Geriaatrite Seltsi juhatase pleenum, millest juhatase liikmena ka allakirjutanu osa võttis.

Akadeemik D. Tšebotarjov andis ülevaate seltsi tööst ning ülesannetest. Praegu tegutsevad NSV Liidus 14 gerontoloogide teaduslikku seltsi, Kiievis avati paar aastat tagasi gerontoloogia ja geriaatria kateeder.

*Artemi Vapra*

**Üleliiduline viroloogiaseminar** korraldati 16...17. oktoobrini 1978 Moskvast.

Seminari töö toimus kahes osas: 1) viroloogiateenistuse organisatsioonilised alused ja viroloogialaboratooriumide ülesanded ning 2) ülevaateettekanded viroloogia mõningatest sõlmküsimustest. Ülevaateid esitasid silmapaistvad nõukogude viroloogid akadeemik V. Ždanov, professorid R. Dreizin, V. Ananjev jt. Seminari kaalukamaks osaks kujunes siiski mõttevahetus viroloogiaalase töö korralduse üle sanitaar- ja epidemioloogiateenistuses. Selle aluseks said mitmed üldistavad ettekanded NSV Liidu Tervishoiu Ministri Sanitaar- ja Epidemioloogiapeavalituse vastutavaltelt töötajatelt eesotsas peavalitsuse ülema asetäitja K. Lutšinaga. Neis käsitleti viroloogiateenistust ja selle ülesandeid meie maal. Selgus, et praktiline viroloogiaalane töö toimub peamiselt gripi ja teiste respiratoorsete haiguste, enteroviiruse nakkuste (sealhulgas ka poliomieliidi), looduskoldeliste haiguste, eriti puukentsefaliidi ning sanitaarviroloogia alal. Tänu tugevatele meetodilistele keskustele (üleliiduline ja regionaarne gripikeskus) on organisatsiooniliselt kõige paremal järjel esimene suund. Kui arvestada enteroviiruste suurt tähtsust haigusetekiitajana (nad asetsevad pingereas gripiviiruse järel teisel kohal), jätab töökorraldus nende osas veel soovida.

Ebaselgust tuleb ette sanitaarviroloogia alal — sageli ei ole neil uurimistel selget epidemioloogilist suunitlust. Kokku võttes mainiti, et alati ei osata hinnata viiruste erakordselt suurt osa nakkushaiguste tekkes, samuti ei ole suudetud leida viroloogiateenistuse ühtset struktuuri. Viimast väidet illustreerisid kujukalt mitmete liiduvabariikide ja oblastite esindajate ettekanded, kes kirjeldasid viroloogiaalase töö korraldust ja mahtu, samuti arvukad sõnavõttud. Ent organisatsiooniliste lahenduste mitmekesisuse juures jäi siiski kõlama üldine püüd viroloogialaboratooriumide võimsust suurendada. Üksmeelset konstateeriti, et 1...2 arstikohaga laboratooriumid ei õigusta ennast ei majanduslikult ega ka uuringute mahult ning tasemelt. Viroloogiaalase töö parandamiseks esitatud võimaluste hulgas pälvis tähelepanu ka teaduslik-praktiliste laboratooriumide printsiip, millest rääkisid L. Priimägi ja allakirjutanu. Seminar aitas mõningal määral selgust

tuua meie praktilise viroloogia päevaprobleemidesse. Korduvalt olid kõne all diagnostiliste preparaatide, toitelahuste ning koekultuuride kvaliteet ja nomenklatuur, aparatuuri kättesaadavus ja hooldamine, epidemioloogiliste ning kliiniliste uuringute vahed, viroloogide kaadri ettevalmistamine jm. Enamik küsimusi leidis kajastust seminari otsuses, millest peaks saama suunav dokument nii viroloogidele kui ka tervishoiuorganisatoritele. Seminaril kuuldu alusel tuleb tõdeda, et meil on praktilise viroloogia areng kulgenud aeglasemalt kui mitmes vennasvabariigis. Seetõttu on meie pakiline ülesanne lähemal ajal välja kujundada ajakohane viroloogiateenistus ka Eestis.

*Silver Jõks*

**Üleliiduline sümposium**, millel käsitleti viirustevastase loomuliku, omandatud ja vaksineerimisjärgse immuunsuse kaitsemehhanisme, toimus 9...11. oktoobri 1973 Leningradis. Selle avas akadeemik A. Smorodintsev, kellelt oli ka põhiettekanne. Vaatluse all olid viirustevastase immuunsuse põhifaktorid, s. o. spetsiifilised, mittespetsiifilised, humoraalsed ja rakufaktorid. Esineja juhtis tähelepanu viirustevastase immuunsuse iseärasustele sõltuvalt sellest, kas on tegemist ägeda, latentse või kroonilise viirusnakkusega.

Viirustevastase mittespetsiifilise resistentsuse kaitsemehhanisme käsitlevaist ettekandest (T. Luzjanina jt.) ilmnes, et mittespetsiifilised faktorid, mis lülituvad tegevusse viirusnakkuse kõige varajasemal perioodil, aitavad peatada haigusetkitaja paljunemist ning ära hoida nakatumise ammu enne spetsiifiliste immuunsusmehhanismide väljakujunemist. Niisugune situatsioon esineb gripi ja ägeda kuluga respiratoorsete nakkuste korral ning sageli lõpeb selline haigestumine 3...5 päeva pärast tervistumisega, ehkki antikehade moodustumine ja muude spetsiifiliste kaitsemehhanismide kujunemine ei ole märkimisväärset taset saavutanud. Vastuvõtliku organismi mittespetsiifilise resistentsuse põhiliste mehhanismide hulka kuuluvad rakufaktorid (interferoon, fagotsütoos), humoraalsed (termolabiilsed ja -stabiilsed viirusi neutraliseerivad inhibiitorid ja kofaktorid), aga ka mõned üldfüsioloogilised reaktsioonid.

Interferooni kaitsemehhanisme käsitlevaist töödest vaadeldi põhiliselt kaht: 1) interferooni osa organismi mittespetsiifilise viirustevastase kaitse tagamisel (A. Smorodintsev) ning 2) interferooni produktsiooni- ja toime-mehhanisme (F. Jeršova). Ettekandest ilmnes, et on olemas negatiivne korrelatsioon inimorganismi võimel gripinakkusele vastata interferooni produktsiooniga ning korrelatsioon järgneva haigestumise kliinilise pildi väljendumise vahel. Sõltuvalt haiguse esimestel päevadel produtseeritud interferooni hulgast lüheneb haiguse kestus ning väheneb gripi tüsistuste tekke tõenäosus. Arutati ka viirustevastase immuunsuse raku- ja humoraalseid faktoreid. Professor R. Poljak oli oma töös uurinud viirustevastase immuunsuse mehhanismide moodustumise eripära ning T-lümfotsüütide ja makrofaagide stimuleerivat osa esmase immuunreaktsiooni arengus. L. Tarossi ja N. Rumeli ettekandes oli tähelepanu keskmes anamnestiliste gripiantikehade aktiivne kaitsetoime gripi korral. Professor J. Švartsman toonitas sekretoorsete antikehade tähtsust viirustevastases immuunsuses, eriti gripijuhtudel, kuna nimelt sekretoorsed antikehad kontrollivad haigusetkitaja organismist eritumist.

Immunopatoloogia viirusnakkuste korral oli professor B. Semjonovi ettekande teema. Töö põhines eksperimentaalsetel ja kliinilistel andmetel, millest ilmnes, et organismi immunoloogiline vastusreaktsioon viiruste suhtes võib haiguse teataval tingimustel kas esile kutsuda või seda süvendada. Seepärast tekiavad antikehade immuunkomplekside või lümforetikulaarsete rakkude toimel peremeesorganismi rakkudes, kudedes ja elundites mööduvad või pöördumatud muutused.

Palju tähelepanu pöörati vaktsiinprofülaktikale, eriti gripi korral. G. Aleksandrova rääkis üksikasjaliselt atenueeritud ja metsiku viiruse geneetiliste rekombinatsioonide printsiibil loodud uutest vaktsiinivõlvetest. Juba praegu kuuluvad need tüved tänapäeval intranasaalselt kasutatavate elus- ja surmatud vaktsiinide koostisse. G. Žilova tutvustas gripi elusvaktsiini efektiivsuse tõstmise uusi võimalusi. Professor E. Fridman ja kaasautorid käsitlesid seni vähe kasutatud inaktiveeritud korpuskulaarset kromatograafilist gripivaktsiini. Vaktsiin on kõrge puhtusast-

mega ning ühekordsel naha alla või naha sisse süstimisel väga immunogeenne. Vaktsiini kokkusattumisel tsirkuleeriva metsiku viiruse tüvega on täheldatud ka kõrget epidemioloogilist efektiivsust (efektiivsusindeks 3,45).

*Ludmilla Priimägi*

**XVII üleliiduline hügienistide ja sanitaararstide kongress** toimus Riias 10...13. oktoobrini 1978.

Kongressi avaettekannet oli NSV Liidu tervishoiuministri asetäitjalt P. Burgassovilt, kes kõneles hügieeni ja sanitaarpraktika alal päevakorral olevast. Tulevikuülesanded on jõukohased üksnes suurtele sanitaar- ja epidemioloogiajaamadale, mis on varustatud nüüdisaegse tehnikaga. Hügieeniteadus on veel suur võlglane praktika ees. Igal aastal sünteesitavatest uutest keemilistest ainetest suudetakse lubatud piirkontsentratsioon välja töötada ainult 10...15% kohta.

Akadeemik F. Krotkov käsitles teadlaste ülesandeid sanitaar-hügieeniliste abinõude rakendamisel. Ta mainis, et tingituna teaduslik-tehnilisest progressist ja väliskeskonna muutustest on hügienistide tähtsaks ülesandeks rahva tervise kohta teaduslike prognooside koostamine.

Läti NSV tervishoiuminister V. Kanep kõneles oma vabariigi saavutustest sotsiaal-hügieeni ja sanitaarpraktika alal. Edusamme on seal tehtud selliste nakkushaiguste likvideerimisel nagu poliomieliit, difteeria, tuberkuloos jt., laste suremus on üks madalamaid Nõukogude Liidus.

N. Semaško nimelise Üleliidulise Sotsiaal-hügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Instituudi direktor A. Serenko käsitles sotsiaal-hügieeni probleeme rahva tervise kaitsel. Häirivad on mõningad laste tervise halvenemise nähud, millele ei ole seletust veel leitud. Väga tähtis on laiendada tervishoiu ökonoomika ja majandusliku efektiivsuse uurimist.

Elava vastukaja tings akadeemik G. Sidorenko ettekanne. Väliskeskonna hügieen on üks meditsiini põhiprobleeme kõrvuti kardioloogia ja onkoloogiaga. On vaja põhjalikumalt uurida väliskeskonna tegurite kompleksset toimet. Esineja pidas tähtsaks ka teadustöö koordineerimist ning koostöö arendamist kodu- ja välismaa teaduskeskustega.

Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi direktori N. Izmerovi ettekande teema oli töötingimused nüüd ja kohustused edaspidiseks. Kutsehaiguste seas on esikohal pneumokonioos. Järjest rohkem on hakanud päevakorrale tõusma müra- ja vibratsiooniprobleem.

Toitlustusinstituudi direktor V. Šaternikov andis ülevaate elanike ratsionaalse toitumise uurimistest. Toidu suur rasvasisaldus vähendab organismi vastupanuvõimet paljude mürkide suhtes, süsivesikud aga on vastupidise toimega. Kõneleja rõhutas korduvalt vitamiinide kasulikkust mürgituste ärahoidmisel ning viitas ohule, mida kätkeb antibiootikumide ja hormoonipreparaatide kasutamine loomakasvatuses.

Laste ja Noorukite Hügieeni Instituudi direktor G. Serdjukovskaja analüüsis laste ja noorukite tervist ja sellega seoses olevaid hügieeniprobleeme. Tihti esineb õpilastel närvisüsteemi üleväsimuse tunnuseid. Suureks hügieeniprobleemiks on praegu kuueaastaste kooliastumine.

Kongressil konstateeriti, et viimastel aastatel on nõukogude hügieeniteadus tublisti arenenud. Järjest aktuaalsemaks on muutunud väliskeskonna hügieen, mis kujuneski põhiliseks arutlustemaks.

Kongressi viimasel päeval arutati seltsi tegevuse aruannet (esitas F. Krotkov) ning valiti uus juhatus ning revisjonikomisjon. Esimeheks valiti taas F. Krotkov. Meie vabariigist valiti juhatusse O. Tamm ja allakirjutanu.

*Raiot Silla  
Ingeborg Veldre*

**V üleliiduline nõupidamine arstide ja proivisorite diplomijärgse täiendamise ja spetsialiseerimise alal** toimus 1978. a. novembrikuus Kiievis. Nõupidamisest võtsid osa liiduvabariikide tervishoiuministrite asetäitjad, täiendusinstituutide rektorid ja prorektorid, täiendusteaduskondade dekaanid ja mitmed teised töötajad. Eesti NSV-st olid nõupidamisel A. Sivenkov ja allakirjutanu.

Põhiettekanne esitas NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi Õppeasutuste Peavalitsuse juhataja J. Issakov. Arutelust võtsid osa NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja D. Venediktov ja paljude täiendusinstituutide rektorid.

Nõupidamisel rõhutati, et tervishoius on

praegu tähelepanu keskmes rahva tervishoiu edasine parandamine ning rahvamajanduse juhtivate töötajate ja spetsialistide täiendamise süsteemi täiustamine.

Arstide spetsialiseerumise ja täiendamise süsteemi reformi tulemusena viidi Nõukogude Liidus aastatel 1968...1972 sisse esmane spetsialiseerumine subordinatuuri ja internatuuri näol. Praegu tegeleb arstide kvalifikatsiooni tõstmisega 14 täiendusinstituuti ja 26 täiendusteaduskonda meditsiiniinstitiutide või ülikoolide juures. Et tagada arstkonna teadmiste täiendamise vajadused vähemalt kord viie aasta jooksul, on kavas lähemal ajal avada uusi instituute ning suurendada täiendusteaduskondade arvu 40-ni, mis tähendaks täiendusteaduskondade avamist iga teise meditsiinilise kõrgkooli juures. Kolmandik täiendustest on siiani toimunud stažeerimise või informatiivset laadi kursustena kohalikes baasides, ent nende taset ei peeta küllaldaseks.

Õppeprotsessi täiustamist ja selle kvaliteeti silmas pidades on mitte üksnes täiendusinstituutides, vaid ka kõikjal arstide täiendamise teaduskondades vähendatud õppejõudude pedagoogilist koormust. Lähema poole aasta jooksul võetakse kõikide liiduvabariikide tervishoiuministriumides kasutusele uus ühtne täiendamise registreerimise ja planeerimise arvestuse vorm iga arsti kohta. 1981. aastaks lõpeb kõikidel erialadel üleminek uutele unifikatsioonile õppeprogrammidele. Töö edasiseks parandamiseks luuakse Nõukogude Liidu Tervishoiu Ministri juures arstide ning proviisorite täiendamise ja spetsialiseerimise nõukogu.

Arstide täiendamise planeerimisel peeti eriti oluliseks just polikliiniku jaoskonnarstide, kiirabiarstide ja maa ambulatooriumi- ning jaoskonnarstide eelisjärjekorras täiendamisele saatmist. Täiendusele suunamisel just üldtüüpi täienduse ja spetsialiseerumise alal peeti soovitatavaks arvestada teatud piirkonna territoriaalset kuuluvust täiendusinstituutide või -teaduskondade suhtes. Õppetöös tuleb eriti tähelepanu pöörata nõukogude arsti eetiliste ja moraalsete omaduste arendamisele ning deontoloogiale.

Nõupidamisel rõhutati pideva ja tiheda koostöö vajadust tervishoiuorganite ning arstide täiendamise instituutide ning teaduskondade vahel. Avaldati arvamust, et arvepida-

mine ja planeerimine koos õppeasutuste materiaaltehnilise baasi tugevdamisega tagavad nõuetekohased tingimused arstide kvalifikatsiooni pidevaks tõstmiseks.

*Henno Tikko*

**Üleliidulise ühingu «Teadus» seminarnõupidamine**, kus vaatluse all olid tervishoiu ja tänapäeva arstiteaduse ülesanded, toimus 21...23. novembrini 1978. a.

Avaettekandega esines NSV Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski, kes rääkis meditsiini osatähtsuse pidevast suurenemisest sotsiaalses ja majanduslikus arengus. Riigis asetleidnud demograafiliste nihete tõttu tuleb senisest suuremat tähelepanu pöörata emade- ja lastekaitsele ning elatunud inimeste tervisele. Üksikasjalikult kõneles minister alkoholi kuritarvitamisest ja sellega tihedalt seotud traumadest, ta rääkis ka suitsetamise, ebaratsionaalse toitumise, liikumisvaeguse ning saastunud keskkonna mõjust inimese tervisele. Elanike tervishoiualaste teadmiste tõstmiseks tuleb senisest enam kasutada raadio ja televisiooni abi.

Arstiteaduse tulevikuplaanide koostamisel on pearõhk pandud füsioloogilise hormi (tervise) ja patoloogia piirialade ning prepatoloogiliste seisundite põhjalikumale uurimisele (A. Tšernuhh). Närvisüsteemi veresoonkonna haigused on tänapäeva neuroloogia üks aktuaalsemaid probleeme (E. Schmidt). Nende haiguste sagemise põhjustest toodi esile ühelt poolt elanikkonna eluea pikenemist ja teiselt poolt närvisüsteemile esitatavate nõudmiste pidevat suurenemist (stress). J. Lopuhhin pidas perspektiivseks immunosorbentide kasutamist (kunstlik maks), mis suudaksid organismi kõrvaldada immunopatoloogilisi elemente. Uurimistööd selles suunas on siiski alles algjärgus.

Loengulise töö peamiseks puuduseks pidas A. Tšaklin kõnekunsti madalat taset ning paljude lektorite püüdu kuulajaskonnale dogmaatilisel peale suruda oma mõtteid ja seisukohti. See kõik vähendab loengulise töö efektiivsust, muudab loengute kuulamise igavaks või koguni vastumeelseks.

Seminarist osavõtjail oli võimalus kuulata huvitavaid ettekandeid geneetikast (N. Botškov), noorukite tervishoiust (G. Serdjukovs-

kaja), teaduslik-tehnilise revolutsiooni ajastu mõnedest filosoofia ja sotsioloogia probleemidest (G. Tsaregorodtsev) ning huvitavat meditsiini ajaloo alalt (B. Petrov).

Pärast seminari toimus üleliidulise ühingu «Teadus» meditsiinipropaganda teaduslik-metoodilise nõukogu istung.

*Hubert Kahn*

**Üleliiduline konverents «Vagotoomia haavandtõve kirurgilises ravis»** toimus 14...15. detsembrini 1978 A. Višnevski nimelises Kirurgia Instituudis Moskvast.

Konverentsi avas NSV Liidu tervishoiu-minister akadeemik B. Petrovski, kes rõhutas, et haavandtõve profülaktika ning ravi on meie ühiskonna aktuaalsed meditsiini- ja sotsioloogiaprobleemid. NSV Liidu peakirurg akadeemik M. Kuzin mainis sissejuhatavas ettekandes, et haavandtõve kirurgilises ravis on kätte jõudnud uus etapp — üleminek elundit osaliselt eemaldavatelt operatsioonidelt elundit säästvatele operatsioonidele. NSV Liidus on selliste operatsioonide, mille põhiosaks on maohapet tootva tsooni valikuline denerveerimine, esmasteks kasutuselevõtjateks Novokuznetski, Moskva ja Tallinna kirurgid.

Leningradi, Moskva ja Tallinna kirurgide ettekannetest koosneski haavandtõve plaanilise kirurgia alase konverentsi istungi päevakord. Selline töö planeerimine soodustas diskussioonide puhkemist. Meie vabariiki esindasid R. Truve ja allakirjutanu, kellelt oli ühine ettekanne, mis käsitles kriteeriume vagotoomia meetodi valikul. Maosekretsiooni uurimise meetoditest peeti heaks maomahla happesuse hindamist elektrokeemilise mõõtmise teel (pH-meetria). Märjiti ära läti teadlase J. Linari suurt panust pH-meetria evitamisse.

Konverentsi resolutsiooni projektis jäi kõlama tees, et kaksteistsõrmiksoolehaavandi kirurgilises ravis on aeg loobuda magu resetseerivatest operatsioonidest. Need tuleks asendada proksimaalse selektiivse vagotoomiaga. Nimetatud operatsioone on NSV Liidus sooritatud umbes 1600 haigel, ligikaudu 1/4 neist on tehtud Eesti NSV-s. Konverentsi resolutsiooni kohaselt soovitati proksimaalse selektiivse vagotoomia tehnikat õpetama hakata kõikidele eritüüpi läbitege-

vatele kirurgidele. Operatsioonitehnikat tutvustavaid filme näidati esimesel («Proksimaalne selektiivne vagotoomia», 1974, Tallinn, autorid U. Sibul, R. Truve, V. Otti) ja teisel päeval («Proksimaalne selektiivne vagotoomia haavandtõve kirurgias», 1978, Moskva, M. Kuzin).

Konverentsil esindasid meie vabariiki professorid E. Sepp ja K. Pöder, I. Linkberg Tartust, arstiteaduse kandidaadid R. Truve ja A. Lutsuver, S. Ulp, J. Troost ning allakirjutanu Tallinnast.

*Uno Sibul*

**Keratoplastika ja keratoproteesimise alane rahvusvaheline konverents** toimus 27...29. septembrini 1978. aastal Odessas.

Konverentsi avades toonitas V. Filatovi nimelise Odessa Silmahaiguste ja Kuderavi Instituudi juhataja, akadeemik professor N. Putškovskaja keratoplastika probleemide aktuaalsust eriti arengumaades, kus sarvkesta läbipaistmatus tagajärjel pimedaksjäänuid on ikkagi veel palju.

Esimesel plenaaristungil, kus vaatluse all oli optiline keratoplastika, äratas huvi professor W. Hallermanni (Saksa FV) ettekanne sarvkesta totaalse lamellaarse siirdamise kohta, mida illustreeris mikrofilm. Rääkides keratoplastikast afaakia puhul, rõhutas professor F. Polak (USA) vitreokorneaalse kontakti ning makulaarödeemi probleeme, millele on seni vähe tähelepanu pööratud. Oma ettekannet illustreeris ta silma sarvkesta elektronmikroskoopilisel skanneerimisel tehtud slaididega.

Transplantatsiooni immunitet oli professor N. Šulpina (Odessa) pikima ettekande teema. Selles valdkonnas on omapäraseid uurimisi teinud ning huvitavaid tulemusi saanud Soome teadlasterühm doktor S. Van-nasega eesotsas. Nende uurimisobjektiks on olnud leukotsütaarsete antigeenide HLA-B 12 ja HLA-B 27 toime sarvkestasse alloplastika korral. Keratoplastika prognoos on tunduvalt parem sel juhul, kui kaks või enam HLA-süsteemi antigeeni ühtivad. R. Dhanda (India) rääkis kudede immunoloogilistest isearasustest troopika tingimustes.

Silmapankade organiseerimist ning sellega seoses olevat sarvkesta konserveerimist arutasid professorid T. Jeroševski (Kuibõšev)

ja K. Chupak (Jugoslaavia). Kuigi kapitalistlike maade teadlased eelistavad transplantaatsiooniks värsket sarvkesta, on nõukogude teadlased oma töödele toetudes seisukohal, et sarvkesta konserveerimine gammaglobuliinis võimaldab sarvkesta hästi säilitada aastaid ning on mitmesugustest krüokonservatsioonimeetoditest tunduvalt parem.

Keratoplastikast ravi eesmärgil rääkisid paljud nõukogude autorid. Tänu transplantaatsioonimaterjali kättesaadavusele on see meil laialdast kasutamist leidnud ning on andnud häid tulemusi just viiruslike sarvkestahaiguste ravis.

Silmaarste huvitas eriti see plenaaristung, kus käsitleti refraktsioonilist keratoplastikat. Laialdase eksperimetaalmaterjali põhjal hoiatati silmakirurge selle eest, et nad liiga kergekäeliselt ei hakkaks sarvkestal manipuleerima. Senised saavutused just lühinägevuse ravis on ajutised. Huvi pakkus professor V. Beljajevi (Moskva) ettekanne sarvkesta brefoplastika alalt. Autor on kasutanud 18...40 nädala vanuste loodete sarvkesti, mille transplanteerimisel immunobioloogilised sobimatusreaktsioonid on minimaalsed.

Oftalmokirurgia üht uusimat haru — keratoproteesimist — käsitlevaist ettekannetest ilmnese, et kasutusel on peamiselt proteesid, mis transplanteeritakse kahjustatud paksenenud ja läbipaistmatusse sarvkesta, mille kinnikasvamise järel proteesi keskosa vabastatakse ning sinna sisse keeratakse vindiga umbes 5 mm läbimõõduga läbipaistvast sünteetilisest materjalist tuubus. Julgemad silmakirurgid peavad proteesimist perspektiivseks. Professor S. Feodorov (Moskva) peab õigeks silma mitte enam repeerida, vaid hoopis rekonstrueerida.

Plenaaristungite vaheajal arutati paljusid ettekandeid, mille esitamiseks oli kasutatud stende. Niisugune esitusviis on lihtne, arusaadav, koondab teatavate küsimuste vastu huvi tundjad ning muudab ka istungite vaheajad sisukaks.

Meie vabariigi esindajana võttis konverentsist osa allakirjutanu.

*Ingeborg Trofimova*

**Nõukogude Liidu ja Soome psühhiaatrite kolmas sümposium** toimus 19...21. novembrini 1978. a. Helsingis. Nagu eelmiste, nii olid sellegi sümposiumi põhiteemadeks skisofreenia

ja alkoholism — kaks nüüdispsühhiaatria kõige teravamad probleemi.

Meie maad esindas kaheksaliikmeline delegatsioon Üleliidulise Psühhiaatrite ja Neuroloogide Seltsi presidendi akadeemik G. Morozovi juhtimisel. Soome poolt osalesid kõik juhtivad psühhiaatrid eesotsas Helsingi Ülikooli psühhiaatrikliniku juhataja professor K. Achtega.

Ettekanded käsitlesid skisofreenia ja alkoholismi epidemioloogiat, nende haiguste diagnoosimist ning uuemaid ravimeetodeid. Akadeemik G. Morozov tutvustas nõukogude psühhiaatrite uusimaid andmeid alkoholismi patogeneesi kohta. Professor A. Tiganov käsitles skisofreenia diagnoosimise printsiipe, allakirjutanu esitas ülevaate tööravist ja sotsioteeraapiast alkohoolikute haiglaravi ajal. Soome psühhiaatritelt olid ettekanded alkoholismi levikust Soome mõnedes piirkondades (professor K. Achte), sotsiaalpsühholoogilistest teguritest alkoholismi kujunemisel (dotsent M. Huttunen), perekonnaravist skisofreeniahaigete rehabiliteerimisel (professor I. Alanen) jt.

Asjalikus mõttevahetuses arutleti edasiste uurimiste tihedama koordineerimise võimalusi ning avaldati arvamust, et ühistest sümposiumidest on kasu mõlemale poolele.

Nõukogude delegatsioonile tutvustati Helsingi, Turu ja Järvenpää mitmeid psühhiaatriaasutusi. Eriti hea mulje jäi Helsingi Ülikooli psühhiaatriklinikust, kus nii haigete ravi kui ka teaduslik uurimistöö ning psühhiaatria õpetamine üliõpilastele toimuvad ühtlaselt kõrgel tasemel. Viimastel aastatel on Soomes alkohoolikute ravi võimalused tunduvalt avardunud, kuna on avatud mitmeid uusi spetsiaalseid ambulatooriume ning laiendatud haiglate võrku. Üht uut alkohoolikute ravilat nägime Järvenpää. Haigete ravikompleksis kasutavad Soome kolleegid bioloogilisi vahendeid tunduvalt vähem kui see meie maa narkoloogiaasutustes on tavaks saanud. Suuremat rõhku panevad Soome narkoloogid sotsioteeraapiale, eriti perekonnaravile. Kahjuks ei tehta neil haigete katamnestilisi uurimisi ega toimu dispansseerimist, mistõttu puuduvad andmed raviefekti stabiilsuse kohta.

Sümposiumi materjalid avaldatakse erikogumikuna.

*Jüri Saarma*

**XIX rahvusvaheline töömeditsiinikongress** toimus möödunud aasta septembrikuu viimasel nädalal Jugoslaavias. Et alles hiljaaegu oli Rahvusvahelise Töömeditsiini Assotsiatsiooni liikmeteks valitud 10 Nõukogude Liidu teadurit, siis oli meepoolne osavõtt esmakordne. Kongressil viibis Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu esindajaid ning neljaliikmeline arstiteadlaste delegatsioon.

Peatähelepanu oli pööratud metallide toksikoloogiale, toksiliste ainete mõjule inimespüühikale ja närvisüsteemile, asbestoosile, lahustite toksilisele toimele, samuti vibratsioonitõvele ja kutseteguritest põhjustatud kasvajatele. Kuuldu põhjal võis järeldada, et mitte ainult arengumaades, vaid ka mitmetes arenenud kapitalistlikes maades, kaasa arvatud USA, töötavad veel paljud inimesed eba hügieenilistes ja tervist kahjustavates tingimustes. Mitmed teadlased avaldasid arvamust, et tööstuse ning transpordi pideva ja igakülge arengu tõttu suureneb tööhügieeni ning kutsehaiguste kompleksprobleemi osatähtsus veelgi.

Kongressil tõsteti esile Nõukogude Liidus saavutatut, kus paljude toksiliste ainete kohta on maksimaalselt lubatud piirväärtused, mida edukalt kasutavad paljud teised riigid.

Meie teadlaste ettekanded võeti vastu tunnustavalt. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi direktor N. Izmerov kõneles tööhügieenist ning kutsehaigustest Nõukogude Liidus. Arstide Täiendamise Keskinstituudi tööhügieeni kateedri juhataja A. Roštšin andis eksperimentaaluurimiste põhjal põhjaliku ülevaate vanaadiumi absorbeerumisest, deponeerimisest ja ekskretsioonist. Allakirjutanu käsitles põlevkiviõilide ja -fenoolide kui põlevkivitööstuse põhiproductide toimet organismisse.

Kaadri ettevalmistamise alal peeti väga oluliseks tööstusettevõtetes töötavate arstide (meie tingimustes tsehhiarstide) kvalifikatsiooni tõstmist. Oldi ühel meelel, et tööstusettevõtete meditsiinipersonal peab tundma mitte ainult oma eriala, vaid oskama hästi orienteeruda ka tööstuse spetsiifikas ja tehnoloogias.

Ettekannete rohkusele vaatamata ei saaks väita, et kongress oleks toonud mingi murangu või järsu edasiliikumise kutsehaiguste diagnoosimises, ravis või profülaktikas. Pigem võis progressi tunnetada ülitäpsete ja

ülitundlike aparaatide kasutuselevõtmises, uurimistöö metoodilises täiustumises.

Rahvusvahelise Töömeditsiini Assotsiatsiooni presidendiks valiti järgmiseks kolmeks aastaks taas itaalia tuntud teadlane professor E. Vigliani. Nõukogude Liidu esindajana valiti juhatusse professor N. Izmerov.

*Hubert Kahn*

**XIV rahvusvaheline sisemeditsiinialane kongress** toimus 15...19. oktoobrini 1978. a. Roomas. Kongressist võttis osa umbes tuhat arsti viiekümnelt maalt, nende hulgas neljaliikmeline rühm Nõukogude Liidust. Töö toimus sektsioonides (gastroenteroloogia, hepatoloogia, kardioloogia, pulmonoloogia, hematoloogia, reumatoloogia), kokku peeti neli loengut, 12 sümposiumi (84 ettekandega) ning 270 ettekannet. Lisaks eeltoodule oli vestibüülis eksponeeritud veel 150 ettekannet stendil. Kõige elavamalt huvi tunti immunopatoloogia vastu. Seda probleemi arutati nii kliinilise immunoloogia sektsioonis kui ka mitmes teises sektsioonis.

Immunoloogiasümposiumilt väärtsid tähelepanu seitse põhiettekannet, esimesed neli käsitlesid immuunpuudulikkust. C. O. Solberg (Norra) analüüsis immuunpuudulikkust, mida põhjustavad fagotsütaarse süsteemi häired, L. Bonomo (Itaalia) B-lümfotsüütide puudulikkusest tingitud immunoglobuliini-vaegust. G. Bendixen (Taani) rõhutas T-lümfotsüütide uurimise tähtsust kliinilises immunoloogias. Tänu sellesuunalistele uurimistele on rakuimmuunsuse kohta mõndagi selgunud. Nii näiteks on uurimiste tulemused kinnitanud, et T-lümfotsüütide puudulikkus võib tekkida ka elupuhusel viirusnakkuste, bakteriaalsete nakkuste, hormonaalsete häirete, ravimite toimele. Ent teadmised T-lümfotsüütide subpopulatsioonidest (*effector*-, *suppressor*- ja *helper*lümfotsüütide), eriti aga nende osatähtsusest haiguse arengus on siiani veel üsna tagasihoidlikud. Esineja arvates seisneb kliinitsistide esmane ülesanne just T-lümfotsüütide subpopulatsioonide uurimises. Selleks on eelkõige vaja uurimismeetodeid standardiseerida, muuta käepäraseks kliinilistele immunoloogialaboratooriumidele.

Diskussiooni põhjustas J. R. Hobbsi (Inglismaa) ülevaateettekanne raviviisidest, mida seni on rakendatud immuunvaeguse puhul.

Vaidlusel selgus, et mõnigi neist ravivõtetest, nagu vereplasmaülekanne, immunoglobuliinide süstimine, luuüdi transplantatsioon, võib diametraalselt anda erisuguseid tulemusi olevalt ravialuse immunoloogilise taustast.

Edusammudest autoimmuunhaiguste diagnoosimise alal rääkis F. E. W. Felkamp (Holland), lähtudes spetsiifiliste ja mittespetsiifiliste antikehade uurimise tulemustest. Antikehade määramise meetodeist pidas ta parimaks ensüümimeetodit, eelistades seda isegi radioimmunoloogilisele meetodile.

Põhjaliku ülevaate immunopatoloogilistest mehhanismidest suhkurtõve patogeneesis andis P. A. Bastenic (Belgia) ning krooniliste maksahaiguste tekkes K. M. Meyer zum Büschenfelde (Saksa FV). Sümpoosioonile järgnevas ettekannetes leidsid käsitlemist nii humoraalse kui ka rakulise immuunreaktsiooni häired mitmesuguste krooniliste haiguste puhul. Meie maa esindajad esitasid immunoloogia alalt kaks ettekannet: L. M. Jermolina (Moskva) rääkis imuraan- ja prednisoloonravi järgsetest immunoloogilistest nihetest reumahaigete organismis, allkirjutanu rakuimmuunsuse häiretest toksilise ja eutüroidse struuma korral.

Sisemeditsiini uudse suunana võiks nimetada veel ensüümivaeguse uurimist. Seda probleemi arutati ühes sektsioonis. Selgus, et õige mitme kroonilise haiguse patogenees on tihedalt seotud ensümaatiliste häiretega. Nii näiteks porfüüria, hemolüütilise aneemia kui ka kolesteriineemia teatavad vormid on põhjustatud ensüümivaegusest. Veelgi enam: mõne ensüümi vaegus võib esile kutsuda hormoonide sünteesi häireid, seega raskeid endokriinseid haigusi. Arvati, et just ensüümivaeguses avaldub kergesti ravimtoksilisus.

Kongressi resolutsioonis rõhutati, et ainult tihed koostöö ensüömoloogide, immunoloogide ja klinitsistide vahel tagab edusammud mitmesuguste sisehaiguste patogeneesi mõistmise ja ravikorralduse alal.

*Valve Saarma*

**Kasvajate epidemioloogia rahvusvaheline seminar** toimus 4...9. detsembrini 1978. a. Moskvas Vastastikuse Majandusabi Nõukogu maade teadlaste osavõtul.

Plenaaristungil avas akadeemik N. Blohin, kes rääkis epidemioloogia osast täna-

päeva onkoloogias. Professor A. Tšaklin rõhutas epidemioloogia arenguperspektiividest rääkides, et deskriptiivse meetodi täiendamise kõrval tuleb rohkem kasutama hakata analüütilisi meetodeid. Muu hulgas märgiti ära ka meie Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi baasil töötava rinnavähi epidemioloogia üleliidulises keskuses tehtud tööde aktuaalsust. Analüütiliste uurimismeetodite rakendamist käsitlese arstiteaduse doktor V. Dvoirin. Akadeemik L. Šabad rääkis sellest, kui tähtis on kantserogeneesi uurimine epidemioloogia seisukohalt ning tutvustas keemilise kantserogeneesi nüüdisaegseid seisukohti. Kõne all oli ka viiruslik kantserogenees.

Diskussiooni kutsusid esile doktor H. Heroldi (Saksa DV) ja arstiteaduse kandidaat V. Merabišvili (Leningrad) ettekanded vähi-registrite organisatsioonilistest printsiipidest, töömeetoditest ning registrite osast kasvajate epidemioloogia uurimisel. M. Rahu selgitas kartograafia rakendamise võimalusi epidemioloogias ning tõi esile sagedasemaid vigu. Aktuaalne oli dotsent I. Pleško (Tšehhoslovakkia SV) ettekanne, milles väideti, et tingituna nakkushaiguste tunduvalt vähenemisest on sanitaar- ja epidemioloogiategenistusel võimalus ning kohustus osa võtta kasvajate epidemioloogia alasest uurimistööst. Põhjaliku ülevaate sotsiaalsete tegurite osast kasvajate epidemioloogias esitas leukooside näite põhjal professor K. Janitski (Poola RV). Naiste suguelundite vähi ning nahavähi epidemioloogia üleliidulise keskuse tööst andsid ülevaate professor L. Tšarkviani (Tbilisi) ja arstiteaduse kandidaat L. Guslitser (Kiiev). Arstiteaduse doktor V. Smulevitš (Moskva) tutvustas kutsekasvajate uurimise iseärasusi. Arutati ka epidemioloogia piirimal paiknevaid probleeme, nagu ravi hilistulemuste hindamine ja onkoloogilise abi korraldus.

*Mare Tekkel*

**Bulgaaria RV ravimpreparaatide alane sümpoosioon**, mille teema oli almageeli, rosanooli ja gastroformi kasutamise tulemuste hindamine, peeti 6. veebruaril 1979. a. Tallinnas. Sümpoosiooni avas tervishoiministri asetäitja O. Tamm, kes muu hulgas nentis, et Bulgaaria RV ning Nõukogude Liidu arstide ja farmakoloogide teadusalased

suhted on saanud heaks tavaks, ning avaldas lootust, et niisugused kohtumised soodustavad ka edaspidi otsinguid arstiteaduses.

Professor S. Stojanov (Bulgaaria) oli vaatluse alla võtnud almageeli, gastroformi ja rosanooli gastroenteroloogilisi haigusi põdejate ravis. Dotsent K. Mironova (Kiiev) rääkis tulemustest, mida on saadud haavanditõve ravimisel almageeliga, ning Kiievi peagastroenteroloog B. Lidinskaja rääkis gastroformi kasutamise kogemustest. Professor N. Elštejn ja M. Kass käsitlesid gastroenteroloogiliste haigete ravi tulemusi, kui kasutati eespool nimetatud preparaate. Firma «Pharmachim» töötaja L. Galendinov tutvustas uusi bulgaaria ravimpreparaate.

Samal päeval võttis tervishoiuministri asetäitja O. Tamm külalisi vastu Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis. Jutuajamisest võttis osa Bulgaaria RV Kaubandusesinduse juhataja asetäitja NSV Liidus V. Veltšev. Mõttevahetuses osalesid ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut professor N. Elštejn, Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja E. Väärt ning Apteekide Peavalitsuse juhataja V. Nisu.

*Mall Kuusma*

---

**IV ülemaailmne suitsetamise ja tervise probleemi alane konverents** tuleb kokku Stokholmis 1979. aasta juunis. Selle organiseerija on Rootsi tervishoiu- ja sotsiaalministeerium koos Rootsi rahvusliku assotsiatsiooniga suitsetamise ja tervise küsimustes. Konverentsi finantseerimisest võtavad osa ka Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon ja teised rahvusvahelised keskused.

Konverentsil on mitu eesmärki. Püütakse analüüsida suitsetamise osa tervishoiusfääris ja teistes piirivaldkondades, seejuures kindlaks määrates nimetatud probleemi laadi ja ulatuse maailma eri maades. On ette nähtud läbi vaadata võimalikud tegevusmoodused suitsetamise kahjulike tagajärgede piiramiseks ja ärahoidmiseks. Konverentsi üks eesmärgi on stimuleerida rahvusvahelist koostööd ka tulevikus selle mõttega, et välja töötada universaalne ja efektiivne strateegia võitluseks suitsetamise vastu kogu maailmas.

*Хроника ВОЗ, 1978, 10.*

---

# **K**riitika ja **biblio-** **graafia**

---

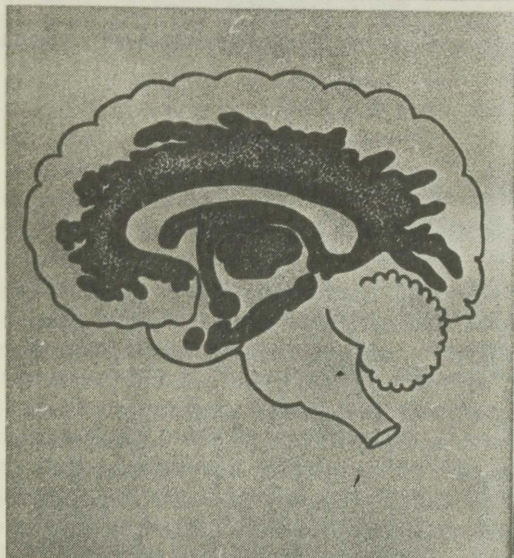
## **UUS PSÜHHOPATOLOGIA KÄSIRAAMAT**

«Scripta medicorum'i» sarjas 1977. a. lõpul ilmunud J. Saarma «Psühhopatoloogia» on pühendatud professor H. Emminghausile, kellelt sada aastat tagasi ilmus esimene psühhopatoloogiaalane monograafia. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor J. Saarma on oma erialateadmisi jaganud ka laialdasele lugejaskonnale. Autor annab süstematiseeritud ülevaate psüühikahäirete põhjustest, patogeneesist ja avaldumisest.

Esimeses peatükis käsitletakse kaasasündinud psüühikahäireid ja eluhuste psüühikahäirete põhjusi. Ülevaatlukult on esitatud psüühikahäirete patogenees.

Järgmises peatükis peatub autor psühhopatoloogilistel uurimismeetoditel. Ta rõhutab, et haige inimese psüühika uurimine on vältimatu kliinilise meditsiini kõikide distsipliinide uurimiskompleksis. Psüühika uurimise kliinilistest meetoditest on objektiivsete andmete kogumise kõrval põhiline uurimismeetod psühhiaatriline intervjuu. Esitatakse intervjuerimise üksikasjad, mille tundmine on vajalik haigete psühhopatoloogiliste häirete hindamiseks. Samasse peatükki on koondatud tänapäeval rahvusvaheliselt enam kasutatavad psühhiaatrilised kliinilised skaalad, mille eesmärk on registreerida haigel sedastatavad psüühikahäired kindla skeemi kohaselt. Kirjanduses on viiteid skaalade kasuta-

## PSÜHHOPATOLOOGIA



D. Paalamäe kujundus.

mise kohta, kuid nende olemuse kohta on informatsiooni vähe. Väärtuslik lisa nimetatutele on originaalsed Tartu skaalad, mida kasutatakse meie vabariigi psühhiaatriahaiglates.

Järgmisena on tutvustatud parakliiniliste meetodite rakendamist haige psühhopatoloogilises uurimises. Nii psühhiaatriliste kliiniliste skaalade kui ka parakliiniliste, psühhomeetriliste uurimismeetodite tundmine on vajalik kõigile psühhiaatritele, eriti aga neile, kes hindavad ravimeetodite efektiivsust psüühiliselt haigetel.

Kõige mahukamas peatükis vaadeldakse psüühiliste haiguste fenomenoloogiat: psühhopatoloogilisi sümptome, sündroomide ja haigusi.

Psüühikahäirete sümptomatoloogia on jaotatud alalõikudesse, lähtudes üldkasutatavast psüühiliste funktsioonide süstemaatikast. Sündroomide kirjeldamisel mainib autor, et ta iseloo-

mustab 29 praktiliselt olulisemat sündroomi. Võib-olla oleks nendele võinud lisada ka S. Snežnevski psühhorgaanilise e. entsefalopaatilise sündroomi variantide (eksplosiivne, eufooriline, apaatiline) kirjelduse, mis võimaldaks piiritleda orgaaniliste sündroomide avaldumist. Et sündroomide juurde kuuluvad eelmises peatükis kirjeldatud sümptoomid, siis esineb sündroomide kirjeldamisel paratamatult mõningat kordamist.

Käsiraamatu maht ei ole võimaldanud kõike haarata. Nii on viidatud lapse intellektuaalse arengu üldistele seaduspärasustele (vt. M. Minkovski, J. Piaget), kuid puudub detailsem kirjeldus laste psüühika funktsioonide arengu dünaamika kohta, mis aitaks hinnata nende normaalset arengut. See informatsioon kuulub küll rohkem lastepsühhiaatria valdkonda, kuid oleks olnud väärtuslik ka üldpsühhiaatritele ja teistele arstidele.

Viimases alalõigus on antud konseptiivne ülevaade psühhiaatrilisest nosoloogiast. See on juba kliinilise psühhiaatria ainevald ning seda osa võib võtta kui sissejuhatust järgmisele teosele. Jääb vaid loota, et uute psühhiaatriaalaste teoste ilmumist ei tule enam kaua oodata.

Hans Väre

---

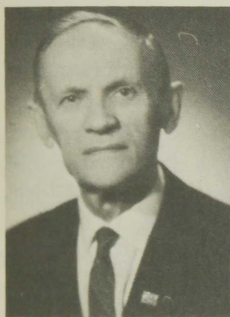
#### Hormooni produtseerimine bakterites.

Ameerika Ühendriikide teadlased A. D. Riggs Kalifornia rahvuslikust meditsiinikeskusest ja H. W. Boyer San Franciscos asuvast Kalifornia Ülikoolist suutsid bakterites, millele nad olid sünteetilise geeni sisendanud, produtseerida imetajate hüpoalamuses moodustuvat neurohormooni somatostatiini, mis reguleerib ja stimuleerib mitme teise hormooni sekretsiooni. Nobeli preemia laureaat (1977) Roger Guillemin kogus oma uurimistöödeks vajaliku 5 mg somatostatiini 500 000 lamba ajast, A. D. Riggs ja H. W. Boyer seevastu said sama koguse somatostatiini 0,1 g bakteritest.

Urania, 1978, 7.

---

# Meie juubilare



**Vilis Derums**, Läti NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur, arstiteaduse doktor, sai 11. aprillil 1979. a. 80-aastaseks. On sündinud talupoja perekonnas. Riia ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1926. a., seejärel töötas klinitsistina. Aastail 1960...1967 oli röntgenoloogiks. 1967. a. alates tänaseni Läti NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur. 1964. a. kaitses kandidaadiväitekirja ning 1967. a. doktoriväitekirja «Baltikumi rahvaste osteopatoogia» (arheoloogilise materjali põhjal). Kolme monograafia autor: «Lätlaste kehaehitusest läbi ajaloo» (läti k.), Riia, 1940; «Болезни и врачевание в древней Прибалтике». Рига, 1970, «Rahva tervis ja ravikunst vanas Baltikumis» (läti k.) Riia, 1978. Viljakas arstiteaduse ajaloo, sealhulgas ka eesti arstiteaduse ajaloo uurija. Publikatsioonide arv ulatub sajani.



**Johannes Tammeorg**, TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri juhataja, sai 25. jaanuaril 1979 60-aastaseks. On sündinud Tartumaal Koitjärvel metsavahi perekonnas. Keskkhariduse omandas H. Treffneri gümnaasiumis, Tartu ülikooli arstiteaduskonna lõpetas proviisoridiplomiga 1940. a. *cum laude*. Jäi tööle ülikooli farmakognosia alal, algul assistendina, 1945. a. vanemõpetajana. 1949. a. tänaseni on ta dotsent. 1974. a. alates on juhatanud farmaatsia kateedrit. Aastail 1960...1974 oli TRÜ teadusala prorektor. Tema initsiatiivil rajati mitmed ülikooli probleemilaboratooriumid, võeti suund komplekssetele uurimisteemadele. Ühiskondlikult väga tegev — ÜTÜ Vabariikliku Nõukogu esimees ning ÜTÜ Üleliidulise Nõukogu presiidiumi liige. Kõige selle kõrval on jätkanud farmaatsia arendamist. On kolme monograafia ja õpiku ning hulgaliste teaduslike artiklite autor. Teadustöö temaatika käsitleb Eesti NSV-s kasvatate ravimtaimede kogumist ja kultiveerimist. NLKP ridadesse kuulub 1962. a. alates.



**Evald Tammepõld**, TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri dotsent, sai 22. jaanuaril 1979 50-aastaseks. Sündinud Kambjas põllupidaja perekonnas. 1947. a. lõpetas Tartu 1. Keskkooli ning 1953. a. TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel jätkusid õpingud aspirantuuris. 1957. a. kaitses kandidaadiväitekirja. 1956. a. alates on nakkushaiguste kateedri assistent ning 1969. a. tänaseni dotsent nakkushaiguste ja epidemioloogia alal. On avaldanud üle 70 trükise ning on koostanud õpikuid ja muid õppevahendeid. Kirjastuse «Valgus» väljaandena on ilmunud brošüür «Teadus ja usk nakkushaigustest». Uuritud teaduslikest probleemidest on tähtsamad olnud kõhutüüfus ja nakkuslik kollatõbi. Aastaid on ta juhendanud arstiteaduskonna seminarirühmi ning olnud ühingu «Teadus» liige, I. Metšnikovi nimelise Eesti Vabariikliku Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Teadusliku Seltsi Tartu osakonna juhatuse aseesimees. NLKP ridadesse kuulub 1962. a. alates.

# Arstide seltsides

Võru, Põlva ja Valga Rajooni Arstide Teadusliku Seltsi konverents, millega tähistati Võru Arstide Seltsi asutamise 50. aastapäeva, toimus 24. oktoobril 1978. a. Avasõnad ütles Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja asetäitja I. Plakso, kes aktiivsetele seltsi liikmetele andis üle ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi aukirjad. Aukirja said arstiteaduse doktor E. Laane, A. Treumuth, arstiteaduse kandidaat R. Suija, Valga Rajooni Keskhaiгла peaarst P. Rahu ja allakirjutanu. EKP Võru Rajoonikomitee sekretär E. Saarik andis seltsile EKP Võru Rajoonikomitee ja Võru Rajooni RSN Täitevkomitee ühise aukirja.

Juubelikonverentsil esitasid ettekandeid professorid K. Kõrge ja J. Riiv ning R. Truve. Võru, Põlva ja Valga rajooni arstidelt oli 14 ettekannet.

Võru Arstide Selts on viiekümne tegevusaasta vältel palju ära teinud arstide koondamisel ning arstide erialateadmiste täiendamisel. Loetleme seltsi juhatuse esimehed, kelle nimed on jäädvustatud seltsi ajalukku: J. Mälton (1928...1932), K. Piho (1932...1934), J. Perk (1934...1941), A. Treumuth (1948...1954), N. Bazinski (1954...1958), H. Kokk (1959...1963), A. Klink (1963...1968), E. Laane (1968...1974), R. Suija (1975...1978). Praegu on seltsi juhatuse esimees E. Laane ja teaduslik sekretär R. Suija.

Seltsi ajaloo on tähtsamad tähtpäevad olnud järgmised: Võru Arstide Seltsi asutamine 14. oktoobril 1928. a.; VIII Eesti arstide päev Võrus 13. augustil 1929. a.; seltsi stomatoloogide sektsiooni loomine 14. jaanuaril 1965. a.; Põlva rajooni arstide Võru Arstide Teaduslikku Seltsi astumine 23. veebruaril 1966. a.; Võru, Põlva Arstide Teadusliku Seltsi ühinemine Valga Rajooni Arstide Teadusliku Seltsiga 29. jaanuaril 1970. a. ning sel kuupäeval seltsis ka terapeutide sektsiooni loomine.

Võru, Põlva ja Valga Rajooni Arstide Tea-



Võru Arstide Seltsi asutamise 50. aastapäeva tähistamise konverentsist osavõtjad. Autori foto.

dusliku Seltsi liikmed on oma uurimistööd tutvustanud naaberliiduvabariikide ja üleliidulistel konverentsidel ning kongressidel. Meie uurimuste vastu on huvi tuntud ka välismaal.

Konverentsist osavõtjad tutvusid Võru Rajooni Keskaigla uue ehitusega ja Fr. R. Kreutzwaldi memoriaalmuuseumiga.

*Ain Klink*

**Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi** 1978. a. viimase koosolekuga 23. detsembril tähistati Pilguse Psühhiaatriaigla 65. aastapäeva. Tutvuti haigla ruumidega ning tehti ringkäik selle territooriumil. Seejärel koolitati peaarsti A. Liiva ettekannet «Skisofreenia epidemioloogiast Kingissepa rajoonis», mille järel tekkis elav keskustelu psühhiaatriliste haigete rehabiliteerimise probleemidest. Koosoleku lõpus otsustati, et edaspidi oleks otstarbekas sagedamini korraldada seltsi väljasõiduistungeid maal asuvates meditsiinasutustes.

*Ants Haavel*

**Kaasasündinud väärarendite tekkepõhjusti.** Mullu septembris Budapestis toimunud Euroopa teratoloogide kongressil, millest võtsid osa ka USA ja Austraalia teadlased, olid põhiteemadeks muu hulgas ka teratogeensed ohutegurid ja teratopepidemioloogia. Siinkohal mõningaid andmeid. USA-s on 4%-l keemiatööstuse naistöötajatest lapsed kaasasündinud väärarenditega, niisiis üks miljon last (!). Siia hulka on arvatud ka need kahjustused, mida lastel on põhjustanud vanemate suitsetamisharjumus ja alkoholiga liialdamine. Teratopepidemioloogia eesmärk on otsida ja välja selgitada kausaalsed seosed väärarendite tekkes. Et hormonaalsete kontratseptikumide tarvitamine on väga laialt levinud, on teadlaste uurimistöö hõlmanud ka seda valdkonda. Mõnedel naistel võivad kontratseptikumid põhjustada hormonaalseid kahjustusi, mis omakorda võivad tekitada häireid munarakus, häiruda võivad ka embrüorakkude diferentseerumine ja elundite moodustumine. Vähemalt kolm kuud enne planeeritud rasestumist peab naine hormonaalsetest kontratseptikumidest tingimata loobuma.

*Wissenschaft u. Fortschritt, 1978, 12.*

# **M**editsiini- tehnika

UDK 617.7-003.699-089.878

## **SIGNAALMAGNETSOND SILMAST KILDUDE EEMALDAMISEKS**

LEO SCHOTTER ALEKSEI PANOV · TARTU

signaalmagnetsond, silmasisesed magnetilised võõrkehaded, võõrkehade lokaliseerumine, eemaldamine

Nüüdisaegne magnetoperatsioonide tehnika võimaldab silmasiseseid ferromagnetilisi kildusid enamikul juhtudel edukalt eemaldada. Siiski on suuri raskusi väikeste, alla 30 mg kildude eemaldamisel silmamuna tagumistest osadest, eriti siis, kui killud on fikseerunud. Selleks on mitmeid meetodeid, kuid otsingud uute võtete leidmiseks jätkuvad.

Silma sügavuses asetsevaid magnetilisi kilde eemaldati omal ajal nn. eesmist teed pidi, mille puhul võõrkeha toodi algul hiidmagneti abil eeskambrisse. Seejärel tõmmati käsimagnetiga läbi limbaalse löike kild välja. Meetodi negatiivne külg on see, et kild võib liikumisel ette vigastada vikerkesta, ripskeha ja põhjustada isegi katarakti. Peale selle ei osutu kaugel asetsevate ja fikseerunud väikeste kildude korral sageli isegi hiidmagneti jõud küllaldaseks.

Põhiliselt on kasutusel diaskleraalne meetod ehk kildude ekstraheerimine tagumist teed pidi, mille puhul kild eemaldatakse silmast lühemat teed mööda läbi kestalöike. Kaugel asetsevate kildude puhul on ka see meetod

vähe kasutatav, kuna magneti lähendamine killule mööda skleerat on tehniliselt raske ja silmale liiga traumeeriv. Mõned autorid (6, 10) peavad niisuguste kildude eemaldamise katset raske operatsioonitrauma tõttu isegi vastunäidustatuks. Viimasega ei saa küll nõustuda, kui arvestada seda, et silma funktsioon sideroosi tõttu kindlasti kannatab.

Kaugel asetsevate kildude puhul on enam rakendatav Poljaki kaheetapiline meetod (8). Selline võte oli ka varem kasutusel (5). Elektrilise hiidmagnetiga avaldatud korduvate traktsioonide abil tõmmatakse kild esialgu *ora serrata* piirkonda. Sellele järgneb killu diaskleeraalsel meetodil eemaldamine. Siiski ei anna fikseerunud väikeste kildude korral ka kaheetapiline meetod head tulemust, see õnnestub vaid ligikaudu pooltel juhtudel (11).

Magnetit võib kasutada ka sondina, mille puhul viiakse eriline pikk ja peen magnetotsik sügavale silmaõõnde killu suunas. Vaatamata sellele, et magnetsondi viimine silma sügavusse on diaskleeraalsest meetodist suhteliselt traumeerivam, tuleb seda võtet vajaduse korral siiski kasutada. Sondina on rakendatud ka mitmesuguseid terasest vardaid või instrumente, mille üks ots ühendatakse magneti aktiivse poolusega, teine aga viiakse silmaõõnde (1, 4). Vaatamata sellele, et magnetsondi peene otsiku tõttu nõrgeneb magneti kaugtoime tunduvalt, osutub sondeerimine tõhusaks, sest sondi lähendamisel killule magneti jõud tugevneb märgatavalt, olles pöördvõrdelises kuupsõltuvuses kaugusest (12). Sellist sondeerimist tehti algul pimesi, siis toetuti sideroskoopia, hiljem aga röntgenograafia andmetele. Operatsioonil on võimalik orienteeruda ka stereoröntgenoskoopia ja ultraheli lokatsiooni järgi. See võte on siiski veel vähe kasutatav.

Kaugel asetsevaid väikesi kilde võib magnetsondiga edukalt eemaldada ka oftalmoskoobi kontrolli all, kuid üksnes neil juhtudel, kui kild on läbi pupilli nähtav (7). Kahjuks esinevad läbistavate vigastuste korral tihti traumaati-

line katarakt, verevalumid ja klaaskeha hägusus, mille tõttu oftalmoskoopimine osutub võimatuks. Seetõttu tuleb magnetsondi kasutamisel tugineda vaid röntgenograafia andmeile. Kõige sagedam võte kliinilises praktikas on praegu kildude lokaliseerimine röntgenograafiliselt Combergi-Baltini meetodil, mis annab üldiselt rahuldavaid tulemusi, täpsus 1...2 mm. Paremaks ruumiliseks orienteerumiseks kasutame me kliinikus järgmist võtet. Baltini proteesindikaatoriga saadud koordinaadid — võörkeha asendi suund ja kaugus silma anatoomilise telje projektsioonist ning *limbus'*e tasapinnast — märgitakse meie valmistatud skeemile, millel on kujutatud silmamuna löige killu asetsemise meridiaani pidi (12). Selline märkimisviis annab kirurgile hea ettekujutuse killu suhtest silmakudedega. Vastavalt silmade suurusel on ka skeemid. Nagu röntgeniskeemidel tavaliselt, ei ole meie skeemi moodustiku jaotused suurendatud, vaid need vastavad täpselt millimeetritele. Peale selle ei ole silma kestadesse tehtava löike asukoha määramiseks vaja ette võtta mingeid ümberarvestusi, sest millimeeterjaotused on kantud ka piki skeemi übermõõtu.

Sellise killu, mida ei ole võimalik oftalmoskoopida, eemaldamise ajal saab magnetsondi ja killu omavahelist asendit kontrollida vaid osaliselt. Halb on ka see, et kirurg ei saa teada, kas võörkeha on juba magnetsondi otsikul või mitte. Et selles veenduda, tuleb magnet haavast välja tuua ja, leidmata selle otsikul kildu, uuesti sisse viia. Selliselt toimida nii mitu korda, kuni kild on silmast väljas. Seega võib korduvatel sondeerimistel, eriti killu seinalgidase asendi puhul, silmakudesid ja kõigepealt reetinat magnetsondi otsikuga asjatult traumeerida.

Selleks et mitteoftalmoskoobitavate ferromagnetiliste kildude eemaldamise silmavigastusi ära hoida, konstrueerisime (L. H. Schotter ja insener E. Sa-

\* Ratsionaliseerimisettepaneku tunnistus nr. 999, 1978. a.

meli\*) lihtsa seadeldise, mis ühendatuna püsi- või elektromagnetsondiga muudab selle signaalmagnetsondiks. Seadeldis ja selle töö põhimõte on järgmine.

Pehmest rauast kitsa silindri või väga tugevalt väljavenitatud koonusekujulise magnetsondi kogu pind on kaetud lakiga, mis on heaks elektriisolationiks. Lakist on vabaks jäetud vaid sondi otsik. Otsiku asendi sügavuse kontrollimiseks, teiselt poolt silmamuna tagaseina vigastuste vältimiseks on sondil millimeeterjaotused. Magneti korpus on elastse isoleeritud juhtme abil ühendatud  $5 \times 10$  cm suuruse tsinkplaadiga, see kinnitatakse kummilindi või sideme abil patsiendi õlavarrele, mis on niisutatud marliga kaetud. Vooluahelasse on lülitatud mikroampermeeter. Magnetsondi otsiku viimisel silmaõõnde tekib nõrk galvaanielement, milles üheks elektrodiks on sondi otsiku lakist katmata eesmine pind (kahe eri variandis läbimõõduga 1,5 ja 2,2 mm), teiseks elektrodiks tsinkplaat, elektrolüüdiks aga organismi koed ja vedelikud. Juba sondi otsiku kontakti viimisel klaaskehaga tekib elektrivool ja mikroampermeetri osuti kaldub kõrvale, mõlema sondi puhul vastavalt 4 ja 6 mikroamprit. Et sond on kaetud isolatsiooniga ja otsiku katmata pinna suurus on püsiv, siis otsiku killule lähenemise korral osuti kõrvalekalle ei muutu. Otsekohe, kui kild tõmbub külge ja puudutab sondi otsikut, suureneb silmas paikneva elektroodi pinna suurus järsult, koosnedes nüüd sondi katmata otsiku ja teraskillu pindade summast. Selle tagajärjel teeb mõõteriista osuti samuti järsu hüppe 10...20 või rohkem mikroamprit olenevalt külgetõmbunud killu suurusest. Selline nägemissignaal teatab opereerijale, et kild on juba magnetsondi otsikul ja võib silmast eemaldatud olla.

Signaal võib olla ka akustiline, mis on mugavam. Selleks et opereerijale akustiliselt signaliseerida killu tõmbumisest magnetsondi külge, kasutasime transistoril töötavat multivibraatorit (konstrueerija insener E. Porila), mille

genereerimissagedus on elektriahelat läbivast voolust. Ahelas tekkinud voolu muutus väljendub signaali sageduse muutusena generaatori väljundisse ühendatud telefonis, mis on kinnitatud opereerija kõrvalestale. Killu külgetõmbumise tagajärjel tugevneva elektrivoolu tõttu kõrgeneb kuuldav põhitoon.

Pärast omaduste kontrollimist eksperimendis (isoleeritud seasilmadel) oleme signaalmagnetsondi kliinikus edukalt kasutanud. Esitame ühe haigusjuhu.

31-aastane meeshaige (haiguslugu nr. 25766/1978. a.) saabus Tartu Kliinilise Haigla silmahaiguste osakonda. Tal oli võõrkeha paremas silmas. Hemoftalmi tõttu ei saanud kildu oftalmoskoopida. Anamneesi andmeil oli ferromagnetiline kild röntgenograafiliselt ligikaudu 1,5 mm suurune ning paiknes kella 5.40 meridiaanis silmamuna tagumises osas, anatoomilise telje projektsioonist 9...11 mm ja *limbus*'e tasapinnast 13...16 mm. Võõrkeha ei olnud hiidmagnetiga trakteeritav. Pärast silma kestade lõiget *ora serrata*'st eespool viidi vastavas meridiaanis signaalmagnetsond silmaõõnde killu suunas. Võõrkeha, mis asetses skleeralõikest 16 mm kaugusel, tõmbus magnetsondi otsikule selle viimisel 11 mm sügavusse, millest informeeris mikroampermeetri osuti (näiteks  $4 \mu\text{A} \rightarrow 12 \mu\text{A}$ ). Kild eemaldati esimesel katsel raskusteta.

Võib siiski arvata, et pikka aega silmas olnud ning tugevalt kapseldunud sileda ning teravate servadega killu tõmbumine magnetile võib toimuda ka signaalita ja seda juhul, kui killu tihe sidekoeline kapsel takistab metallide vahetut kontakti. Niisugusel juhul töötab meie instrument kui tavaline magnetsond.

Kuigi meie signaalmagnetsond ei abista kirurgi mitteoftalmoskopeeritava sügaval asetseva killu otsinguis otsest, siiski aitab ta, signaliseerides õigel ajal killu tõmbumisest otsikule, vältida liigseid manipulatsioone ja silma traumeerimist.

KIRJANDUS: 1. Hartmann, K. Klin. Monatsbl. Augenheilkd., 1927, 79, 362—363. — 2. Hirschberg, J. Berl. Klin. Wochenschr., 1879, 46, 681—684. Ref.: Zentralbl. prakt. Augenheilkd., 1979, 376—381. — 3. Jackson, D. Coleman. Am. J. Ophthalmol., 1978, 85, 2, 256—258. — 4. Lancaster, W. Trans. Am.

Ophthalmol. Soc., 1924, 22, 167—168. — 5. Praun, E. Die Verletzungen des Auges. Wiesbaden, 1899.

6. Бродский Б. С. Магнитные операции для извлечения металлических осколков из глаза. М., 1963. — 7. Волков В. В., Михайлов А. И. Офтальмол. ж., 1973, 6, 424—429. — 8. Горбань А. И., Джалиашвили О. А. Офтальмол. ж., 1963, 7, 399—403. — 9. Плигас П. С. Офтальмол. ж., 1966, 6, 473—474. — 10. Поляк Б. Л. Военно-полевая офтальмология. М., 1957. — 11. Титова Л. Н. В кн.: Труды Казахского НИИ глазных болезней. т. 1, Алма-Ата, 1968, 292—298. — 12. Шоттер Л. X. Топография поля глазных магнитов и ее значение для удаления ферромагнитных осколков из глаза. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1964.

*TRÜ arstiteaduskonna otorinolaringoloogia ja oftalmoloogia kateeder*

**Alkoholismi levimus maailmas.** Epidemioloogiline situatsioon maailma maades on Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil vapustav: südame ja veresoonte haiguste ning kasvaja järel on esinemissageduselt kolmandale kohale jõudnud alkoholism ja sellest põhjustatud muud haigused. Maailmas on ligikaudu 30 miljonit meditsiiniliselt diagnoositud ja arvelevõetud alkohoolikut. Osa epidemioloogide arvamusel, et tegelik haigete arv on kaks korda suurem. USA-s on ametlikel andmeil 10...12 miljonit alkohoolikut, Austrias kõige tagasihoidlikemate hinnangute järgi vähemalt 2,3% kogu rahvastikust. Saksa FV-s on 1,3 miljonit alkoholismihaiget, Saksa DV-s umbes 1,5% täiskasvanud elanikest. 1976. aasta kestel oli Saksa DV-s haiglaravil üldse 2,3 miljonit haiget, kellest 16 000 akuutsete ja krooniliste alkoholist põhjustatud kahjustuste tõttu (psühhoosid, alkohoolsed maksatsirroosid, mürgitusjuhud), kusjuures igal üksikjuhul vältas haiglaravi keskmiselt 40 päeva. Seega Saksa DV-s on iga päev ümarguselt 1700 haiglavoodit alkoholismihaigetega hoivatud. Kõikidest maksatsirroosi juhtudest on pooled alkoholist põhjustatud.

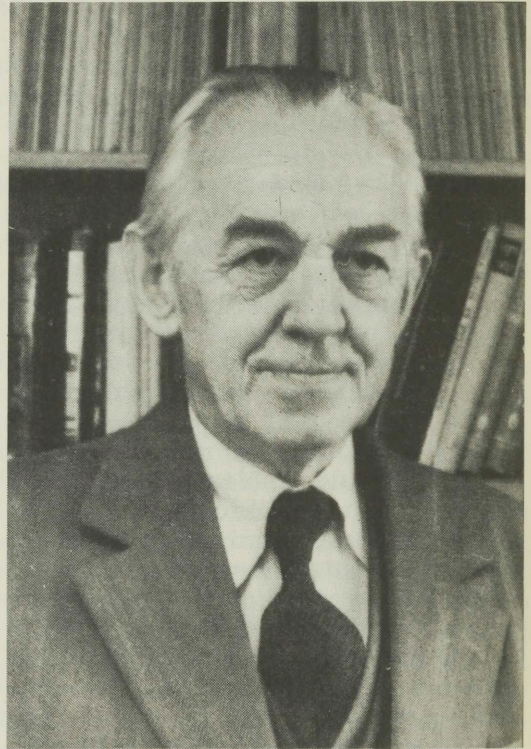
Alkoholi tarvitamine raseduse ajal näib ohtlikum olevat kui seni on arvatud. Väike ja keskmine alkoholiannus varajasel rasedusperioodil võib põhjustada 30...50%-l juhtudest loote surma või raskeid elundite väärandeid. Regulaarne alkoholitarvitus kogu rasedusperioodil suurendab sünnieelset või -aegset suremust 17% võrra. Saksa FV-s sünnib igal aastal 1500...3000 last ilmsete fetaalse alkoholisündroomi nähtudega.

*Wissenschaft u. Fortschritt, 1978, 9.*

## In memoriam

ILO SIBUL

10. II 1908 ... 31. I 1979



31. jaanuaril lahkus meie hulgast jäädavalt Eesti NSV Teaduste Akadeemia korrespondentliige, Eesti NSV teeneline teadlane, arstiteaduse doktor professor Ilo Sibul, kellest kui juubilarist 70. sünnipäeval me alles mullu kirjutasime.

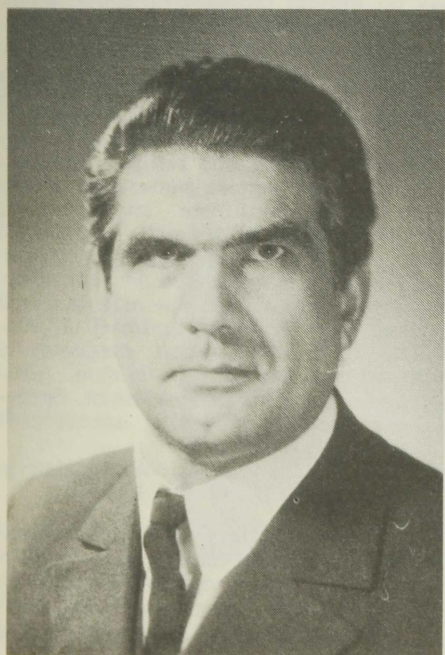
Kadunu sündis 10. veebruaril 1908 Tartus arsti perekonnas. Lõpetanud 1932. aastal arstiteaduskonna Tartus kiitusega, algas tema loomerikas ja töörohke teadlastee, mis jätkus viimse

elupäevani. Professor I. Sibul jõudis väga palju teaduspõllul ära teha. Juba neli aastat pärast ülikooli lõpetamist kaitses ta doktoriväitekirja. Selleks ajaks oli ta koostöös professor A. Fleischiga jõudnud maailmateadusesse ning seal end jäädvustanud. Tema uurimused hõlmasid füsioloogiat ja füsioloogilist keemiat, patofüsioloogiat, biokeemiat, eeskätt perifeerse vere ringe ainevahetuse biokeemiat. I. Sibul oli biokeemia, patofüsioloogia ja ka spordimeditsiini kateedri asutaja Tartu Riiklikus Ülikoolis. Suure eruditsiooniga pedagoogina ning erksa vaimuga teadlasena oli ta viljakas teadlaskaadri ettevalmistamisel ja arstide õpetamisel, suutis ette näha perspektiivseid teadussuundi.

Nõukogude Eesti teadlaste perele oli professor I. Sibula surm suur kaotus. Tema elutöö jäljed aga jäävad püsima mitmes teadusharus, temast mälestus kõikide kolleegide ja õpilaste südameis.

## MART MARTSON

26. V 1929 ... 2. II 1979



2. veebruaril varises manalasse Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peainfeksionist, Tallinna Merimetsa Haigla peaarsti asetäitja Mart Martson. Äkksurm viis meie hulgast võimeka nakkushaiguste eriarsti parimas meheas.

M. Martson sündis 26. mail 1929 Tartus teenistuja perekonnas. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas ta 1954. aastal kiitusega. Seejärel määrati ta Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti viroologia-laboratooriumi juhataja ametikohale. Järgmisel aastal asus ta kui organisatorivõimetega arst tööle Tartu linna tervishoiuosakonda, mõned aastad hiljem Tartu Kliinilisse Nakkushaiglas. Seal töötas ta algul ordinaatorina, seejärel peaarsti ametikohal. Kui 1960. aastal Tallinna Merimetsa Haigla ehitustööd olid lõppjärku jõudnud ning ees seisis haigla kaadri komplekteerimine ning peatne avamine, kutsuti peaarsti kohale M. Martson. 1964. aastast alates kuni elu lõpuni töötas ta samas peaarsti asetäitjana ravi alal.

M. Martson oli väsimatu arstitöös ja armastas oma valitud kutseala. Tema erialateadmised olid põhjalikud, mistõttu tema nõuanded nakkushaiguste alal olid kolleegide silmis hinnatud ja tunnustatud. Hinnatav ja tänuväärne oli tema retsensenditöö ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuses. 1966. aastast alates oli M. Martson kõrgema kategooria infektsionist.

M. Martson kuulus I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infeksionistide Vabariikliku Seltsi juhatusse, ta juhtis Punase Risti Seltsi Tallinna Kalinini Rajooni Komitee tegevust. Kadunu oli kauaaegne Tallinna Merimetsa Haigla parteialgorganisatsiooni sekretär.

Meie vabariigi arstikond on kaotanud põhimõttekindla kommunisti, autoriteetse arsti ja võimeka tervishoiujuhi. Helge mälestus omanäolisest, alati abivalmis lastearstist, kes lahkus meie hulgast parimas eas, tulvil töötahet ja tegemisi, jääb alatiseks nende südamesse, kes teda tundsid ja teadsid.

# Uusi ravimeid

## HÜNDARIIIN

(*Hündarimut, гундарин*)

Hündariin on alkaloid, mida toodetakse taime *Stephania glabra* Miers (sugukond *Menispermaceae*) mugulatest. Meditsiinis kasutusel olev hündariinkloriid on valge või veidi roheka värvusega peenekristalliline pulber, mis lahustub halvasti alkoholis ja vees ning on valguse ja niiskuse suhtes ebapüsiv.

Hündariin mõjub trankvilliseerivalt. Nõrgendab rahutust, erutuvust ning neurootilise päritoluga unetuse korral soodustab und. Ravim on näidustatud ka neurooside puhul. Täiskasvanuile antakse 0,05...0,075 g hündariini 2...3 korda päevas. Suurim ühekordne annus on 0,1 g. Lastele antakse väiksemates annustes vastavalt eale. Ravi kestus sõltub haiguse laadist ja ravimi talutavusest. Kõrvaltoimena võivad ravi algul ilmned a unisus ja loidus, mis ravi kestel mööduvad, mistõttu ravi katkestada pole vaja. Hündariini taluvad patsiendid üldiselt hästi, kuid suured annused ja üledoosimine võivad põhjustada motoorset rahutust. Sel puhul tuleb hündariini manustamine katkestada ja vajaduse korral kasutada korrektorina tsüklo-dooli.

Hündariin on uus kodumaine ravim. Pakendis on 50 kattedkihiga tabletti à 0,05 g, hind 3 rubla 2 kopikat.

Ravim kuulub B-nimekirja. Esmakordselt meie vabariiki saabunud defitsiitne ravim.

## PARMIDIIN

(*Parmidinum, Prodictin, Anginin, Pyridinol-carbamat, пармидин*)

Parmidiin on ateroskleroosi vastu toimiv ravim, mis vähendab kolesteriini ladestumist veresoonte sisekestas. Kui muudele ateroskleroosi vastu mõjuvatele ravimitele on iseloomulik lipiidide ainevahetust normaliseeriv toime, siis parmidiin aitab ära hoida aterosgeensete lipiidide tungimist veresoone seinna. Seda omadust seostatakse parmidiini anti-bradükiniinse toimega.

Parmidiin vähendab või aitab vältida muutusi arterite endoteelis, nõrgendab põletikke ning parandab vereringet elundites, milles on aterosklerootilisi muutusi.

Parmidiin on näidustatud aju, südame, jäsemete veresoonte ateroskleroosi, ateroskleroosilise ja diabeetilise retinopaatia, võrkkestaveenide tromboosi, oblitereeriva endarteriidi ning troofiliste haavandite puhul. Kirjanduse andmeil on häid tulemusi saadud parmidiini kasutamisel diabeetilise angiopaatia ja perifeersetes veresoonte kahjustuste korral.

Parmidiini võetakse sisse üks tablett (0,25 g) 3...4 korda päevas. Vajaduse korral suurendatakse annust 3 tabletti (0,75 g) 3...4 korda päevas. Ööpäevane annus on 1...2 g. Ravi kestab 2...6 kuud ja enam.

Ravimit talutakse üldiselt hästi. Mõnikord võib esineda iiveldust, allergilist nahareaktsiooni. Annuse vähendamise või ravi katkestamise korral kõrvalnähd kaovad.

Parmidiini toodetakse tablettidena à 0,25 g. Pakendis on 100 tabletti. Hind 8 rubla 62 kopikat.

Aino Jürison

## Alkoholi ja suitsetamise seos vähktõvega.

Ühes uuritavate rühmas oli 286 meest, kes põdesid maksatsirroosi ja vähktõbe, teise rühma moodustasid 374 vähihaiget meest, kellel maksatsirroosi ei olnud diagnoositud. Uurimiste eesmärk oli välja selgitada, kas maksatsirroosi põdevatel meeshaigetel on suurem tõenäosus vähktõppe haigestuda kui neil, kes tsirroosi ei põe, samuti kindlaks teha, kas on mingid ohutegurid, mille arvestamine aitaks selgitada olulisi vähihaigestumise erinevusi uuritavate rühmade vahel.

Uurimistulemustest nähtus, et suuõõne-, neelu-, kurgu-, söögitoru- ja maksavähi arengu ning alkohoolse maksatsirroosi ja rohke suitsetamise vahel on seos. Maksatsirroosi põdejalatel soodustasid sellised ohutegurid nagu alkoholi liigtarvitamine ja rohke suitsetamine pahaloomuliste suuõõne- ja maksakasvajate teket. Viimati nimetatud kasvajate suhteline esinemissagedus oli oluliselt suurem nendel vähktõbe ja maksatsirroosi põdejalatel, kes palju suitsetasid ja sageli alkoholi tarvitasid. Autorite andmeil oli enamikul juhtudel maksatsirroosi diagnoositud neli aastat või kauem enne suuõõne, neelu ja kurgu lamerakulise vähi tekkimist. Seede-elundite kasvajaid diagnoositi samaaegselt maksatsirroosi avastamisega.

Taas kinnitavad andmed suitsetamise ja alkoholi liigtarvitamise suurt ohtu.

Экспресс-информация  
(Новости медицины  
и медицинской техники),  
1978, 10.

# Quaestiones linguae Estonicae in medicina

## MEDITSIIINITERMINOLOOGIA KOMISJONIS

Meditsiiniterminoloogia komisjoni koosolekul 6. oktoobril 1978 arutati põhiliselt TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri saadetud termineid.

Komisjon on arvamusel, et purism ennast terminoloogias ei õigusta. Kõikidele terminitele ei ole võimalik ja pole vajadustki luua eestikeelseid vasteid. Niisugusteks arutluseks olnud mõisteteks on *antimetaboliit*, *autakoid* ja *retseptor*.

1. *Abstinentsinähtude* puhtomakeelne vaste oleks **võõrutusnähud**.

2. *Analeptikumidest* on räägitud kui *elustusvahenditest* («Võõrsõnade leksikon»), *äratusvahenditest*, *elustitest* ja *virgutitest* («Õigekeelsussõnaraamat»). Komisjon pidas sisuliselt kõige sobivamaks vasteks **ergüti**.

3. *Bioavailability* (ingl.), *биологическая доступность* (vene) võiks tõlkida eesti keelde kui **bioloogiline kättesaadavus**, lühem vorm **biosaadavus** (nagu *bioloogiline tõrje* → *bio-tõrje*).

4. Analoogiliselt eelmisega on *biotransformatsioon* **bioloogiline muundumine** e. **bio-muundumine**.

5. *Detoksikatsioon* = **mürgitustamine** ja **mürgitustumine**; *toksikatsioon* = **mürgiseks muutumine**.

6. *Target organ* (ingl.), *эффлекторный орган, орган-мишень* (vene) võiks eesti keeles olla **sihtelund** (ka **efektorelund**). Täiesti vale vorm oleks *efektoorne organ* (elund).

7. *Distributionsvolumen* (saksa) on mõeldav ruumala, kus jaotub raviaine annus. Vasteks sobiks **jaotusruumala**.

8. *Farmakon, drug* (ingl.) on **raviaine, ravim**.

9. *Intoksikatsioon* = **mürgistamine** e. **mürgistumine**, ka **mürgistus** («Õigekeelsussõnaraamat»).

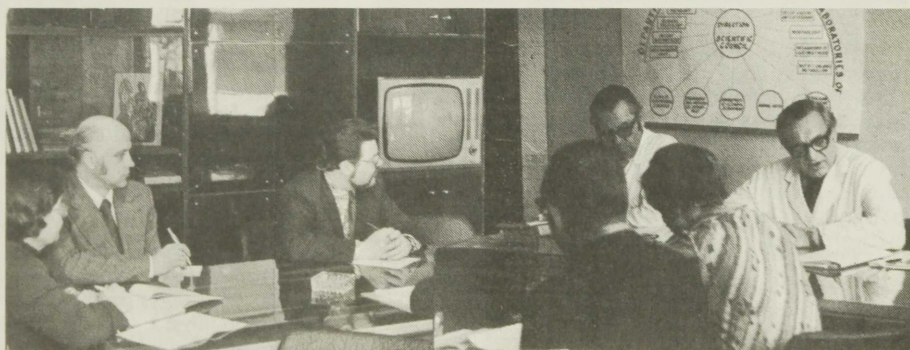
10. *Compartement* (ingl.), *камера* (vene) on ainete jaotumist organismis kirjeldav farmakokineetiline mõiste. Vaste oleks **kamber**.

11. *Metaboliit* = **ainevahetusprodukt**.

12. *Narkootikum* = **uimasti** («Õigekeelsussõnaraamat») e. **meelemürk**.

13. *Precursor* (ingl.), *предшественник* (vene) on aine, millest metabolismi käigus tekib aktiivne ühend. Omakeelne vaste **eelkäija** e. **eelaine**.

14. *Tolerance* (ingl.), *Gewöhnung, Toleranz* (saksa), *привыкание, толерантность* (vene), *tolerantsus* («Õigekeelsussõnaraamatus»: *lepikkus, sallivus*) oleks meditsiinis **taluvus**.



Meditsiiniterminoloogia komisjoni järjekordsel töökoosolekul. Foto 1. Vasakult: E. Kindlam, P.-H. Kingissepp, S. Jõks, komisjoni sekretär I. Laan, komisjoni esimees P. Bogovski.

Foto 2. Vasakult: V. Sillastu, V. Valdes, R. Kull, E. Kindlam, V. Laos. Fotodelt puuduvad P. Alvre, M. Mägi ja K. Ulp. M. Mällo fotod.



15. *Turnover* (ingl.), *кpyгооборот* (vene) on (aine)ringlus.

16. *Anesteetikum* on *tuimasti* («Õigekeelsus-sõnaraamat»), *üldanesteetikum* = *üldtuimasti*.

17. Mingi aine põhjustatud muudatus biokeemilistes või füsioloogilistes protsessides, mille tulemusena täheldame efekti ilmumist, oleks *toimeefekt* (ka *toimeilming*).

18. *Счетанное повреждение* oleks eesti keeles *liitvigastus*, s. o. üheaegselt vigastatud luud, koed, elundid. *Hulgivigastus* tähendab rohkeid vigastusi eri kohtades.

19. *Депозит, осадок, отложение* (vene), *deposiit* (ingl.) tekib sageli elektronogammidele. Eestikeelne vaste on *ladestus*.

20. *Sarvestuva* vastand on *mittesarvestuv* (halb on *sarvestumatu*).

*Ilmar Laan*

«Kasvajate rahvusvaheline histoloogiline klassifikatsioon» neljas keeles on Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni publikatsioonide 20-kõiteline seeria, mis ilmus trükist aastail 1967...1978. Nii iga üksikköide kui ka kogu seeria on ette nähtud õppevahendiks ja käsiraamatuks. Üks seeria avaldamise põhieesmärke on soodustada kasvajate klassifikatsiooni ühtlustamist, mis muudaks hõlpsamaks ja paremaks vähitõrje alal tegutsevate teadlaste ning arstide suhtlemise ja koostöö (vt. ka «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1978, 5, 463—466).

*Хроника ВОЗ, 1978, 12.*

# Kroonika

## TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

Balti liiduvabariikide tervishoiuministeriumide teaduslike meditsiininõukogude ühendatud pleenum toimus 21. ja 22. detsembril 1978. a. Tallinnas, millest võttis osa ka NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi teadusliku meditsiininõukogu aseesimees T. Kuznetsova. Avasõnas ütles tervishoiuminister professor V. Rätsep, et ühendatud pleenumite korraldamine on saanud heaks tavaks ning on väga kasulik kogemusi vahetada.

Arutati põhiliselt kaht tähtsat küsimust: 1) arstiteaduse areng ja perspektiivid Eesti, Läti ja Leedu NSV-s ning 2) gastroenteroloogia arengu suunad ja tulevikuülesanded Eesti, Läti ja Leedu NSV-s.

Esimese küsimuse kohta esitasid ettekande Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi teadusliku meditsiininõukogu esimees professor P. Bogovski, Läti NSV Tervishoiu Ministeriumi teadusliku meditsiininõukogu esimees professor A. Blüger ja Leedu NSV teeneline teadlane professor A. Telitšenas.

Ettekandeist selgus, et kõigis Balti liiduvabariikides on arstiteaduse arendamisel viimastel aastatel märkimisväärset edu saavutatud. Eestis uuritakse edukalt pahaloomuliste kasvajate epidemiologia, immunoloogia ja kantserogeneesi probleeme. Palju on ära tehtud põlevkivitööstuse tööliste töötingimuste ja tervisliku seisundi uurimisel ning neurokirurgia, psühhiaatria, südamekirurgia, veresoontekirurgia valdkonnas. Leedu teadlaste uurimusi südamehaiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi alalt tuntakse kogu Nõukogude Liidus ning ka väljaspool. Läti NSV arstiteadlased on saavutanud edu leuitiste ja ratsionaliseerimise alal. Nii kuulub üleliidulistest patentidest meditsiini alal 16% Läti arstiteadlastele. Suurt tähelepanu pööratakse teadussaavutuste juurutamisele.

Gastroenteroloogia arengust ja ülesandeist Eestis, Lätis ja Leedus rääkisid Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi peaterapeut professor N. Elšteín, Läti NSV Tervishoiu Ministeriumi peaterapeut professor I. Silinsja ja Leedu NSV Tervishoiu Ministeriumi peagastroenteroloog professor M. Krikštopaitis. Ilmnes, et kõigis neis kolmes liiduvabariigis on enam-vähem samad teoreetilised ja praktilised probleemid ning arenguperspektiivid, mis tingib antud probleemi alal kompleksse koostöö laiendamise vajaduse.

Pleenum otsustas tihendada koostööd ja

informatsiooni vahetamist kolme liiduvabariigi vahel. Järgmine ühendatud pleenum korraldatakse 1981. a. Riias.

Pärast pleenumit tutvusid külalised Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi töoga. Selgitusi andsid instituutide direktorid bioloogiadoktor L. Priimägi ja professor P. Bogovski.

*Andrei Sarap*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi alkoholismikomisjoni 1978. a. esimesel istungil 24. märtsil 1978. aastal, mis peeti tervishoiu-ministri esimese asetäitja E. Kama eesistumisel, kuulati Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla dispanseerse narkoloogiaosakonna juhataja R. Vassiljevi aruannet meie vabariigi meditsiinasutuste narkoloogiaalase töö kohta. Edusammuks on olnud narkoloogiakabinetide tööle rakendamine Eesti NSV kõikides rajoonides, välja arvatud Haapsalu rajoon, kus siiani ei ole psühhiaatrit ja kus abivajajad on ka narkoloogilisest arstiabist ilma jäetud. Alkoholpsühhooosi tõttu hospitaliseeritute arv on suurenenud, arvelevõetud alkohoolikute arv aga püsib enam-vähem ühesugune, mille põhjuseks võib pidada alkohoolikute kartust alkoholismi diagnoosiga kaasnevate tagajärgede pärast (juhilubade kaotus jne.). Narkoloogiliste haigetele ettenähtud voodikohtade arv meie vabariigis mõõdunud aastal suurenes. Tehase vahenditega avati narkoloogiaosakond Võru Rajooni Keskhaiglas. Kahjuks ei ole Tallinnas selles osas suudetud tegudeni jõuda. Komisjoni esimees E. Kama mainis, et narkoloogiavõrgu väljaarendamisel detsentraliseerimise suunas on edu märgatav.

Teisel komisjoni istungil, mis toimus 25. oktoobril 1978. a. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme professor J. Saarma eesistumisel, kuulati Võru Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja ravi alal A. Klingi ettekannet narkoloogiaalasest tööst Võru rajooni tervishoiuasutustes. Võru rajooni tervishoiuorganisaatorite saavutuseks on 50-kohalise narkoloogiaosakonna tööle rakendamine Võru Mööblivabriku juures 1977. ja 1978. aasta vahetusel. Kuigi osakond asub endises ühiselamus, on ruumide kasutuse osas leitud optimaalne lahendus. Tänu Võru Mööblivabriku juhtkonna kaasabile on palatid, kabinetid ja abiruumid hästi sisustatud. Muret tekitab veel see, et haigete suunamine osakonda on vähenenud, küll aga on sagenenud distsipliinirikumised ja alkoholi tarvitamine ravialuste poolt. Taoline olukord on tekkinud ka teistes narkoloogiaosakonnades, selle põhjuseks on asjaolu, et statsionaarsele ravile pööratakse enamikul juhtudel ravi- ja tööprofülaktooriumi suunamisest kõrvalehoidmiseks.

Komisjon pidas vajalikuks olukorrast infor-

meerida Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi, ühtlasi tegi ettepanekuid olukorra parandamiseks.

Kolmandal komisjoni istungil, mis peeti 24. novembril 1978. a. Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja E. Väarti eesistumisel, arutati Narva meditsiinasutuste narkoloogiaalast tööd. Narva Linna Haigla peaarst M. Silland on alkoholismiravi rakendanud veneroloogiaosakonnas.

Komisjoni tööplaanis on tähelepanu pööratud nende arstide kvalifikatsiooni tõstmisele, kelle ülesannete hulka kuuluvad alkohoolikute väljaselgitamine, nende arvelevõtmine ja ravi korraldamine ettevõtete juures. Sel eesmärgil on nii polikliiniku- kui ka tsehhiarstidele korraldatud kahekuuline täiendustsükkel TRÜ arstide täiendamise teaduskonnas. Jääb vaid loota, et niisugused täiendustsüklid leiaksid arvukamat osavõttu. Et alkoholi kuritarvitajate seas esineb traumasid, mitmesuguseid somaatilisi haigusi, suguhaigusi sagedamini kui muu elanikkonna hulgas, siis on narkoloogiaalased teadmised ja oskused terapeutidele, veneroloogidele, tsehhiarstidele kutsetöös kasulikud ja vajalikud.

Narkoloogidele korraldati 1978. a. vabariiklik seminar Tallinna Ravi- ja Tööprofülaktooriumis. Ettekanded olid Eesti NSV Sise-ministeriumi töötajatelt ning narkoloogidelt.

Komisjoni tööplaanis on ette nähtud jätkata alkoholismivastast propagandat raadio, televisiooni ja ajakirjanduse vahendusel.

*Hans Väre*

3. jaanuaril 1979. aastal toimus Tartus Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi pulmonoloogia probleemikomisjoni avalik koosolek, millest võttis osa hulgaliselt tuberkuloosi- ja muude raviasutuste arste ning õppejõude ja teaduslikke töötajaid. Koosolekut juhatas arstiteaduse doktor L. Jannus.

Arutluse all olid ftisiaatria ja pulmonoloogia integratsiooni küsimused Tartu linnas ning kopsuhaiguste õpetamise mõningad probleemid TRÜ-s.

Tartu Linna Tuberkuloositorje Dispanseri peaarst G. Arro käsitles oma ettekandes mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejate arstiabi Tartu tuberkuloosiasutustes. Selgus, et tuberkuloosidispanser ei ole polikliinikult veel täielikult üle võtnud kroonilist pneumooniat põdejatele arstiabi andmist. Haiged, keda ravitakse muude haiguste tõttu polikliinikus, pöörduvad sinna ka kopsuhaiguste ravimiseks. Mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejate statsionaarsel arstiabil aga on oluline osa tuberkuloosistatsionaari pulmonoloogiaosakonnal: sinna saadetakse pooled ägedat kopsupõletikku põdejad Tartu linnas. Peale nende ravitakse nimetatud osakonnas mitmesuguseid kroonilisi kopsuhaigusi põdejaid, sealhulgas ka bronhiaalastmahaigeid.

Tartu Polikliiniku peaarst S. Aru avaldas oma sõnavõtu lootust, et edaspidi on võimalus pulmonoloogiaosakonda saata haigeid ka kiir- ja vältimatu abi korras.

Arstiteaduse doktor A. Reinvald märkis, et Tartus on tuberkuloosiasutused olnud edukad mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejatele arstiabi andmisel.

Sõnavõttudest jäi mulje, et Tartu Tuberkuloositorje Dispanseri statsionaari pulmonoloogiaosakond on kujunemas Lõuna-Eesti keskseks raviasutuseks mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ravimisel. Ent arvati siiski, et kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejate dispanseerimist tuberkuloosiasutustes tuleb täiustada.

Teises ettekandes käsitles professor H. Sillastu kopsuhaiguste õpetamist TRÜ-s. Kopsuhaigused on kolme kateedri õppeplaanis, kusjuures neist kahe kateedri kliiniline baas on Tartu Linna Tuberkuloositorje Dispanseri statsionaar, sealhulgas ka pulmonoloogiaosakond. Professor H. Sillastu tõstas küsimuse eraldi kopsuhaiguste kateedri moodustamise kohta, nagu seda on tehtud mitmes NSV Liidu kõrgkoolis. Spetsiaalne kopsuhaiguste kateeder, kus õppetöö toimub vastavalt sisehaiguste propedeutika, teaduskonnasisehaiguste ja hospitaalsisehaiguste kateedrite õppeplaanidele kopsuhaiguste osas, võimaldaks õppetööd paremini koordineerida. Tõstatatud küsimus kutsus esile elava diskussiooni.

Koosolekul toimunud arutelust nähtub, et pulmonoloogia on omandanud kindla koha muude arstiteaduse erialade hulgas, ehkki uute organisatoorse vormide rakendamisel mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejatele arstiabi andmisel, dispanseerimisel ja ravil kopsutuberkuloosiasutustes esineb mõningaid ebakohti.

Jaan Karusoo

## TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOO LIS

19. detsembril 1978 oli Tartus pediaatrite konverents, mille korraldasid Tartu Pediaatrite Selts ja TRÜ ÜTÜ pediaatriaring. Vanematel kolleegidel oli väga meeldiv tõdeda, et järelkasv on tubli. Konverentsil kuuldud 12 ettekandest oli viis üliõpilastelt ja internidelt. Töodes oli vaatluse alla võetud hereditaarne hemolüütilise aneemia varajane diagnoosimine (K. Kallik), kongenitaalne hüperkloreemiline renaalne atsidoos (L. Haldre), patogeense stafülokoki esinemissagedus bronhisekreedis ägedat bronhiiti ja pneumooniat põdevatel väikelastel (M. Kask, V. Põld), kongenitaalsete refleksiide osatähtsus kesknärvisüsteemi kahjustuse hindamisel (A. Tammperre, T. Rägo, R. Aas, I. Ebber) ning saavutused imikute suremuse vähendamisel Tartus aastail 1972...1977 ning perspektiivid (M. Lai, R. Suur). Viimast täiendas Pärnu rajooni peapediaater A. Tammiste ettekanne

«Mõningatest aspektidest imikute meditsiinilises abis Pärnu rajoonis», milles anti rohkesti praktilisi nõuandeid pediaatri töö korraldamiseks. L. Bostoni ettekanne käsitles transketolaasi aktiivsust ägedat pneumooniat põdevatel varaealistel lastel ja allakirjutatuna rääkis ravimiallergia laboratoorsest diagnoosimisest. Muljeid üleliiduliselt reumatoloogide kongressilt ja laste pneumoonia alasel konverentsilt jagasid E. Luiga ja T. Soo. Huviga jälgiti haigete demonstreerimist (L. Lääts, A. Paves).

Ingrid Laan

EKP TRÜ komitee 8. jaanuari istungil kuulati ära arstiteaduskonna parteibüroo sekretäri professor A. Tiku aruanne teaduskonna parteiorganisatsiooni tegevusest õppevälises kasvatustöös. Sellega on tegeldud pidevalt ja sisukalt, mitte paberil, vaid tegelikult. Õppevälist kasvatustööd on püütud tihedalt seostada õppetööga. Kord nädalas toimuvad dekamaadis nõupidamised, mitu korda semestris peavad nõu kursusejuhendajad. On loodud kursusenõukogud, millesse kuuluvad eriaine õppejõud, rühmajuhendajad ja kursuse kolmik. Need töövormid on viljakaks osutunud. Professor A. Tikk pidas internatsionaalses kasvatustöös parimaks spordimeditsiiniosakonda ning ka arstide ühiselamut. Agaralt tegeldakse suitsetamis- ja joomisvastase selgitustööga. Rektor professor A. Koop rõhutas, et teiste teaduskondade parteibüroodel on arstiteaduskonnalt palju õppida, sest arstidel on plaanide taga kompleksne töö.

Tartu Riikliku Ülikooli nõukogu valis 1978. aasta 24. veebruari koosolekul arstiteaduskonna hügieenikateedri professori 0,25 ametikohale Eesti NSV tervishoiuministri esimehe asetäitja arstiteaduse doktor E. Kama.

15. detsembril 1978 toimus Tallinnas üliõpilaste teaduslike tööde üleliidulise ja vabariikliku konkursi võitjate autasustamine, kelle hulgas olid paljud TRÜ arstiteaduskonna üliõpilased, kelle nimed siinkohal ära toome.

Üleliidulisel humanitaar-, loodus- ja täppisteaduste alasel konkursil said diplomi teiste hulgas ka Toomas Asser, Sofia Oskolkova, Eero Vasar ja Veiko Vasar.

Vabariiklikul konkursil said I järgu diplomi, rahapreemia ja rinnamärgi Toomas Asser, Aadu Liivat, Rein Lumiste, Eero Vasar, Mihhail Gus, Andrus Arro ja Aleksander Adojan. I järgu diplomi ja rinnamärgi pälvivad Lembit Rägo, Andrus Arro, Agu Kõrgvee, Hiie Klaus, Arvo Rosental, Vladimir Neklessa, Sofia Oskolkova, Olev Toomla, Ülle Lehtis ja Indira Saripova. I järgu diplomi ja nooremate kursuste rinnamärgi said Margus Viigimaa ja Zinaida Serohnova, II järgu diplomi ja nooremate kursuste rinnamärgi Sille Veskis, Riina Rämson, Katrin Uduvee, Siiri Alliksoo, Erika Keskküla ja Urve Kirotar.

\* \* \*

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 23. oktoobrist 1978 anti suurte teenete eest rahva tervishoiu arendamisel **sotsialistliku töö kangelase nimetus koos Lenini ordeni ja kuldmedaliga «Sirp ja Vasar»** neljakümnele tervishoiu- ja meditsiinitööstuse töötajale, kelle hulgas on ka meie vabariigist Pärnu Linna Haigla endine osakonnajuhataja Raivo Reinu p. **Toots**.

Teenete eest tervishoiu arendamisel autasustas NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium oma seadlusega 23. oktoobrist 1978 järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

#### Oktoobrirevolutsiooni ordeniga

**Väre, Hans Jaani p.** — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla paarast

#### Tööpunalipu ordeniga

**Bogovskaja, Jevgenia Ivani t.** — Tallinna Kiirabihaigla arst

**Kalda, Hillar Kaarli p.** — Võru Rajooni Keskhaigla paarast

#### Ordeniga «Austuse märk»

**Andresen, Helvi Vladimiri t.** — Tallinna Raeapteegi juhataja asetäitja

**Soots, Elfriede Ado t.** — Viljandi Rajooni Keskhaigla arst

**Tenga, Helvia Martini t.** — Tartu Kliinilise Haigla meditsiiniõde

#### Medaliga «Töövapruse eest»

**Ambur, Helve Leonhardi t.** — Rapla Rajooni Keskhaigla arst

**Olvet, Arvo Ando p.** — Rakvere Tuberkuloositorje Dispanseri arst

**Pärl, Evi Friedrichi t.** — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla lastepolikliiniku osakonnajuhataja

#### Medaliga «Eeskujuliku töö eest»

**Ignatjeva, Vera Sergei t.** — Kiviõli Linna- haigla kiirabiosakonna velsker

**Kapp, Maimu Aleksandri t.** — Tallinna Pelgulinna Haigla Tallinna Ehitustrusti tervishoiupunkti ämmaemand

**Noskov, Semjon Semjoni p.** — Narva Linna Haigla kiirabiosakonna vanemvelsker

23. novembril andis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees J. Käbin NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi nimel kõikidele autasustatutele kätte ordenid ja medalid ning õnnitles neid soojalt EKP Keskkomitee, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja meie vabariigi Ministrite Nõukogu nimel. Autasustatute nimel võtsid sõna R. Toots ja J. Bogovskaja. Autasustatud õnnitles ka Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep.



Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumis pärast autasude kätteandmist. Esiréas vasakult: V. Rätsep, V. Ignatjeva, E. Soots, J. Bogovskaja, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees J. Käbin, R. Toots, H. Väre, H. Ambur. Taga reas vasakult: V. Vaht, H. Tenga, H. Andresen, E. Pärl, H. Kalda, M. Kapp, S. Noskov, A. Olvet.

**Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustati NSV Liidu Ülemnõukogu nimel Tööveterani medalliga järgmisi pensionäre:**

**Haapsalu Vabariiklik Neuroloogia- ja Ortopediahaigla**

Luiza Jurinõhh, Ella Kerves, Leida Kesa, Elviine Paalberg, Olga Pere, Ida Perevoznikova, Natalja Sepman, Helga Tammiku, Zinaida Viik.

**Jõgeva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam**

Richard Joosep.

**Kingissepa Rajooni Keskaigla**

Maret Aulik, Praskovja Grišina, Ksenja Hiedell, Klafiira Jõgi, Ludmilla Jürjestaust, Jüri Klausson, Aili-Kaarin Käärid, Maria Mets, Magda Palts, Aino Ridala, Vaike Roosleht, Jaan Saarkesk, Jurosinia Seema, Salme-Loovise Õun.

**Kohtla-Järve 2. Linnahaigla**

Leida Kaarlõp, Antonina Kizina, Herta Lehepuu, Aleksandra Lukjanova, Nina Markova, Agness-Ljudmilla Mervekt, Galina Mihhailova, Klavdia Põšnaja, Natalia Ševbunova, Ilse Talpas.

**Iisaku Haigla**

Linda Karp, Aleksandra Pantelejeva.

**Pärnu Linna Haigla**

Marta Aavik, Leena Adamson, Ida Aru, Veera Atteman, Anna Deigels, Meta Evert, Berta Flaks, Maria Grigorenko, Šmuel Haitov, Tatjana Herzonkaja, Elfriede Jakobson, Hilda Jõerand, Linda Jüris, Anna Kalnin, Marta Kaugurs, Meeta Kerger, Liivia Killing, Alma Laks, Maria Lantsova, Leida Linask, Maria Linkma, Lidia Lulla, Laine Maidla, Meeta Meltsas, Valentina Nestrjutskaja, Hermann Niggol, Helene Odes, Sergei Pozdnjak, Salomia Prins, Ljudmilla Põhnonina, Linda Pärs, Herta Ratas, Anastassia Rodionova, Maria Saar, Miralda Sildmäe, Sinaida Sillaots, Helda Sillat, Aino Tõnisson.

**Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi IV Valitsuse Vabariiklik Haigla**

Leonhard Abel, Maimu Arend, Antonina Dobkejevitš, Maria Filatova, Lidia Govenko, Natalja Gusseva, Judif Issurina, Zinaida Leesment, Viktor Liivo, Dmitri Mihhalkin, Zoja Nikolajenko, Erika Nõlvak, Anaida Zaljants, Salme Tehvand, Jadviga Tšakir-Oglõ, Adele Viik.

**Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser**

Agnes Arak, Antonina Babina, Gitta Freiman, Hilda Sasijan, Linda Treier.

**Balti Raudtee Eesti Raudteekonna Tallinna Osakonna Lastehaigla**

Taissia Anikina, Salme Anton, Raissa Filipova, Klavdia Gogoleva, Antonina Gorjaeva, Nina Dinova, Maria Djukova, Meeta Kamm, Maria Korobkova, Anna Malina, Jekaterina Merzlova, Aleksandra Pihtina, Tatjana Rogovaja, Sonja Rudnitskaja, Anne Smirnova, Nadežda Šalak, Elfrida Žukova, Nina Talnaja, Irene Tampõld, Maria Tjurikova, Maria Vanhonen, Helmi Vatro, Jekaterina Vereštšagina.

**Eesti NSV Tervishoiu Ministerium**

Alla Šeremetjeva.

**Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam**

Anna Ivaško, Anastassia Kotljaroova.

**Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinik**

Hilse Poolakene.

**Balti Raudtee Valga Sõlme Haigla**

Erika Lagoš.

**Valga Rajooni Keskaigla**

Ella Anton, Ella Ilves, Sofia Ivanova, Lehte Leesik, Leida Nõmmik, Helene Rääbis, Salme Selge, Maimu Väin.

**Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam**

Evald Kivilo, Laine Oolo.

**Narva Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam**

Ilionija Fjodorova, Feja Karassova.

Kauaaegse viljaka teadusliku ja pedagoogilise töö ja ühiskondlikust elust aktiivse osavõtu eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 24. jaanuaril oma aukirjaga Tartu Riikliku Ülikooli farmaatsia kateedri juhatajat dotsent Johannes Tammeorgu tema 60. sünnipäeva puhul.

Kohusetruu töö eest partei- ja nõukogude organites autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 29. detsembril 1978 oma aukirjaga Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee hariduse, teaduse, kõrgõppeasutuste, tervishoiu ja sotsiaalkindlustuse osakonna juhatajat Heino Sisaskit tema 50. sünnipäeva puhul.

Kauaaegse eduka töö eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 26. veebruaril 1979 oma aukirjaga Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Neljanda Valitsuse juhatajat Jüri Narmat tema 50. sünnipäeva puhul.

Kauaaegse viljaka teadusliku ja praktilise tervishoiualase tegevuse eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 6. märtsil oma aukirjaga Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi peaterapeuti, Eesti NSV teenelist arsti professor Natan Elšteini tema 50. sünnipäeva puhul.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee koosolekul on arutatud mitmesuguseid küsimusi. Kõne all on olnud tööseadusandluse ja töötasustamise eeskirjadest kinnipidamine Tartu ja Jõgeva rajooni tervishoiuasutustes. Seal esineb mõningaid vigu tarifitseerimisel, erialase tööstäazi arvestamisel, ka kohakaasluslubade vormistamisel ja tööraamatute täitmisel. Arutusel on olnud Pärnu linna ja rajooni meditsiinitöötajate tevisekaitse. Enamikus Pärnu linna ja rajooni tervishoiuasutustes on tervishoiutöötajate töö- ja puhketingimused rahuldavad ning korralikult on organiseeritud nende toitlustamine. Edukalt töötab naiste töö-, olme- ja puhketingimustega tegelev komisjon. Soovida aga jätab Pärnu Linna Haigla, Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajate olukord ning tervishoiutöötajatele korterite andmine.

On analüüsitud ka pioneerilaagrite muldust tööd, on kontrollitud töötavatele pensionäridele pensioni väljamaksmise õigsust. Põhjalikult on analüüsitud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklikule Komiteele 1978. aastal laekunud avaldusi ja kaebusi. Kõige enam on saanud neid Tallinnast ja Kohtla-Järvelt, kuid üldarv ei ole suur. Selgitustööd tööseadusandluse ja tervishoiu juriidilistes küsimustes tuleb meditsiinitöötajate hulgas süvendada.

Presiidiumi koosolekul on arutatud Haapsalu ja Harju rajooni põllumajandustöötajate arstiabi. Viimase aasta jooksul on mõlemas rajoonis tunduvalt paranenud eriti noorukitele arstiabi andmine, ehkki Harju Rajooni Keskpolikliiniku ruumid ei võimalda optimaalselt tööd korraldada. Edaspidi nõuab enam tähelepanu põllumajandustöötajate meditsiiniline abi Haapsalu rajoonis ja üldse ajutise töövõimetuse juhtude arvu vähendamise. Presiidiumis on arutatud tervishoiutöötajate XIX vabariikliku spartakiaadi tulemusi. Spartakiaadist võttis osa vaid 522 tervishoiutöötajat, mis on väike arv. Kõige enam osavõtjaid oli VTK talvises mitmevõistluses ja suusatamises, teistest paremad olid Tallinna võistkonnad. Juba aastaid ei ole Võru ja Paide meditsiinitöötajad kaasa löö-

nud vabariiklikel spartakiaadidel, seevastu on agarust üles näidanud Viljandi ja Pärnu tervishoiutöötajate kehakultuurinõukogud.

Jüri Ennet

8. detsembril 1978 toimus Tallinnas tervishoiutöötajate ametiühingu rühmaorganisatorite ülevabariigiline kokkutulek. Pikema ettekande esitas allakirjutanu. Kõne all oli rühmaorganisatorite osa elanikele antava arstiabi edendamisel ning tervishoiutöötajate töö-, olme- ja puhketingimuste parandamisel. Arutati NLKP Keskkomitee novembripleenumi ja NSV Liidu Ülemnõukogu IX koosseisu kümnenda istungjärgu materjale ning neist tulenevaid tervishoiutöötajate ülesandeid. Kokkutuleku lõpul autasustati parimaid rühmaorganisatooreid.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirja ning rahapreemia said järgmised ametiühinguaktivistid: I. Andrejeva, M. Bauer, J. Iilmar, H. Kaseorg, H. Laos, I. Lototskaja, H. Maier, M. Mooser, L. Rätsep, E. Rüütel, V. Samolevski, R. Soosaar, E. Sorokina, I. Tutt, G. Umerov, V. Urm ja M. Valk Tallinnast, L. Indla, E. Sirge ja E. Vaht Tartust, L. Aro, N. Ivleva ja V. Vilu Kohtla-Järvelt, L. Kangur ja J. Pärtel Pärnust, S. Hansson Raplast, H. Helleste Võrust, V.-M. Kaiv Põlvast, R. Kurotskina Narvast ja V. Viljamäe Haapsalust.

Jüri Ennet

Tallinna linna Oktoobri rajooni tervishoiuasutuste meditsiiniõdede kutsevõistlused peeti 14. detsembril 1978. Esikoha pälvis Leida Kermet Nõmme Haiglast, teisele kohale tuli Maarika Aedla Vabariiklikust Vereülekandajaamast ja kolmandale kohale Ljudmila Rassadinova Tallinna Kiirabijaamast.

Paul Krooni

Möödunud aasta juulikuus sai Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut juurde uue teadusliku allüksuse. Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi käskkirja põhjal eraldati tööhügieeni ja eksperimentaalse toksikoloogia laboratooriumist kümne ametikohaga väliskeskkonna kantserogeenide laboratoorium, mille juhatajaks instituudi teaduslik nõukogu valis bioloogiadoktor I. Veldre.

Nüüd on instituudis viis eksperimentaalset, kaheksa kliinilist, kaks teaduslik-organisaatsioonilist allüksust ja Kutsehaiguste Kliinik. Lisaks neile on tööhügieeni ja eksperim-

mentaalse toksikoloogia laboratooriumi koosseisus tööfüsioloogide töörühm (moodustati 1974. a.) ja kliinilise onkoloogia osakonnas vähiepidemioloogia töörühm (1978) ning vähiregistri töörühm (1978).

Vähiregistri töörühm koos Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri vähistatistika kabinetiga moodustab Eesti vähiregistri, mille teaduslik tegevus on kooskõlas instiituudi teadusliku töö plaanidega.

*Ilmar Laan*

Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu fondid täienesid võorkeelsete arstiteaduslike raamatutega. 1977. a. Moskvas toimunud rahvusvaheliselt raamatunäituselt osteti raamatukogule 200 USA, Inglismaa ja Saksa Föderatiivse Vabariigi arstiteaduslikku raamatut kirurgia, pediaatria, oftalmoloogia, stomatoloogia ja teistelt erialadelt. Esindatud on selliste kirjastuste nagu «Pergamon Press», «Academic Press», «Springer Verlag», «Mosby Company» jt. väljaanded. Teatmeteostest mainiksime Soome kuueköitelist koduarsti entsüklopeediat ja Milanos välja antud kaheköitelist prantsuskeelset arstiteaduse entsüklopeediat.

Meedikute ja raamatukogutöötajate kasutada on nüüd ka ülemaailmselt tuntud järgmised arstiteaduslikud sõnaraamatud:

Dorland's Illustrated Medical Dictionary. 25 edition. W. B. Saunders. Philadelphia. London. Toronto. 1974. 1748 p.

Elsevier's Medical Dictionary. 2. edition. Elsevier Scientific Publishing Company. Amsterdam. Oxford. New-York. 1975. 1452 p.

Stedman's Medical Dictionary. 23 edition. Williams and Wilkins Company. Baltimore. 1977. a. 1678 p.

*Milvi Tedremaa*

## AJAKIRJA «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID» 1978. AASTA PREEMIAID

Toimetuse premeerimiskomisjoni valiku ja otsuse põhjal, mis tehti professor P. Bogovski eesistumisel toimunud koosolekul 6. veebruaril 1979, määrati kolm rahapremiat järgmistele artiklitele kui 1978. aastal avaldatud parimate tööde eest:

**Heljut Kapral** — «Algoritmiline rögaanalüüs», 1978, 5, 398—402;

**Paavo Kõrge** — «Steroidhormoonide toime molekulaarsed mehhanismid — eksperimentaalse endokrinoloogia üks põhisuundi», 1978, 1, 32—37;

**Arvo Tikk** — «Perifeersetel närvidel kahjustuste kirurgiline ravi», 1978, 1, 9—11.

Komisjon otsustas esile tõsta järgmised artiklid, arvesse võttes nende originaalsust ja neis käsitletud probleemide akuutsust.

**Semjon Etlin** — «Põlevkivitöötlemise ettevõtete töölise vähihaigestumus», 1978, 4, 317—319;

**Rein Koha, Jevgeni Luštšikov** — «Rasvemboolia diagnoosimine Kohtla-Järve 1. Linnahaiglas», 1978, 4, 311—313;

**Manfred Silland** — «Prostaglandiinid», 1978, 2, 130—134;

**Ilmar Vahula, Unna Jõks** — «Salmonella harva esinevate serotüüpide *Salmonella tshiongwae* ja *Salmonella budapest* isoleerimine Pärnus», 1978, 4, 331—334;

**Jaan Valsiner, Helje Kaarma** — «Mõningaid psühholoogilisi probleeme sünnitusabis», 1978, 5, 418—422.

## EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

**Kahn, H.** The Impact of Basic Oil Shale Products on Workers Health. In: Abstracts XIX International Congress on Occupational Health. Zagreb, 1978, p. 704.

**Kama, E.** Chronische unspezifische Lungenerkrankungen in der Estnischen SSR. Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane, 1977, 147, 147—150.

**Kama, E.** Detection and Follow-up of Subjects at Risk of Contracting Tuberculosis. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis, 1976, 51, 1. Proceedings of the XXIIIrd International Tuberculosis Conference, Mexico, 23—26 September 1975, 335—336.

**Kama, E., Pullisaar, H.** Die Erfassung und Massnahmen zur Verhütung von Tuberkuloseerkrankungen «Gesunder Befundträger» in der Estnischen Sozialistischen Sowjetrepublik (ESSR). Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane, 1976, 146, 263—265.

**Kama, E.** The Ambulatory Control of Persons with High Risk of Tuberculosis. Scandinavian Journal of Respiratory Diseases. Suppl. 102, Copenhagen, 1978. Proceedings of the Joint Conference of Finnish Anti-Tuberculosis Association and the Europe Region of the International Union Against Tuberculosis, Hanasaari, June 13—17, 1977, 97—98.

**Uibu, J., Bogovski, P., Tauts, O.** Formation of Nitrosodimethylamine by Microorganisms Used in the Baking Industry or Isolated from the Raw Materials of Bakery Products. — In: Environmental Aspects of N-Nitroso Compounds. Lyon (IARC Scientific Publications No 19), 1978, 247—255.

# **Nõukogude Eesti Tervishoid**

## **[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]**

**Медицинский журнал Министерства  
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 2, март, апрель 1979 г.

**Ю. М. Саарма — Актуальные проблемы  
наркологической службы Эстонской  
ССР**

В течение последних лет в Эстонской ССР достигнуты определенные успехи в реализации намеченной Министерством здравоохранения СССР единой системы наркологической службы. Однако еще недостаточно охвачены лечением больные алкоголизмом более легких стадий, не всегда обеспечены необходимая продолжительность и индивидуализированная комплексность первичного лечения и поддерживающей терапии. Первостепенной задачей наркологических лечебно-профилактических учреждений республики является повышение качества и эффективности данного вида специализированной помощи населению.

**И. Ю. Трофимова — Перспективы оф-  
тальмологической помощи в Эстонской  
ССР**

**В. Н. Сергеев — Алкоголизм среди мо-  
лодежи**

Распространение алкоголизма среди молодежи является серьезной социальной и медицинской проблемой. Большую роль в развитии алкоголизма играют преморбидные патологические черты характера в пубертетном возрасте, отягощенная наследственность, травмы головного мозга, инфекции, нейроинфекции. Алкоголизм среди молодежи развивается в среднем в 4 раза быстрее по сравнению со взрослыми. Развитие и стадии заболевания во многом совпадают с динамикой заболевания у взрослых. В лечении главный упор дела-

ется на общеукрепляющее, седативное лечение, психотерапию, мероприятия воспитательного характера.

**М. О. Тааль — О некоторых факторах,  
обуславливающих употребление алко-  
голя подростками**

Задача работы заключалась в выяснении некоторых факторов, обуславливающих употребление алкоголя подростками с психопатоподобными состояниями разного генеза. По анамнестическим данным и клинико-психологическим методом обследовались 98 подростков с нарушениями поведения (беспочинные пропуски уроков, бродяжничество, употребление алкоголя и т. д.).

Выяснилось, что важной причиной возникновения нарушений в поведении, в том числе и употребления алкоголя, является нездоровая социальная микросреда. Нередко это обуславливается злоупотреблением алкоголем родителями и родственниками обследуемых подростков. Несмотря на корреляцию между злоупотреблением алкоголем подростками и их родителями, употребление алкоголя подростками в выраженной степени зависит от характера их личности, эмоционально-волевой деятельности, интеллектуальных способностей и отклонений в психике.

**Х. А. Кахн, С. А. Веймер, В. О. Туулик  
— Определение содержания этанола в  
крови и в выдыхаемом воздухе**

Доказана возможность определения содержания этанола в крови по анализу выдыхаемого воздуха при помощи газового хроматографа АГК 7—01, сконструированного и изготовленного в СКБ АН ЭССР. Аппарат регистрирует наличие этанола в выдыхаемом воздухе до появления клинических признаков алкогольного опьянения. Определение содержания этанола в выдыхаемом воздухе является ценным вспомогательным методом для установления и уточнения состояния алкогольного опьянения, особенно при его легкой степени.

**Т. А. Покк, Л. Р. Покк — О причинах  
смерти алкоголиков**

Приводится анализ секционного материала прокуратуры г. Тарту за последние 20 лет (с 1958 г. по 1977 г.). За данный период клинический диагноз хронического алкоголизма имел место у 110 умерших, что составляет 1,1% всех вскрытий. В течение последних десяти лет, а особенно в последние пять лет (с 1973 г. по 1977 г.) на секционном материале стали заметно чаще встречаться летальные исходы у алкоголиков. Более частыми причинами смерти алкоголиков были алкогольный психоз, цирроз печени, пневмония и туберкулез легких.

Ошибки клинической диагностики у алкоголиков были обнаружены в 15 случаях, что составляет 16,3% всех выявленных заболеваний.

#### **А. В. Герасимова — Оперативное лечение блефароптоза, осложненного пальпебро-мандибулярной синкинезией**

Описываются признаки и патогенез сравнительно редко встречающегося заболевания — блефароптоза, осложненного пальпебро-мандибулярной синкинезией (синдром Маркуса Гунна). Приводятся литературные данные об оперативном лечении синдрома и описывается собственный опыт хирургического лечения шести случаев синдрома.

При незначительном подергивании века и блефароптозе показана операция усиления леватора. При значительном подергивании века и блефароптозе обязательна леваторотомия или резекция леватора и затем исправление блефароптоза с использованием функции лобной мышцы.

#### **А. Ю. Тооминг — Связь высокой близорукости с некоторыми показателями**

В офтальмологическом отделении Тартуской поликлиники за период 1964—1974 гг. автором было исследовано 559 пациентов с высокой близорукостью. Использование информационного анализа позволило установить сравнительно тесную связь степени миопии с различными количественными и качественными показателями болезни (изменения глазного дна, острота зрения, корригованность, осложнения, возраст, рост, вес, профессия, образование пациента и др.). В течение 10 лет прогрессирование отмечалось у 35,6% всех пациентов.

Было выявлено, что чем выше степень близорукости в начале периода исследования, тем выше процент прогрессирования ее. Процент прогрессирования у пациентов, которые регулярно носили очки (44,7%), выше, чем у пациентов (28,6%), которые носили очки нерегулярно или вообще не пользовались коррекцией.

#### **Л. Л. Шоттер — Определение оптического центра очковых линз**

Определение оптического центра очковых линз имеет значение для выяснения причин некоторых нарушений зрения. Существует ряд довольно сложных аппаратов для определения оптического центра стекол. Н. М. Сергиенко и Л. Х. Шоттер описывают наиболее простые методы. Первый из них основан на призматическом действии периферической части оптического стекла, вследствие чего изображение объекта, видимое через стекло, совпадает с

объектом только тогда, когда изображение проходит через его оптический центр. Второй метод основан на том, что совпадение отражений от обеих поверхностей оптического стекла происходит только при параллельных поверхностях, которые имеются лишь в оптическом центре стекла. Целью работы было оценить оба метода с точки зрения возможности применения их на практике. Измерения показали, что оба метода технически просты, легко осваиваются и дают достаточно точные результаты.

#### **Э. В. Пост — О значении аудиологического обследования детей**

Статья знакомит педиатров с основными формами и причинами возникновения глухоты, а также методами ее диагностики и лечения. Указываются возможности для обеспечения нормального умственного развития детей с понижением слуха и пути полного или частичного обратного развития глухоты. С этой целью необходима совместная работа педиатров, оториноларингологов, сурдологов, невропатологов, психиатров и логопедов, которая обеспечивает реабилитацию детей с понижением слуха.

#### **В. М. Болотовский, Н. С. Титова, О. М. Тамм, Я. К. Мартин, А. И. Воробьева, И. И. Блумберг, А. И. Будяк, У. Ю. Мирме — Реактогенные свойства живой коревой вакцины**

В г. Нарве и Пярну проводилось сравнительное изучение реактогенных свойств 12 серий живой коревой вакцины, применяемой для массовой иммунизации. В целом все серии обладали довольно низкой реактогенностью. В зависимости от серии наблюдались вариации в пределах 10,4—22,1% сильных и средних клинически выраженных температурных реакций. Изредка отмечали сыпь (2,0—10,2%) и конъюнктивит (1,8—8,0%).

Большее число вакцинальных реакций наблюдалось в весенние месяцы, когда организм детей сравнительно более ослаблен. Показано, что общее количество температурных реакций на прививку увеличивается в группе детей, перенесших в течение последнего перед прививкой года острые респираторные заболевания. Данные клинического анализа крови свидетельствуют о том, что все дети с показателями гемограммы, указывающими на наличие воспалительного аллергического состояния или снижение иммунологического потенциала, могут ответить на прививку повышенной реакцией.

**С. Ю. Ульп, Р. А. Труве, У. Ф. Сибуль —  
Новый метод операционной рН-метрии**

Авторами разработан новый метод операционной рН-метрии, при котором учитывается давление электрода, измеряющего рН слизистой оболочки, на поверхность изучаемого органа.

На основании предварительных исследований авторы установили, что рН слизистой оболочки желудка резко меняется в зависимости от степени давления на нее электрода.

Авторами усовершенствован зонд ИСТОК при помощи специальных каналов для измерения давления прижатия электрода и разработана методика этого вида операционной рН-метрии. Метод внедрен в хирургическую практику с целью оценки эффективности проксимальной селективной ваготомии у 124 больных с пилородуodenальными язвами.

**Ю. Я. Планкен, К. А. Валгма, Я. Я. Рийв, Р. В. Каскметс, М. М. Линд —  
Состояние лечения артериальной гипертензии (АГ) по данным эпидемиологического исследования**

Приводятся данные эпидемиологического исследования 598 мужчин и 558 женщин г. Тарту в возрасте 45—54 лет, проведенного с целью выявления состояния диагностирования и лечения артериальной гипертензии (АГ). Среди мужчин в ходе эпидемиологического исследования АГ впервые диагностировалась в 49,6% случаев, среди женщин — в 31,7% случаев. Эффективным оказалось лечение только 4% мужчин и 10% женщин. Необходимо улучшить диагностирование и лечение АГ среди населения.

**Я. Э. Эха, А. Р. Лейссоо, Я. А. Маароос, О. А. Луха —  
Влияние локализации перенесенного инфаркта миокарда на функцию левого желудочка сердца. Вентрикулографическое исследование**

В работе проанализированы электрокардиограммы и левые вентрикулограммы 77 больных, перенесших хорошо документированный инфаркт миокарда. У всех больных обнаружен на ЭКГ патологический зубец Q: у 36 (I группа) — передней локализации, у 41 (II группа) — заднедиафрагмальной локализации. Результаты селективной коронарографии и левой вентрикулографии свидетельствуют о том, что при наличии патологического зубца Q у 92,3% больных имеет место асинергия левого желудочка, в том числе у 81,9% более тяжелые ее формы — акинезия и дискинезия. Также было выявлено, что после перенесения инфаркта передней локализации функция ЛЖ снижается намного сильнее, чем после

инфаркта миокарда задней диафрагмальной стенки ЛЖ. При этом асинергия передней локализации имеет большую протяженность, чем асинергия задней стенки ЛЖ. По мнению авторов, полученные результаты обусловлены возникновением более протяженных асинергических зон в передневерхней области ЛЖ, а также большей важностью этой зоны ЛЖ в изгнании крови.

**Х. Я. Вярэ —  
Об особенностях течения алкоголизма у женщин**

В статье приводятся литературные данные о причинах возникновения алкоголизма. Описываются особенности течения и симптоматики алкоголизма у женщин. Автор приводит собственные данные, свидетельствующие о различиях в транспортных механизмах кислорода и в энергетическом обмене у женщин. Наблюдаемое увеличение гемосинтеза у алкоголиков обусловлено индукцией микросомальной системы печени. Активность этой системы у женщин ниже, чем у мужчин, что может оказаться одной из причин более быстрого формирования у женщин симптомов алкоголизма.

**Т. П. Аарелейд, М. А. Йызяэр, М. П. Хермлин, Х. Э. Кокк, М. Х. Кальдер —  
Автоматизированная обработка данных относительно больных, выбывших из стационара**

В статье описывается автоматизированная система обработки карт больных, выбывших из стационара, разработанная Вычислительным центром МЗ ЭССР в сотрудничестве с Тартуской клинической больницей. В качестве первичного документа используется уч. ф. 266-к, приспособленная к обработке на ЭВМ, которая вместе с шифраторами для кодирования данных составляет основные элементы системы. Система позволяет при обработке данных на ЭВМ «Раздан-3» с использованием системы «СОДИ» получить 46 видов выходных таблиц, которые содержат как информацию для статистической отчетности, так и самые разнообразные данные о контингентах больных и лечебно-диагностической деятельности стационара.

**Л. К. Ляятс, Л. М. Сильдвер —  
Врожденный адреногенитальный синдром (солетеряющая форма)**

**И. Ю. Трофимова, Э. А. Валдре —  
Острый приступ глаукомы**

При профилактических осмотрах на глаукому выявляются в основном открытоугольные формы, которые протекают в начале заболевания незаметно для больного. В практике среднему медицинскому работ-

нику приходится встречаться и с острым приступом глаукомы. Приступ глаукомы надо отличать от острых заболеваний желудочно-кишечного тракта, острых нарушений сердечно-сосудистой системы и острого иридоциклита. При установлении диагноза следует немедленно начинать общее и местное лечение для понижения внутриглазного давления, а также для снятия болей. Лечение производится в стационаре.

#### **Х. Д. Лыйв — Пищевые отравления, вызываемые стафилококковым энтеротоксином**

Среди пищевых отравлений чаще всего встречаются отравления стафилококковым энтеротоксином, который продуцируется 20% всех стафилококков. Стафилококки вызывают отравление, если они попадают в пищевые продукты (мясные, молочные и яйцепродукты, в том числе молочные и яичные порошки, кондитерские изделия и др.) и размножаются в них. При размножении стафилококки выделяют токсин, который является устойчивым в условиях обычной кулинарной обработки пищевых продуктов и уничтожается только при автоклавировании (117° ... 121°). После употребления в пищу продуктов, содержащих токсин, через 2 ... 4 часа (от 30 минут до 7 часов) возникает слюноотделение, тошнота, рвота и даже понос. Температура нормальная. Выздоровление наступает через 1 ... 3 дня. Смертельные исходы среди взрослых редки, но среди грудных детей встречаются довольно часто. Пищепродукты загрязняются через людей, в носоглотке у которых находятся стафилококки. При кашле или удалении носового секрета загрязняются руки и окружность. Поэтому в профилактике самое важное — санация носителей стафилококков и санитарно-гигиенические мероприятия (обеспечение чистоты производственных помещений, дезинфекция, хранение и обработка пищевых продуктов при установленной температуре).

#### **Подготовка кадров**

Л. М. Сильдвер, Л. Я. Тамм — Подготовка детских врачей и повышение квалификации их в Тартуском государственном университете

В. В. Калнин — 120 лет со времени первой переписи больных глазными заболеваниями и слепых в России

В 1856—1859 гг. по инициативе профессоров Тартуского университета Г. Самсон-Гиммельштирна и Г. Эттингена было проведено обследование сельского населения Лифляндии с целью получения сведений о числе людей, страдающих глазными болез-

нями, с обозначением характера недуга. Это было первой попыткой учета больных глазными заболеваниями и слепых в России. В обследовании больных, которые по извещению собирались в определенное время к именным и церквям, принимали участие врачи, прошедшие специальную подготовку. Несмотря на недостатки (некоторые графы регистрационных бланков оставались незаполненными, местами не все больные являлись на осмотр, качество обследования было неодинаковым), впервые был получен статистический материал о заболеваемости населения глазными болезнями и частоте слепоты. Было выявлено 619 слепых на оба глаза и 1379 ослепших на один глаз. Однако эти цифры были далеки от действительности, что подтвердила тщательная перепись, произведенная по Тартускому уезду. Распространение полученного соотношения на остальные уезды позволило установить, что в Лифляндии имелось 2806 ослепших на оба глаза, т. е. 42,8 слепых на 10 000 населения. В 80-е годы в России борьбу со слепотой в широких масштабах начал воспитанник Тартуского университета А. И. Скребицкий.

#### **А. А. Лийв — Пильгузеской психиатрической больнице 65 лет**

В 1913 г. на острове Сааремаа (Эзель) был открыт Пильгузеский приют для душевнобольных острова.

В 1913—1943 гг. в приют было принято всего 493 душевнобольных, в 1946—1975 гг. — 3587 больных. В последние годы среди диагнозов первое место занимает алкоголизм, второе — шизофрения. В настоящее время особое значение приобретает амбулаторная психиатрическая служба.

#### **С. Р. Йыкс — Республиканский симпозиум по вопросам гриппа**

И. К. Рейнару — Симпозиум по вопросам эпидемиологии и профилактики кишечных инфекций

#### **А. Н. Вапра — Конференция геронтологов Литовской ССР**

Ю. М. Саарма — II Всесоюзная конференция по вопросам наркологии

А. Н. Вапра — Сессия отдела клинической медицины и института геронтологии АМН СССР

С. Р. Йыкс — Всесоюзный семинар по вопросам вирусологии

Л. С. Приймаги — Всесоюзный симпозиум

Р. В. Силла, И. А. Вельдре — XVII Всесоюзный съезд гигиенистов и санитарных врачей

Х. Х. Тикко — V Всесоюзное совещание по вопросам усовершенствования и специализации врачей и провизоров

Х. А. Кахн — Семинар Всесоюзного общества «Знание»

У. Ф. Сибуль — Всесоюзная конференция по теме «Ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки»

И. Ю. Трофимова — Международная конференция по вопросам кератопластики и кератопротезирования

Ю. М. Саарма — III симпозиум психиатров Советского Союза и Финляндии

М. Ю. Теккель — Международный семинар по вопросам эпидемиологии опухолей

М. К. Куусма — Симпозиум по вопросам лечебных препаратов Народной Республики Болгария

Х. Я. Вяре — Новое руководство по психиатрии

#### Юбилейные даты

#### В врачебных обществах

Л. Х. Шоттер, А. В. Панов — Сигнальный магнит-зонд для удаления внутриглазных осколков

Для удаления мелких, фиксированных в заднем отделе глазного яблока магнитных осколков в случае, если они не поддаются дистанционному действию магнита, показано применение магнит-зонда либо, если они не офтальмоскопируются, сигнального магнит-зонда (Л. Х. Шоттер, инж. Э. Х. Самели). Последний представляет собою электрический элемент. Активным полюсом является лишенная изоляции передняя поверхность острого зонда, пассивным — цинковая пластинка на руке пациента, электродом — жидкости и ткани организма. В цепь включен микроамперметр. При введении зонда в полость глаза образуется электродвижущая сила. В случае притяжения осколка увеличивается площадь активного электрода и сила тока, регистрируемая микроамперметром. Сигнализируя своевременно о притяжении осколка, прибор предохраняет глаз от излишних манипуляций и травм.

#### Некрологи

#### Новые лекарственные препараты

#### Хроника

#### Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

# Nõukogude Eesti Tervishoid

## [SOVIET ESTONIAN HEALTH] Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

No 2. March, April 1979

J. Saarma — Actual problems of narcological services in the Esthonian SSR

In recent years certain results have been achieved in the Esthonian SSR in the organization of narcological services on the basis of the principles put forward by the All-Union Ministry of Health. However, patients with milder forms of alcoholism are still insufficiently covered by specialized services, and in the treatment of alcoholics not always individualized complexity and necessary duration of treatment is guaranteed. The most actual task of narcological services in our republic is to improve the quality and efficacy of this kind of medicare.

I. Trofimova — Prospectives of Ophthalmological Aid in the Estonian SSR

V. Sergejev — Alcoholism among Adolescents

In the past few decades the incidence of alcoholism among young people has increased. Alcoholism has become a serious social and medical problem. Loaded heredity, intellectual disturbances, injuries to the brain, infections, particularly neuroinfections, and pathological personality traits in puberty are some of the significant risk factors for frequent use of alcohol by adolescents. It is concluded that so-called qualifying period for adolescent alcoholics, before total dependence takes over, is four times shorter than that among adults.

The management of alcoholism among young people includes tonic and sedative treatment, psychotherapy and educative measures.

### **M. Taal — Factors Leading to the Consumption of Alcohol in Adolescents with Mental Disorders**

An attempt was made to assess the factors leading to the consumption of alcohol among adolescents with abnormal behaviour resembling psychopathy. 98 adolescents with abnormal behaviour were examined. As a result, it has been found that one of the causes of abnormal behaviour, including alcohol abuse, is unfavourable social microclimate. Adolescent behaviour problems have been linked to both parental drinking and alcoholism among the near relatives of the adolescent. Although there is a certain correlation between alcohol abuse among adolescents and parental drinking, alcohol consumption among youngsters is largely independent on personality traits, such as intellectual abilities, emotionality life and will-power, and also mental disorders.

### **H. A. Kahn, S. Veimer, V. Tuulik — Determination of Ethanol Concentration in Breath and in Biological Samples**

This article deals with laboratory evaluation of blood ethanol levels on the basis of quantitative determination of breath ethanol concentration by the use of the gas-chromatograph AGK 7-01 developed by the Special Construction Bureau of the Academy of Sciences of the Estonian SSR. The device permits detection of ethanol in breath even before the signs of alcoholic intoxication appear. The determination of alcohol in breath by the use of this gas-chromatograph is a valuable method for an accurate evaluation of the degree of inebriation, especially in persons with a relatively low blood alcohol concentration.

### **T. Pokk, L. Pokk — Causes of Death in Autopsy Material Consisting of Alcoholics**

The records of the necropsies performed in Tartu within the last 20 years (1958-75, incl.) have been analysed. As a result, alcoholics were found in 110 cases (in 1.1 per cent of necropsies). The incidence of fatal alcoholic cases had increased in the last 10, particularly in the last 5 years (1973-77, incl.). The most frequent causes of death in autopsied alcoholics were delirium, hepatic cirrhosis, pneumonia and tuberculosis. Errors in clinical diagnosis were made in 15 cases (in 16.3 per cent of necropsies).

### **A. Gerassimova — Surgical Treatment of Blepharoptosis Complicated with Palpebro-Mandibular Synkinesia**

The symptoms and pathogenesis of a relatively rare eye condition — blepharoptosis complicated with palpebro-mandibular

synkinesia (Marcus Gunn's syndrome) is described. The author presents some data published in the literature on the surgical treatment of this syndrome and describes the operative recovery of 6 cases of the disease. It is recommended to use the surgical reinforcement of the elevator muscle of the upper lid in cases of minor twitching of the upper lid and slight blepharoptosis. But in cases of severe twitching of the upper eyelid and heavy blepharoptosis the resection of the elevator of the upper lid and its following elevation, employing the frontal muscle function, is necessary.

### **A. Tooming — The Relationship between Myopia Magna and Disturbances of Visual Function**

559 patients with myopia magna were studied by the author at the Tartu Polyclinic in the years 1964-74. By using data processing, a relatively close dependence of the degree of myopia upon the condition of fundus, visus and other quantitative and qualitative features was found. The findings also suggest that the percentage of a progressive aggravation of myopia is dependent on the severity of the disease. In patients regularly wearing glasses the aggravation rate of the disease was higher, in 44.7 per cent, in comparison with patients without any eyesight correction, in 28.6 per cent.

### **L. L. Schotter — Determination of the Optical Centre of Eyeglasses**

The determination of the optical centre of eyeglasses is of certain value in the diagnosis of visual disturbances. There are a number of sophisticated instruments for determining the optical centre of eyeglasses. N. Sergienko and L. Schotter describe two simple methods which can be used for this purpose. The first method is based on the prismatic properties of the peripheral zone of optical glass: the image of the external object created by the eyeglass will coincide with the object if light rays travel through the centre of the eyeglass. The other method is based on the coincidence of reflected images from both parallel surfaces of the eyeglasses. Such parallel surfaces are only at the optical centre of the eyeglass. The purpose of this study was to assess the preciseness and practicability of these two methods. It is concluded that these methods are both simple and give accurate results.

### **E. Post — The Importance of Audio-logical Care for Children**

The article deals with various forms and the principal causes of hearing impairment in children. It also gives details of the

available diagnostic methods and results which a timely diagnosis and treatment can offer. The author places emphasis on facilities for a normal mental development of children with hearing impairment and for partial or total restoration of hearing. In this respect, a closer co-operation between pediatricians, otorhinolaryngologists and logopedists is needed.

V. Bolotovskiy, N. Titova, O. Tamm, J. Märtin, A. Vorobjova, I. Blumberg, A. Budjak, U. Mirme — **Reactogenic Properties of a Live Measles Vaccine from the Strain L 16**

A comparative study of so-called reactogenic properties of 12 series of live measles vaccine, used for mass-scale vaccination, was carried out in Narva and Pärnu. Although these series of live measles vaccine were found to be safe, unwanted adverse reactions were observed among the subjects vaccinated with some series of the vaccine. The salient clinical features of vaccinal reactions were fever (ranging from 10.4 to 22.1 per cent), the presence of a rash (from 2.0 to 10.2 per cent) and conjunctivitis (from 1.8 to 8.0 per cent).

The majority of vaccinal reactions were observed in spring when children were weaker. It was demonstrated that the total number of temperature reactions to the vaccination was higher in children who had a history of acute respiratory disease in the previous year prior to the vaccination.

The results of clinical blood tests suggest that inflammatory, allergic children with a low immunity level may give a severe adverse reaction to the vaccination.

S. Ulp, R. Truve, U. Sibul — **A New Method of Operative pH Metry**

The authors have developed a new method of operative pH metry. Using a special electrode, the pH meter measures not only pH, but also the pressure the electrode exerts against the surface of the organ studied.

Preliminary studies have suggested that pH of the gastric mucous coat changes significantly according to the pressure of the electrode against the inner surface of the wall of the stomach. The authors have developed a special sound which simultaneously, by the use of special canals, measures both pH and the pressure of the electrode against the mucous coat of the stomach. This method has been introduced into surgical practice in order to assess the efficacy of proximal selective vagotomy in 124 patients with pyloroduodenal ulcers.

Ü. Planken, K. Valgma, J. Riiv, R. Kaskmets, M. Lind — **Some Problems of the Treatment of Arterial Hypertension Revealed by an Epidemiological Survey**

The article presents data on the diagnosis and treatment of arterial hypertension in Tartu obtained by an epidemiological survey of the population. As a result of this survey, arterial hypertension has first been revealed in 49.6 per cent of males and in 31.7 per cent of females studied. Only 4 per cent of male patients with arterial hypertension and 10 per cent of female patients were receiving a proper treatment, i. e. the blood pressure measured 160/95 mm Hg on examination.

It is concluded that a steady improvement in the detection and therapy of arterial hypertension is needed in Tartu and in the Republic as well.

J. Eha, A. Leissoo, J. Maarsoo, O. Luha — **The Dependence of Left Ventricular Function of the Heart upon the Localization of Preceding Myocardial Infarction**

In this paper electrocardiographic data are compared with the findings obtained by the ventriculography of the left ventricle of the heart in 77 patients with a history of myocardial infarction. A pathological Q segment typical of anterior myocardial infarction was observed in 36 patients and a Q segment characteristic of posterior diaphragmatic myocardial infarction was observed in 41 patients. In the presence of the pathological Q segment, left ventricular asynergy was observed in 92.3 per cent of patients studied, whereas 81.9 per cent of the patients had developed severer forms of asynergy — akinesia and dyskinesia. It was found that in cases of anterior myocardial infarction the left ventricular function of the heart was more deteriorated than that in posterior diaphragmatic myocardial infarction.

H. Väre — **Characteristic Features of the Course of Alcoholism in Females**

The author presents some literature data on various factors conducive to the development of alcoholism in females. Characteristic features of the course and symptoms of female alcoholism are described. On the basis of his own studies, the author points out that there exist differences in oxygen transport mechanisms and energetic metabolism in females. An apparent increase in hemossynthesis in alcoholics is caused by the induction of the hepatic microsomal system. The activity of this system is at a lower level in females compared with that in males. This may be one of the possible causes of a more rapid development of signs of alcoholism in females.

T. Aareleid, M. Jõeäär, M. Hermlin,  
H. Kokk, M. Kelder — **Automatic Processing  
of Inpatient Data**

The article describes an automatic inpatient data-processing system which was developed by the Computing Centre of the Ministry of Health of the Estonian SSR in co-operation with the Tartu Clinical Hospital. A special primary document was drawn up and codes were worked out for automatic processing. Last year 46 types of tabulations were received on the basis of data-processing by the computer "Hrazdan-3". The data presently being analysed was obtained from official statistical reports on the work of various hospitals and on the number of patients discharged from hospital.

L. Lääts, L. Sildver — **Diagnosis and a  
Possible Treatment of Inorganic Salt Loss  
in Adreno-Genital Syndrome**

I. Trofimova — **An Attack of Acute  
Glaucoma**

H. Lõiv — **Food Poisoning Caused by  
Staphylococcal Enterotoxin**

#### **Training of Personnel**

L. Sildver, L. Tamm — **Special and  
Advanced Training of Pediatricians at  
Tartu State University**

V. Kalnin — **The First Census of Patients  
with Eye Diseases and Blindness in  
Russia 120 Years ago**

In 1856—59, on the initiative of Professors G. Samson-Himmelstiern and G. Oettingen of Tartu University, a survey was carried out among the rural population in Livonia in order to obtain data on the number of people suffering from various eye diseases. It was the first attempt to notify eye diseases and blindness in Russia. Rural people were examined by medical men who had received a special training. As a result, despite some shortcomings in registration, valuable statistical data were obtained on the incidence of eye diseases and blindness. The total loss of eyesight was detected in 619 cases, whereas 1,379 patients had lost the use of one eye. It is concluded that these figures are far different from the real ones. It turned out that in Livonia there were an estimated 2,806 totally blind people, the ratio was estimated at 42.8 blind persons to 10,000 population. In the eighties A. I. Skrebitsky, from Tartu University, held a leading place in the offensive against blindness.

A. Liiv — **The 65th Anniversary of the  
Pilguse Psychiatric Hospital**

#### **Conferences and Medical Meetings**

#### **Reviews and Bibliography**

#### **Our Heroes of the Day**

#### **Societies of Physicians**

L. H. Schotter, A. Panov — **A Signal  
Magnetic Sound for the Removal of  
Intraocular Splinters**

A magnetic sound was created by L. Schotter and E. Samel for the removal from the eye of tiny fixed magnetic foreign bodies undetectable by ophthalmoscopy. This device represents a galvanic cell the active pole of which is the surface of the insulation-free tip of the sound and the passive pole consists of a zink plate fixed on to the patient's arm, whereas the tissues and body fluids serve as an electrolyte. The traction of the splinter in the direction of the forehead produces an increase in amperage which is measurable by a microamperemeter. By using this device the surgeon can avoid excessive traumatizing manipulations to the eye.

#### **Necrologies**

#### **New Drugs**

#### **Chronicle**

#### **Soviet Estonian Scientists' Publications Abroad**

---

KES KOOLIST KAASA  
ANTUD TEADMISI  
EI TAHA TÄIENDADA,  
JÄÄB PARATAMATULT  
AJAST MAHA,  
SEST ARSTITEADUS  
TOOB IGA PÄEVAGA  
JUURDE PALJU UUT.  
SEDA UUT ON VAJA  
TEADA IGAL MEDITSIINI-  
TÖÖTAJAL.

---

**«NÕUKOGUDE  
EESTI  
TERVISHOIU»**

---

TELLIMISE VIIMANE  
TÄHTAEG II POOL-  
AASTAKS 1979 ON

---

**15. JUUNI**

---

Leningradi mül, 24  
fml. nagrnoi 5-ku 1937



**TABULETTAE  
ANABASINI HYDROCHLORIDI**

Anabasiinhüdrokloriid on mõjus vahend  
kroonilise nikotinismi raviks.

Kergendab suitsetamise mahajätmist.

Ravikuur kestab 25 päeva.

Pakendis 100 tabletti á 3 mg.