



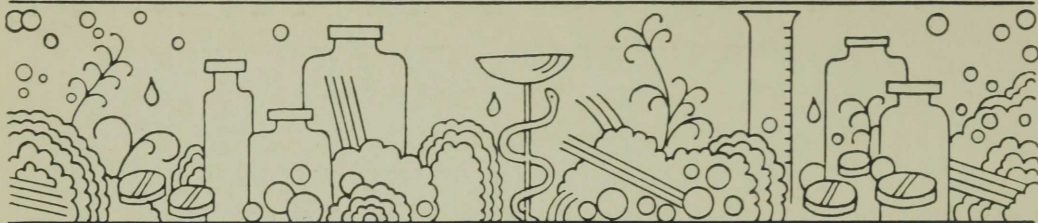
ISSN 0134—2320

NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIAMINISTEERIUMI AJAKIRI

6-1988



RIBOXINUM *in ampullis*

Riboksiin stimuleerib organismis redoksprotsesse, suurendab müokardi energetilist tasakaalu, parandab koronaarvereringet, aitab vältida neeruoperatsiooni ajal tekkida võivaid isheemiatõve nähte.

Ravimit kasutatakse südame isheemiatõve, mitmesuguse geneesiga kardiomüopaatiate, südame rütmihäirete korral, samuti müokardi düstroofiliste muutuste puhul pärast rasket kehalist koormust ja veel teistel näidustustel.

Riboksiinilahust manustatakse veeni.

Originaalpakendis on 10 ampulli à 10 ml 2% -list riboksiinilahust. Hind 1 rubla 32 kopikat.

2

artu Ülikooli
Raamatukogu

TABULETTAE VIGERATINI OBDUCTAE

172286

Vigeratiini tabletid sisaldavad lüofiliseeritud maksaekstrakti ja pankreatiini.

Preparaat avaldab mõõdukat lipotroopset, maksa talitlust soodustavat ja aneemiavastast toimet.

Kasutatakse krooniliste maksa- ja kõhunäärmehaiguste ning alanenud sekretoorse funktsiooniga krooniliste gastriitide korral.

Vigeratiini võetakse sisse 2 . . . 3 tabletti kolm korda päevas 3 . . . 6 nädala jooksul.

Pakendis 50 kattega tabletti, tablett sisaldab 3 mkg tsüanokobalamiini ja 4 TÜ pankreatiini.

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

T. Laks, U. Planken, A. Rosenthal, J. Eha, T. Kõõbi — Müokardiinfarkti lähi- ja hilisproгноos pärast intrakoronaarseid tromboolüsi 403

A. Levin, T. Listopad — Ema ja haige vastsündinu kliinilis-psühholoogiline kontakt neonatoloogiastatsionaaris 407

J. Uibu — Amidopüriini ja seda sisaldavate ravimite kasutamisega seonduvast võimalikust kantserogeensest ohust ja selle vähendamiseks 410

D. Võzull, E. Saarnok, R. Markovitš — Psoriaasi hepariinravi 411

R. Labotkin — Fischeri koefitsiendi diagnostiline väärtus organismi ainevahetuse hüperkataboolsete protsesside foonil areneva maksapuudulikkuse korral 413

ÜLEVAATED

H. Sillastu — Tuberkuloosiprobleem Eestis 416

E. Karelson — Lektiinide meditsiiniline kasutatavus 100 aastat pärast ritsiini avastamist 420

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

T. Aareleid — Mõnda vähitõrjest Soomes 424

L. Elovainio — Soome Vähiühing 50-aastane 427

MÕTTEVAHETUS

A. Ellamaa — Taastusravi või kohastumine? 430

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

A. Barotov, A. Jõgiste — *Morbus Lyme* ehk *erythema chronicum migrans* Eestis 432

A. Toomela, B. Adojaan, R. Rein — Hemi-hüpertrofia 434

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uusi meditsiinikandidaate 436

VÄLISMAALT

M.-A. Riikjärv — Soome koolimeditsiinist 438

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

V. Salupere — Esimene vabariiklik gastroenteroloogilise endoskoopia seminar 440

V. Kalnin — Hügieeni ja keskkonnakaitsekonverents 440

E. Veinpalu — Pärnu kuurordi 150. aastapäevale pühendatud X vabariiklik kurortoloogia- ja füsioteraapiakonverents 441

K. Nestrik — XXXIV Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents 442

A. Holstein — Nõupidamine «Kromatograafilised ja elektrokeemilised uurimismeetodid sanitaarkeemias» 442

V. Kalnin — Sümpoosion «Meditsiinialalugu ja -muuseumid perestroika ajal» 442

A. Talihärm — V Ukraina anestesioloogide ja reanimatoloogide kongress 444

R. Teesalu — V rahvusvaheline sümpoosion eikosanoide toimest südame- ja vereoonkonnahaiguste puhul 444

T. Aareleid — VIII NSV Liidu ja Soome onkoloogide nõupidamine 444

L. Trapido — IV rahvusvaheline AIDS-i konverents 445

M. Mikelsaar — Rahvusvaheline konverents «Interlec 10» 447

M. Mikelsaar — Esimene antibiootikumide ning kemoteraapia alane Nõukogude-Ameerika sümpoosion 448

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 449

MEIE JUUBILARE 450

Artemi Vapra, Harri Kruuse, Ado Juhasoo, Dagmar Luik, Väino Rätsep, Viktor Agudin, Uno Noorväli, Ester Luiga, Ingrid Laan, Heinart Sillastu, Riina Kalamees, Ants Turo, Riina Sulaoja, Peeter Mardna

ARSTIDE SELTSIDES 454

P. Zobel — XXV Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõiduistung 454

A. Haavel — Saaremaa Arstide Seltsi pidulik koosolek 454

H. Kelk — Tartu arstide päev 455

H. Kelk — Tartu Arstide Liidus 457

ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Kalnin, O. Tamm — Eesti sanitaarkontroll 100-aastane 457

IN MEMORIAM 462

Hans Väre, Manfred Mägi, Heinrich Petlem

KROONIKA 464

Artiklite venekeelsed resümee 468

Artiklite ingliskeelsed resümee 471

1988. aasta koondsisukord 473

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

Teooria ja praktika

UDK 616.127-005.8-08-036

Müokardiinfarkti lähi- ja hilisprognosis pärast intrakoronaarset trombolüüsi

Toivo Laks Ülle Planken Arvo Rosenthal
Jaan Eha Tiit Kööbi · Tallinn · Tartu

intrakoronaarne trombolüüs, perkutaanne transluminaalne intrakoronaarne angioplastika, lähi-
prognosis, hilisprognosis

Esimestel tundidel pärast ägeda müokardiinfarkti teket on järjest rohkem kasutama hakatud intrakoronaarset trombolüüsi ja perkutaanset transluminaalset intrakoronaarset angioplastikat (PTKA). Intrakoronaarse trombolüüsi eesmärgiks on antegraadse verevoolu taastamine ja nekroosikolde piiramine. Sellest tingituna paraneb vasaku südamevatsakese funktsioon ja väheneb letaalsus (8). Trombolüüsi korral taastub antegraadne verevool okluseerunud arteris 79...94%-l patsientidest (1, 2). Pärast edukat trombolüüsi jääb koronaararterisse umbes 80...90%-line jääkstenosis, pärast PTKA-d aga on see tunduvalt väiksem.

Töö eesmärk oli hinnata intrakoronaarse trombolüüsi ja PTKA mõju vasaku vatsakese funktsioonile, korduvinfarktide tekkesagedusele, letaalsusele ja kardiovaskulaarsüsteemi funktsionaalse seisundile statsionaarses ning polikliinilises etapis.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Tallinna Kiirabihaiglas tehti 119 ägeda müokardiinfarktiga haigel erakorraline koronarograafia ja intra-

koronaarne trombolüütiline streptokinaasravi varem kirjeldatud metoodika alusel (10). Protokollidega alustati keskmiselt 5 tundi 10 minutit pärast anginoosse valu algust. Õnnestunuks peeti trombolüüsi, mille tulemusena antegraadne verevool okluseerunud koronaararteris taastus. Sõltuvalt trombolüüsi efektiivsusest ja edasisest ravitaktikast jaotati haiged nelja rühma (vt. tabel 1).

1. rühm. Intrakoronaarne trombolüüs oli efektiivne ja efekt leidis kinnitust korduval selektiivsel koronarograafial enne haiglast väljakirjutamist. Pärast trombolüüsi järgnes ravi kas antiagregantide või antikoagulantidega, nitraadipreparaatide ja kaltsiumiantagonistidega haiglas oleku ajal ning ambulatoorselt kolme kuu vältel.

2. rühm. Intrakoronaarne trombolüüs oli efektiivne, kuid korduval uuringul leiti haiglaravi lõpul koronaararteris reoklusioon. Trombolüüsile järgnes medikamentoosne ravi nagu 1. rühmaski.

3. rühm. Pärast edukat trombolüüsi tehti PTKA, järgnes analoogselt eelmistega medikamentoosne ravi kuue kuu vältel.

4. rühm. Trombolüüs efektita, s.t. antegraadne verevool ei taastunud.

Haige statsionaarist väljakirjutamisel hinnati kardiovaskulaarsüsteemi funktsionaalset seisundit stenokardia esinemise ning veloergomeetril «Tunturi» tehtud koormusproovi põhjal.

Polikliinilises etapis uuriti haigeid kindla ajavahemiku järel 4...60 kuud pärast infarkti tekkimist. Hinnati stenokardia esinemist NYHA funktsionaalsete klasside põhjal, tehti koormusproov veloergomeetril. Andmete analüüsimisel arvestati viimase uuringuetapi andmeid.

Uurimistulemused ja arutelu. Enamik autoreid väidab, et pärast edukat intrakoronaarset trombolüüsi paraneb vasaku vatsakese funktsioon (9) ja oluliselt suureneb väljutusfraktsioon (7). R. H. Leibofoff ja kaasautorite andmetel sellist dünaamikat siiski ei esine (5). Lokaalseid ventriikuli funktsiooni näitajaid peetakse tundlikumaks kui globaalseid. Haigete haiglast väljakirjutamise eel tehtud korduva ventrikulograafia andmetest selgus, et neil, kellel antegraadne verevool trombolüüsitud pärgarteris püsib (1. ja 3. rühm), saavutatakse statistiliselt oluline paranemine lokaalsete kontraktsiooninäitajate osas (akontraaktiilse ala suurus ja asünergia indeks ($P < 0,05$)), kusjuures muutused globaalsetes ventrikulograafia näitajates (väljutusfraktsioon ja diastoli lõpu-

Tabel 1. Haigete jaotumus trombolüüsi efektiivsuse ja ravitaktika põhjal

Haigete rühm	Uuritute arv		Keskmine vanus	Kahjustatud arterite arv	Trombolüüsitud arter		
	uuritud statsionaaris	järellkontroll			RIA*	RC**	ACD***
1. Efektiivne intrakoronaarne trombolüüs, haiglast lahkumisel pärgarter avatud	45	40	51,1	2,2	23	6	16
2. Efektiivne intrakoronaarne trombolüüs, haiglast lahkumisel pärgarter sulgunud	14	14	52,3	2,2	5	1	8
3. Efektiivne intrakoronaarne trombolüüs ja PTKA	23	18	48,4	1,3	12	0	11
4. Efektita intrakoronaarne trombolüüs	37	27	49,7	2,2	13	7	17

* RIA — *ramus interventricularis anterior*

** RC — *ramus circumflexus*

*** ACD — *arteria coronaria dextra*

Tabel 2. Ventrikulograafia andmed

Rühm	Väljutusfraktsioon (%)	Vasaku vatsakese diastoli lõpurõhk (mmHg)	Akontraktilse ala suurus (%)	Asünergiaindeks
1. A	42,5±1,9	22,6±1,1	27,7±2,1	6,4±0,3
B	46,3±1,8	20,1±1,2	18,5±2,2*	4,9±0,4*
2. A	46,7±3,5	21,3±1,6	19,8±2,6	5,2±0,4
B	39,6±3,3	20,8±2,2	23,5±3,9	5,8±0,6
3. A	49,1±1,8	25,2±1,7	20,5±3,1	5,1±0,5
B	50,5±2,2	22,2±1,6	11,6±2,7*	3,9±0,5
4. A	47,6±2,5	21,3±2,0	20,8±3,9	4,8±0,7
B	47,8±2,8	20,9±1,6	21,5±3,5	5,1±0,7

* $P < 0,05$, võrreldes intrakoronaarse trombolüüsi eelsete andmetega

A — enne trombolüüsi; B — enne haiglast väljakirjutamist

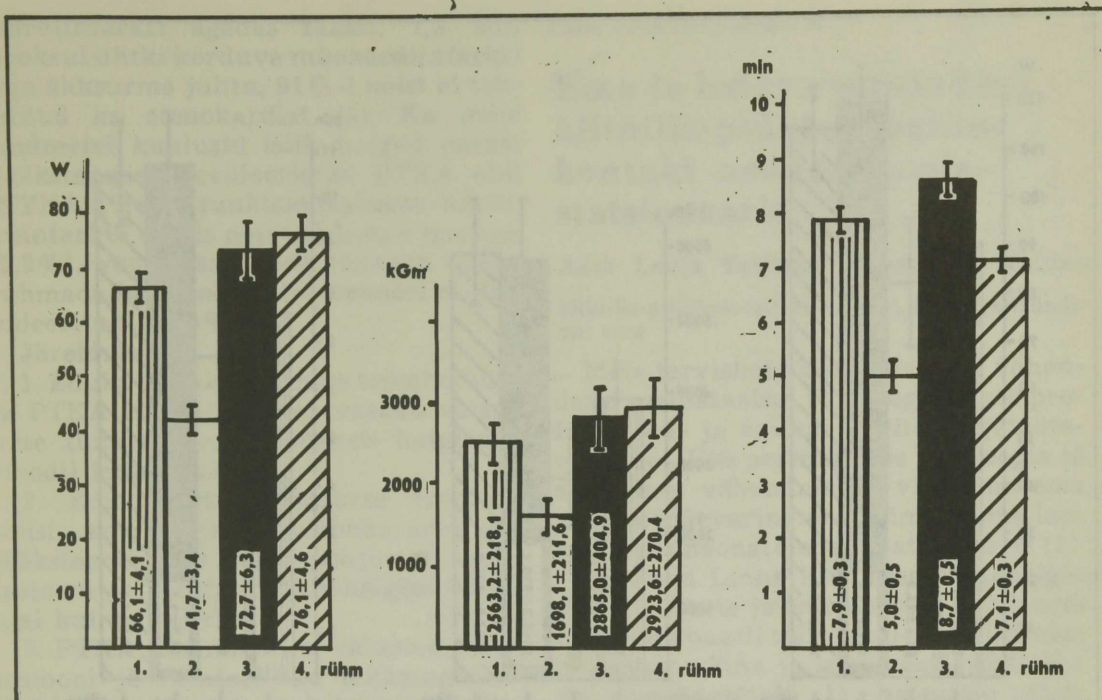
rõhk) ei olnud statistiliselt tõenäolised ($P > 0,05$) (vt. tabel 2). Edutu intrakoronaarse trombolüüsi ja reoklusiooni korral on täheldatud lokaalsete ventrikulograafia näitajate halvenemistendentsi ($P > 0,05$).

Haigetest, kellel trombolüüs oli edukas, ei tekkinud stenokardiat haiglas oleku ajal 37,7%-l (26 haigel), neist, kellel oli edukas nii trombolüüs kui ka PTKA, aga 73,9%-l (17 haigel). Pärast edutut trombolüüsi ei tekkinud stenokardiat 59,5%-l (22 haigel).

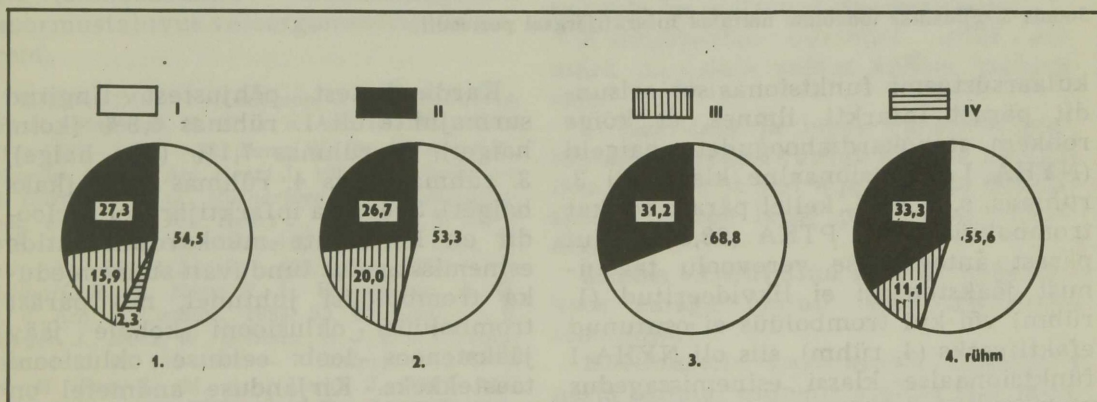
Haiglast väljakirjutamisel tehti veloergomeetiline uuring kardiovaskulaarsüsteemi funktsionaalse seisundi hindamiseks. 2. rühma haigetel, kellel trombolüüs oli olnud küll edukas, kuid kellel hiljem tekkis oklusioon uuesti, oli maksimaalne koormustaluvus ja kogutöö

statistiliselt oluliselt väiksem kui ülejäänud rühmade haigetel. See on tingitud sagedasest koormuse katkestamisest tahhükardia tõttu. 1. rühma näitajad on 3. ja 4. rühma näitajatest samuti suhteliselt väiksemad. Selle põhjuseks on isheemiline kahjustus suurest jääkstenootis, mis väljendub EKG-s. Seetõttu on vaja jääkstenootis likvideerida PTKA või aortokoronaarse šunteerimise teel. Veloergomeetria andmed pärast edukat trombolüüsi ja PTKA-d ei erinenud oluliselt andmetest edutu trombolüüsi korral (vt. joonis 1).

Edukalt trombolüüsitud, kellele PTKA-d ei tehtud (1. ja 2. rühm), tekkis infarkt statsionaaris 12-l (20,7%), seda võis seostada koronarograafiliselt kindlakstehtud reoklusiooniga. 3. rühmas tekkis infarkt teisel päeval pärast



Joonis 1. Füüsilise töövõime näitajad haiglaravi ajal.



Joonis 2. Stenokardia esinemissagedus (protsentides NYHA funktsionaalsete klasside järgi) infarkti-järgsel perioodil.

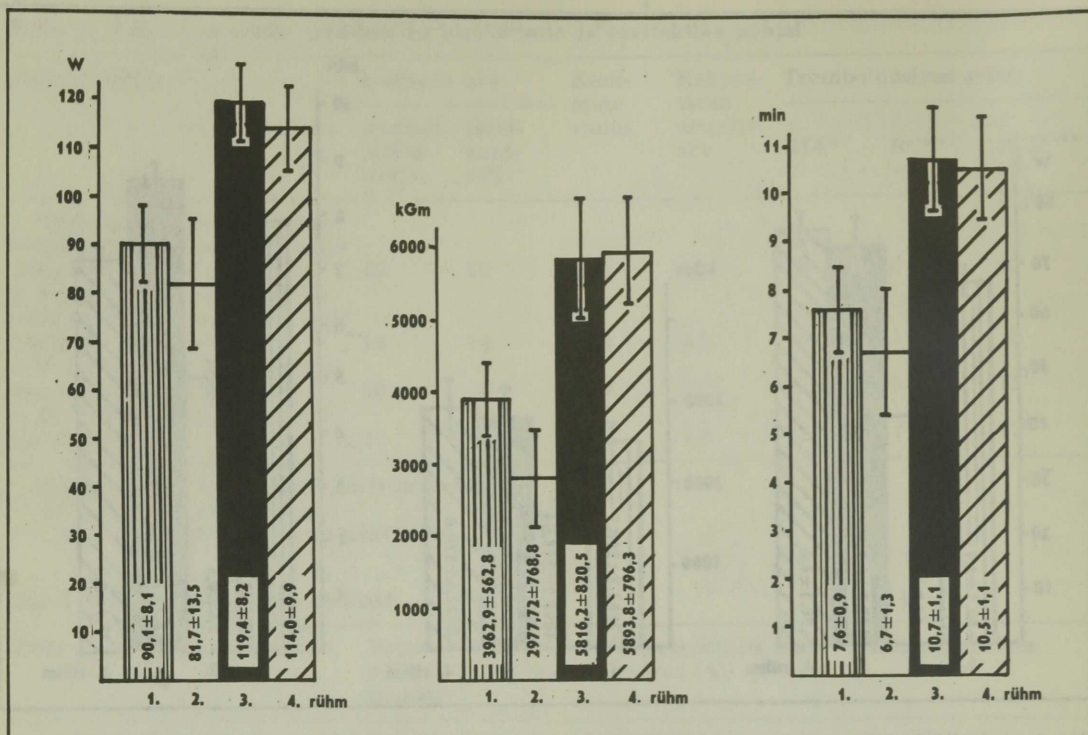
PTKA-d ühel haigel uuesti, mis oli tingitud reoklusioonist (4,8%). 4. rühmas korduvaid infarkte ette ei tulnud. Reoklusiooni põhjuseks on sageli suur jääkstenooos.

Edukalt trombolüüsitud haigete rühmas (1. ja 2. rühm) oli letaalsus 6,8% (neli surmajuhtu). Lahangu andmetel suri kolm haiget südameruptuuri (neil oli trombolüüsitud arter avatud) ja üks südamepuudulikkuse tõttu (trombolüü-

situd arter oli uuesti sulgunud). 4. rühmas oli letaalsus 13,5%. Lahangu andmetel oli kõigil viiel juhul surma põhjuseks südamepuudulikkus. 3. rühmas surnuid ei olnud.

Meie andmed ühtivad kirjanduse andmetega selles, et eduka intrakoronaarse trombolüüsi korral letaalsus väheneb (8) ja reoklusioonide esinemissagedus on 15...37% vahel (9).

Analüüsides nende haigete kardiovas-



Joonis 3. Füüsilise töövõime näitajad infarktijärgsel perioodil.

kulaarsüsteemi funktsionaalset seisundit pärast infarkti, ilmnes, et kõige rohkem stenokardiahoogudeta haigeid (NYHA I funktsionaalne klass) oli 3. rühmas, s. o. neid, kellel pärast edukat trombolüüsi tehti PTKA (68,8%). Kui pärast antegraadse verevoolu taastumist jääkstenoozi ei likvideeritud (1. rühm) või kui trombolüüs ei osutunud efektiivseks (4. rühm), siis oli NYHA I funktsionaalse klassi esinemissagedus väiksem (vastavalt 54,5% ja 55,6%), NYHA III ning IV funktsionaalse klassi esinemissagedus aga suurem (vt. joonis 2).

Samasugune tendents ilmnes ka füüsilise töövõime näitajate osas. Kõige paremad olid need 3. rühmas (vt. joonis 3).

Jälgimise ajal oli infarktide taastekke sagedus kõige suurem 1. rühmas — 20,5% (9 juhtu). 2. rühmas oli see 7,1% (üks juht), 3. rühmas 5,3% (üks juht) ja 4. rühmas 15,8% (6 juhtu).

Kardiaalsetest põhjustest tingitud surmajuhte oli 1. rühmas 6,8% (kolm haiget), 2. rühmas 7,1% (üks haige), 3. rühmas 0, ja 4. rühmas 5,3% (kaks haiget). Seega ka infarktijärgsel perioodil on korduvate müokardiinfarktide esinemissagedus tunduvalt suurem eduka trombolüüsi juhtudel, mil pärast trombolüüsi oklusiooni kohale jääv jääkstenooz loob eelduse oklusiooni taastekkeks. Kirjanduse andmetel on reinfarktide esinemissagedus infarktijärgsel perioodil 10...21,4% (jälgimis-aeg 5,8...9,4 kuuni pärast müokardiinfarkti põdemist) (4, 6). Sellest tulenevalt on üksnes antegraadset verevoolu taastav, kuid jääkstenoozi mitte kõrvaldav trombolüüs tagasihoidlike tulemustega. Jääb suur risk infarkti taastekkeks ja äkksurmaks. Et neid komplikatsioone ära hoida, soovitatakse jääkstenooz radikaalselt likvideerida kas PTKA või aortokoronaarse šunteerimise (AKS) teel. Nii ei täheldanud G. Hartsler 41 haigel, kellel tehti PTKA müo-

UDK 616-053.3/.31-056.27

kardiinfarkti ägedas faasis, 7,3 kuu jooksul ühtki korduva müokardiinfarkti ega äkksurma juhtu, 91%-l neist ei tekkinud ka stenokardiat (3). Ka meie andmetel kuulusid kõik haiged pärast jääkstenooosi likvideerimist PTKA abil NYHA I ja II funktsionaalsesse klassi, reinfarkte tekkis neil tunduvalt harvem (5,3%), võrreldes nende tekkega teiste rühmade haigetel, kellel stenoosi ei likvideeritud (20,5%).

Järeldused.

1. Eduka intrakoronaarse trombolüüsi ja PTKA korral paraneb vasaku vatsakese funktsioon ja väheneb haiglaperioodil letaalsus.

2. Eduka intrakoronaarse trombolüüsi korral jääb koronaararterisse jääkstenooos, mis sageli põhjustab reoklusiooni ja reinfarkti nii haiglas oleku ajal kui ka hiljem.

3. PTKA rakendamisel väheneb reoklusiooni ja reinfarktide tekkesagedus. Haigete kardiovaskulaarsüsteemi funktsionaalne seisund infarktijärgsel perioodil (stenokardiate esinemissagedus, koormustaluvus veloergomeetril) on parem.

KIRJANDUS: 1. Anderson, J. L., McIlvaine, P. M., Marshall, H. W. a. o. Am. Heart J., 1984, 108, 1402—1407. — 2. Ganz, W., Buchbinder, N., Marcus, H. a. o. Am. Heart J., 1981, 101, 4—13. — 3. Hartsler, G. O., Rutherford, B. D., McConahay, D. R. a. o. Am. Heart J., 1983, 106, 5, 965—973. — 4. Lee, G., Amsterdam, E. A., Low, R. a. o. Am. Heart J., 1981, 102, 1159—1167. — 5. Leiboff, R. H., Katz, R. J., Wasserman, A. G. a. o. Am. J. Cardiol., 1984, 53, 404—407. — 6. Meyer, J., Merx, W., Schmitz, H.-J. a. o. Circulation, 1982, 66, 905—913. — 7. Satler, L. F., Kent, K. M. Fox, L. M. Am. Heart J., 1986, 111, 821—825. — 8. Widimsky, P., Cervenka, V., Gregor, P. Eur. Heart J., 1985, 6, 759—765. — 9. Чазов Е. И., Руда М. Я. Кардиология, 1987, 2, 5—12. — 10. Эха, Я. Э., Ребане Т. Х., Луха О. А., Лейсоо А. П., Серка Т. Т., Лазариди К. Л. Кардиология, 1983, 9, 9—12.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Ema ja haige vastsündinu kliinilis-psühholoogiline kontakt neonatoloogia- statsionaaris

Adik Levin Tatjana Listopad · Tallinn

kliinilis-psühholoogiline kontakt, haige vastsündinu, ema

Meie tervishoiu ülesandeks on vähendada perinataalset patoloogiat uute profülaktika- ja ravimeetodite väljatöötamise teel. Üks perinataalse patoloogia ja suremuse vähendamise viise on ema pidev ööpäevaringne viibimine oma lapse juures neonatoloogiastatsionaaris (1).

Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla vastsündinute ja enneaegsete patoloogia osakonna baasil toimub üleliiduline eksperiment «Ema ja laps». Selle eesmärk on enneaegsetele ja haigetele vastsündinutele selliste hooldus- ja ravimeetodite väljatöötamine, mille hulka kuuluks ka mainitud emapoolne abi.

Korraldasime uurimise, mille eesmärk oli saada vastus kahele küsimusele.

1. Kas ema ja lapse vaheliste kontaktide süsteemi kuulub ka ema psüühiline seisund ja kui kuulub, siis millises seoses on see lapse psüühilise seisundiga?

2. Kas vastsündinu haiglas viibimine koos emaga mõjub lapse füüsilisele seisundile?

Küsimustele vastamiseks vaatlesime nelja rühma: esimene ajaline laps perekonnas, teine ajaline laps perekonnas, esimene enneaegne laps perekonnas, teine enneaegne laps perekonnas. Seejuures viibisid kõik lapsed haiglas koos emaga. Uuritavad rühmad olid samaväärsed: enneaegsed lapsed, gestatsiooniaeg 36. . 37 nädalat, ja neuroloogilise patoloogiaga ajalised vastsündinud, kes vajasisid rehabilitatsiooni statsionaaris. Ühelgi lapsel ei esinenud koldenakkust. Kõik vastsündinud olid loomulikult toitmisel.

Jälgisime laste kehakaalu muutumist osakonda saabumisel, seejärel 20. ja 30.

elupäeval. Uurisime emasid isiksuse iseloomutüüpi hinnata võimaldava Spilbergeri-Hanini ja Eysencki metoodika ning MMPI alusel ja isiklikke läbielamisi ning konflikte iseloomustava Lüscheri kaheksa värvitesti ja nn. halli värvirea alusel. Tehti faktoranalüüs. Arvutit CM-1600 kasutades tehti ka arvutused põhikomponentide meetodil järgneva rotatsiooniga. Kõikide faktorite informatiivsus oli 5...6%, mis on vajalik lävinivoo korrektseks interpreteerimiseks.

Selgus, et ema psüühiline seisund ja lapse kehakaalu muutus osutusi teineteist sõltuvaks kõigis rühmades. Teiste sõnadega, kehakaalu suurenemine seonduis küllalt selgete afektiivsete seisundite väljakujunemisega, nimelt ema psüühilise seisundi tasakaalustumise või adaptatsiooni lõppemisega. Seejuures kohanesid ajaliste vastsündinute emad kiiremini ja emotsionaalsest seisundist lähtudes õnnestunumalt kui enneaegsete laste emad.

Eeltoodust järeldasime, et vastsündinu ja ema koos haiglas olek osutub vastsündinua patoloogiaga laste puhul sanogeenseks teguriks. Ajaliste ja enneaegsete laste kehakaalu muutumise võrdlemine näitas, et selle teguri tähtsus on seda suurem, mida ebaküpsem on lapse organism sünni ajal. Enneaegsel aga kujuneb üheskoos hospitaliseerimine ja edasine intiimne kontakt emaga lapse sünnitusjärgseks väljakandmiseks.

Seega kinnitavad toodud andmed psühhosomaatilise süsteemi «Ema—vast-sündinu» olemasolu, mille puhul lapse kehaline areng ja ema psühholoogiline seisund on teineteisest sõltuvad ning vastastikku mõjutavad tegurid. Süsteemi iseärasused, mis tulenevad sünnituse käigust ja lapse väljakantuse astmest, peaksid saama aluseks meditsiinilis-psühholoogilises töös emaga, see aga on tähtis nii emaduse kujunemisel kui ka lapse psüühilisel ja kehalisel arengul. Esmasünnitaja puhul peame arvestama, et ta alles harjub lapsega suhtlema. Kui haige laps on aga peres teine laps, võib tekkida konflikt ühelt poolt esimese lapse puhul varem väljakuju-

nenud suhtlemisharjumuste ja teiselt poolt haige lapsega kujunevate kogemuste vahel. Taoline konflikt teravneb eriti olukorras, kus teise lapsena perekonnas on sündinud haige enneaegne laps. Siia rühma kuuluvad emad vajavad erilist meditsiinilis-psühholoogilist tähelepanu.

Seetõttu on vaja üksikasjalikumalt peatuda praktilise neonatoloogia väga tähtsal probleemil — ema kohanemisel lapsega. Tuleb eristada adaptatsiooni kui niisugust, mis kestab mõnest päevast kolme nädalani (sagedamini kahe nädalani), alates ema ja vastsündinu esmasest pidevast kontaktist. Tavaliselt kujuneb kohanemine rahuldavaks või optimaalseks. Ema adaptatsiooni ja lapse füüsilise seisundi vahel on täielik sõltuvus: mida kiiremini ja edukamalt ema kohaneb, seda lühemaks kujuneb lapse tervistumiseks vajalik aeg.

Neonatoloogiastatsionaaris tehtava meditsiinilis-psühholoogilise töö peamiseks ülesandeks on metoodika väljatöötamine adaptatsiooni kiirendamiseks ja tema soodsa kulu tagamiseks. Adaptatsioon on katkestamatu protsess alates ema järkjärgulisest vabanemisest ärevus- ja emotsionaalsest pingest, mis tekib vastusena haige lapse sünnile ja edasise haiglaravi vajadusele, kuni psühholoogilise stabilisatsioonini koos küllalt selgete afektiivsete ilmingutega. Ema läbielamised on lähedased kriisi-reaktsioonidele ja seetõttu peab meditsiinilis-psühholoogiline abi tagama toetuse eelkõige ema isiksusele adaptatsiooniprotsessis. See on keeruline, mitmetahuline, sügavalt loominguline töö, mis nõuab igalt meditsiinitöötajalt äärmist tähelepanu. Meditsiinilis-psühholoogiline töö ei tohi olla stereotüüpne, ta peab kujunema rangelt individuaalseks.

Neonatoloogiastatsionaari meditsiinitöötajatel on individuaalsel lähenemisel emale (eesmärgiga kiirendada adaptatsiooni) vaja arvestada järgnevat. Teada saanud haige lapse sünnist ja vajadusest viia vastsündinu üle neonatoloogiastatsionaari, tekib emal rahutus järgmistel põhjustel: hirm lapse kaotuse

ees; kibestustunne oma lapse võrdlemisel terve vastsündinuga; olukorrast tulenevad probleemid teiste perekonnaliikmetega; ebatäiuslikkusekompleksi teke.

Naised lahendavad neid probleeme erinevalt. Optimaalne lõpptulemus vastsündinule ja emale sõltub naisest endast ja meditsiinipersonali ettevalmistusest meditsiinilis-psühholoogilistes küsimustes.

Meditsiinitöötajad peavad tundma peamisi adaptatsioonimehhanisme emadel taolise stressi korral.

Vastusena psühholoogilisele stressile võivad emadel ilmneda järgmised reaktsioonid:

proov tagasi lükata ebameeldivat informatsiooni (ei tunnista lapse haigust, ümbritsevate inimeste umbusaldamine); katsed raskustest üle saada (lapse ravimiseks otsitakse mitmeid kõrvalteid); agressioon (meditsiinitöötajate solvamine); teatud objektile ülekantud agressioon (rahulolematus palatiga, kaaslastega); olukorraga leppimine, kõige sagedamini nendel, kes on sünnitanud enneaegse või haige lapse ning kellel eelnevalt oli ravitud viljatust või kes olid olnud pikaajalisel ravil raseduse säilitamiseks.

Stressi kestus ja halb mõju sõltuvad personali asjatundlikkusest ning oskusest leida individuaalne lähenemistee igasuguses olukorras.

Mitmeaastane kogemus lubab meil üldjoontes rühmadesse jaotada need sünnitajad, kellega meditsiinipersonal kokku puutub:

heasoovlikult häälestatud emad, kes meditsiinitöötajaid täielikult usaldavad; emad, kes meditsiinitöötajaid usaldavad vaid üldjoontes; emad, kes oma lapse haigust ei usu; meditsiinitöötajaid mitteusaldavad emad; naised perekonnast, kus on iseloomulik ülemäärane hoolitus; enneaegse lapse sünnitanud emad; vanad esmassünnitajad; liiga noored sünnitajad (kooliõpilased); naised, kes soovivad lapsest loobuda; rühm tigestunud emasid, kes oma õnnetuses süüdis-tavad kõiki.

Taolisest jaotusest on abi just esimes-

tel haiglapäevadel, sest igal rühmal on omad iseloomulikud jooned, mille tundmine aitab leida lähenemisteed iga naisele. Edasine kontakt emaga toob esile tema individuaalsed iseärasused, mis võimaldavad diferentseeritumalt läheneda.

Meie uuringud ja töö lubasid: saada optimaalseid tulemusi haigete vastsündinute ravis ja enneaegsete üleskasvatamisel; viia miinimumini negatiivsete psühhogeensete tegurite mõju lapsele; lühendada adaptatsiooni-protsessi ja kaasa aidata selle soodsale kulule; viia miinimumini suured puudujäägid eelnevate etappide töös naiste emaduseks ettevalmistamisel: perekond, kool, ravi-asutused; kergendada polikliiniku tööd pärast laste haiglast väljakirjutamist, sest ema ja lapse kohanemine toimus haiglas; vähendada nende laste arvu, kelle on maha jätnud raskeks olukorda sattunud emad.

Lõpetuseks tuleb öelda, et paljud emaduse psühholoogiat käsitlevad probleemid alles ootavad lahendamist, kuid juba praegu on võimalus emaduseks ette valmistada kõigil eelnevatel etappidel (perekond, kool, naistenõuandla).

Meie eksperiment ema pideva ööpäevaringse viibimise tähtsusest oma lapse juures neonatoloogiastatsionaaris kujuneb meil neonatoloogia uueks humanseks suunaks.

KIRJANDUS: 1. Левин А. Н., Лустонад Т. Н. В сб.: Тезисы докладов XII съезда педиатров Эстонской ССР. Таллин, 1985, 1, 131.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla

UDK 615.035.2:616-006

Amidopüriini ja seda sisaldavate ravimite kasutamise seonduvast võimalikust kantserogeensest ohust ja selle vähendamisest

Jaak Uibu · Tallinn

amidopüriin, N-nitrosodimetüülamiin, kantserogeenne oht

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning Tallinna Polütehnilise Instituudi vahelises teaduslikus koostöös on 1978. aastast alates uuritud tugevatoimelise kantserogeense ühendi N-nitrosodimetüülamiini sisaldust ja tekkimist amidopüriini substantsis selle tootmise tsükliis, amidopüriini sisaldavate ravimite valmistamisel ja kasutamisel (3, 4, 5, 7). Käesolevas kirjutises on kokkuvõtlikult edastatud uurimistöö tulemused ja tehtud ka ettepanekud vähendamaks võimalikku kantserogeenset ohtu amidopüriini sisaldavate ravimite kasutamisel. Ettepanekutes on arvestatud ka teiste riikide tervishoiusüsteemis amidopüriini suhtes omaks võetud seisukohti ja kogemusi.

Amidopüriini substantsi, amidopüriini ja seda sisaldavate ravimite peaaegu kõikides proovides leidub N-nitrosodimetüülamiini. Amidopüriini substantsis on seda leitud 5...76 µg/kg, üheteistkümnes amidopüriini sisaldavas ravimipreparaadis 2...81 µg/kg. Laboratoorsete katsete varal on kindlaks tehtud, et tootmistehnoloogiat täiustades on võimalik N-nitrosodimetüülamiini-sisaldust ravimites vähendada, näiteks ekstraheerimisel kloroformiga, ümberkristallimisel ja säilitamisel, kuid teatavad väga väikesed ainekogused siiski säilivad. Vaja on täiustada keemia- ja farmaatsiatehaste tehnoloogiat ning rakendada täiendavaid meetmeid.

Amidopüriini raviotstarbelisel kasutamisel võimalik kantserogeenne oht

ei tulene üksnes N-nitrosodimetüülamiini-sisaldusest preparaadis endas. See kantserogeenne aine tekib ka seedetraktis tingituna kokkupuutest nitritiga, mis pärineb toidust või on tekkinud nitraatide taandamisest organismis mikroorganismide osavõtul. Ravimi parenteraalse manustamise korral N-nitrosodimetüülamiini täiendavat sünteesi organismis ei toimu. Katseloomadel on vähkkasvajad arenema hakanud nitriti ja amidopüriini üheaegse manustamise korral (1). Tuleb rõhutada, et loomkatsetes kasutatakse amidopüriini suurtes annustes pika aja vältel. Inimeste puhul on annused suhteliselt väikesed ja amidopüriini kasutamisest tekkiv kantserogeenne oht ei ole tõenäoliselt suur. Kahjuks puuduvad epidemioloogilise uurimise andmed, mille alusel saaks täpsemalt hinnata amidopüriini kasutamisest tulenevat ohtu inimesele. Kõiki neid asjaolusid arvesse võttes peame põhjendatuks amidopüriini kasutamist siiski piirata.

Et blokeerida või vähendada N-nitrosodimetüülamiini sünteesi amidopüriinist ja maos sisalduvatest nitrititest, on vaja, et amidopüriini võetaks koos askorbiinhappega, mis lõhustab nitriteid (2, 7). N-nitrosodimetüülamiini teket aitab vähendada ka piim, mis seob nitriteid, kuid mõjult jääb piim askorbiinhappele tunduvalt alla.

Soovitused:

a) piirata amidopüriini kasutamist — ordineerida amidopüriini ja seda sisaldavaid ravimeid üldjuhul ühekordselt või mõnepäevase kuurina, vältides võimaluse korral pikaajalisi ja korduvaid ravikuure;

b) amidopüriini ning seda sisaldavaid ravimeid sisse võtta koos piima ja C-vitamiiniga: täiskasvanuil kaks 50-milligrammist dražeed C-vitamiini ja pool klaasi piima, lastel üks dražee (või askorbiinhapet muus vormis samasuguses koguses). Otstarbekas on seejuures C-vitamiini dražee katki närida või eelnevalt piimas lahustada;

c) amidopüriinkuuri ajal süüa mitmekesisest C-vitamiini-rikast toitu.

KIRJANDUS: 1. *Lijinsky, W., Taylor, H., Snyder, C. a. o. Nature*, 1973, 224, 176—178. — 2. *Ziebarth, D., Scheunig, G. IARC Sci. Publ. Lyon*, 1976, 14, 279—290.

3. Канн Ю. М., Кульдяз Л. А., Пальмисте П. В. В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Сборник научных трудов. Таллин, 1981, 4, 41—46. — 4. Канн Ю. М., Кульдяз Л. А., Воронин В. Г. и др. В сб.: Труды Таллинского политехнического института. Таллин, 1982, 537, 65—75. — 5. Кульдяз Л. А., Нагел М. Х., Роома М. Я., Канн Ю. М. В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Сборник научных трудов. Таллин, 1986, 7, 194—201. — 6. Нитраты, нитриты и N-нитрозосоединения: Гигиенические критерии состояния окружающей среды. 5. Женева, ВОЗ, 1981. — 7. Уйбу Я. А., Кульдяз Л. А. В кн.: Канцерогенные N-нитрозосоединения и их предшественники — образование и определение в окружающей среде. Таллин, 1984, 30—32.

*Ekspperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut*

UDK 616.517-08:612.115.35

Psoriaasi hepariinravi

Dmitri Võžull Eerik Saarnok
Rudolf Markovitš · Tallinn

psoriaas, rasked ja torpiidsed vormid, hepariin, psoriaasi ravi

Psoriaas on tuntud juba kaugest minevikust. Ta on väga laialdaselt levinud dermatoos. Vaatamata sellele, et psoriaasi on väga palju uuritud, on tema etioloogia ikka veel ebaselge. Psoriaasi ravi meetodid ei ole loodetavaid tulemusi alati andnud. Viimasel ajal on haigusjuhtude arv tunduvalt suurenenud.

Enamik uurijaid arvab, et psoriaasi etioloogias on tegemist mitme faktoriga, kaasa arvatud ka domineeriv geneetiline faktor (5, 9). Suhteliselt moodsamateks psoriaasi ravi meetoditeks on siiani olnud fotokemoteraapia, hemodialüüs, plasmaferees ja aromaatsete retinoidide manustamine. Kahjuks aga ei garanteeri need haiguse kestvat remissiooni, mistõttu on neid ravi-meetodeid vaja edaspidi täiustada (12).

Viimasel ajal on kirjanduses ilmunud üksikuid andmeid hepariini suhteliselt efektiivse kasutamise kohta psoriaasi ravis. Hepariin on tuntud preparaat, mida ei kasutata mitte üksnes antikoagulandina, vaid ka organismi ainevahetuse, fermentatiivsete ja füüsilis-keemiliste protsesside reguleerijana (1, 4). On kindlaks tehtud hepariini immunodepressiivne, tsütostaatiline ja põletikuvastane toime (8, 10, 13). Ta toimib immuunmodulaatorina T- ja B-lümfotsüütide süsteemisse (11). Hepariini võib kasutada paljude haiguste raviks siis, kui nende puhul ei ole trombembooliate tekkimise ohtu (2, 4, 8).

Esmakordselt kasutas hepariini psoriaasi ravis R. Fedorovskaja (14). Ordineerimisel pidas ta silmas hepariini toimet lipiidiainevahetusesse, mis on psoriaasi puhul häiritud. P. Dürd (6, 7)

soovitas ravikuuri alustada hepariini väikeste annustega, hiljem annust järk-järgult suurendada kuni 12 000... 15 000 TÜ-ni ööpäevas. Selline ravikuur osutus küllalt edukaks, eriti siis, kui hepariinravi kombineeriti vitamiinide ja sedatiivsete ainete manustamise ning ultraviolettkiiritusega. Ka E. Verbenko ja kaasautorid (2, 3) on soovitanud manustada hepariini algul väikestes annustes, 15 000... 20 000 TÜ ööpäevas, hiljem aga annust järk-järgult vähendada vastavalt haige kliinilisele paranemisele. Hepariinravi on nad soovitanud raskete ja torpiidsete psoriaasivormide korral. Autorite arvates ei nõua ravimi mikroannuste kasutamine laboratorset erikontrolli, sest hepariin väikestes annustes ei kutsu esile komplikatsioone.

1987. aastal korraldatud kolmandal rahvusvahelisel psoriaasisümposiumil Moskvas pidasid paljud autorid hepariinravi üsna perspektiivseks (15).

Meie vaatluse all oli 37 psoriaasiga haiget vanuserühmast 18 kuni 65 aastat, 14 naist ja 23 meest. 19 haiget põdes tavalist psoriaasi. Eksudatiivne psoriaas oli kaheksal, psoriaatiline erütrodermia ja artropaatiline psoriaas kümnel haigel. Haigus oli kestnud kahest nädalast 30 aastani või kauem. Enamik haigeid saabus haiglasse haiguse progresseeruvast staadiumis, neljal esines piirdunud lööve haiglaravi ajal. Mitmel haigel olid järgmised kaasnevad haigused: hüpertooniatõbi, ateroskleroosiline kardioskleroos ja krooniline koletsüstiit. Kolm haiget, kes olid põdenud erütrodermiat ja psoriaatilist polüartriiti kolm kuni kuus aastat, tarvitasid pidevalt 2 kuni 4 tabletti glükokortikoidide päevas. Kõigil neil tekkisid tüsistustena nõrgalt väljendunud Cushingi sündroom, steroiddiabeet ja perioodiline arteriaalne hüpertensioon. Enamikul haigetel kulges torpiidne psoriaas sagedate remissioonide ja retsiidiividega. Enne hepariinravi oli neist neli haiget 1... 15 kuud viibinud haiglaravil, kusjuures ravi tulemusi ei andnud.

Enamikul haigetel olid vere- ja urii-

nianalüüsid normi piires. Osal haigetel, peamiselt neil, kellel esinesid erütrodermia ja polüartriit, oli settereaktsioon kiirenenud, veres kerge leukotsütoos ja leukotsütaarse valemi nihe vasakule. Psoriaatilist polüartriiti põdenuil oli C-reaktiivse valgu ja seromukoidide kontsentratsioon suurenenud. Veresuhkru kontsentratsioon ei ületanud kellelgi 5,5 mmol/l ja Wassermanni reaktsioon oli kõigil negatiivne.

Hepariini süstiti kõhu-, öla- või reiepiirkonda naha alla 5000 TÜ neli korda päevas 6... 10 päeva vastavalt kliinilisele paranemisele. Seejärel süstiti hepariini samasuguses annuses kaks kuni kolm korda päevas kuni lööbe kadumiseni, lõpuks kord päevas. Ravikuur kestis alla kuu. Samal ajal määrati ultraviolettkiiritust üle kogu keha ja paikne ravi: 2% -list salitsüülsalvi või solidoolsalvi. Mõnele haigele anti ka vitamiine. Vajaduse korral ordineeriti sedatiivseid preparaate ja biogeenseid stimulaatoreid. Kolmele erütrodermia all kannatajale määrati täiendavalt veel 15 mg metotreksaati nädalas, kokku 2... 4 nädalat. Ravi ajal haiguse progresseerumine kõigil lakkas ja paljudel haigusnähud taandusid. Nahalööve kadus neljal haigel, kusjuures ühel neist oli tavaline ja kolmel eksudatiivne psoriaas. Ühekuise ravi tulemusena kadus lööve seitsmel haigel, neist kolmel oli eksudatiivne, kahel tavaline psoriaas ja kahel psoriaatiline erütrodermia. Ülejäänuil kulges paranemine väga erinevalt. Tuleks rõhutada, et kolmel psoriaatilise erütrodermia ja polüartriidi all kannatajal tekkis remissioon hepariini toimel esmakordselt 3... 5 aasta jooksul, vaatamata sellele, et haiged olid kortikosteroidide saanud pidevalt. Hepariinravi ajal piirati varem alustatud kortikosteroidide manustamist järk-järgult kuni nende ärajätamiseni. Nõrk oli hepariini toime piirdunud ja vananenud psoriaasivormide ning difuusete, dissemineerunud ja artropaatiliste psoriaasivormide puhul. Tekkis mulje, et hepariin artralgiale mõju ei avalda, mistõttu määrati lisaks eeltoodule ka salitsülaate, mitte-

steroidseid põletikuravimeid ja laser-kiiritust.

Kokku võttes võiks mainida, et hepariiniga ravituist tervistus kliiniliselt 11 psoriaasihaiget, paranes tunduvalt 17 ja paranes 9 haiget. Retsidiive tekkis 3...5 kuud pärast hepariinravi kolmel haigel. Ülejäänuid olid remissioonid püsivamad. Ravi ajal määratud hüübimis- ja veritusasjad olid normis. Ravi vältel tüstus ei tekkinud.

Niisiis, psoriaasi hepariinravi osutus küllalt efektiivseks. Seda võib rakendada kui valikmeetodit. Hepariinravi võib kombineerida raviga teistel tuntud meetoditel, nagu sedatiivse, desensibiliseeriva ja vitamiinraviga ning ultraviolettkiiritusega. Kõige mõjusamaks osutus hepariini manustamine eksudatiivse psoriaasi korral. Nõrgem oli raviefekt psoriaasi piirdunud vormide ja psoriaatilise artriidi juhtudel.

KIRJANDUS: 1. Бычков С. М. Вopr. мед. хим., 1981, 6, 726—736. — 2. Вербенко Е. В., Юдакова В. М., Елакова Н. Н. Вестн. дерматол., 1982, 7, 45—47. — 3. Вербенко Е. В., Колчин Н. П., Кикоть В. Н. и др. Вестн. дерматол., 1985, 2, 28—30. — 4. Грицюк В. И. Клиническое применение гепарина. Киев, 1981. — 5. Довжанский С. И. Вестн. дерматол., 1980, 10, 23—26. — 6. Дюрдь П. И. Вестн. дерматол., 1978, 3, 69—70. — 7. Дюрдь П. И. Комплексное лечение псориаза сирепаром и гепарином с учетом функционального состояния печени. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1984. — 8. Карташов И. А. Гепарин в патогенезе и клинике ревматоидного артрита. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1980. — 9. Мордовцев В. Н., Старков И. В., Забаровский Е. В. и др. Вестн. дерматол., 1987, 7, 4—10. — 10. Муравьев Ю. В., Самоилова С. И. Тер. арх., 1979, 7, 48—52. — 11. Романенко Г. Ф., Демидова Р. В., Кулагин В. И. и др. Вестн. дерматол., 1984, 8, 76—78. — 12. Скрипкин Ю. К., Каламжарян А. А., Мандель А. Ш. и др. Вестн. дерматол., 1987, 7, 22—27. — 13. Ульянова Л. И. Влияние гепарина на клеточное деление. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1980. — 14. Федоровская Р. Ф. Материалы к клинике и патогенезу чешуйчатого лишая. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Горьки, 1967. — 15. Шах-мейстер С. И. Вестн. дерматол., 1987, 12, 58—61.

Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste
Dispanser

UDK 616.36-002:616-008.9

Fischeri koefitsiendi diagnostiline väärtus organismi ainevahetuse hüperkataboolsete protsesside foonil areneva maksapuudulikkuse korral

Rait Labotkin · Tartu

Fischeri koefitsient, maksapuudulikkus, diagnoosimine, hüperkatabolism, peensoolefistulid

Maks koordineerib aminohapete ainevahetust, võttes aktiivselt osa nende utiliseerimisest (3, 11, 12). Seerumivalkudega sidumata aminohapete (edaspidi vabade aminohapete) spektri uurimisel maksapuudulikkuse sündroomiga haigete ja katseloomade veres on leitud seaduspärasusi, mida on võimalik rakendada maksapuudulikkuse diagnoosimisel (7, 8, 10). Maksapuudulikkusele on iseloomulik aminohapete üldhulga suurenemise foonil arenev hargneva ahelaga aminohapete, nagu valiini, leutsiini, isoleutsiini (HA-grupi) kontsentratsiooni mõõdukas vähenemine ning aromaatsse ahelaga aminohapete, fenüüalanini, türosiini (AA-grupp) kontsentratsiooni järsk suurenemine (1, 2, 6, 7, 9).

Lähtudes organismis tekkivast aminohapete düsbalansist, pakkus J. E. Fischer (5) välja maksapuudulikkuse diagnoosimise kriteeriumi. Fischeri koefitsient (FK) on HA-grupi ja AA-grupi aminohapete suhtarv. Kui tervetel inimestel ja intaktsetel katseloomadel on Fischeri koefitsient 3...5, siis maksapuudulikkuse korral on see neil 1,5...2 piires (5, 6).

Fischeri koefitsiendi diagnostilist väärtust on uuritud üksnes mudelites, kui maksapuudulikkuse tekkepõhjuseks on hepatotsüütide primaarne ja krooniline kahjustus. Perifeersete elundite ja kudede metaboolne aktiivsus nendes mudelites on muutunud vähe (11). Meil puuduvad andmed Fischeri koefitsiendi

Tabel. Uuritud aminohapete spekter, nende individuaalne ja HA- ning AA-gruppi kuuluvate aminohapete sisaldus rottide deproteineeritud veres ($M \pm m$; * $P < 0,001$)

Aminohape	Kontrollrühm (n=10)			Uuritute rühm (n=30)		
	individuaalne sisaldus veres (mmol/l)	HA-grupi aminohapete sisaldus veres (mmol/l)	AA-grupi aminohapete sisaldus veres (mmol/l)	individuaalne sisaldus veres (mmol/l)	HA-grupi aminohapete sisaldus veres (mmol/l)	AA-grupi aminohapete sisaldus veres (mmol/l)
Alaniin	0,628 $\pm$ 0,027			0,615 $\pm$ 0,026		
Lüsiin	0,523 $\pm$ 0,120			0,428 $\pm$ 0,014*		
Glutamiin	0,442 $\pm$ 0,017			0,315 $\pm$ 0,005*		
Glütsiin	0,434 $\pm$ 0,035			0,312 $\pm$ 0,004*		
Seriin	0,441 $\pm$ 0,033			0,314 $\pm$ 0,008*		
Proliin	0,441 $\pm$ 0,015			0,299 $\pm$ 0,007*		
Treoniin	0,363 $\pm$ 0,025			0,275 $\pm$ 0,010*		
Arginiin	0,258 $\pm$ 0,035			0,227 $\pm$ 0,010		
Valiin	0,176 $\pm$ 0,011	0,176 $\pm$ 0,011		0,102 $\pm$ 0,003*	0,102 $\pm$ 0,003*	
Leutsiin	0,178 $\pm$ 0,009	0,178 $\pm$ 0,009		0,093 $\pm$ 0,003*	0,093 $\pm$ 0,003*	
Isoleutsiin	0,109 $\pm$ 0,011	0,109 $\pm$ 0,011		0,090 $\pm$ 0,005	0,090 $\pm$ 0,005	
Histidiin	0,090 $\pm$ 0,011			0,085 $\pm$ 0,004		
Asparagiin	0,092 $\pm$ 0,004			0,071 $\pm$ 0,002*		
Türosiin	0,075 $\pm$ 0,006		0,075 $\pm$ 0,006	0,047 $\pm$ 0,009*		0,047 $\pm$ 0,009*
Fenüülalaniin	0,076 $\pm$ 0,002		0,076 $\pm$ 0,002	0,083 $\pm$ 0,011		0,083 $\pm$ 0,011
Metioniin	0,059 $\pm$ 0,002			0,043 $\pm$ 0,004*		
Kokku	4,386 $\pm$ 0,023	0,463 $\pm$ 0,010	0,151 $\pm$ 0,002	3,399 $\pm$ 0,008*	0,285 $\pm$ 0,004*	0,130 $\pm$ 0,007*
FK	3,07 $\pm$ 0,14			2,19 $\pm$ 0,25*		

rakendamise kohta maksapuudulikkuse korral, mis on tekkinud organismi ainevahetuse hüperkataboolsete seisundite foonil.

Antud eksperimentaaltöö eesmärk oli uurida Fischeri koefitsiendi diagnostilist väärtust peensoolefistulitega (hüperkatabolismi mudel) katseloomadel tekkinud maksapuudulikkuse korral.

Uurimine on tehtud TRÜ arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kaatedris koostöös N. I. Pirogovi nim. Moskva II Meditsiiniinstituudi laboritevahelise kompleksi biokeemiasektoriga.*

Uurimismaterjal ja -metoodika. Katseloomade-na kasutati 40 200... 240 grammi kaaluvat segaverelist isast rott. Ainevahetuse kataboolsete reaktsioonide aktiveerimiseks rajati loomadele peensoole keskossa täielikud enterokutaansed huulfistulid. Uuriste rajamise tehnikat ja loomade hoidmise tingimusi vivaariumis on kirjeldatud varajasemates töödes (16, 17).

Fistuli funktsioneerimise tagajärjel arenesid maksapuudulikkusele iseloomulikud biokeemilised ja morfoloogilised tunnused kõigil katseloo-

madel 4... 5. nädalaks fistuli rajamise ajast arvates (15, 16, 17). Kontrollrühm moodustati 10 intaktsest katseloomast.

28. päeval katse algusest kõik loomad dekapiteeriti, verd tsentrifuugiti 15 minutit kiirusega 3000 pöörat minutis ja deproteineeriti 3%-lise sulfasaltsüülhappega. 16 vaba aminohappe määramiseks deproteineeritud verest kasutati R. S. Erasseri (4) soovitatud ja A. Kušlevi (13) modifitseeritud ühekolonnilist ioonivahetuse kromatograafiameetodit. Materjali töödeldi analüsaatoriga KLA-3 B (firma «Hitachi», Jaapan) kolonnis (9 $\times$ 500 mm), mis oli täidetud tugeva katioonivahetusvaiguga (mark 2612). Puhverlahuse voolukiirus oli 60 ml/t. Aminohapete kontsentratsioon arvutati graafilisel meetodil.

Materjali töödeldi statistiliselt Studenti t-testi järgi.

Uurimistulemused ja arutelu. Võrreldes kontrollrühmaga vähenes katseloomadel vabade aminohapete sisaldus 23% (vt. tabel 1). Üldkontsentratsiooni vähenemise põhjuseks oli praktiliselt kõigi uuritavate aminohapete hulga vähenemine 10... 40%. Kõige märgatavam oli vähenemine HA-grupi aminohapete korral (40%). AA-grupi aminohapete üldhulk oli vähenenud 15%. Seejuures aga oli fenüülalaniini kontsentratsioon vähesel määral, vaid 9% suurenenud ($P > 0,05$). See aga ei osu-

* Autor tänab N. I. Pirogovi nim. Moskva II Meditsiiniinstituudi laboritevahelise kompleksi biokeemiaspektori nooremteadurit A. Kušlevi tehnilise koostöö eest.

tunud statistiliselt usaldusväärseks. Nagu tabelist näha on, langes Fischeri koefitsient maksapuudulikkuse puhuse kriteeriumini ($2,2 \pm 0,25$; $P < 0,001$).

Peale matemaatilisel teel saadud Fischeri koefitsiendi ei viidanud vabade aminohapete spektris miski maksapuudulikkuse esinemisvõimalusele. Fischeri koefitsiendi lähenemine maksapuudulikkuse diagnostiliseks näitajaks peetava suuruse ni sai võimalikuks üksnes tänu HA-grupi aminohapete hulga tugevale vähenemisele. Sellised lahknevused kirjanduses esitatu ja meie töös saadud andmete vahel võivad olla tingitud üksnes uuritavate mudelite põhimõttest erinevusest.

Nagu me varajasemates töödes oleme näidanud (15, 16, 17, 18), areneb maksapuudulikkus peensoolefistulitega haigetel ja katseloomadel kahefaasilise protsessina. Esimeses faasis toimivad hüperkataboolsed protsessid, mis peavad eelkõige tagama neoglükogeneesi mehhanismide varustatuse substraadiga (ka aminohapetega), aktiveerivad kompensatoorselt ka mitmeid maksa funktsioone (des- ja transamineerimine, lämmastiku sidumine). Kestev patogeneetilise faktori toime (funktsioneeriv fistul) ning selle tagajärjel tekkinud piiriülene kompensatoorne reaktsioon maksa poolt, mis aga ei taga homöostaasi, põhjustab hepatotsüüdi järkjärgulise väljakurnamise ja maksapuudulikkuse tekke (15). Erinevalt maksa primaarse ja kroonilise kahjustuse tagajärjel tekkinud maksapuudulikkusest, kui kahjustunud hepatotsüüt ei suuda tagada organismi normaalseid funktsioone, on tekkinud olukord, mille puhul normaalne maksarakk ei suuda rahuldada organismi ülemääraselt suurenevaid nõudmisi (11).

Maksafunktsioonide kustumisega maksapuudulikkuse faasis väheneb ka tema võime utiliseerida aminohappeid (2, 5, 6) ning sellest tingituna peaks suurenema nende kontsentratsioon veres. Käesolevas töös aga täheldati aminohapete hulga pidevat vähenemist.

Umbes 30...40% neoglükogeneesi-protsessides kasutatavatest glükoplasti-

listest aminohapetest utiliseeritakse neoglükogeneesi anaeroobses ahelas väljaspool maksa (3, 12). Et organismi lihaskude utiliseerib glükoplastilistest aminohapetest eriti aktiivselt HA-grupi kuuluvaid, siis on arusaadav, miks tugeva maksapuudulikkuse korral vähenes ka Fischeri koefitsient HA-grupi aminohapete hulga järsu vähenemise tõttu.

Käesolev eksperimentaaluuring seega näitas, et Fischeri koefitsient peensoolefistulitega katseloomadel kajastab ka maksapuudulikkuse faasis eelkõige jätkuvat aminohapete utiliseerimist väljaspool maksa. Fischeri koefitsiendi rakendamine diagnostilise kriteeriumina hüperkataboolsete reaktsioonide foonil areneva maksapuudulikkuse puhul ei ole otstarbekohane.

KIRJANDUS: 1. Bouletrau, P., Delafosse, B., Auboyer, C. Liver: Anaesthesia and Critical Care. Paris, 1979, 239—254. — 2. Daniel, P. M., Love, E. R., Moorhouse, S. R. a. o. *Lancet*, 1975, 2, 179—180. — 3. Dolif, D., Jürgens, P. In: Parenteral nutrition. Berlin, 1976, 54—65. — 4. Erasser, R. S. J. Chromatogr. Sci., 1975, 15, 612—615. — 5. Fischer, J. E., Yoshimura, N., Aguirre, A. a. o. *Am. J. Surg.*, 1974, 127, 1, 40—47. — 6. Fischer, J. E., Funovics, J., Aguirre, A. a. o. *Surgery*, 1975, 78, 276—290. — 7. Holm, E., Striebel, J. P., Munzenmaier, R. a. o. *Leber Magen Darm*, 1977, 7, 241—254. — 8. Joelsson, B., Hultberg, B., Alwmark, A. a. o. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1984, 19, 547—551. — 9. Knauff, H. G., Seyhold, D., Miller, B. *Klin. Wochenschr.*, 1964, 7, 326—332. — 10. Steigmann, F., Dubin, A., Szanto, P. B. In: International Congress of Gastroenterology, 9-th: Abstracts. Hamburg, 1980, 21.

11. Гальперин Э. И., Семендяева М. И., Неклюдова Е. А. Недостаточность печени. М., 1978. — 12. Кендыш И. Н. Регуляция углеводного обмена. М., 1985. — 13. Кушелев А. Р. В кн.: Хроматография в биологии и в медицине. М., 1983, 119—120. — 14. Кушелев А. Р., Лаботкин Р. О., Савина М. И. В кн.: Международный симпозиум. Хроматография в биологии и в медицине. М., 1987, 59—60. — 15. Лаботкин Р. О. Функциональные и морфологические изменения печени при тонкокишечных свищах. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1987. — 16. Юхтин В. И., Лаботкин Р. О., Музыкант Л. И. *Бюлл. экспер. биол.*, 1986, 11, 606—609. — 17. Юхтин В. И., Лаботкин Р. О., Пашинцева Л. П. *Хирургия*, 1985, 12, 151—152. — 18. Юхтин В. И., Лаботкин Р. О., Сафронов Н. Н. *Хирургия*, 1986, 5, 153—154.

TRÜ arstiteaduskonna radioloogia
ja onkoloogia kateeder

Ülevaated

UDK 616.24-002.5(474.2)(047)

Tuberkuloosiprobleem Eestis

Heinart Sillastu · Tartu

tuberkuloosi epidemioloogia, avastamine, tuberkuloositõrje, integratsioon pulmonoloogiaga

Aastakümneid oleme tuberkuloosi haigestumuse analüüsimisel, selle epidemioloogias ja statistikas piirdunud suhtarvudega. On puudunud absoluutarvude esitamise ja analüüsimise võimalus. Käesolev töö on üks esimesi katseid anda absoluutarvude foonil objektiivne pilt tuberkuloosi epidemioloogiast Eestis viimasel kolmel aastakümnel.

Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu (nüüd Rahvusvaheline Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Tõrje Liit — *International Union against Tuberculosis and Lung Diseases* ehk IUAT-LD) ja Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ühise ekspertideühenda aruandes (2) on kirjas: «Kolme aastakümne vältel on tehniliselt arenenud maadel tuberkuloositõrjes suurepäraseid tulemusi.» Seda kinnitavad ka Eesti kogemused. Tuberkuloosiepidemioloogia põhinäitajad meie vabariigi kohta on esitatud tabelites 1, 3 ja 4.

Tabelist 1 selgub, et tuberkuloosahaigestumuse vähenemine Eestis on viimase kolme aastakümne vältel olnud pidev. Langus on olnud märgatav kuni 1980. aastani. Sellele järgnenud aastatele on iseloomulik langustempo aeglustumine, kusjuures on kohati esinenud ka mõningat haigusjuhtude arvu suurenemist, näiteks 1980. aastal (olümpia-aastal tingituna tööjõu sissetoomi-

sest teistest liiduvabariikidest) ja 1985. aastal võrreldes 1984. aasta tulemustega. 1986. aastaks saavutati esmakordselt selline olukord, et esmashaigestumus* oli alla 30 (täpsemalt 28,3) 100 000 inimese kohta. Veelgi suurem oli haigestumuse vähenemine 1987. aastal — 23,5 (langus võrreldes 1986. aastaga 17%). Kõnesoleva näitaja hulka ei ole arvatud retsidiive, need on nõukogude statistikas toodud eraldi.

Haigestumises domineerib hingamiselundite tuberkuloos. 1987. aastal oli hingamiselundite tuberkuloosi põdejaid 21 ja 1986. aastal 24,7 100 000 inimese kohta ehk vastavalt 89,4% ja 87,2% üldarvust. Bakterieritajaid oli esmaselt avastatud hingamiselundite tuberkuloosi korral 1987. aastal 67,7%, 1986. aastal 66,8%. Muude elundite tuberkuloosist (1987. aastal 2,5; 1986. aastal 3,6 100 000 inimese kohta ehk vastavalt 10,6% ja 12,8% üldarvust) on esikohal olnud urogenitaaltrakti ning luu- ja liigesetuberkuloos.

Analüüs vanuserühmade järgi näitas, et 1987. aastal haigestunuist oli täiskasvanuid 98,1%, noorukeid 1,1% ja lapsi 0,8%. Tähelepanuväärne on laste, vähem noorukite puhul ilmnev väike haigestumus. Näiteks 1987. aastal vastavalt 2,1 ja 16,0 juhtu 100 000 lapse ja nooruki kohta. Neist esimest näitajat tuleb pidada vägagi heaks, maailmatasemeliseks. Rõõmustab fakt, et see ei ole ainult ühe aasta hea näitaja, vaid on tüüpiline olnud juba aastaid. Seevastu on tuberkuloosi haigestunud rohkem parimas töövõimelises eas inimesi. 1987. aastal moodustasid 20...49-aastaste haigusjuhtude 62% esmaselt avastatud juhtudest, üle 50-aastastel aga 34% (1986. aastal vastavalt 61% ja 33%).

Haigestunuist on juba aastaid ülekaalus olnud mehed, keskmiselt 70...75%. 1987. aastal aga oli neid 77,4%. Ülekaalus on jällegi 20...49 aasta vanused mehed. Nii kuulus 1987. aastal sellesse vanuserühma 64% esmaselt haigestunud meestest, 1986. aastal aga 71%. Üle

* Uute haigusjuhtude suhtarv konkreetsel aastal.

Tabel 1. Esmane tuberkuloosihaigestumus

Aasta	Esmashaigestumus (100 000 inimese kohta)	Vähennemisprotsent
1953*	417	—
1960	227	45,6
1965	126	69,8
1970	64,9	84,4
1975	42,3	89,9
1980	33,8	91,9
1985	30,1	92,8
1986	28,3	93,2
1987	23,5	94,4

* Kõige suurem haigestumus Eestis (esmasjuhte).

50 aasta vanuste meeste puhul on haigestumus viimastel aastatel enam-vähem stabiilsena püsinud, 32...34% piires. Peaaegu endiseks on jäänud haigusjuhtude esinemissagedus ka üle 60 aasta vanuste osas, 13...16% piires.

Tuberkuloosi on avastatud peaaegu võrdelt profülaktilise röntgen-fluorograafilise kontrolli ja arsti poole pöördumise alusel. Üksikjuhtudel on haigus avastatud ka diferentsiaaldiagnoosimise tulemusena ravisutustes. Röntgen-fluorograafiliselt on Eestis tavaliselt uuritud ligikaudu 60% rahvastikust või üle selle (1), 1987. aastal aga 61,8%. Võrdluseks võiks tuua andmed Läti kohta. Seal on vastav protsent ligilähedalt 80 (5). Arvestades tuberkuloosi arengu kiirust tänapäeval, ei välista kord aastas tehtavad röntgen-fluorograafilised uuringud muutuste hilisema tekke võimalust. Küll aga aitab selline uuring samal ajal välja selgitada muid mittespetsiifilisi kopsuhaigusi, eeskätt kopsuvähki (1). Kui haigel on tekkinud juba kaebused, siis on haigusprotsess suhteliselt laia ulatuse võtnud, esineb destruktiivseid muutusi, ka bakterieritus on sagedam.

Tähelepanu äratav infiltratiivse kopsutuberkuloosi suur esinemissagedus. Nii moodustas see 1987. aastal 65% kõikidest tuberkuloosivormidest. Seejuures kopsutuberkuloosi väikevormi, nimelt koldelise kopsutuberkuloosi osatähtsus oli vaid 14%. Sellest lähtudes tuleb suurendada avastamise kiirust, sest infiltratiivne protsess saab ikkagi alguse koldelistest muutustest.

Migratsiooni mõju haigestumusele on juba varem analüüsitud (3). Selle mõju kestab. 1987. aastal moodustasid esmasse tuberkuloosi haigestunud täiskasvanuist 13,6 % need, kes olid Eestis elanud vähem kui kolm aastat. Vähem kui kuus kuud elanute puhul oli see protsent 6,8. Nagu öeldud, ei kuulu analüüsitud haigestumisinäitajate hulka retsidiivid. Mujal maailmas esitatakse mõlemad näitajad tavaliselt koos, haigestumise ühe näitajana. Retsidiivide arv on Eestis viimastel aastatel olnud suhteliselt suur — 1985. aastal 6,3 ja 1986. aastal 7,4. 1987. aastal moodustas see 7,1 100 000 inimese kohta. Koos esmashaigestumusega 1987. aastal (23,5) oli üldarv 30,6 (1986. aastal 35,7). Arvestades esmast tuberkuloosihaigestumust liiduvabariikides ja Nõukogude Liidus üldse, tuleb meie vastavaid näitajaid heaks pidada.

1986. aasta lõpul avaldati Rahvusvahelise Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Tõrje Liidu raames 1983. aasta and-

Tabel 2. Tuberkuloosihaigestumus Euroopas 1983. aastal

Riik	Rahvaarv miljonites	Esmashaigestumus (100 000 inimese kohta)
Norra	4,1	5,8
Taani	5,1	7,4
Holland	14,4	8,6
Island	0,23	9,6
Rootsi	8,3	10,0
Inglismaa ja Wales	49,7	12,7
Kreeka	9,7	15,2
Sotimaa	5,1	16,3
Luksemburg	0,37	16,5
Sveits	6,4	17,2
Saksa DV	16,7	20,3
Belgia	9,9	22,1
Prantsusmaa	54,7	22,8
Austria	7,6	24,0
Iirimaa	3,5	26,4
Itaalia	56,9	31,6
Saksamaa		
Liitvabariik	61,4	31,9
Tšehhoslovakkia	15,4	36,4
Soome	4,8	39,2
Ungari	10,7	47,0
Rumeenia	22,6	54,0
Poola	36,6	64,0
Portugal	10,1	69,8
Jugoslaavia	22,4	72,8

med tuberkuloosi haigestumise kohta Euroopa riikides (koordineerija prof. E. Tala Soomest) (vt. tabel 2). Võib öelda, et 1987. aasta näitaja (30,6) alusel on Eesti tuberkuloosi haigestumise poolest pingerea teisel poolel. Seejuures tuleb arvestada asjaolu, et 1987. aasta haigestumus oli varajasemaga võrreldes väga väike ning et selline suur langus ei ole reeglipärane, tüüpiline. Seda kinnitavad ka 1988. aasta esimesed tähelepanekud haigestumise kohta: tänavu on esmaselt haigestunud rohkem kui möödunud aastal. Arvatavasti jääb haigusjuhtude arv 100 000 inimese kohta 31...36 piiresse (koos retsidiividega) veel aastateks. See aga tähendab veelgi tagasihoidlikumat kohta Euroopa riikide hulgas. Ka siin tuleb arvestada peamiselt kahte asjaolu. Esiteks kajastavad need andmed olukorda 1983. aastal. Hiljem on paljudes riikides toimunud esimesed nihked paremuse poole. Näiteks Soomes oli esmashaigestumus 1987. aastal 28,8. Teiseks tuleb arvestada ka vastavate riikide rahva suurust, erandiks on väikese rahvaarvuga Island ja Luksemburg.

Kokku võttes võib öelda, et vaatamata headele tulemustele tuberkuloosi haigestumise vähendamisel, oleme Euroopas ikkagi see riik, kus haigestumus on suhteliselt suur.

Aktiivset tuberkuloosi põdevate haigete arv Eestis on antud tabelis 3 ja suremus tabelis 4. Haigestumus on vii-

Tabel 3. Aktiivset tuberkuloosi põdevate haigete arv

Aasta	Aktiivset tuberkuloosi põdevate haigete arv (100 000 inimese kohta)	Vähennemisprotsent
1957*	1823	—
1960	1388	23,9
1965	782	57,1
1970	550	69,8
1975	306	83,2
1980	187	89,7
1985	135	92,6
1986	131	92,8
1987	124	93,2

* Aktiivse tuberkuloosi tõttu arvel olevad haiged (kõige kõrgem näitaja Eestis).

Tabel 4. Tuberkuloosist põhjustatud suremus

Aasta	Suremus (100 000 inimese kohta)	Vähennemisprotsent
1960*	33,7	—
1965	19,2	43,0
1970	14,9	55,8
1975	10,6	68,5
1980	7,1	78,9
1985	6,6	80,4
1986	4,5	86,6
1987	4,0	88,1

* Suremus on toodud aktiivsesse tuberkuloosi ja tuberkuloosi hilistagajärgede tõttu surnute kohta.

mastel aastatel vähenenud järgnevalt: 1985. aastal 3,7%, 1986. aastal 3,2% ja 1987. aastal 5,1%. 1987. aastal ilmnes vähenemistendents kõikides vanuserühmades nii linna- kui ka maaelanike hulgas ja seda kõikide tuberkuloosivormide osas. Vähenesid ka teised näitajad, vähemaks jäi bakterieritajaid jne. Kuid ometi, 1988. aasta 1. jaanuari seisuga oli arvel 46 fibroos-kavernilise kopsutuberkuloosiga haiget. Seda arvu tuleb suureks pidada. Näiteks 1986. aastal oli Soomes kroonilise kopsutuberkuloosi all kannatajaid vaid viis ligikaudu viie miljoni inimese kohta. Ka alkohoolikuid on meil arvelolijate hulgas küllalt palju.

Tuberkuloosisuremuses ilmneb pidev vähenemistendents. 1987. aastal suri meil 63 haiget. Surma põhjuseks oli aktiivne tuberkuloos 45-l ja tuberkuloosi jääknähud 18 haigel. 45 haigest, kes surid tuberkuloosi, oli tuberkuloosidisperserites arvel olnud 34. Disperseritud ei olnud 11 isikut (esmane aktiivne protsess oli neljal, retsidiiv kolmel, üks oli arvel ametkondlikus polikliinikus, üks oli tuberkuloosi põdev sissesõitnu, kaks vanglas surnud karistusalust). 34 disperseritust olid 8 25...49-aastased. Surma põhjuseks oli 34 juhust 9-l (26,5%) fibroos-kaverniline ja samuti 9-l infiltratiivne kopsutuberkuloos. 13 haige (38,2%) surma põhjuseks oli tuberkuloosi dissemineerunud vorm. Esitatud andmed, eeskätt infiltratiivsete ja dissemineerunud vormide osas, viitavad vajadusele tõsta kemoteraapia efektiivsust.

Koos edusammudega tuberkuloositõrjes on esile kerkinud uued probleemid. Üheks selliseks on kliiniliste nähtude puudumine või nende vähesus kopsuvormi kujunemise algetapil. See omakorda raskendab haiguse varajast diagnoosimist ning tingib suurema tähelepanu vajaduse haige võimalike kaebuste vastu. Kui tuberkuloos avastatakse haige kaebuste alusel, siis on haigusprotsess sageli küllalt kaugele arenenud, lisaks on arenenud ka destruktioonid. Arvestades aga tuberkuloosi küllalt kiiret arengut, ei tarvitse varajane avastamine röntgen-fluorograafilise kontrolliga alati seostuda (kontroll tavaliselt kord aastas).

Muutunud on tuberkuloosahaigete sotsiaalne struktuur. Analüüsides aktiivse tuberkuloosi teket soodustavaid tegureid Tartus viimasel viisaastakul (7), tuli see selgelt esile. Kindlaks aktiivse tuberkuloosi teket (esmaselt avastatud protsess, retsidiiv) soodustavaks teguriks on alkoholi kuritarvitamine. Just nendel haigetel — arstlikust kontrollist kõrvalehoidumine, halb toitumine, kurnatus — on kopsutuberkuloosi avastatud enamasti lagunemisfaasis, mille puhul on ka bakterieritus. Samuti on nende haigete ravi raskem ja probleemirohkem (režiimile mitteallumine, maksa funktsionaalne seisund).

Õeldu kehtib ka Eesti kohta tervikuna. Eriti selgelt tuleb see esile tuberkuloosi haigestumises. Ankeediandmete alusel moodustas narkoloogide poolt Eestis arvelevõetud alkoholi kuritarvitajate protsent 1987. aastal 24,3 nendest täiskasvanutest, kellel oli hingamiseldundite tuberkuloos avastatud esmaselt. Mõistagi hoiduvad sellised inimesed arstlikust kontrollist eemale ja kopsutuberkuloos avastatakse neil alles siis, kui on tekkinud kaebused ja ulatuslikud muutused. 1987. aastal oli neist bakterieritajaid 81,3% (alkoholi mitetarvitajaist 66,7%-l) ja destruktiivseid muutusi kopsukoes leiti neist 72%-l (53,4%).

Tuberkuloosi haigestumise vähenemise ja epidemioloogilise olukorra parane misest tingituna on muutunud ka fti-

siaatri töö maht ja sisu (4). Tingituna tuberkuloosahaigete arvu vähenemisest hakati tuberkuloosidispanserites arvele võtma eeskätt mittespetsiifilisi kroonilisi kopsuhaigusi põdejaid. Seda võimaldasid kaader ja materiaal-tehniline baas ning seda vajalikustas mittespetsiifilistesse kopsuhaigustesse, eeskätt infektsioos-allergilistesse haigustesse haigestumise juhtude märgatav suurenemine. Kõik Eesti tuberkuloosidispanserid integreeriti 1978. aastal. Nüüd võime rääkida juba kogemustest (6, 8). Peamisteks arvelevõetavateks on kroonilist tüsis- tunud bronhiiti, bronhoektaasiat, difuuset pneumofibroosi ja kopsusarkoi- doosi põdejad. Tartus moodustati 1977. aastal tuberkuloosidispanseri struktuuri 60 voodikohaga omaette pulmonoloogiaosakond, kus ravitakse eeskätt bronhiaalastmat, ägedaid pneumooniaid ja bronhiite põdejaid. Samas dispanseris alustas 1987. aastal tööd ka 10 voodikohaga reanimatsiooniosakond. Praegu on meie peamisteks ülesanne- teks tuberkuloosahaigestumuse vähen- damine ja integratsiooni laiendamine ning süvendamine mittespetsiifiliste kopsuhaiguste osas. Nendest ülesanne- test tingituna tuleks muuta tuberku- loosiasutused ftisiopulmonoloogilisteks ravi- asutusteks, ootamata selleks ülelii- dulisi korraldusi.

KIRJANDUS: 1. Sarapu, K., Jannus, L., Mardna, P. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 6, 332—333. — 2. Tuberculosis control. In: World Health Organization. Geneva, 1982, № 671, 26. 3. Вааса В. В., Крайняя И. А., Пуллисаар Х. П., Румм А. А. В кн.: X Всесоюзный съезд фтизиатров. Киев, 1986, 149. — 4. Кама Э. К. В кн.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1978, вып. 461, 3—7. — 5. Саулиге В. М., Верюгина Е. Ф. В кн.: X Всесоюзный съезд фтизиатров. Киев, 1986, 12. — 6. Силласту Х. А., Яннус Л. Э., Румм А. А. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1982, вып. 601, 51—59. — 7. Силласту Х. А., Арро А. Г., Арро Г. А. В сб.: Актуальные вопросы противотуберкулезной борьбы в условиях низкой заболеваемости. Тезисы VII Республиканской конференции фтизиатров. Рига, 1987, 59—60. — 8. Яннус Л. Э., Силласту Х. А., Сауэмяги Л. Р., Раукас Э. А., Лиллак Э. И. В сб.: Проблемы интенсификации противотуберкулезной помощи. Тезисы к пленуму правления Всесоюзного научного медицинского общества фтизиатров. Иркутск, 1988, 150—151.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste
ja tuberkuloosi kateeder

UDK 547.962/.963(047)

Lektiinide meditsiiniline kasutatavus 100 aastat pärast ritsiini avastamist

Ello Karelson · Tartu

lektiinid, hemaglutinatsioon, lümfotsüütide blast-transformatsioon, pahaloomulise transformatsiooni diagnoosimine

Lektiinid (ladina keeles *legere* — välja valima) on antiukehasarnased proteiinid või glükoproteiinid, mis on võimelised valikuliselt siduma isoleeritud ja konjugeeritud süsivesikuid. See unikaalne lektiinide omadus määrab nende omapärase bioloogilise aktiivsuse, mille olulisemaks avalduseks on võime ära tunda rakumembraanide glükokonjugaate ning esile kutsuda vastavate raku tüüpide aglutinatsiooni.

Esimese lektiini, nimelt ritsiini avastamisest *Ricinus communis*'e* seemnetes möödus tänavu 100 aastat. 3. märtsil 1888. aastal esitas Tartu Ülikooli Farmakoloogia Instituudi uurija Herman Stillmark ülikooli aulas oma doktoritöö ritsiini puhastamise meetodi ning hemaglutinatiivse toime kohta (21). Seda põhjapanevat uurimust samastatakse tänapäeval lektiinide avastamisega. Kuigi need proteiinid tehti kindlaks esialgu taimedes, eriti seemnetes, on neid praeguseks ekstraheeritud enamasti kõikidest organismidest (27). Laienenud on ka lektiinide kasutamine mitmetel teoreetilis-praktilistel erialadel, sealhulgas meditsiinis. Viimase 20 aasta jooksul on selgunud, et neid unikaalseid valke saab edukalt rakendada paljude hematoloogia-, immunoloogia-, onkoloogia-, allergoloogia-probleemide lahendamisel. Käesolevas kirjutises leiavad käsitlemist lektiinide meditsiinis kasutamise peamised võimalused.

Hematoloogia seisukohalt on oluline mitmete kaunviljaliste seemnetest pärinevate fütolektiinide võime aglutineerida erütrotsüüte. Sellise omadusega lektiinid, nimelt fütohemaglutiniinid, võib tinglikult jaotada kahte rühma: 1) laia spetsiifilisusega fütohemaglutiniinid, mis võivad aglutineerida inimese kõikide veregruppide erütrotsüüte, näiteks ritsiin (*Ricinus communis*'est), konkanavaliin A (*Canavalia ensiformis*'est), sojaoa (*Glycine hispida maxim**) aglutiniin ja teised; 2) veregruppispetsiifilised fütohemaglutiniinid, mis spetsiifiliselt aglutineerivad teatud veregrupi või selle alagrupi erütrotsüüte ja moodustavad pretsipitaate vastava veregrupi lahustuvate substantsidega (2, 20).

Praegu tuntakse ligikaudu 100 spetsiifilist fütohemaglutiniini, mis võiksid AB0-süsteemi veregruppide ja alagrupide identifitseerimisel täiesti asendada vastavaid spetsiifilisi antiseerumeid. Seejuures on kõige enam kindlaks tehtud A-grupi erütrotsüüte aglutineerivaid lektiine, näiteks *Phaseolus limensis*'est, *Vicia cracca*'st*, *Dolichos biflorus*'est, *Molucella laevis*'est ja teistest pärinevaid. Vähem on teada B-gruppispetsiifilisi fütolektiine (*Phaseolus ricciardiarus*'est, *Bandieraea simplicifolia*'st). Teatud lektiinid aglutineerivad võrdselt A- ja B-grupi erütrotsüüte, need on nn. A+B-lektiinid *Sophora japonica*'st ja *Calpurina aurea*'st (14, 20). Lisaks eespool toodutele on välja selgitatud mitmeid H-antigeeni suhtes spetsiifilisi lektiine (*Ulex europaeus*'est, *Lotus tetragonolobus*'est, *Cytisus sessilifolius*'est jt.), milliseid aga H-antigeeni ühtlase jaotumise tõttu inimese erütrotsüütidel ei saa rakendada veregruppide kindlakstegemisel (12, 14).

Mõningad fütolektiinid võivad valikuliselt seostuda ka MN-süsteemi antigeensete determinantidega ning esile kutsuda vastavate erütrotsüütide aglutineerumise. Nii on *Iris amara*'st ekstraheeritud hemaglutiniinil spetsiifilisus M-grupi erütrotsüütide suhtes, *Vicia graminea* ja *Bauhinia purpurea* hemaglutiniinidel aga N-grupi punaliblede suhtes (14, 20). Kuigi doonorivere

* Esineb «Eesti NSV flooras»

kuuluvust MN-süsteemi gruppidesse vereülekanne praktikas ei arvestata, võiksid viimati nimetatud fütolektiinid siiski leida rakendamist M-, N- või MN-antigeene kandvate indiviidide antropoloogiaalases uurimises.

Fütolektiinide hemaglutineeriva toime aluseks on nende interaktsioon erütrotsüütide pinna glükoproteiinide ja glükolipiidide oligosahhariidsete komponentidega. Seejuures on näidatud, et laia spetsiifilisusega fütolektiinid seostuvad põhiliselt nende mono- ja oligosahhariididega, mis veregrupi antigeensete determinantide koostisse ei kuulu. Nii on konkanavaliinil A afiinsus erütrotsütaarmembraani α -D-manno-püraanoosi ja α -N-atsetüülglükoosamiini jääkide suhtes, sojaoa aglutiniin ning ritsiin aga seostuvad vastavalt α -N-atsetüül-D-galaktoosamiini ning α -D-galaktopüraanoosi jääkidega. Nähtavasti leidub viimati nimetatud süsivesikulisi komponente inimese kõikide erütrotsüütide membraanide välispinnal, sõltumata nende antigeensusest kuuluvusest (7, 20).

Veregrupispetsiifiliste fütolektiinide selektiivne interaktsioon AB0- ja MN-süsteemi erütrotsüütide antigeensete glükokonjugaatidega determineeritakse antigeeni terminaalse immunodominantse oligosahhariidi poolt, mis sisaldab vastavale veregrupile spetsiifilises järjestuses järgmisi monoosijääke: D-galaktoosi, N-atsetüül-D-galaktoosamiini, N-atsetüül-D-glükoosamiini ja L-fukoosi. Lektiinispetsiifilisuse määravad eelkõige immunodominantse oligosahhariidi lõppmonoos ning sidemetüüp tema ja kõrvuti asetseva monoosijäägi vahel (7, 12, 26). Lisaks sellele sõltub lektiini selektiivne seostumine vastava antigeense determinandi oligosahhariidse komponendi konformatsioonist ning lokalisatsioonist membraanis (12).

Tuleks arvestada seda, et hemaglutinatsioonireaktsioonide kiirus sõltub mõningate lisandite olemasolust keskkonnas. Nii on teada, et hemaglutinatsioon mittespetsiifiliste (ja spetsiifiliste) lektiinidega pidurdub aminohappe tsüsteiini toimel ning aktiveerub trüp-

siini ja mõningate metallioonide (Ca^{2+} , Mg^{2+}) manulusel (17, 25). Väärleb tähelepanu spetsiifiliste lektiinide põhjustatud hemaglutinatsiooni pidurdumine nende monosahhariidide juuresolekul, mis on kindlaks tehtud vastava veregrupiaine immunodominantses oligosahhariidsetes fragmendis (17). See fakt on oluliseks tõestuseks spetsiifiliste fütolektiinide selektiivsele interaktsioonile erütrotsüütide antigeensete determinantide monosahhariidijääkidega ning põhjendab nimetatud lektiinide rakendamist nii veregruppide identifitseerimisel kui ka vastavate antigeensete determinantide struktuuri uurimisel.

Lektiinide teiseks põhiliseks kasutusalaks meditsiinis on immunoloogia. Selles valdkonnas leiavad bakteriaalsed ja fütolektiinid rakendamist lümfotsüütide uurimisel: subpopulatsioonide fraksioneerimisel ning fraksioonides leiduvate immuunsüsteemide funktsionaalse seisundi hindamisel (29). Selline lektiinide rakendamine on võimalik seetõttu, et lümfotsüütide subpopulatsioonidel on erinevaid membraanseid lektiinireseptoreid. Nii omavad hiire B-splenotsüüdid spetsiifilisi retseptoreid sojaoa aglutiniini suhtes ning on selle lektiini toimel kergesti aglutineeritavad, erinevalt T-splenotsüütidest, millel on nimetatud retseptorite kontsentratsioon väike (3, 19). Retseptorite lektiinispetsiifilisuse determineerib nende süsivesikulise komponendi struktuur. Sel ajal kui maapähkli (*Arachis hypogaea**) lektiinil on madal afiinsus D-galaktoosüül- β (1 $\rightarrow$ 3)-N-atsetüül-D-galaktoosamiini suhtes B-lümfotsüütide pinnamembraanil, seostub sojaoa (*Glycine hispida maxim**) lektiin selektiivselt nimetatud süsivesikuga ning vähemal määral ka membraanse D-galaktoosiga. Arvatakse, et lümfotsüütide küpsemise ja diferentseerumise protsessis toimub nende membraanide pinnal maapähkli ja sojaoa lektiini retseptorite transformatsioon: kui ebaküpsed T-lümfotsüüdid aglutineeruvad nii maapähkli kui ka sojaoa lektiini (aglutiniini) toimel, siis küpsete T-lümfotsüütide aglutineerumise võib esile kutsuda

vaid sojaoa lektiin (19). Sellest tulenevalt võiksid viimati nimetatud lektiinid kasutamist leida T-lümfotsüütide diferentseerumisastme indikaatoritena.

Kliinilise ja eksperimentaalse praktika seisukohalt väärib tähelepanu lektiinide selektiivne mitogeensus lümfotsüütide erinevate subpopulatsioonide suhtes, mis eriti ilmekalt manifesteerub rakkude kasvu varajasemates etappides. Nii stimuleerib *Phaseolus vulgaris*'e fütolektiin 3...4-päevastes lümfotsüütide kultuurides valikuliselt T-rakkude blasttransformatsiooni. Pikemaajalisel kultiveerimisel ei stimuleeru mitte üksnes T-rakud, vaid ka B-rakud. Analooiliselt on selektiivne mitogeenne aktiivsus ka konkanavaliinil A (19, 28), kusjuures samasuguseid tulemusi on saadud katsetes hiire ja inimese perifeerse vere lümfotsüütidega (19, 22). On kindlaks tehtud, et mitogeense vastureaktsiooni selektiivset väljakujunemist lümfotsüütides lektiinide toimel vahendavad spetsiifilised lektiinireseptorid antud subpopulatsiooni rakkude pinnal. Lekiinide interaktsioon nimetatud retseptorite süsivesikuliste komponentidega indutseerib kindla järjestusega membraansete protsesside kompleksi, mille vahendusel antakse nende mitogeenide ekstratsellulaarsed signaalid edasi intratsellulaarsele (4). Signaalide internalisatsiooniga kaasneb vastava subpopulatsiooni lümfotsüütide reaktiivsuse tõus kasvufaktorite suhtes (10), mis etendab nähtavasti peamist osa informatsiooni ülekandmisel DNA-le. Järgneb DNA rekombineerumine. Lõpptulemusena toimuvad aktiveerunud lümfotsüütide blasttransformatsioon ning mitootiline jagunemine, mis võimaldab hinnata uuritavas subpopulatsioonis leiduva immuunsüsteemi reaktiivsust ning identifitseerida lümfotsütaartransformatsioone (1, 9).

Kolmandaks perspektiivseks suunaks on lektiinide rakendamine rakkude pahaloomulise transformatsiooni varajasel diagnoosimisel. Selline kasutamine põhineb lektiinide omadusel spetsiifiliselt aglutineerida maligniseerunud rakke. Ühes esimeses antud valdkonna uurimuses on näidatud konkanava-

liini A pöörduvat aglutineerivat efekti nii leukeemiliste kui ka koekultuurides transformeerunud rakkude suhtes (13). On oletatud, et transformeerunud rakkude pinnamembraanid sisaldavad rohkesti neid süsivesikulisi komponente, eelkõige siaalhappeid, mis normaalses rakumembraanides kas puuduvad või esineb neid vähesel määral (13, 20). Viimase aja uurimused on eeltoodud seisukohta suuresti täiendanud. Uurides nisuidu (perekond *Triticum**) aglutiniini sidumiskohti keemiliste kantserogeenidega indutseeritud roti soomusrakulise kartsinoomi rakupinna membraanidel, leiti, et need sidumiskohad on heterogeense struktuuriga ning koosnevad mitmest erinevast glükoproteiinist (11). Lisaks sellele on tõestatud, et nisuidu aglutiniini sidumise kvantitatiivsed parameetrid sõltuvad transformeerunud rakkude maligniseerumise astmest, mille muutumisega kaasnevad nähtavasti muutused selle aglutiniini sidumistsentrite tiheduses, membraanses liukuvuses ja organisatsioonis (5, 11).

Inimese ajukasvajate diferentsiaaldiagnoosimise seisukohalt väärib tähelepanu erineva süsivesikuspetsiifilisusega lektiinide selektiivne seostumine kasvajaalõikudega, mida seni on uuritud histokeemilisel meetodil (23). On selgunud, et mitmed kaunviljaliste seltsist pärinevad fütolektiinid (*Ricinus communis*'e, *Helix pomatia*, sojaoa jt. aglutiniinid) nagu nisuidu aglutiniingi on ajuveresoonte endoteelist lähtunud tuumorite markeriteks. Konkanavaliin A seostub põhiliselt diferentseerunud neuronitest pärinevate ning primitiivsete neuroektodermaalsete kasvajatega, sel ajal kui *Ulex europaeus*'e aglutiniinil ei ole praktiliselt spetsiifilisust inimese ajukasvajate eri tüüpide suhtes (18).

On uuritud ka epiteliaalsete kartsinoomirakkude aglutineeritavust lektiinidega ning leitud, et nimetatud rakkude pinnamembraanid sisaldavad enamasti L-fukoos-terminaalseid lektiin-selektiivseid glükokonjugaate (8, 16). Selles suhtes on rohkem tähelepanu pööratud bronhiaalkartsinoomi rakkudele nii koekultuurides (rakuliinid KNS 62 ja SK-LC 17) kui ka kartsinoomihaigete

bronhiloputusvedelikus. Tsütokeemilise analüüsiga on näidatud, et bronhiaalkartsinoomi rakud seovad võrdsel määral nisuidu-, sojaoa-, *Ricinus communis*'e ja *Arachis hypogaea* aglutiniine, ei seo aga *Canavalia ensiformis*'e ega *Phaseolus vulgaris*'e* lektiine (16).

Selline maligniseerunud rakkude lektiinispetsiifilisus võimaldab kasutada lektiine ja nende märgistatud analooge ühest küljest diagnostilistel eesmärkidel, seda eelkõige pahaloomulise transformatsiooni algerioodil, kui radikaalne ravi annab häid tulemusi. Teisest küljest omab lektiinide kasutamine onkoloogias teoreetilist perspektiivi selliste spetsiifiliste muutuste identifitseerimisel, mis toimuvad transformeerunud raku pinnamembraanide glüko-konjugaatides ning on lülitunud onkogeneesi tsellulaarsetesse mehhanismidesse (6, 8, 24).

KIRJANDUS: 1. *Balding, P., Hughes, L., Light, P. A. a. o.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry. Berlin — New York, 1982, 2, 519—530. — 2. *Barret, J. T.* Basic immunology and its medical application. Louis — Toronto — London, 1980. — 3. *Barzilay, M., Monsigny, M., Sharon, N.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry. Berlin — New York, 1982, 2, 67—81. — 4. *Basu, S. K.* Biochemistry, 1986, 25, 2577—2581. — 5. *Berthier-Vergnes, O., Deugnier, M. A., Reano, A. a. o.* Biochem. Internat., 1985, 11, 669—676. — 6. *Borisch, B., Schumacher, U., Harms, D.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry, 4. 1985. 155—160. — 7. *Chicken, C. A., Sharom, F. J.* Biochem. Biophys. Acta, 1983, 729, 200—208. — 8. *Dus, D., Radzikowski, C., Dbaray, H. a. o.* In: Lectins. Biology-Biochemistry, Clinical Biochemistry. Berlin — New York, 1985, 4, 65—74. — 9. *Favero, J., Marti, J., Dormand, J. a. o.* Cell. Immunol., 1986, 98, 221—229. — 10. *Gullberg, M.* Recognition requirements and regulatory events directing T cell responses. Umea, 1983. — 11. *Hauenstein, H., Hermann, G., Weil, H. P.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry. Berlin — New York, 1982, 2, 211—220. — 12. *Hindsgaul, O., Khare, D. P., Bach, M. a. o.* Can. J. Chem., 1985, 63, 10, 2653—2658. — 13. *Inbar, M., Sachs, L.* Biochemistry, 1969, 63, 1418—1425. — 14. *Kabat, E. A.* In: Human blood groups. Buffalo — New York, 1977, 236—245. — 15. *Khanna, A. K.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry. Berlin — New York, 1982, 2, 701—709. — 16. *Raedler, A., Böttcher, S., Stalling, F. a. o.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry. Berlin — New York, 1985, 4, 137—144. — 17. *Sandhu, R. S., Reen, R. S.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry. 1982, 2. Berlin — New

York, 1982, 113—136. — 18. *Schwechheimer, K., Born, I. A., Kern, P. a. o.* In: Lectins. Biology-Biochemistry. Clinical Biochemistry. Berlin — New York, 1985, 4, 75—82. — 19. *Sharon, N.* In: Membr. and Transp., New York — London, 1982, 2, 503—509. — 20. *Sharon, N., Lis, H.* Science 1972, 177, 949—959. — 21. *Stillmark, H.* Ueber Ricin, ein giftiges Ferment aus den Samen von *Ricinus communis* L. und einigen anderen Euphorbiaceen. Tartu, 1888. — 22. *Toyoshima, S., Iwata, M., Osawa, T.* Nature, 1976, 264, 447—449. — 23. *Walker, R.* Histopathology, 1985, 9, 10, 1121—1124. — 24. *Yokoyama, K., Watanabe, N., Kawabata, S. a. o.* J. Nucl. Med., 1986, 23, 1, 17—24.

25. *Дворкин В. М.* Бюл. эксперим. биол. мед. 1985, 100, 420—422. — 26. *Кульберг А. Я.* Молекулярная иммунология. М., 1985. — 27. *Луневич Л. И.* Усп. биол. химии, 1979, XX, 71 — 94. — 28. *Петров Р. В.* Иммунология. М., 1982. — 29. *Уманский Ю. А., Пинчук В. Г.* Лимфоциты и опухолевый рост. Киев, 1982.

TRÜ arstiteaduskonna bioorgaanilise
ja bioloogilise keemia kateeder

Tervishoiutöö korraldus

UDK 616-006-084(480)

Mõnda vähitõrjest Soomes

Tiiu Aareleid · Tallinn

onkoloogia, vähktõbi, vähitõrje, rahvatervishoid, tervisekasvatus, teadusuuringud, Soome Vähiühing

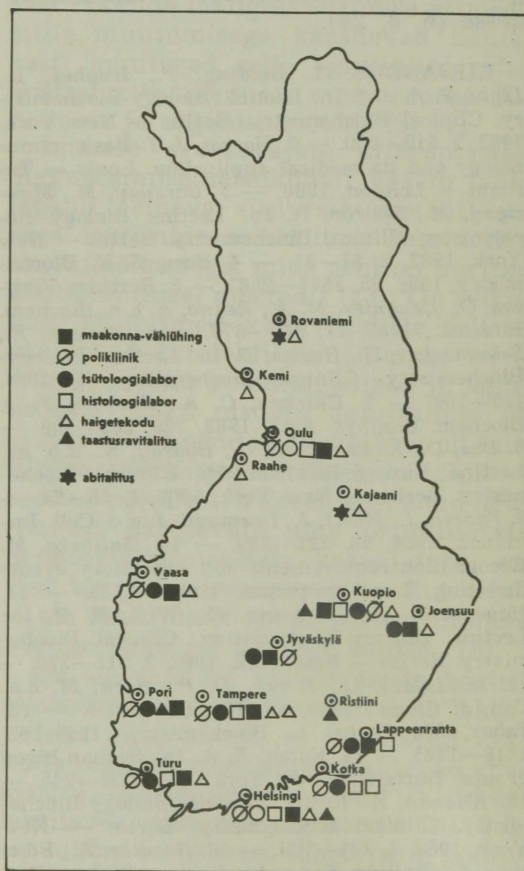
Kõikidele, kellel on olnud põhjanaabritega kokkupuuteid onkoloogia valdkonnas, saab kohe esmapilgul selgeks, et vähitõrje Soomes on maailmatasemel. Kõrgest klassist on ka onkoloogiaalase teadustöö tulemused sellel väikesel, ent järjekindlalt oma rahva elujärge edendaval naabermaal. Sealjuures hämmastab vähiuurimisega tegelevate erialade lai esindatus, millest annavad tunnistust onkoloogia aktuaalseid probleeme käsitlevad publikatsioonid nii Soome kui ka rahvusvahelistes väljaannetes (8).

Vähitõrjet Soomes juhib suur vabatahtlikel alustel tegutsev rahvatervishoiuorganisatsioon — Soome Vähiühing (Suomen Syöpäyhdistys). On teada, et vähki haigestub mingil eluetapil iga neljas soomlane (2). Arvestades tõve sellist esinemissagedust, võib öelda, et nii või teisiti puudutab vähiprobleem kõiki. Koostöös riikliku tervishoiuga on vabatahtliku vähitõrje eesmärgiks vähihaigestumuse vähendamine, tõve varajane avastamine, samuti võimalikult kõrgetasemeline ravi. Et neid eesmäärke saavutada, on Soome Vähiühingul palju tegevusvälju. Olulisemaid neist — tervisekasvatus, mass-sõeluuringud, ravi võimaluste, iseäranis taastus- ja terminaalaravi parandamine, personali väljaõpe, üritused vähihai-

getele, uurimuste toetamine — tutvustab eesti lugejale Soome Vähiühingu peasekretär doktor Liisa Elovainio. Tema artikkel on toodud käesolevas ajakirjanumbris lk-del 427—429.

Soome Vähiühingu keskus asub Helsingis, sealt juhitakse kogu ühingu tegevust. Liikmeteks võivad olla eraisikud, samuti teised ühingud, organisatsioonid ning fondid. Soome Vähiühingusse kuulub 11 maakonna-vähiühingut, mis korraldavad vähitõrjet piirkonniti, samuti kolm haigete ühingut (5, 6, 7). Ühingule kuulub Soome eri paigus 10 polikliinikut ning 11 morfoloogialaboratooriumi, neist seitsmes tehakse ka histoloogilisi uuringuid (vt. joonis 1).

Teades ühingu poolt tehtava töö ulatust ning sisukust, tekib kindlasti küsi-



Joonis 1. Soome Vähiühingu regionaalsete allüksuste ja asutuste paiknemine.

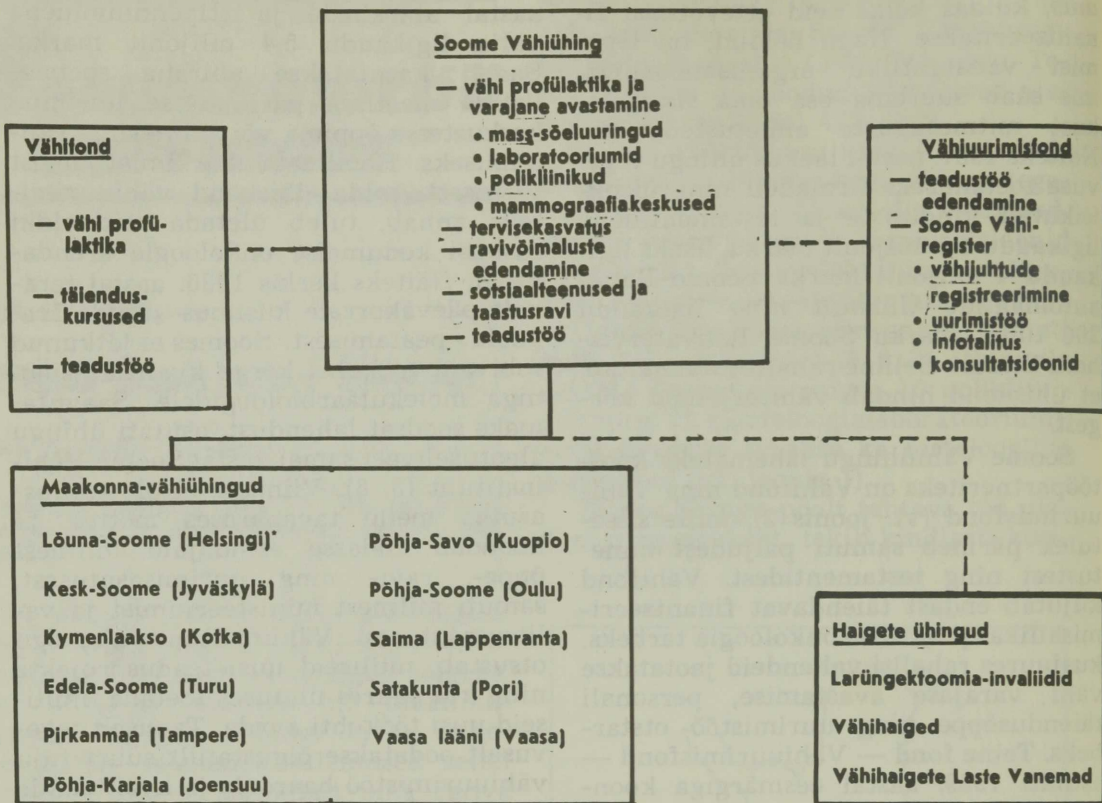
mus, kuidas kõiki neid ettevõtmisi finantseeritakse. Nagu öeldud, on tegemist vabatahtliku organisatsiooniga, mis saab suurema osa oma sissetulekust mitmesuguste annetustena (5). Näiteks 1987. aastal laekus ühingu tegevuse toetamiseks firmadelt ning üksikisikutelt kingituste ja testamentidena ligikaudu 1,5 miljonit marka, lisaks ligikaudu 4 miljonit marka Soome Rahautomaatide Ühistult ning ligikaudu 200 tuhat marka Soome Rahvatervishoiu Liidult. Selline rahaline abi näitab, et ühiskond hindab vähitõrjetööd kõrgelt.

Soome Vähiühingu lähemateks koostööpartneriteks on Vähifond ning Vähiuurimisfond (vt. joonis 2), mille sissetulek pärineb samuti paljudest annetustest ning testamentidest. Vähifond kujutab endast täiendavat finantseerimisallikat praktilise onkoloogia tarbeks, kusjuures rahalisi vahendeid jaotatakse vähi varajase avastamise, personali täiendusõppe ning uurimistöö otstarbeks. Teine fond — Vähiuurimisfond — asutati 1969. aastal eesmärgiga koondata vahendeid just onkoloogiaalase teadustöö arendamiseks. Selle fondi ülalpidamisel on praeguseks oma ala teadusmõtte arvestatavaks liidriks tõusnud Soome Vähiregister, mis loodi 1952. aastal (1, 4, 9). Kõigil kolmel mainitud on eraldi juhatus. Nii näiteks on ühingu juhatuses 12 valitavat liiget. Palgaline personal, olles ühingul ja fondidel ühine, koosneb 46 inimesest, Vähiregistri töötajad kaasa arvatud. Mainitud kolme organisatsiooni koostöö organisatsioonilisi ja sisulisi küsimusi, samuti summade optimaalset jaotamist vähitõrje eri valdkondade vahel otsustab nende ühisnõukogu. Soome Vähiühingu, Vähifondi ja Vähiuurimisfondi käsutuses on mitmeid nimelisi fonde, mis on määratud teadusuuringute toetamiseks. Ühe suuremana neist võib nimetada president J. K. Paasikivi pärandifondi. Selle fondi omandi hulka kuulub Helsingi südalinnas paiknev hoone, mis on nii Soome Vähiühingu keskuse kui ka Soome Vähiregistri asukohaks.

Teadustöö edendamiseks maksti 1987.

aastal abirahade ja stipendiumidena välja ligikaudu 5,4 miljonit marka. Sageli kasutatakse abiraha spetsialistide maailma parimatesse uurimiskeskustesse õppima või stažeerima suunamiseks. Hoolimata märkimisväärsest toetusest, mida ühiskond vähiuurimiseks annab, tuleb ületada mitmeidki raskusi kodumaise onkoloogia arendamisel. Näiteks kerkis 1986. aastal teravalt päevakorrale küsimus «ajude ära-voolu» peatamisest: Soomes ei jätkunud sobivaid töökohti kõrge kvalifikatsiooniga molekulaarbioloogidele. Saavutamaks soodsat lahendust, asutati ühingu algatusel veel samal aastal Soome Vähiinstituut (3, 6). Viimane ei ole teadusasutus meile tavapärasest mõttes, ta koondab endasse esindajaid mitmest õppe-, ravi- ning uurimisasutusest, samuti mitmest ministeeriumist ja valitsusasutusest. Vähiinstituudi nõukogu otsustab, milliseid uusi teadusprojekte ning kui suures ulatuses toetada, milliseid uusi töökohti avada. Taoliselt tegevuselt oodatakse õigustatult suurt tulu vähiuurimistöö haardele ja kvaliteedile Soomes. Ühiskonna jätkuv toetus lisab oma maa teadusele kahtlemata eeldusi maailmakonkurentsisis püsimiseks.

Üks vähitõrje tõhusamaid ettevõtmisi on kindlasti mass-sõeluuringud (5). Soome on esimene riik, kus emakakaela- ning rinnavähi varajaseks avastamiseks rakendati kogu elanikkonda hõlmavaid massuuringuid. Nii kuuluvad emakakaelavähi tsütoloogilise sõeluuringu alla kõik 30...60 aasta vanused naised, kusjuures läbivaatusi korraldatakse iga viie aasta järel. Tulemuseks on emakakaelavähi suremuse märgatav vähenemine. Samuti tehakse mammograafia-massuuringuid kõigi 50...59 aasta vanuste naiste hulgas. 1987. aastal sai kutse ilmuda uuringutele 60 315 naist, kohale tuli neist 87,2%. Need läbivaatused on tasuta. Ent see veel ei tähenda, et mass-sõeluuringu tegemine oleks odav: 1987. aastal läksid sõeluuringud maksma üle 7 miljoni marga. Rinnavähihaigestumuse pidev suurenemine aga sunnib arenenud ühiskonda otsima kõikvõimalikku väljapääsu. On



Joonis 2. Vähitõrje organisatsioonid Soomes (skeem on toodud 6. kirjandusallika järgi).

* Maakonna-vähiühingute keskused on näidatud ka joonisel 1.

teada, et selle tõve ärahoidmiseks on raske kujundada nii bioloogilises kui ka sotsiaalses mõttes realiseeritavat programmi. Järelikult tuleb jõupingutused suunata vähi varajasele avastamisele.

Soome Vähiühingu ühe väärt ettevõtmisena peaks kindlasti nimetama ajakirja «Syöpä» väljaandmist. Ajakiri sisaldab kirjutisi oma ala parimatelt asjatundjatelt, ent ka vähihaigetelt, kes niiviisi vahendavad oma mõtteid ning kogemusi võitluses tõvega. Kirjutised on optimistlikud, ent neis on ausalt ja avameelselt kõneldud kõigest, mis vähktõbe puudutab. On selge, et sellise ajakirja väljaandmine on keerukas töö ja seda eeskätt meditsiinilis-psühholoogilisest küljest. Ometi on tema missioon vaieldamatu: on ju vähitõrje edukuse aluseks ühelt poolt teaduslikult põhjendatud abinõud haiguse profülaktika ja ravi edendamiseks, teiselt poolt aga kõi-

gile ühiskonnaliikmetele suunatud tervisekasvatus. Korrektselt kujundatud «Syöpä» ilmub kuus korda aastas ning seda saavad ühingu liikmed tasuta.

1986. aasta aprillis korraldas Soome Vähiühing ülesoomelise kampaania «Kõik vähki tõrjuma!» (5). Analoogiline üritus toimus samal ajal kõigis Põhjamaades. Hästi korraldatud kampaania raames sai võimalikuks viia vähitõrjeideed kõige laiematesse rahvahulkadesse, leida palju uusi toetajaid ning koguda täiendavaid rahalisi vahendeid. Vähitõrje edukuse alustalaks on kindlasti Soome juhtivriigimeeste toetus. «Kõik vähki tõrjuma!» aktiivsete osavõtjate hulgas võib mainida president M. Koivistot ning välisminister K. Sorsat. Üheks edu tagatiseks tuleb kindlasti pidada ka Põhjamaade valituste vahelist vähitõrjealast ühistöö kkokkulepet. Põhjamaade Vähiliidu üks

UDK 616-006+614.258(480)

tähtsamaid tegevussuundi on just ürituste koordineerimine. Omavahelistes tihedates sidemetes töötavad vähiregistrid. Igall aastal peetakse ulatusliku teadusprogrammiga nõupidamine (4). Tänavu toimus see Islandil.

Soojemad tuuled meiegi ühiskonnaelus loovad soodsa pinnase mitme seltsi ja organisatsiooni tekkeks. Meedikute aktiivsuse tõus viis Eesti Arstide Liidu sünnile. See rõõmustab. On selge, et probleeme ja tööd jätkub väga paljudes valdkondades. Üheks selliseks oleks loomulikult ka vähitõrje kogu oma mitmekesisuses, alates rahva tervisekasvatusest kuni mass-sõeluuringute tegemise ning vähihaigete tarvis taastusraviastutuste rajamiseni. Alustada tuleks samahaaval, lihtsamast ning meie võimalustele vastavast, sest tervishoid ja arstiteadus sõltuvad suuresti ühiskonna majandusseisust, ja selles leidub praegu vähe rõõmustavat. Hea seegi, et kusa-gilt üsna lähedalt on võtta väärt eeskuju. Soome Vähiühingu 50 tegevusaasta kogemused on seda kindlasti.

Autor tänab Soome Vähiühingut ja Soome Vähiregistrit materjali lahke võimaldamise ning abi eest käesoleva kirjutise ettevalmistamisel Helsingis 1988. aasta juunis.

KIRJANDUS: 1. Hakulinen, T., Rahu, M., Aareleid, T. a. o. Duodecim, 1983, 99, 23/24, 1741—1751. — 2. Pukkala, E., Rimpelä, A., Läärä, E. Suomen Syöpärekisteri. Helsinki, 1986. — 3. Saksela, E. Duodecim, 1988, 104, 9, 682—684. — 4. Suomen Syöpärekisteri — 1987. Suomen Syöpärekisteri. Helsinki, 1987. — 5. Suomen Syöpäyhdistys, Syöpäsäätiö, Syöpätautinen Tutkimussäätiö — Toimintakertomus 1987. Suomen Syöpäyhdistys. Helsinki, 1987. — 6. Syöpäjärjestöt. Henkilövalintoja Syöpäjärjestöissä ja Syöpänsituaatissa. Syöpä, 1988, 1, 45. — 7. Syöpäpotilaat — Toimintakertomus 1987. Syöpäpotilaat RY. Helsinki, 1987. — 8. Syövän Biologia. Toimitt.: Alatalo, K., Andersson, L., Teppo, L., Vaheri, A. Porvoo — Helsinki — Juva, 1985.

9. Раху М., Колле Х. В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Сборник научных трудов. Вып. 7. Таллинн, 1986, 80—89.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Soome Vähiühing 50-aastane

Liisa Elovainio · Helsingi

vähktõbi, vähitõrje, rahvatervishoid, tervisekasvatus

Soome Vähiühingul, suurel rahvatervishoiu-organisatsioonil, on täitunud 50 tegevusaastat. Ühing asutati omal ajal vähendamaks kahju, mida toob vähktõbi ühiskonnale. See tegevuse põhieesmärk on Soome Vähiühingul säilinud, ent tänaseks on paljud tegutsemismudelid esialgsetega võrreldes tunduvalt teisenenud. Vähiühingu lähimateks koostööpartneriteks on hiljem asutatud Vähifond ja Vähiuurimisfond.

Vähitõrjes on esmatähtis töve profülaktika, kus see vähegi võimalik on. Samas aga teame, et haiguse varajane avastamine on samavõrd oluline kui nüüdisaja nõuetele vastava ravi kättesaadavus igale abivajajale. Kõigis neis küsimustes tuleb ühtaegu harida nii ühiskonnaasjade üle otsustajaid kui ka kogu rahvast üldse, et vähitõrje ei jääks pelgalt ideeks, vaid leiaks konkreetse rakenduse mõjusate abinõudena. Inimeste ettekujutus vähist ning selle ravitavusest on aja jooksul paljuski muutunud. Soomes kolm aastat tagasi korraldatud küsitluse põhjal arvas 80% osalenuist, et vähktõbi, vähemalt algstaadiumides, on ravitav; vaid 3% küsitletuist ei uskunud vähi ravitavusse üldse. See näitab, et vähi ravi võimalusi ning tulemusi käsitlev teave on küllalt hästi jõudnud Soome elanikeni. Ent vähktõve varajane avastamine ja ravi, ükskõik kui tähtsad need ka ei oleks, on siiski vaid probleemi leevendavad vahendid. Endisest enam vajaksid inimesed nüüd asjalikke selgitusi ning teaduslikult põhjendatud nõuandeid, kuidas eluviisi muutmisega vähendada vähki haigestumise riski. Ühesõnaga, on vaja anda küllaldaselt informatsiooni, et igaüks ise võiks enese tarvis väärtustada tervisliku eluviisi kasulikkuse.

Vähidiagnoosi selgumine on kõigile kahtlemata masendav uudis. Seevastu on erakordne rõõmusõnum, kui teatatakse, et uuringu tulemused ei kinnitanud vähi olemasolu. Iga haigus puudutab alati inимtundeid. Muretsevad samuti haige lähedased. Sageli on ka neid vaja aidata. Nõuandeid, kuidas haigusega toime tulla, saab raviasutustest, kus haige viibib. Ent nii-öelda ametlike, arsti nõuannete vastuvõttu raskendab enamasti asjaolu, et need langevad aega, mil põdejal on veel psühholoogiliselt raske harjuda äsja kindlaks tehtud vähidiagnoosiga. On ülimalt vaja anda põdejale paranemiseks hingelist abi ning anda ka nõu, mis oleks sobivalt ajastatud ja puudutaks inimelu eri tahke. Sellist tuge võimaldab loomulikult vaid ametliku tervishoiu väline organisatsioon, kuhu kuulub nii oma ala asjatundjaid kui ka põdejaid — nii vasthaigestunuid kui ka vähist täiesti paranenuid. Tõvega toimetulek kätkeb tihti selliseid probleeme, milles parimaiks asjatundjaks saavadki olla üksnes kaaskannatajad.

Nagu kõigi ühiskonnas tegutsevate organisatsioonide, nii ka vähiühingu jaoks on oluline, kuidas ühiskond tehtavasse suhtub. Tervikuna on kogu ühiskonna suhtumist vähktõppe raske adekvaatselt hinnata, varieerub ju arusaamine asjast ähmastest ettekujutustest kuni tõsiteaduslikel andmetel põhinevateni. Ühingu üks olulisemaid ülesandeid ongi just suunata ühiskonna suhtumist vähiprobleemi ning selle lahendamise tähtsusse. Tegevusväljas on niisiis hulk probleeme, mis vajavad seisukohavõttu ning pidevat lahendamist. Ühingu töötavatele inimestele on nende tegevus suuresti motiveeritud, sest vähitõrje tulemused ulatuvad kaugele, järgmistesse sugupõlvedesse. Hea on ka see, et elu ise sunnib ühingu vabanema aegunud tegevusmallidest — töös on meeldivat vaheldust ja arenguruumi.

Järgnevalt tahaksin Eesti meedikutele pisut kirjeldada Soome Vähiühingu tähtsamaid ettevõtmisi.

Vähktõvealane selgitustöö. Juba 35

aastat tagasi loodi Soome Vähiühingu juurde arstist tervisekasvatuse spetsialisti töökoht. Spetsialisti kohustuseks on planeerida ning suunata kogu vähktõvealast selgitustööd. Algaastail oli põhiline selgitada, et vähki saab sageli ära hoida, samuti luua soodsat pinnast tõve varajaseks avastamiseks mass-sõeluuringute varal. Avaldati hulk kirjutisi, peeti loenguid Soome eri paigus. Muidugi olid siis teabelevi võimalused tunduvalt piiratumad kui nüüd. Praegu nõuab kiirelt arenev teadus ka teabe palju operatiivsemat edastamist. Vähktõvealast selgitustööd teevad ühingu korraldusel peamiselt tervishoiutöötajad, oma ala asjatundjad. Tervisekasvatuse temaatika on vähitõrjega ühenduses küllalt lai. Jätkuvasti on selgitustöö keskmes suitsetamine, mille arvele võib kanda 30...40% surmajuhtudest. Kasvatustöö ajutinegi nõrgendamine peegeldub otsemaid suitsetajate arvu suurenemises, eriti noorsoo hulgas: üle pika aja suurenes noorte suitsetajate arv mõnevõrra 1987. aasta kevadel. Üks tähtsamaid tervisekasvatuse eesmärgi on vähendada rasva tarbimist: epidemioloogiliste uurimuste tulemused kinnitavad rasvarikka toidu seost paljude vähivormide esinemissagedusega. See aga on raske ülesanne, sest soomlaste traditsiooniline toidusedel sisaldab rohkesti rasvarikkaid roogi.

Vähi varajane avastamine. Tervisekasvatuse osa vähi varajases avastamises on raske ülehinnata. Siiski on esimeste häirete ilmumine suurel osal haigusjuhtudel juba märk kasvaja levikust. Niisiis on vaja tunduvalt enam tähelepanu pöörata vähi nn. häireteta staadiumile. Suurepäraseid tulemusi on sel alal andnud Soomes korraldatud mass-sõeluuringud emakakaelavähi ja selle eelseisundite avastamiseks. 25 aasta jooksul, mil sellised uuringud on saanud ülemaalseks regulaarseks ettevõtmiseks, on emakakaelavähki surnute arv vähenenud 60%. Uus etapp mass-sõeluuringute alal algas 1987. aastal, kui tunduvalt rohkem hakati rakedama mammograafiat rinnavähi varajaseks avastamiseks. Nüüdseks

uuritakse kõiki Soome naisi. Rinnavähi varajase avastamise läbi loodame vähendada suremust selle tõve tagajärjel 30%. Ühingu ettevõtmisel on Soomes korraldatud sõeluuringuid ka emaka-keha-, mao- ja jämesoolevähi varajaseks avastamiseks.

Soome Vähiühingu ülalpidamisel olevatesse polikliinikutesse on võimalik pöörduda igaühel vähimagi kasvaja-kahtluse korral, selleks ei ole tarvis arsti suunamiskirja. Teenused, mida sellised polikliinikud elanikele osutavad, on küll tasulised, erinevalt riiklike ter-
vishoiuasutuste omadest.

Nii vähi varajase avastamise kui ka ravi tõhustamise eesmärgil korraldab ühing arstidele regulaarselt täienduskursusi. Nende seas on kesksel kohal iga-aastane arstide seminar, kus juhtivspetsialistide osavõtul käsitletakse onkoloogia nüüdisaegseid seisukohti kõrgel tasemel. Regulaarselt õpetatakse ka mass-sõeluuringuid korraldavat personali.

Ravi ja taastusravi. Soome Vähiühing on asutanud seitse onkoloogiahaiglat, mis nüüdseks on liidetud koha-pealsete keskhaiglatega. Valmimas on väike terminaalravihaigla Tampere-s, teine selline on planeeritud rajada Helsingis. Niisuguses haiglas püütakse leevendada viimseid päevi elavate vähihaigete vaevu, kasutades selleks parimaid nüüdismeditsiini kasutuses olevaid vahendeid. Arendatakse ka abiteenistusi, et terminaalraviga aidata neid põdejaid, kes soovivad elu lõpu veeta kodus.

Ühingu tähtsaks ülesandeks on hoolitseda ka selle eest, et kõik vähihaiged saaksid oma taastusraviprogrammi, samuti, et enamik põdejaid-paranejaid võiks osa võtta ühingu poolt korraldatavatest kursustest. Nädalastel kursustel — tihtipeale korraldatakse neid looduskaunis paigus, kämpingutes ja pensionaatides — selgitatakse haigetele tõvega seotud küsimusi, antakse nõu ning sisendatakse optimismi paranemiseks. On ülimalt tähtis, et igaüks võib seal kohtuda saatuskaaslastega, koos

asju arutada ning vahetada väärtuslike kogemusi.

Teadustöö. Kõik soodsad nihked vähi-probleemi lahendamise suunas on ikka toimunud käsikäes teadusega. Seepärast peame loomulikuks, et taoline rahvatervishoiu-organisatsioon nagu Soome Vähiühing annab suure panuse teadustöö toetamisse. Jätakuvalt on otsitud uusi teadustöö finantseerimise võimalusi. On ülimalt tähtis anda piisavalt rahalist toetust pikemaajaliste teadusprojektide tarvis, mille eesmärk on tagada kõrge kvalifikatsiooniga tead-laskaadri töölejäamine kodumaal, Soomes. Vaid nõnda on võimalik tagada oma maa sellealase teaduse püsimine maailmatasemel. Tänapäevane vähi-profülaktika on «mäng» nende tõenäo-sushinnangutega, mida produtseerib ulatuslik uurimistöö, iseäranis saavutu-sed vähiepidemioloogia valdkonnas. Samuti on uurimise tulemused hinda-matuks panuseks vähi diagnoosimise ning ravi tõhustamisse. Võib täie kind-lusega öelda, et kogu nüüdisaja vähi-tõrje alus on teaduslik.

Soome Vähiühing

Mõtte- vahetus

UDK 616-003.96(049.3)

Taastusravi või kohastumine?

Andres Ellamaa · Tallinn

Ühiskonna humaniseerumine ja arsti-teaduse võimaluste avarumine koos ellujäämise suurenemisega on teravdanud küsimuse: mis saab neist haigeist, kellel on suudetud säilitada küll elu, kuid ei ole õnnestunud ennistada tervist? Järgnevad mõtisklused ongi toodud ärgitamaks arstkonda mõttevahetusele selle üle, kuidas peaks olema korraldatud haigete elu pärast haiguse ägeda perioodi möödumist.

Püsiv tervisedefekt toob paratamatult endaga kaasa haige sotsiaalse osa muutumise, tema majandusliku olukorra halvenemise ning pahatihti haige täieliku või osalise sõltumise kaaskodanike tegutsemisest või mittetegutsemisest.

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil moodustavad inimkonnast ligikaudu 10% need, kes vaimsalt või füüsiliselt võimekuselt ei ulatu üle üksieksisteerimiseks vajaliku adaptatsiooninivoo, vaid kes on ajutiselt (tingituna haigusest) või alatiseks (haiguse või vanuse tõttu) langenud allapoole seda. Peale selle tegeleb 15% inimestest eelnimetatud rühma hooldamise, põetamise ning õpetamisega.

Ligikaudu samasugune on vahekord tervete, haigete ja põetajate vahel ka meil, Eestis. Siinjuures ei saa mainimata

jätta, et rohkem kui ühegi haiguse pärast antakse töövõimetuslehti välja haigete põetamiseks.

Samas tuleb aga tõdeda, et seniajani on nii Eestis kui ka Nõukogude Liidus tervikuna puudunud ühtne arusaam selle kohta, milline peaks olema meditsiini ja sotsiaalhoolde suhe vaeguriga ning tema taasintegreerimisega ühiskonda.

Kogu rehabiliteerimisalane tegevus on kunstlikult jaotatud meditsiiniliseks ning sotsiaalseks, kusjuures nende jaotuste konkreetne sisu on avamata, seosed selgitamata.

Meedikute hulgas on käibel ka mõiste «järeldravi», mis ilmselt võiks tähendada ravivõtteid pärast haiguse ägeda perioodi lõppu. Sageli asendatakse see mõiste terminiga «taastusravi». Selle tautoloogiat sisaldava (taastamine=ravimine?!) termini sisu on seni olnud üheselt tõlgendamata.

Niisiis kasutatakse sisult enam-vähem ühe ja sama tegevuse tähistamiseks mitmeid termineid — järeldravi, taastusravi, rehabilitatsioon. Terminoloogilise ebatäpsuse taga peitub aga ka sisuline ebakonkreetsus. Eks näita seda ühe meie juhtivspetsialisti mõtteavaldus, et osa haigevoodeid kavatsetakse kasutada rasedate rehabiliteerimiseks. Rasedus ei ole ometi permanentne seisund ega ole ka haigus!

Siinkirjutajale näib, et rahvusvaheliselt kasutatava mõiste «rehabilitatsioon» eestikeelseks vasteks, arvestades selle sisu — haige tervise ja ühiskondliku osatähtsuse taastamine võimalikult haiguseelse seisundi lähedasena, haige vabastamine pidevast kõrvalabist —, peaks olema «kohastumisravi», adaptatsiooniteraapia. See mõiste sisaldaks siis nii jätkuvat ravi, sobivaid abivahendeid, uut elukutset ning kõike seda, mis on vajalik inimese tagasitoomiseks igapäevasesse elukeskkonda.

Seni kuni puudub vaeguri kohastumisravi ühtne terviklik programm, jäävad need üritused eklektiliseks kindla sihita liikumiseks, millest ühiskonnal ning igal üksikul abivajajal on vähe kasu.

Ravimise, sealhulgas ka kohastumise ravi eesmärgid peaksid olema järgmised:

elutähtsate funktsioonide säilimise tagamine ja regeneratiivsete protsesside toimumiseks optimaalsete tingimuste loomine;

ekskretoorsete funktsioonide muutmine ühiskonnale vastuvõetavaks;

eneseabistamisvõime taastamine või kompenseerimine;

elukondlik adapteerumine;

töölane taastumine või adapteerumine.

Eespool loetletud viie põhieesmärgi pürgimine peaks olema kogu meie riikliku arstiabisüsteemi ning sotsiaalhoolekande tegevuse sihiks.

On selge, et reaalselt saavutatav siht sõltub suuresti defekti laadist. Vaid siis, kui arst, haige (kui see on võimalik) ja haige omaksed on mõistnud, milline on haiguse prognoos ja millised on reaalsed readaptatsiooni väljavaated, on võimalik seada ka kindlaid sihte ning tegutseda nende nimel.

Haiguse tõelähedase prognoosi puudumine või selle ignoreerimine on viinud ja viib ka edaspidi arsti tegevuse ülehindamisele, meditsiiniressursside raiskamisele ja asjatule tööle ning luhitud lootustele.

Eelneva kinnituseks on suhtumine kaasasündinud defektidega lastesse. Selle asemel, et kulutada vahendeid prenataalse arengudefekti varajaseks avastamiseks, oleme suunanud oma põhitegevuse medikamentide kasutamisele. Sellega püüame asendada aktiivset tegevust kompenseerimaks puuduvat funktsiooni, olgu see siis säilinud talitluse või tehniliste abivahendite osas. Kaasasündinud defektiga patsiendi kohastumise ravis on põhiline see, kas ta vajab erilasteada, erikooli või, vastupidi, peaks tema elu kulgema just tavalises inimkeskkonnas.

On nii üht kui ka teist seisukohta pooldavaid argumente. Esimese lähene misviisi õigustajaks on ühelt poolt majanduslik ökonoomsus, spetsialistide ja raviasutuste töö ratsionaalsem kasutamine. Teise poolt aga on tõsiasi, et nn. kasvuhoone tingimuses kasvanud

puuetega inimene jääb keskkonnast kas suuremal või vähemal määral alatiseks isoleerituks ning tema adapteerumine kulgeb raskemini. See isoleeritus pärsib ühiskonna tolerantsust vaeguri suhtes.

Muidugi on inimlikult mõisteta ravitöö soov näha oma tegevuse osa haige tervise taastumises ning vaeguri taasintegreerimises ühiskonda. Seejuures aga ei tohiks unustada kaht kõige olulisemat faktorit selles — LOODUST ja AEGA, mis teevad oma töö. Kuid ka need kaks parandajat jäävad pahatihti jõuetuks, sest hädaline ise on oma säilinud võimete edasiarendamises oskamatult.

Vaegur vajab pikaajalist asjatundja abi, kellelt saaks nõu ja juhatast nii kehalise treeningu, töökorralduse, tehniliste abivahendite kui ka perekonnaprobleemide alal, mis invaliidsuse korral paratamatult esile kerkivad. Samasugust abi vajavad invaliidi lähedased.

Tuleb tõdeda, et meil selliseid asjatundjaid ei ole. Meditsiinierialade loetelu ei näe kohastumise ravi (adaptatsiooniteraapia) spetsialistide olemasolu isegi ette ning muidugi ei anta vastavat eriharidust ei keskeriõppeasutustes ega ka kõrgkoolides. Kohastumise ravi probleemide lahendamine on pandud ravikehakuultuuriarstidele, koguni füsioterapeutidele ning kiropraktikutele.

Arenenud tööstusmaades on need kohustused keskeriharidusega spetsialistil. Ta on kogu adaptatsiooniteraapia keskne kuju — kohastumisterapeut (ingl. k. *occupational therapist*), kelle koolitamisele on aeg asuda ka Nõukogude Liidus.

On aga selge, et ükskõik kui hea adaptatsioonitalitus ka ei oleks, ei saa see olla tõeliselt efektiivne ilma abivajajapoolse aktiivsuset. Haigete paranemispotentsiaali uurimine on näidanud, millist olulist osa vaeguri taasintegreerimisel ühiskonda etendavad sotsiaalsed mõjurid. Nii on kapitalimaades täheldatud ravi tulemuste halvenemist tööpuuduse süvenemise ajal. Meil Eestis ilmneb ravi tulemuste seos hariduse, soo, ameti ja põhitööl saadava sissetulekuga ning selle vähenemisega tingi-

tuna haigusest. Kahtlemata on aeg ühiskonnale tervikuna ja igale üksikisikule eraldi teadvustada tervise väärtus rahalises väljenduses ning loobuda üldsõnalistest kinnitustest tervise väärtuse ning riigi hoolitsuse kohta oma rahva tervise eest.

Vaeguri elu kergendavate abivahendite loetelusse kuulub üle paari tuhande nimetuse, alates lihtsamast tallatoest elektroonilise kõnesüntesaatorini. Tuleb tõdeda, et meil on kasutada neist vaid kõige lihtsamad, peamiselt mitteindividaalsed abi- ja põetusvahendid ning pahatihti on needki raskelt hangitavad.

Esmakordselt võib kinnitada, et mingi meditsiiniharu suhteline mahajäämus teistest võib olla mingil moel isegi kasulik. Eestis on kohastumisravi sedavõrd embrüonaalseisundis, et puuduvad seda kammitsevad traditsioonid. Seega on kujunenud soodne situatsioon asjaliku tänapäevase ravivõrgu korraldamiseks. Tuleb otsustada, kas selleks on vaja päris uut süsteemi välja mõelda või piisaks eeskuju võtmisest teistelt, arenumatelt riikidelt ja regioonidelt, kus kohastumisravi organisatsioonilised ning majanduslikud alused on juba põhjalikku analüüsimist ja praktikas kontrollimist leidnud.

Tallinna Linna Kiirabihaigla

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.511-07-08

Morbus Lyme ehk erythema chronicum migrans Eestis

Oleg Barotov Ants Jõgiste · Tallinn

spirohetoosid, borrelioos, võsa- ja laanepuuk, looduskoldelised

Morbus Lyme ehk *erythema chronicum migrans* on looduskoldeline transmissiivne spirohetoos, mille tekitajaks on spiroheet *Borrelia burgdorferi* ja siirutajateks *Ixodidae* sugukonda kuuluvad puugid. Seos borreeliate kui haigusetkitajatega avastati 1982. aastal (2), kuid haigust ise tunti juba varem (1, 3).

Lyme'i tõve algstaadiumile on iseloomulik migreeriv erüteem (*erythema chronicum migrans*), mis tekib nahal puugihammustuse kohal. Inkubatsiooniperiood kestab 3...32 päevani, kuid enamasti tekivad nahanähud nädala pärast. Erüteem on rõngakujuline, tema keskel on tavaliselt näha koorikuga kaetud puugihammustuse koht. Punetus laieneb aeglaselt ja võib enda alla võtta laia ala, näiteks levida õlavarelt kaelale, seljale või rinnale. Nahk on punetuse alal turses ja sügeleb. Esineb subfebriilne kehatemperatuur, peavalu, iiveldus- ja nõrkustunne, valud lihastes. Erüteem möödub kolme nädala pärast. Selles staadiumis diagnoositakse haigust kliinilise pildi ja anamnestilise puugiründe alusel (8).

Tabel. *Ixodidae* sugukonda kuuluvate puukide uurimise tulemused

Rajoon või linn	<i>Ixodes ricinus</i>		<i>Ixodes persulcatus</i>	
	uuritud isendeid	avastatud bor- reeliaid	uuritud isendeid	avastatud bor- reeliaid
Pärnu	35	8	11	—
Narva	—	—	1	1
Hiiumaa	9	1	—	—
Jõgeva	8	—	29	3
Kingis- sepa	10	—	—	—
Paide	12	1	—	—
Rakvere	1	—	—	—
Rapla	7	—	—	—
Tartu	9	4	—	—
Võru	4	—	—	—
Kokku	95	14	41	4

Teine haigusstaadium areneb 1...1,5 kuu pärast. Siis on kliiniline pilt polümorfne. Esinevad närvisüsteemi kahjustused, nagu entsefaliit, müeliit, polüradikuloneuriit, mõnede kraniaalnärvide halvatus, aga ka artriidid ja südamekahjustus. Haiguse kolmandale staadiumile on iseloomulik krooniline akrodermatiit — Picki-Herxheimeri tõbi (4). Teises ja kolmandas staadiumis on haiguse etioloogia selgitamiseks vajalik seroloogiline uuring.

Lyme'i tõbe esineb *Ixodidae* puukide kui siirutajate levikualal. Teadaolevalt on seda tõbe diagnoositud USA 14 osariigis, paljudes Euroopa riikides ja Austraalias (5, 7). Et *Ixodidae* puukide levikuala hõlmab ka Eesti territooriumi, siis tekkis küsimus selle spirohetoosi levikust ka meil.

Küsimusele vastuse saamiseks uurisime sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töötajate poolt 1988. aasta suvel kogutud puuke. Puukide sooltest valmistasime natiivpreparaadid, mida vaatlesime mikroskoobi pimeväljas. Spiroheetide leidmise korral fikseerisime preparaadi ja värvisime Giemsa meetodi järgi (järelvärving 1%-lise kristallvioleti vesilahusega).

Tartu rajoonist kogutud puukidest avastatud spiroheedid identifitseerisime *Borrelia burgdorferi*'ga indirektsel immunofluorestsentsimeetodil. Nagu uuri-

mistulemusi kokkuvõtvast tabelist nähtub, avastasime borreeliaid kokku 18 juhul ehk 13,2%-l uuritud puukidest. Seejuures leidsime Pärnu rajoonis borreeliaid puukidest, kes olid kogutud neljast eri kohast.

Diagnoosisime Lyme'i tõbe ka ühel 61-aastaselt naispatsiendil. Puugirünne oli toimunud juuni algul Paide rajoonis Järva-Jaani ümbruses. Õlavarrele kinnitunud puuk eemaldati avastamisel. Nädala pärast tekkis õlavarrel naha punetus, mis aeglaselt laienes. Selleks ajaks, kui patsient arsti poole pöördus, oli erüteem kestnud kaks nädalat. Erüteemi diameeter oli 10...12 cm. Kuid kirjeldatud juht ei ole esimene teade borrelioosist Eestis. Juba 1986. aastal ilmus E. Korenbergilt (6) teade Lyme'i tõve juhu kohta patsiendil, keda puuk oli 1983. aastal Tartu lähedal hammustanud. Diagnoos kinnitus seroloogiliselt Moskva uurimisasutuses kaks aastat hiljem.

KIRJANDUS: 1. Afzelius, A. Acta dermatol., 1921, 2, 120—125. — 2. Burgdorfer, W., Barbour, A., Hayes, S. Science, 1982, 216, 1317—1319. — 3. Steere, A., Malawista, S., Hardin, A. Ann. intern. med., 1977, 86, 685—698. — 4. Weekly epidemiological record, Nr. 19, 9 May 1986.

5. Коренберг Э. И., Ковалевский Ю. В., Кузнецова Р. И. и др. Мед. паразитол., 1988, 1, 45—48. — 6. Коренберг Э. И., Крючечников В. Н., Деканенко Е. П. и др. Ж. микробиол., 1986, 6, 111—113. — 7. Крючечников В. Н. Ж. микробиол. 1985, 9, 101—109. — 8. Мебель В. Д., Беитришвили Г. А., Живич М. Б. и др. Мед. паразитол. 1988, 3, 30—33.

Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam

UDK 616-007.61-031.4-053.36

Hemihüpertroofia

Aaro Toomela Bela Adojaan
Reet Rein Tartu

osaline gigantism, hemihüpertroofia, sümptoma-
toloogia, etiopatogeneesi teooriad, ravi, prognoos

Esimesed teadaolevad kirjalikud and-
med hemihüpertroofia kohta pärinevad
J. F. Meckelilt 1822. aastast (4).

Venekeelses kirjanduses on haigust
kirjeldatud osalise gigantismi nimetuse
all (7, 8). Sellele sündroomile leid-
sime eestikeelsest kirjandusest vaid ühe
viite (2).

Hemihüpertroofia on üks osalise gi-
gantismi sündroomi. Osaline gigantism
jaotatakse totaalseks (suurenenud on
kõik elundsüsteemid, sel puhul esineb
segmentaarne, ristuv ja hemihüpertroo-
fia) ja piiratuks (kahjustatud on ainult
lihaskond, veresooned, luud või närvi-
süsteem) (3, 4). Hemihüpertroofiasünd-
room omakorda jaotatakse tõeliseks
(muutused on nii skeletis kui ka peh-
metes kudedes) ja pseudo-hemihüper-
troofiaks (suurenenud on ainult pehmed
koed) (6). Hemihüpertroofia võib olla
kaasasündinud või omandatud (4, 7),
kusjuures viimane kujuneb valdavalt
neuroinfektsioonide põdemise järel (7).
Esinemissageduse kohta andmed puu-
duvad.

Hemihüpertroofia puhul on tegemist
silmatorkava erinevusega kehaosade
mõõtmes, see ongi sündroomi iseloo-
mulikuks tunnuseks. Lastel ilmnevad
eale mittevastavad anomaalse kehapoole
mõõtmed: suurenenud on jäsemed,
võrdlemisi sageli esineb silmatorkav
erinevus näopoolte suuruses, võimalik
on ka makroglossia, kas ainult muutun-
ud poolel või kogu keeles (1, 4, 6).

Küllalt sageli kaasnevad hemihüper-
troofiaga kasvavad: Wilmsi kasvaja
(nefroblastoom), adrenokortikaalsed
kasvajad ja hepatoblastoomid (1, 3, 4).
Lastel võivad kaasneda ka vaimse aren-

gu peetus, mitmesugused nahamuutused (pigmentsünnimärgid, hem-
angioomid, «piimakohvi» laigud),
mikroanomaaliad, urogenitaalne ja neu-
roloogiline patoloogia (1, 3, 4, 5).

Skeleti röntgenoloogiline uuring vii-
tab luude ja luulise vanuse suurene-
misele muutunud kehapoolel (1, 4).

Aju pneumoentsefalograafilisel ja
kompuutertomograafilisel uuringul on
muutunud poolel leitud hüper- või
atroofilisi nähte (kahjustatud ajupool-
kera anomaalsel poolel on ajuvatsake
suurem, esinevad parentsefaalsed tsüs-
tid) (4, 5).

Hormonaaluuringutega on leitud vaid
uriini gonadotropiinide eritumise suu-
renemine nefroblastoomi juhtudel (1).
Kromosoomide uuringul on ilmsiks
tulnud mosaiiksuse juhte (1, 3).

Haiguse etiopatogenees on siiani
jäänud ebaselgeks. Selle põhilisi teoo-
riaid on kolm (7):

1) mehhaaniline (kahjustuse põhju-
siks on loote ebanormaalne asend ema-
kas);

2) embrüonaalne (põhjuseks on loote
kasvu häired embrüogeneesi ajal);

3) neurotroofiline teooria (kesknärvi-
süsteemi selektiivse toime tõttu tekib
mõnede kudede tundlikkuse suurene-
mine somatotroopse hormooni suhtes).

Puuduvad veenvad tõendid ühegi
teooria kasuks. Kõige enam on viiteid
sellele, et haiguse põhjuseks võiks olla
embrüogeneesi häire (8).

Eelöeldust lähtuvalt puudub hemi-
hüpertroofial ka patogeneetiline ravi.
Põhimõtteliselt sobiks raviks somatosta-
tiin, mis pärsib STH toimet. Et see
preparaat ei ole meil kättesaadav,
kasutatakse põhiliselt sümptomaatilist
ravi. Eelkõige tähendab see kirurgilist
ravi, kuid sellega tuleb olla äärmiselt
ettevaatlik. Nimelt on kirjeldatud osa-
lise gigantismi juhtu, kus pärast suu-
renenud sõrme eemaldamist arenes
küllalt kiiresti kogu käe hüpertroofia.
Seetõttu tuleb kirurgiline ravi arvesse
alles pärast luu kasvutsoonide sulgu-
mist. Vajaduse korral kasutatakse
ortopeedilisi jalatseid vältimaks sekun-
daarset skolioosi (3, 7).

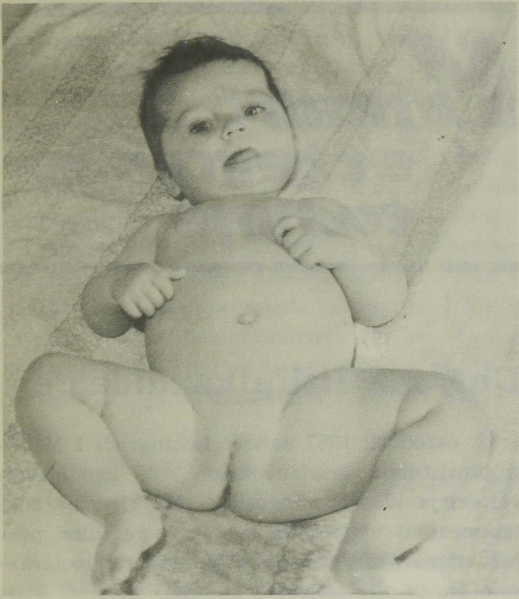


Foto 1.

Diferentsiaaldiagnostiliselt valmistab kõige suuremaid raskusi hemiatroofiast eristamine. Valediagnoosidena on kirjeldatud ka lümfödeemi ja elefantiaasi (4).

Haiguse prognoos elu suhtes on hea. Kõige suuremaks hädaks on haige ebatavaline välimus, mis võib põhjustada suuri psüühilisi üleelamisi (3, 7).

Järgnevalt kirjeldame Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla psühhoneuroloogiaosakonnas jälgitud haigusjuhtu.

Haigusjuht. 7 kuud vana tütarlaps K. A. (Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla haiguslood nr-d 364a/1987 ja 32a/1988). Patsient hospitaliseeriti 1987. aasta detsembris.

Vanemad terved, laps sündinud neljandast rasedusest. Emal oli esimene rasedus lõppenud abordiga, teine ja kolmas sünnitusega: sündinud terve poiss ja terve tüdruk.

Raseduse kulg normaalne. Laps sündis ajalisesena (veeta periood 2 tundi 30 minutit, Apgari indeks 1 minuti järel 8, viie minuti järel 9). Sünnikaal 5000 g, keha pikkus 54 cm, pea-ümbermõõt 38 cm. Kohe sünni ajal märgati, et lapse vasak reis on jämedam ja tihkemat konsistentsi. Leidu tõlgendati kui lihastesisest hematoomi, kuid kahe nädala vanust patsienti konsulteerinud lastekirurg eitas hematoomi olemasolu. Reie konsistents oli selleks ajaks normaliseerunud, vasak jalg oli märgatavalt jämedam, ilmnis ka keele suurenemine.

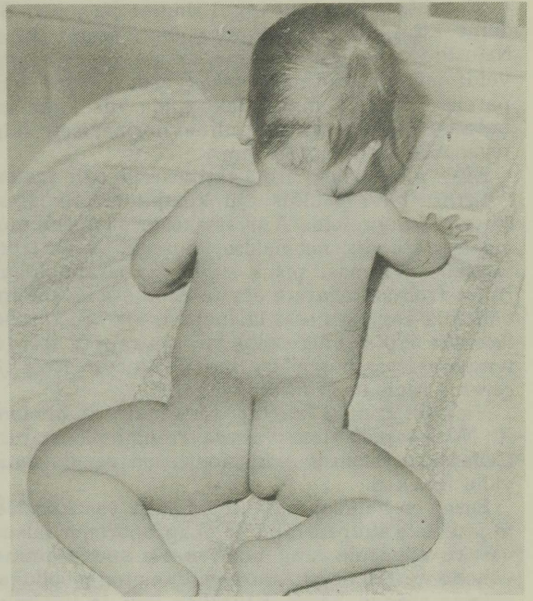


Foto 2.

Ühe kuu vanuselt hospitaliseeriti laps vast-sündinupatoloogia-osakonda, seal diagnoositi perinataalne entsefalopaatia, parempoolne hemiparees ning hemiatroofia. Et kahtlustati hüpotüreosiooni, peeti nõu ka endokrinoloogiga, kes aga mainitut eitas.

Osakonda saabumise ajal oli diagnoos laheline. Vanemaid pani muretsema lapse suur keha-pooltevaheline erinevus. Lapse vaimne ja motoorne areng oli nende arvates normaalne. Psühhomotoorne areng vastas ealistele normidele: laps hakkas kõhuli pöörama viie-kuue kuu ja iseseisvalt istuma seitsme kuu vanuselt; jälgis ümbrust teraselt, võrastas.

Objektiivne leid oli järgmine: kõrvalekaldeid südame- ja vereringesüsteemi, hingamis- ja seedeelundite osas ei esinenud, neuroloogilist koldepatoloogiat ei sedastatud, kuigi ilmnis suurema, vasaku kehapoole kerge kohmakus. Silma torkas ebaproportsionaalne kehaehitus (vt. fotod 1 ja 2): visuaalselt oli vasak näopool suurem, keele vasak pool märgatavalt paksem, keel rippus suust välja. Vasak käsi oli õlavarre osas 1 cm ja küünarvarre osas 0,5 cm paremast jämedam; kehatüvi sümmeetriline. Vasak jalg oli 4 cm pikem ja reiest 4 cm jämedam, vasak pöid 0,5 cm pikem ja paksem.

Vere- ja uriinianalüüsid patoloogiliste muutusteta. Hormoonisisaldus vereseerumis: STH—7,7 ng/ml; T_3 — 2,3 nmol/l; T_4 — 164 nmol/l, seega kõik normi piires. Karüotüüp: 46, XX.

Nelja kuu vanuselt puusaliigestest tehtud röntgenipiltidel oli nähtav vasaku kehapoole luude suurenemine: vasak reieluu 0,8 cm pikem, vasak proksimaalne luustumistuum 0,7 cm-se ja parem 0,3 cm-se läbimõõduga. Palja silmaga oli nähtav, et ka vasaku poole vaagnaluud olid parema poole omadest suuremad.

Ehhoskoopilisel uuringul ilmnes järgmist. Südamete kuju, suurus ja pulsatsioon normi piires. Neerude kuju oli normaalne, vasaku neeru vaagen veidi laiem. Mõõtmised: vasak neer 30×64 mm, parem 32×54 mm. Maksakude oli kajaliselt normis. Sapipõis pirnikujuline, normaalsete seinetega. mõõtmised 14×44 mm.

EEG: aju bioelektriline aktiivsus oli eale vastav.

Erilist huvi pakkus aju kompuutertomograafilise uuringu leid. Ajuvatsakeste süsteem normaalses asendis, normaalse laiusuga, vasak frontaalsarv paremast pisut laiem. Subarahnoidaalruum frontaalsagarate ees ja poolkeradevaheline vahemik eesmises osas laienuks. *Fissura cerebri lateralis (Sylvii)* algusosas lai, aju reljeef frontotemporaalosas hüpoplastiline. Diagnoos: *atrophia cerebri regionis frontotemporalis*.

Vaimse arengu uuring (meditsiinipsühholoog K. Nurk): mõõdukas vaimse arengu häire; juhtivdefekt praktilises; emotsionaalsed reaktsioonid vähe ilmekad.

Seega on haigusjuhule iseloomulik vasakpoolsete jäsamete suurenemine ja ebaproportsionaalsus, vasaku näo poole ning poole keele suurenemine, vähene vasaku neeru suurenemine ning mõõdukas vaimse arengu häire. Kliinilise leiu ja uurimistulemuste alusel määrati diagnoosiks *gigantismus partialis; hemihypertrophia sinistra*. Vaimse arengu häiret arvesse võttes oli ravi loopeediline.

Et haiglast lahkumisel lapse seisund ja kliiniline leid muutunud ei olnud, saadeti ta konsultatsiooniks Moskva Kliinilise Eksperimentaalse Endokrinoloogia Instituuti prof. M. Žukovski juurde, kes diagnoosi kinnitas, ravi aga ei määranud.

Haige jääb endokrinoloogi juurde dispanseersele jälgimisele ja käib aegajalt statsionaaris kordusravil, kus vanematele antakse logopeedilist ja pedagoogilist nõu. Patsienti jälgitakse ka kasvaja suhtes.

Arvestades kirjanduse andmeid on prognoos elu suhtes hea. Defekti kirurgiline korrigeerimine tuleb kõne alla 12...15 aasta pärast.

KIRJANDUS: 1. *Fraumeni, J. F., Geiser, C. F., Manning, M. D.* Pediatrics, 1967, 40, 5, 886—889. — 2. *Kõrge, K., Meipalu, V.* Endokrinoloogia. Tallinn, 1977. — 3. *Magalini, S. I.* Dictionary of Medical Syndromes. Toronto, 1971. — 4. *Ringrose, R. E., Jabbour, J. T., Keele, D. K.* Pediatrics, 1965, 36, 3, 434—448. — 5. *Toni, T. de, Vaira, M., Serafino, M. G. a. o.* Minerva Pediatr., 1985, May, 37, 343—348. — 6. *Woon, K. Y., Tan, L., Tan, K. L. J.* Singapore Paediatr. Soc., 1978, 20, 2, 103—109.

7. Жуковский М. А. Детская эндокринология., М., 1982. — 8. Павлова М. Н., Беляева А. А., Гусев Б. В. Арх. патол., 1986, 48, 8, 63—68.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla
Vabariiklik Endokrinoloogia Dispanser

Kaadri ettevalmis- tamine

Uusi meditsiinikandidaate

13. oktoobril 1987 kaitses Leningradi I Meditsiiniinstituudi erialanõukogu ees kandidaadi-väitekirja «Endolarüngeaalse laserkirurgia kontaktmeetodi väljatöötamine ja teoreetiline põhjendamine» TRÜ arstiteaduskonna otorinolaringoloogia ja oftalmoloogia kateedri assistent **Mart Kull**. Väitekirja on valminud Leningradi I Meditsiiniinstituudi otorinolaringoloogia kateedri juhataja prof. M. Plužnikovi ja bioloogiadoktor A. Nevorotini juhendamisel. Oponeerisid prof. A. Lantsov ja bioloogiadoktor V. Otellin. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 3. märtsist 1988 kinnitati M. Kullile meditsiinikandidaadi kraad.

Väitekirja koosneb eksperimentaalsest ja kliinilisest osast. M. Kull on välja töötanud laserkiiritusjärgse koenekroosi hindamise lihtsustatud mudeli ning põhjendanud kontaktse laserkirurgia perspektiivset kasutamist mikrokirurgilistel operatsioonidel. Tulemus põhineb elektronhistokeemilistel uurimistel. Neist nähtus, et Nd:YAG-laseri kasutamise korral operatsioonil tekib lõikepinnal halvasti resorbeeruv koekiht, mistõttu haava paranemine aeglustub. Kontaktse laserkiiritusega võib halvasti resorbeeruvat koekihti traditsioonilise laserkiiritusega võrreldes vähendada kümneid kordi. Väitekirja teises osas on käsitletud kontaktse laserkirurgia kui meetodi, samuti abistava instrumentariumi (larüngoskoopid, kõrgsagedusliku kopsude ventilatsiooni aparaadid, jugaventilatsioonikateetrid) arendamist endolarüngeaalsete mikrokirurgiliste operatsioonide tarvis.

Väitekirja materjali põhjal on avaldatud üheksa teadusartiklit. Endolarüngeaalse laserkirurgia kohta on valminud ka õppefilm. On tehtud mitmeid teaduslikke uuendusi, millest kolme kohta on saadud autoritunnistus.

M. Kull on sündinud 1956. aastal Tartus arsti perekonnas. 1975. aastal lõpetas ta M. Härma nimelise Tartu 2. Keskkooli. Samal aastal astus M. Kull TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1981. aastal. Üliõpilasena oli ta ÜTÜ otorinolarüngoloogiaringi vanem, tal valmis ka kaks võistlustööd. Aastail 1981...1983 õppis M. Kull kliinilises ordinatuuris otorinolarüngoloogia erialal, 1983...1984 oli TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri assistent, 1984...1987 oli sihtaspirantuuris Leningradi I Meditsiiniinstituudis. 1. novembrist 1987 on M. Kull töötanud taas TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri assistendina.

Salme Sibul

11. novembril 1987. aastal kaitses Tartu Riikliku Ülikooli erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Prostenooni, beroteki ja atroveni võrdlev välishingamisfunktsiooni ja vereringe uuring hingamisteede kroonilise obstruktsiooniga haigetel» Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna nooremteadur **Elga Mesimaa**. Töö on valminud allakirjutanu juhendamisel. Oponeerisid prof. K. Valgma ja meditsiinikandidaat T. Kaljuste. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 6. aprillist 1988 kinnitati E. Mesimaale meditsiinikandidaadi kraad teraapia ja pulmonoloogia erialal.

E. Mesimaa töö tulemustest on selgunud uue kodumaise päritoluga prostaglandiini E_2 , prostenooni, aerosooli bronholüütikud ja kardiogeensed omadused hingamisteede kroonilise obstruktsiooniga haigete ravis. Sõltuvalt südame ja vereoonkonna reaktsioonist nimetatud preparaatide suhtes sobivad bronholüütikumidena kasutamiseks varjatud bronhospasmi korral prostenoon ja berotek, hingamispuudulikkuse I astme korral berotek, prostenoon ja atrovent ning hingamispuudulikkuse II astme puhul atrovent.

E. Mesimaa on sündinud 29. juunil 1948. aastal Võru rajoonis teenistuja perekonnas. 1968. aastal lõpetas ta Tartu Meditsiiniülikooli kiitusega. 1969. aastal astus E. Mesimaa Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1975. aastal. Seejärel töötas ta kuni 1978. aastani Võru Keskhaiglas ja Võru Tuberkuloosidispanseris. 1978. aastal astus kliinilisse ordinatuuri Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis. Aastail 1980...1983 oli ta statsionaarses aspirantuuris

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonnas. Praegu töötab samas nooremteadurina.

Lii Jannus

12. veebruaril 1988 kaitses TRÜ kardiovaskulaarkirurgia erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Intraaortaalne balloonpulsatsioon südame isheemiatõve kirurgilise ravi kompleksis» TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi nooremteadur **Jaak Aru**. Väitekirja on valminud meditsiini doktor T.-A. Sullingu juhendamisel. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 1. juunist 1988 kinnitati J. Arule meditsiinikandidaadi kraad.

J. Aru on uurinud abistavat vereringet müokardiinfarkti ja stabiilse stenokardiaga haigete kirurgilise ravi kompleksis. Ta on välja töötanud originaalse meetodi kliiniliseks kasutamiseks, mille kohta ilmub peatselt ka üleliiduline metoodiline juhend. Uurimistöös on analüüsitud intraaortaalse balloonpulsatsiooni kasutamist 89 haigel. Töös on näidatud, et südame isheemiatõve raskete vormide puhul võib abistav vereringe nii enne operatsiooni, operatsiooni ajal kui ka pärast operatsiooni osutada elu säästvaks ja päästvaks vahendiks.

Väitekirja teemal on J. Arul ilmunud 12 uurimust.

J. Aru on sündinud 1957. aastal Tartus arstide perekonnas. 1975. aastal lõpetas ta Tartu 8. Keskkooli, seejärel õppis kaks aastat TRÜ filoloogia-teaduskonnas inglise keelt ja kirjandust. Arstiteaduskonna lõpetas J. Aru 1982. aastal kiitusega. Aastail 1982...1983 oli internatuuris Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas ja aastail 1983...1987 aspirantuuris TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonnas. Praegu töötab ta samas nooremteadurina.

12. veebruaril 1988 kaitses TRÜ kardiovaskulaarkirurgia erialanõukogu ees väitekirja «Südame vasaku vatsakese asünergia reversiiblusestide tähtsus aortokoronaarse šunteerimise tulemuste prognoosimisel» TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadur **Olev Luha**.

Töö on valminud allakirjutanu juhendamisel. Oponeerisid prof. J. Petrosjan Moskvast ja prof. K. Valgma. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presii-

diumi otsusega 6. juulist 1988 kinnitati O. Luha meditsiinikandidaadi kraad.

Esimesena NSV Liidus on O. Luha võrrelnud vasaku südamevatsakese asünergia reversiibilustestide tulemusi pärast aortokoronaarset šunteerimist tekkinud vasaku vatsakese kontrakttsiooni muutustega kroonilist isheemiatõbe põdejail.

Ta on välja töötanud originaalse uuringute kompleksi, mis võimaldab kvantitatiivselt määrata südamevatsakese asünergia reversiibilustestide ja aortokoronaarse šunteerimise järgsete tulemuste kokkulangevust. Uurimistulemuste alusel on ta kindlaks teinud vasaku südamevatsakese asünergia muutuse seaduspärasused müokardi täieliku ja mittetäieliku revaskularisatsiooni puhul, samuti kokkulangevuse eripärad müokardiinfarkti põdenud ja mittepõdenud haigetel ning aortokoronaarsete šuntide läbitavuse ja oklusiooni korral.

Operatsioonieelsed reversiibilustestid on võimaldanud prognoosida kirurgilise ravi tulemusi ja paremini valida haigeid aortokoronaarseks šunteerimiseks. O. Luha on soovitanud aortokoronaarset šunteerimist kasutada enne müokardiinfarkti põdemist, sest sel juhul on vasaku südamevatsakese funktsiooni paranemine ja operatsiooni tulemused parimad.

Väitekirja teemal on autorilt ilmunud 17 publikatsiooni.

O. Luha on sündinud 1952. aastal Pihkva oblastis teenistuja perekonnas. 1970. aastal lõpetas ta F. R. Kreutzwaldi nimelise Võru 1. Keskkooli ja 1977. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna. Ajavahemikul 1977...1978 oli ta internatuuris röntgenoloogia erialal Tartu Kliinilises Haiglas. Aastail 1978...1980 töötas angiografistina Tartu Kliinilises Haiglas, 1980...1983 Tallinna Kiirabihaiglas. 1983. aastast alates on O. Luha töötanud TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonna teadurina.

Jaan Eha

Välismaalt

UDK 61:616-053.5(480)

Soome koolimeditšiinist

Mall-Anne Riikjärv · Tallinn

Naabrite kogemustest on alati midagi õppida. Kontaktidest välisriikidega on selgunud nende suur tehniline üleolek ravimeditšiinis. Arenenud kapitalistlike maade elanike kõige üldisemad tervise näitajad (laste suremus, keskmine eluiga) viitavad teistsugustele organisatsioonilistele alustele ka profülaktilise meditsiini korralduses. Koolimeditšiini kui profülaktilise meditsiini ühe haru alused on meil aastakümneid kehtinud muutumatutena. Koolimeditšiini osatähtsus laste tervise kaitsel on aga kahjuks tagasihoidlik olnud.

25. mail 1988 tutvustas Eesti juhtivpediaatritele Soome koolimeditšiini mõningaid aspekte koolis töötav meditsiiniõde Leena Toskala Jyväskyläst.

Kooli tervishoiukorraldust juhivad Soomes tervisekeskused. Õe osatähtsus koolis on suur. Meditsiini on ta õppinud vähemalt kaks ja pool kuni kolm aastat, sageli lisandub sellele veel kaks aastat kestev psühholoogia-, pedagoogika- ja sotsioloogiakursus. Kõik laste tervisega seotu otsustab kooliõde, samuti tellib ta ka aparatuuri ja muu tarvismineva.

Peamine koolitervishoius on profülaktika, kuigi sõna «profülaktika» kasutatakse vähe. Õde mõõdab õpilaste kehapikkust, kaalub neid, hindab nägemis- ja kuulmisteravust, mõõdab vere rõhku, määrab vere hemoglobiini sisalduse, samuti skolioosi nurga kraadides. Sportlastel määratakse vere hemoglobiini sisaldus üks kord kuus. Õde vaktsineerib lapsi vastavalt vaktsineerimiskalendriks, mis on üsna sar-

nane meie omaga. Soomes vaktsineeritakse ka punetiste vastu, mis aitab vähendada nägemis- ja kuulmishäiretega laste sündi. Arst vaatab kõik õpilased läbi vaid I, V ja VIII klassis.

Väga oluline on kooliarsti jaoks anamnees. I klassis on läbivaatuse juures ka ema või annab täiendavat teavet õpetaja. V klassis kasutatakse sõelteste, testi täidavad vanemad, VIII klassis aga annab oma tervise kohta informatsiooni õpilane ise. Õpilast usaldatakse, ka õpilase halbadest harjumustest ei teatata vanematele ega õpetajatele. Need jäävad õpilase ja kooliõe vaheliseks probleemiks, millest püütakse ühiselt üle saada.

Ka praegust arstliku läbivaatuse mahtu on paljuks peetud ning arsti hooleks on soovitatud jätta vaid kroonilisi haigusi põdejad. Kooliarst kontrollib nende ravimist, hoolimata sellest, et igal niisugusel haigel on veel oma arst, kes hindab lapse tervislikku seisundit ja reguleerib ravi. Soomes pööratakse kroonilisi haigusi põdejatele ja invaliididele suurt tähelepanu, neid on umbes üks miljon (alla 19-aastastega kokku). Krooniliste haiguste puhul on täheldatud haigetest 25 %-l allergiat, 3 %-l astmat, 3 %-l südamehaigusi, 4 %-l kesknärvisüsteemihaigusi, 5 %-l kuulmis- ja nägemishäireid, 0,2 %-l on vääraarendid ja 2 %-l suhkurtõbi. Kõik normaalse intellektiga haiged lapsed õpivad tavalises koolis, seejuures võib tugevate häiretega õpilasel koolis kaasas olla abistaja.

On eri tüüpi koole. L. Toskala töötab nägemishäiretega laste koolis (44 õpilasele), liikumishäiretega laste koolis (40 õpilasele), kroonilisi haigusi põdejate koolhaiglas (16 õpilasele), erakoolis (70 õpilasele) ja normkoolis (650 õpilasele).

Suure osa õe tööst hõlmab tervisekasvatus, individuaalne ja rühmaviisiline nõuannete jagamine, ühistöö kooli pedagoogilise kollektiiviga. Et tervisekasvatases on palju ühist teiste õppeainetega, vastutab selle eest õpetaja, suure osa tunde aga annab kooliõde.

I klassis on tundide teemaks õpilane ja tema tervis; II klassis toit ja hambad; III klassis liikumine ja selle seos tütarlaste kasvuperioodiga; IV klassis tubakasuitsetamine; V klassis esmaabi ning see, kuidas kasvatakse naiseks, meheks; VI klassis suguline kasvatus; VII klassis suitsetamine ja alkohol; VIII klassis rasestumisvastased vahendid; IX klassis narkootikumid, suguhaigused, kutseasuunitlus ja X klassis psühholoogia, inimsuhted ning suguhaigused.

VII ja VIII klassis tekivad õpilastel tihti psühhosomaatilised häired. Nende jaoks on samas koolis väikesed klassid, kus on ainult 8 kuni 10 õpilast. Nad õpivad eriõpetajate juhendamisel põhiprogrammi järgi ning on võimalised paari kuu möödudes oma klassi tagasi pöörduma. Kui õpilasel tekivad väga rasked probleemid ja meditsiini-personali abist ei piisa, aitab teda kooli sotsiaalkuraator.

Kooliõde annab seksuaalkasvatusalast teavet ka vanematele. Rõhutatakse, et vanemad peavad lapsi ise õpetama. Aborte on vähe ja suguelu algus on nihkunud veidi vanemasse ikka. Sugulise kasvatuse programmis on ka usuõpetus, milles käsitletakse muu hulgas elu algust ja lõppu eetilisest aspektist.

Et krooniliselt haige laps suudaks lõpetada kooli ja omandada kutsealased oskused, koostatakse iga õpilase kohta plaan, mille vaatab läbi komisjon. Komisjoni kuuluvad direktor, kurator, õppealajuhataja, kutseõpetaja, väikerühmade eriõpetaja ja kooliõde.

Soome koolitervishoid on õpilaseksne, selle eesmärk on saata ellu terve ja terveid eluviise austav inimene. Samuti on eesmärgiks, et ka kehaliste puuetega inimene oleks tervetega võrdväärne ühiskonnaliige. Ka meie kool ootab tervishoiu ümberkorraldust. Selleks on esmalt vaja nii tervishoiujuhtide kui ka koolis töötavate arstide ja õdede huvi koolitervishoiu vastu, samuti riiklikke vahendeid.

Konverentsid ja nõupidamised

Esimene vabariiklik gastroenteroloogilise endoskoopia seminar toimus 27. ja 28. mail 1988 Väike-Maarjas. Sellest võttis osa 48 gastroenteroloogi ja kirurgi, kes tegelevad endoskoopilise diagnoosimisega.

Kahepäevase seminari kava hõlmas kõiki tähtsamaid seedeelundite endoskoopia valdkondi, nii sisulist diagnoosimist, uuringute taktikat kui ka töö organiseerimist. Esimesel päeval räägiti söögitoruhaiguste (Ü. Heinla), peptilise haavandi (H.-I. Maaros), kroonilise gastriidi (K. Villako) ja maokasvajate (M. Koljak) endoskoopiast. Teisel päeval käsitleti vältimatu abi korras tehtavaid seedetrakti ülaosa endoskoopilisi uuringuid (A. Peetsalu, T. Väli), koloskoopiat (M. Jürgenson, M. Riispere), endoskoopilist retrograadset pankreatokolangiograafiat (T. Kutsar) ja endoskoopilist papillotoomiat (H. Ruus).

Seminaril toimunud elav mõttevahetus oli kahtlemata kõigile osavõtjale kasulik.

Vello Salupere

Hügieeni- ja keskkonnakaitsekonverents toimus mullu Tartus. Osavõtjaid oli ka Vilniusest, Kaunasest, Riist, Moskvast ja Brjanskist.

Kokku esitati 34 ettekannet. Neis käsitleti keskkonnakaitset ja maahügieeni, töö- ja tootluse hügieeni, laste, noorukite ja üliõpilaste hügieeni ning sotsiaalhügieeni.

T. Tšernosvitova (Moskva) oli vaatluse alla võtnud elukeskkonna ja elanikkonna tervise seose uurimise meetodika. S. Etlin rõhutas, et põlevkivitööstuse ettevõtete piirkonnas on kontrollrajoonis esineva haigestumisega võrreldes haigestumine mitmetesse haigustesse suurem. Kontrolltervisenäitajate muutumise üle võimaldab hinnata atmosfääriõhu kaitsmisel rakendatavate meetmete efektiivsust. P. Krooni rääkis vajadusest korda seada tööhügieeni ja kutsehaiguste organisatsioonilised alused Eestis. Tuleks luua kolm ühtset territoriaalset töömeditsiinikeskust, samuti oleks vaja töövoimetuslehe uut vormi ning palju muud.

Leedu NSV suure lämmastikku tootva koonidise heitmete mõjust keskkonnale ja elanike tervisele rääkis E. Capkiavicene (Vilnius). Läti NSV linnuvabrikute ümbruse õhu keemiliste ainete ja mikroorganismidega saastumise uuri-

mist käsitles M. Eglite (Riia). Ta põhjendas ka õhu mikroobidest puhastamise vajalikkust, enne kui see jõuab atmosfääri. K. Birk tõendas Eesti NSV linnukasvatusekompleksi näite varal samuti, et linnuvabriku õhk võib olla väga suureks elukeskkonna reostusallikaks.

Prof. A. Saava andis ülevaate Eesti jõgede sanitaarseisundi muutustest paljude aastate jooksul. Ta märkis inimtegevuse olulist mõju jõgede vee kvaliteedile. R. Munter rõhutas, et Tallinna veepuhastusjaamas on aeg loobuda kloori kasutamisest ning üle minna osooni kasutamisele. «Desintegraatori» esindaja V. Loopere rääkis reovete jääkide kasutamisest. Ta kirjeldas bioaktiivse jääkmuda dehelmintiseerimise perspektiivseima meetodina sette ja mineraalväetiste ühistöötlmist desintegratoorsel tehnoloogial.

Prof. A. Baubinas (Vilnius) andis loomakasvatuskomplekside paiknemistsoonis asuvate veekogude hügieenilise hinnangu ja põllumajanduses rakendatavate reovete kasutamise põhikriteeriumid. U. Halliksoo rääkis, et riiklik sanitaarkontroll põllumajanduskemikaalide kasutamise üle on Eestis paranenud, ent mõnes rajoonis on veel puudusi nende hoidmisel. On vaja tugevdada sanitaarjärelevalvet pestitsiidide kasutamise üle loomakasvatuses. E. Arbuzova (Moskva) käsitles seoses kasvustimulaatorite laialdase kasutamisega elukeskkonna kaitsmist nende ühenditega reostumise eest. See võib juhtuda, kui kloorhappesoolasid kasutatavate loomafarmide jäätmeid tarvitatakse väetisena. V. Dolgovi (Moskva) ettekandest selgus, et kloorhappesoolade anioon satub muutmatalult loomade ja lindude ekskrementidesse ja võib akumuleeruda sönnikuhoidlates, järelikult ka keskkonnas. Mikroorganismidega on võimalik sönnikut jääkkloorhappesooladest puhastada ja kasutada põllumajanduskultuuride kastmisel või väetamisel.

Tööhügieeni valdkonnast pakkus huvi V. Ritslaidi ettekanne, mis käsitles ametiühingute osa loodus- ja töökaitstes. V. Parve seadis kahtluse alla deioniseeritud õhu osa südame- ja veresoontehaiguste ning vegetatiivse närvisüsteemi häirete põhjusena. J. Rauba (Kaunas) rääkis õevahetuses töötavate inimeste töö ja puhkuse hügieenilistest aspektidest. Töönädal on liialt lühike (4...5 ööpäeva) tööliste organismi täie-



Fotol konverentsi presiidium. Paremtalt: professorid A. Baubinas, A. Jannus ja E. Sepp, meditsiinidoktor M. Eglite, professor J. Piatrauskene, dotsent V. Kalnin.

likuks kohanemiseks uue rütmiga, oleks tarvis pikendada vahetusnädalat, kasutada puhkuseks profülaktooriume, teha virgutusvõimlemist.

R. Priiman rääkis töökeskkonna kahjulikkuse hindamisest raskaerosoolide laengu tiheduse järgi, samuti tootmisruumides konditsioneeritud õhu kasutamistest mikrokliima tervendamiseks. Peamisi riskifaktoreid, mis mõjuvad põllumajandusmehhanisaatorite tervisele, oli uurinud A. Silm. V. Agudin andis kompleksse füsioloogilise hügieenilise hinnangu põlevkivikeemia tootmis-koondise naisoperaatorite töö kohta. O. Kirillova aga oli uurinud naiste töötingimusi Tallinna kergetööstustettevõtetes.

Koolilõpilaste profülaktilise vitaminiseerimise efektiivsuse kohta esitas huvitavaid andmeid M. Saava. Nitraatidesisaldusest Eestis aastail 1984 ... 1986 kasvatatud kartulites rääkis M. Rooma. L. Selivanova (Moskva) käsitles kloorhappesoolade jääkhulkade reglementeerimist ja kontrollimist lihas ja lihasaadustes. A. Reznitsenko iseloomustas Tallinna ühiskondlikes toitlustustettevõtetes valmistatavate salatite ja vinegrettide sanitaar-bakterioloogilisi näitajaid.

Hüpertooniati kui sotsiaalne probleem oli prof. J. Piatrauskene (Kaunas) ettekande teema. M. Krasnikov rääkis Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama korraldatud automatiseeritud uuringute, millega määratakse keskkonnategurite mõju linnaelanike tervisele, ta rääkis ka nende uuringute kasutamise perspektiividest. K. Neilinn käsitles Tallinna 10 ... 14 aasta vanuste koolilõpilaste kehalist arengut ja ateroskleroosi riskitegureid. Hammaste fluoroosist ja hüpoplaasiast Eesti elanikel rääkis N. Vihm. A.-T. Kaasik oli uurinud TRÜ üliõpilaste tervislikku seisundit sõltuvalt töö- ja puhkerezüümist. Mitmeid hügieenialaseid vajakajäämisi noorukite õpetamisel kutsehariduskoolides tõi esile S. Susskaja.

Konverentsi kogumikus on avaldatud 73 ettekande teesid.

Viktor Kalnin

Pärnu kuurordi 150. aastapäevale pühendatud X vabariiklik kurortoloogia- ja füsioteraapiakonverents toimus 23...24. juunini 1988 Pärnus. Konverentsi programmis oli 86 ettekanne. Neljal istungil kuulati 55 ettekanne, ülejäänud arutati trükitud teeside alusel.

Konverentsi avas Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu esimees K. Tambur. Juubeli puhul tervitasid Pärnu kuurordi töötajaid 17 teadus- ja kuurortriaviasutuse esindajad, nende seas ka Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Kesknõukogu aseesimees N. Storoženko.

Avaettekande Pärnu kuurordi arengust esitas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonna vanemteadur meditsiinkandidaat L. Veinpalu. M. Burd rääkis Pärnu kuurordi tegevusest aastail 1971 ... 1985. Geoloogiakandidaat J. Kask ja M. Veisson käsitlesid kahes ettekandes Eesti ravimudade leiukohtade geoloogiat ning Eesti looduslike raviresursside kaitset. Esimese istungi ülejäänud

viies ettekandes vaadeldi kuurort- ja taastusravi mitmeid küsimusi.

Teise istungi ettekannetes käsitleti peamiselt reumaatilisi haigusi põdejate kuurortravi. Prof. L. Päi (kaasautor S. Vihlajeva) rääkis aktiivse antiflogistilise ravi ja mudaravi ratsionaalsest kombineerimisest reumatoidartriidihaigetel, rõhutades, et peloteraapia vahetult pärast statsionaarset medikamentooset ravi annab reumatoidartriidi korral kõige soodsamaid tulemusi. Allakirjutanu jõudis oma ja kaastöötajate uurimismaterjali analüüsi põhjal järeldusele, et peloteraapia kasutamine koos mõne teise kuurortravi liigiga avaldab reumatoidartriidihaigetesse immuunmoduleerivat toimet, mistõttu kompleksset peloteraapiat võib vaadelda nende haigete põhiravina. R. Tringi ja kaasautorite uurimistöö käsitles reumatoidartriidihaigete mudaravi optimeerimist medikamentide ning elektroaerosoolteraapiaga. H. Pöder märkis oma ettekandes, et reumatoidartriidihaigete südame ja hingamis- elundite talitluse muutused kuurortravi puhul on pöördvõrdelises sõltuvuses balneoreaktsiooni väljendusastmest.

Huvitav oli Z. Zuza (Odessa) ettekanne, mis käsitles organismi endokriinse regulatsiooni osatähtsust mudaravi mõjus liigesehaiguste korral. Ta selgitas, et mudaravi põletikuvastane toime on peamiselt tingitud neerupealise koore glükokortikoidse funktsiooni aktiveerimisest.

V. Sui oli vaatluse alla võtnud korduva humisoolravi deformeeriva osteoartroosi korral. Selgus, et teine humisoolravikuur annab esimesega võrreldes paremaid tulemusi.

Mitmed ettekanded käsitlesid reumatoidartriiti ja reumat põdevate laste kuurortravi (A. Paves kaasautoritega, I. Laan kaasautoritega ja teised).

Räägiti veel reumaatiliste haiguste all kannatajate füsioteraapiast.

Kolmandal istungil arutati perifeerse närvisüsteemi haigusi põdejate kuurortravi ja füsioteraapiat. Prof. A. Tikk (kaasautor M. Leiner) tõi andmeid perifeerse närvisüsteemi haiguste esinemissageduse kohta. Märgiti, et neid haigusi esineb Eestis 60 ... 80% -l rasket kehalist tööd tegevatest inimestest ning need moodustavad 66,7 ... 77,6% kõikidest polikliinikutes ravitavatest haigustest.

M. Tarum soovitas kasutada akommodatsiooni-koefitsienti kui lihtsat elektrodiagnostilist parameetrit lülisamba haiguslikest muutustest tingitud sündroomide diferentsiaaldiagnoosimisel ja ravi tõhususe hindamisel.

M. Karro rääkis piirdenärvisüsteemi vertebrogeensete haiguste all kannatavate põllumajandustöötajate kuurortravi headest tulemustest. A. Sillami ettekanne oli humisoolravi soodsast mõjust vibratsioonitõbe põdevatele põllumajandusmehhanisaatoritele. J. Pihla ja kaasautorite andmeil saab nimme-ristluuosteokondroosi põdevate põllumajandustöötajate ravimisel häid tulemusi vibrotraktsioonimeetodi kasutamisel korral.

Leningradi ja Kiievi teadlaste (A. Siman, V. Oržeskovski ja teised) uurimistööd kinnitavad, et mitmesuguste perifeerse närvisüsteemi haiguste korral saab häid tulemusi laserraviga.

Rohkesti oli ettekandeid ka muudest füsioterapiameetoditest (ravimite elektro- ning fonoforees jt.), mida saab edukalt kasutada paljude piirderävisüsteemi haiguste raviks.

Konverentsi neljandal istungil käsitleti südame- ja veresoonkonnahaigusi põdejate kuurort-ravi, samuti füsioterapiat. Üldist huvi äratas Pärnu kuurordi arstide M. Kapaku ja kaasauto-rite töö «Erineva hemodünaamika ja müokardi kontraktiilsusega hüpertooniatõvehaigete kuurortravi efektiivsus». Parim ravitulemus saadi neil haigeil radooni- ja joodi-broomivannide valikulisel kasutamisel.

Ulatusliku ja mitmekülgse programmiga juubelikonverents aitas kaasa Eesti kuurortoloogide ja füsioterapeutide erialateadmiste täiendamisele.

Endel Veinpalu

XXXIV Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents toimus 26. ja 27. augustil 1988 Valgas. Konverentsist võttis osa 200 sanitaar- ja epidemioloogijaamade töötajat.

Põhiettekanne «Joogiveallikate ja veekogude sanitaarkaitsest Eesti NSV-s» oli Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaar-hügieeniosakonna juhatajalt A. Kerdelt.

Kaheksas ettekandes käsitleti joogiveallikate kontrollimist ja sanitaar-hügieenilist olukorda.

Paremad ettekanded olid järgmised. Esimesena märgiti ära Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborantide A. Perteli ja K. Näpingu ettekanne, mis käsitles hambakaarise esinemissagedust lastel sõltuvalt joogivee fluorisaldusest (juhendaja V. Tšukina). BHT-7 kasutamisest veekogude sanitaarseisundi hindamisel oli Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi T. Uderi ettekanne (R. Rannamäe). Sanitaarijärelevalvest joogiveega varustamise üle Võru rajoonis rääkisid Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abid T. Mähar ja R. Paat (A. Batšinin).

Huvipakkuvad olid ka Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi A. Antsmäe ettekanne «Pärnu kuurort ja looduskeskkond» (R. Vodja) ning Viljandi Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi A. Priimetsa «Pool aastat Tšernobõlis».

Sanitaar- ja epidemioloogijaamade komiteede 1987. aasta töö hindamisel tuli esikohale Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama komitee. Eesti Sanitaartöötajate Seltsi rändauhind anti R. Uustalule.

Konverentsist tegi kokkuvõtte Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja P. Krooni, kes rõhutas ettekannete aktuaalsust.

Teisel päeval käidi ekskursioonil Sangaste lossis ning Otepää looduslikult kaunites kultuuri-ajaloolise tähtsusega paikades. Neist rääkis väga huvitavalt Otepää Keskkooli direktor H. Mägi.

Järgmine konverents toimub 1989. aastal Tallinnas.

Kalju Nestrik

Nõupidamine «Kromatograafilised ja elektrokeemilised uurimismeetodid sanitaarkeemias» toimus 8...10. septembrini 1988 Tallinnas ja Tartus. Sellega tähistati 100 aasta möödumist esimese sanitaarkontrolli laboratooriumi rajamisest Tartus professor Julius Dragendorffi poolt.

Nõupidamisest võttis osa teadlasi Moskvast, Leningradist, Kiievest, Vilniusest ja Minskist, ka Eesti sanitaar- ja epidemioloogiajaamade keemialaboratooriumide töötajaid. 8. septembril oli Tallinnas pidulik koosolek, mille avas ministri esimene asetäitja O. Tamm, kes esitas V. Kalnini ja enda ühisettekandes ajaloolise ülevaate Eesti sanitaarteenistuse arengust sajandi jooksul.

Kahel järgmisel päeval jätkus arutelu Tartus perspektiivsete kromatograafiliste ja elektrokeemiliste uurimismeetodite rakendamise üle sanitaarkeemias. Nõupidamisel käsitleti põhiliselt laboratoorse kontrolli väliskeskkonna objektide üle. Vaatluse all olid uurimismeetodid, mis on veel vähemtuntud, kuid mille kasutuselevõtt on reaalne ja perspektiivikas. Gaaskromatograafia-alastes ettekannetes käsitleti kapillaarkromatograafiat ja vedelikkromatograafiat, mis on eriti tundlik orgaaniliste ühendite määramisel. Käsitleti ka ionkromatograafiat, mis võimaldab väga täpselt määrata ioone nii orgaanilistes kui ka anorgaanilistes ühendites. Peale nende oli ettekandeid ionomeetriast ja voltampermeetriast kui meetoditest, mis konkureerivad edukalt aatom-adsorptsiooni spektrometriaga raskmetallide määramisel.

Anne Holstein

Sümposium «Meditsiiniajalugu ja -muuseumid perestroika ajal» toimus 31. mail 1988 Leningradis. Korraldajateks olid sealsed sõjaväemeditsiinumuseum ja meditsiiniajaloolaste selts. Debati aluseks said kaks kollektiivettekannet prof. A. Georgijevski ja vanemteadur V. Gritskovitši esituses.

A. Georgijevski väitis, et pärast Oktoobrirevolutsiooni valminud meditsiiniajaloolased tööd nagu üldajaloolasedki kannavad oma aja pitserit. Kaugeltki ei vasta need perestroika, demokraatiseerimise ega avalikustamise vaimule. Enamikul neil puudub tõeline marksistlik-leninlik historism, see on asendatud vulgaarsotsioloogilise skemaatilise käsitlusega. Tööd kannatavad dogmaatiliste stereotüüpide, konjunktuurse kihistuse ja deklaratiivsuse all. Neis tuleb tihti peale ette lünki publitseerimiseks suletud materjali, ajaloolaste moonutamise või sihiliku varjamise tõttu. Nii ei ole siiani teatavaks tehtud seda kolossaalset kahju, mida tekitasid teadusele Lenini-nim. Üleliidulise Põllumajanduse Akadeemia 1948. aasta sessioon ning NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Meditsiiniakadeemia 1950. aasta ühissessioon. Nagu teada, kuulutati nõukogude meditsiini loodusteaduslikeks alusteks ainultki mitšuurinlik bioloogia ja pavlovlik füsioloogia. Teadmata on ka kahju, mida tekitas 1940-ndate aastate lõpul prioriteetide tagaajamine kosmopolitismiga võitluse kam-

paania ajal, mil kodumaisele meditsiiniajaloolo poogiti külge olematuid prioriteete.

Kõikides meditsiiniajaloo uurimustes on seni vaikes mööda mindud 1930-ndate ja 1950-ndate aastate stalinlikest repressioonidest. Nii hukati või represseriti üle 500 (mittetäielikel andmetel) sõjaväe- ja tsiviiltervishoiu juhtivatel kohtadel olnud või arstiteaduse alal töötanud arsti, neist teaduskoolkondade liidreid, professoreid, õpikute ja raamatute autoreid. Meie püha kodanikukohus stalinlike piinakambrites hukunud arstiteadlaste ja tervishoiutegelaste mälestuse ees on taastada nende hea nimi, rääkida nende panusest nõukogude meditsiini.

Praktiliselt ei ole uuritud nõukogude tervishoiusüsteemi ega meditsiinilise abi kujunemise algeriiodi Punaarmee Kodusõja aastail, samuti ka vägede meditsiinilise abi traagilisi kogemusi meie armee kiire hädataandumise oludes 1941. ja 1942. aasta suvel. Põhjalikku uurimist vajab armee meditsiinilise abi tagamise organisatsioon Suure Isamaasõja strateegiliste operatsioonide ajal.

Perestroika meditsiiniajaloo eeldab eelkõige loobumist stereotüüpidest, igakülgselt kaalutud süvalähemenemist faktidele ja sündmustele, loovdiskussioonide vabadust. See tagab meditsiiniajaloo probleemide täieliku ja objektiivse uurimise ning marksismi-leninismi printsiipidele tugineva metodoloogilise täisväärtuslikkuse. Nõukogude meditsiiniajaloolaste pakiliseks ülesandeks on kõrvaldada kõik lüngad ja moonutused ning pooltööd meditsiiniajaloo ning luua täisväärtuslikud tööd, samuti koostada uus meditsiiniajaloo õpik, mis vastaks eespool toodud nõuetele. Selle aine õpetamise üleviimine I kursesusele kujutab endast kriisi, profaneerimist. Meditsiiniajaloo õpetamine tuleb ühendada meditsiiniideontoloogia õpetamisega, võttes ühiskonnateaduste kateedritelt selleks eraldatud tunnid, sest nad ei olevat kompetentsed käsitlema meditsiiniideontoloogiat. Mitmed sõnavõtjad nõustusi sellega. Prof. I. Leonov ütles, et ta ei suuda meditsiiniajalugu õpetada I kursusel, isegi II kursusel on tema arvates varavõitu. N. Grigorjan toonitas vajadust uurida enam kõrghariduse ajalugu, võrrelda teadmiste ja oskuste pooldest meditsiiniinstitiutide ja ülikoolide arstiteaduskondade kunagisi ja praegusi lõpetanuid. Ta väitis ka seda, et NSV Liidu Teaduste Akadeemia Loodusteaduse ja Tehnikaajaloo Instituudis on toimunud kaks ümmarguse laua diskussiooni eespool mainitud akadeemiate sessioonide kohta, kuid seni on need materjalid olnud peaaegu avalikustamata.

V. Gritskevitš rääkis meditsiini muuseumide teadus- ja ekspositsioonitöö põhisuundadest. Üsna perspektiivikas on fondi- ja ekspositsioonitöös elektronarvutustehnika kasutuselevõtt. See võimaldab järevalt vähendada paralleelkataloogide koostamist, automatiseerida muuseumiesemete kataloogide ettevalmistamist ja väljaandmist. Ent positiivse kõrval on sellel ka negatiivseid momente: muuseumiesemete põhiolemuslikud jooned tõrjutakse tagaplaanile, mis mõjub halvasti ekspositsiooni kvaliteedile ja arusaadavusele. Tarvis on tehnilisi vahendeid vas-

tastikku tasakaalustada, kinni pidades eksponaatide demonstreerimise traditsioonilistest vormidest. Palju võimaldab ära teha ekskursioonijuhide koolitamise parandamine ja muuseumide sotsiaalpsühholoogiliste aspektide uurimine. Esineja tõi mõned kurioossed näited. Üks selline näide 1935. aastast: maalilt kadus I. Pavlovi kõrvalt tema lähim õpilane L. Orbeli, olugi et maali esialgsus hiljem taastati. Kõik eksponaadid Meditsiinilise Kirurgia Akadeemia presidendi J. Willie kohta kõrvaldati, samuti kõrvaldati Vinnitsa lähedal asuva N. Pirogovi talumuuseumi ekspositsioonist kõik saksa teadlastesse puutuv. V. Gritskevitš kritiseeris ka mõne meie meditsiiniajaloolase valeindu Jevpraksia-Zoja legendi loomisel. Tööl «Alimma» («Salvid») ei ole midagi ühist Kiievi-Vene riigiga, see on kosmeetikaalane käsikiri, mille on kirjutanud hoopiski üks Bütsantsi munk.

Arutelu ajal täpsustati andmeid 1938. aasta arstideprotsessi kohta (arreteeriti ja lasti maha Kremli haigla peaarsti asetäitja L. Levin, professorid D. Pletnjov ja I. Kazakov, kelle süüks fabritseeriti M. Gorki, V. Kuibõševi ja V. Menžinski surm sihiliku valeravi tulemusena), samuti täpsustati andmeid 1952...1953. aasta arstide süüasja kohta. Tollal arreteeriti 23 (täpne arv on veel kindlaks tegemata) Kremli sanitaar- ja ravivalitsuse ning haigla arsti, keda muu hulgas süüdistati A. Zdanovi ja A. Stšerbakovi surmas ning Stalini elule kallalekippumises. Pärast Stalini surma nad kõik küll rehabiliteeriti. Neist prof. J. G. Oettingen suri vanglas väljasegitamata asjaoludel, Botkini-nim. haigla peaarst B. Šimeliovitš lasti maha. Arreteeritute seas oli ka Nõukogude armee peaterapeut, Tartu Ülikooli kasvandik akadeemik M. Vovsi. 1939. aastal maha lastud arstide hulgas oli samuti esimene NSV Liidu tervishoiu rahvakomissar G. Kaminski, kes oli alla kirjutanud S. Ordžonikidze surmanõustusele: kas enesetapp või tapmine? Maha lasti ka silmapaistvad sõjaväemeditsiini tegelased M. Baranov ja J. Hudnitski, Kremli sanitaarvalitsuse ülem B. Levinson (viimased kaks olid lõpetanud Tartu Ülikooli) jt. Selle üle, milleni võivad viia kõrgel ametikohal olevatele patsientidele soovimatud nõuanded, võib otsustada akadeemik V. Behterevi küllaltki mõistatusliku surma põhjal, mis saabus täiesti öitsvas eas 1927. aastal varsti pärast Stalini konsulteerimist. Arvatakse, et V. Behterev avaldas professionaalseid kartusi seoses juhi psüühilise staatusega.

Mitmekõitelises «Suures Isamaasõjas» ei olevat meditsiini kohta peaaegu midagi, samal ajal aga palju valesid fakte. Kolmekõitelises «Kodusõjas» puuduvat teave epideemiate kohta ega olevat sõnagi tolleaegse sõjaväesanitaarteenistuse ülema M. Baranovi kohta (M. Jarovinski). Tarvis on näidata tegelikud kaotused Suures Isamaasõjas (need on suuremad kui seni toodud — 20 miljoni asemel 28 miljonit), näidata keskastme meditsiinitöötajate tegelikkus sõjas (A. Georgijevski). Sõja ajal epidemioloogina töötanud P. Taranin mainis, et J. Smirnovi tees epideemiate puudumise kohta armeele on olnud vale. Tegelikult esines poliomieliidi, tähnilise tüüfuse, tulareemia, malaaria ja nakkusliku kol-

latõve epideemiaid, mis nõudsid palju ohvreid (näiteks Stalingradi rindel ja 4. Ukraina rindel), isegi 30...40% isikkoosseisust. NSV Liidu tervishoiu rahvakomissar G. Miterev kaotas omal ajal sotsiaalhügieeni kui teaduse ja õppeaine, lõpetati ka alkoholismi kui sotsiaalhügieeni probleemi käsitlemine. Tervishoiu valdkonnas tehti vigu, nagu polikliinikute ja haiglate, haiglate ning sanitaar- ja epidemioloogiaamade ühendamise. Neid vigu ei taheta tunnista (B. Petrov). B. Petrov, kes on kaua olnud N. Semaško nimelise Üleliidulise Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi meditsiiniajaloo-osakonna juhataja, tunnistas enda osalemist paljudes mainitud süütegudes, näiteks R. Virchowi mahategemises ja paljus muus. Kuid tema, samuti prof. M. Kuzmin ja I. Leonov paistsid silma siiski seismanitena, kes polnud nõus esinejatega ja kes püüdsid süngelt pilti ilustada, väites, et on ilmunud ka häid töid, et meditsiiniajaloo osakond on ka helgeid laike. Kuigi raamatukogudes on alanud suletud fondide avamine, ei ole see veel jõudnud arhiivideni (T. Grekova). Tänavu 1. juuniks oli meie arhiivides «Pravda» andmetel suletud veel 50 miljonit toimetust. A. Viksna juhtis tähelepanu tõigale, et Üleliidulise Meditsiiniajaloolaste Seltsi juhataja liikmete keskmine vanus on 63...64 aastat. Vaja on nooremad kaadrid. Ta pidas vajalikuks uurida kodanlike Balti vabariikide kindlustusmeditsiini, mis oli kasulik nii arstidele kui ka haigetele. Tänapäevast erinevalt võimaldas decentraliseeritud juhtimine toime tulla väikese arvu administratiivtöötajatega.

Üldiselt nõustuti, et Oktoobri-järgse perioodi meditsiiniajaloo osakond on käsitletud tendentslikult, esineb liigset rassistisismi, paljud meditsiinitegelased nii revolutsioonielisest kui ka revolutsioonijärgsest ajajärgust on esitatud moonutatult ning nende tegevus vajab ümberhindamist.

Lõpuks luges V. Sabunin ette mitmes punktist koosneva üleskutse meditsiiniajaloolastele, arstidele ja teadusseltsidele kogu kodumaise meditsiiniajaloo ümbermõtestamiseks. Sümpoosion, sisuliselt üleliiduline, oli ebatavaline ja vististi ka ajalooline.

Viktor Kalnin

V Ukraina anestesiooloogia ja reanimatoloogia kongress toimus 12...15. septembrini 1988 Vorosilovgradis. Arutati anestesiooloogia ja reanimatoloogia ettevalmistust ning kvalifikatsiooni tõstmist. Vaatluse all olid ka tuimastamise kontseptsioon; juhtaanesteesia; tuimastamine ja intensiivravi neonatoloogias, pediaatrias ja günekoloogias; ekstrakorporaalsed detoksikatsioonimeetodid; ratsionaalne antibiootikumravi kriitiliste seisundite puhul; haiglaeelse reanimatsiooni organisatsioon.

Kongressile oli saabunud üle 500 delegaadi ja hulgaliselt külalisi. Selgelt tuli esile integreeritud lähenemine nii anestesiooloogilis-reanimatsioonilise abi organisatsiooni probleemidele kui ka anestesiooloogia ning reanimatoloogia teoreetilistele ja kliinilistele aspektidele. Kurb oli kuulda

Üleliidulise Anestesiooloogide-Reanimatoloogide Seltsi esimehe T. Derbinjani poolt väljaõeldud meie erialase mahajäämuse kohta, eriti medikamentide ja aparatuuri osas, võrreldes olemasolevaga maailma teistes riikides.

Eestist oli kongressil viis arsti. Esitati kolm ettekannet: J. Kolesnikov kaasautoritega «Ketamiini epiduraalanalgeesia onkoabdominaaloperatsioonide puhul», R. Talvik kaasautoritega «Vastsündinute pikaajalise kopsude ventileerimise hilistulemused» ja L. Dmitrijev kaasautoritega «Metüülksantiinide osatähtsus astmahaigete intensiivravis».

Kongressil vastuvõetud otsuses nõuti muu hulgas kõikide arstide anestesioologia- ja reanimatoloogiaalase ettevalmistamise tõhustamist, samuti anestesioologiaalase internatuuri ümberkorraldamist.

Artur Talihärm

V rahvusvaheline sümpoosion eikosanooidide toimest südame- ja veresoonehaiguste puhul toimus 16...19. maini 1988 Halles. Peale Saksa DV teadlaste oli kohale tulnud teadlasi Saksamaa Liitvabariigist, Itaaliast, Prantsusmaalt, Inglismaalt, Hollandist, Ungarist, Poolast, Jugoslaaviast, Soomest ja Rootsist, samuti Ameerika Ühendriikidest. Nõukogude Liitu esindasid Üleliidulise Kardioloogia Teaduskeskuse teadlased ja TRÜ teadlased A. Kõrgvee, M. Viigimaa ning allakirjutanu. Ülekaalus olid teoreetilised ja eksperimentaaltööd, kliiniliste uurimuste tulemuste kohta esitati vaid üksikud tööd.

TRÜ-s on aastate jooksul uuritud Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemia Instituudi teaduri U. Lille juhtimisel sünteetisest prostaglandiine. Sümpoosionil esitasime kaks uurimust. Üks neist (M. Viigimaa, T. Jõudu, R. Teesalu «Mõnede prostatsükliini karbotsükliinide analoogide antiagregatiivse toime võrdlemine») oli ettekanne stendil, teise (R. Teesalu, A. Kõrgvee «Prostatsükliini toime hemodünaamikasse ja koronaarverevoolusse koertel») esitas allakirjutanu.

Sümpoosion andis põhjaliku ülevaate eikosanooididealastest uurimistööst maailmas. Süvenes veendumus, et eikosanooidide uurimine omab tähtsust eikosanooidide sünteesis toimivate ravimite ja eikosanooidide sünteetiliste analoogide laialdaseks kasutamiseks meditsiinipraktikas.

Rein Teesalu

VIII NSV Liidu ja Soome onkoloogide nõupidamine peeti 6...10. juunini 1988 Helsingis ja Turus. Kui varajasematel nõupidamistel kuulati ettekandeid ühisteemade täitmise tulemustest, siis nüüd arutati ühismonograafia «Vähk NSV Liidus ja Soomes» väljaandmist. Monograafia peaks ilmuma 1989. aastal. Kavas on avaldada 14 kirjutist koostöös uuritud onkoloogiavaldkondadest. Et Soome poolt esindab eeskätt Soome Vähiregister, käsitleb valdav osa monograafia jaoks saadetud artikleid vähi registreerimist, statistikat ning epidemioloogiat, samuti haigete

elulemust. Ent monograafias leiab kajastamist ka kasvajate ravi. Monograafia antakse välja venekeelsena, varustatuna põhjalike ingliskeelsete resümeeedega. Seda toimetab Petrovi-nimeline Leningradi Onkoloogia Teadusliku Uurimise Instituut, kes ühtlasi koordineerib ka NSV Liidu onkoloogiaalast koostööd Soomega.

Kriitiliselt märgiti, et nii nõupidamiste ettekanded kui ka seni avaldatud artiklid ei kajasta enamasti mitte ühise uurimistöö, vaid kummagi poole uurimistulemusi eraldi. Edaspidised töökavad on vaja koostada selliselt, et uuritaks tööpoolest ühist huvi pakkuvaid probleeme. Hea näitena töid Soome onkoloogid esile Soome ja Eesti vähiregistrite koostöös valminud uurimuse rinnavähahaigete elulemusest. Sellealaseid ettekandeid on esitatud ka teistel rahvusvahelistel nõupidamistel. Nimetatud teemat käsitlev artikkel esitatakse koostatavasse monograafiasse.

Nõupidamisel arutati samuti koostööprogrammi projekti aastaks 1989...1990. Arvestades teemade paljusust ning ühistulemuste vähesust, otsustati senise seitsme teema asemel jätkata uurimistööd viiel alal. Need on: 1) rinna- ja kopsuvähahaigestumuse prognoosimine; 2) mass-sõeluurimise programmi koostamine endomeetriumivähi ja selle eelseisundite avastamiseks; 3) laste pahaloomuliste kasvajate registreerimine ja statistika; 4) mitte-Hodgkini lümfoomide morfoloogiliste kriteeriumide unifikatsioon; 5) võrdlev vähistatistika Soomes ja Eestis (vähiregistrite andmetel).

Uudne on personaalarvutite kasutamine ühistöös, kusjuures eesmärgiks on arvutiprogrammide koostamise ühtlustamine. Metoodikas püüab Eesti Vähiregister Soome sõsarasutuse eeskujul kasutusele võtta mitmemõõtmelise regressioonanalüüsi (Coxi mudel jt.) nii epidemoloogilise uurimise tulemuste kui ka vähahaigete elulemuse hindamisel.

Elulemuse võrdlev analüüs seostub järgneval koostöötapil põhiliselt kahe vähipaikme — nahamelanoomi ja emakakaelavähiga. Soomes on juba aastaid tehtud kogu maad hõlmavaid mass-

sõeluurimisi emakakaelavähi varajaseks avastamiseks. Seetõttu on huvipakkuv Soome andmeid Eesti andmetega võrreldes selgitada, kuidas sellise ulatusega ettevõtmine peegeldub põhilistes vähistatistika näitajates — haigestumuses, suremuses, elulemuses. Elulemuse hindamisel kasutatakse Soome Vähiregistriga ühiseid arvutiprogramme ja analüüsimetoodikat. Allakirjutanul oli võimalus osa võtta sellealast lühikursusest, mis oli korraldatud Euroopa Vähiinstituutide Organisatsiooni (*Organization of European Cancer Institutes*) ja Soome Vähiregistri poolt 24...26. maini 1988 Helsingis.

Tiiu Aareleid

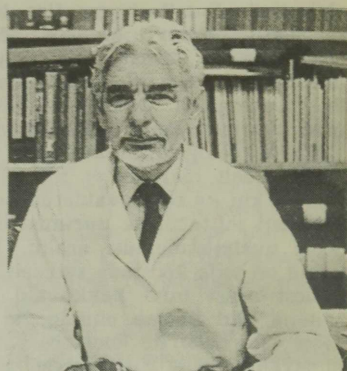
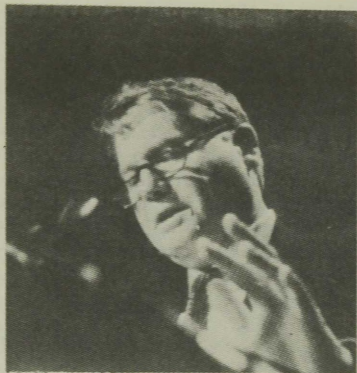
IV rahvusvaheline AIDS-i konverents toimus 12...16. juunini Stokholmis. Presidendiks oli Rootsi Rahvusliku Bakterioloogia Laboratooriumi direktor prof. L. O. Kallings, delegaate oli 7500 ringis üle kogu maailma. Seni on AIDS olnud ainuke haigus, mida on arutatud ÜRO plenaaristungil. Vastu on võetud resolutsioon 42/8.

USA delegatsiooni kuulus üle 2000 inimese. Rohke osavõtt ka Mustalt Mandrilt näitas epideemia tõsidust seal. NSV Liidust oli 15 delegaati, neist neli Eestist (M. Majass, A. Pöder, M. Saarma ja allakirjutanu). Konverentsi patrooniks oli palutud Rootsi kuningas Karl XVI Gustav, kes võttis osa ka avatseremooniast. Konverentsi avas peaminister I. Carlsson. Rootsi valitsus koos meedikutega on alustanud kolmeaastast AIDS-i uurimise programmi, mille maksumus on 60 miljonit Rootsi krooni ja mis on suunatud ka arengumaade abistamiseks. Oluline on riikidevaheline koostöö ja täpne informatsioon tõve leviku kohta. Peaminister ütles, et Rootsi tervitab analoogseid algatusi ka teiste riikide poolt. Kongressi president L. O. Kallings rõhutas kogu kongressi humanitaarset külge. AIDS on heitnud väljakutse inimkonnale ja selle ka liitnud. Et epideemiale piir panna, tuleb töötada koos.

Ühe põhiettekanne AIDS-i levikust maailmas esitas AIDS-i Globaalprogrammi direktor

Foto 1. AIDS-i konverentsi patroon oli Rootsi kuningas Karl XVI Gustav (esiplaanil), konverentsi avas peaminister I. Carlsson.





Fotodel 2 ja 3 AIDS-i viiruse avastajad Robert Gallo ja Luc Montagnier. Fotol 4 konverentsi president L. O. Kallings.

J. Mann. Ta ütles, et on vaja kindlat vahet teha registreeritud ja tegeliku juhtude arvu vahel. Viimane võib olla 2...3 korda suurem. 1988. aasta 1. juuniks oli Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) juures registreeritud 96 433 AIDS-i haigestumise juhtu 136 riigis. Esineja rõhutas, et riigid, kes varjavad tegelikku olukorda, teevad suurt kahju nii endale kui ka kogu inimkonnale. Ükski riik ei ole kaitstud selle tõve eest, sest AIDS ei tunnista riigi, rahvuse ega rassi, usuliste ega poliitiliste tõekspidamiste piire. 144 riiki on palunud ÜTO abi AIDS-i diagnoosimiseks, uurimiseks ja raviks. Välja on töötatud kogum «AIDS ja inimõigused». Inimõigusi ei tohi ignoreerida, haigeid ei tohi diskrimineerida — see mõte läbis paljusid plenaaristungi ettekandeid. ÜTO peadirektor H. Mahler hoiatas omaette tegutsemise eest. Kõige tähtsam on täpne informatsioon olukorra kohta ja profülaktikavahendite, eriti kondoomide kasutamine. Dispanseerimise tulemuslikkusesse ta ei uskunud. Kõik nahka läbivad manipulatsioonid teha kindlalt steriilsete riistadega. Akupunktuuri peetakse üheks viiruse levitamise võimaluseks, eriti tõvekolletes. Epidemioloogiline olukord on tõsine — infitseeritud võib olla 5...10 miljoni inimese ringis, kellest 10...30% haigestub AIDS-i 2...5 aasta jooksul.

On väga tõenäoline, et järgmistel aastatel lisandub veel 500 000 kuni 3 miljonit AIDS-i haiget. J. Curran (USA, Atlanta) ennustas senise statistika põhjal 1992. aastaks 365 000 haiget üksnes USA-s. S. Wallmann (Inglismaa) esitas väga põhjaliku analüüsi AIDS-i ja inimkonna suhetest, pealkirjastades ettekande: «Seks ja surm — võimalikud sümbolid». See haigus on uus biomeditsiini fenomen, mida näeme ainult jäämäe tipuna ookeanis, kuid mille peidetud osa on ohtlikum. Selle vastu peab inimkond ristsõda pidama. Seks tuleb lahutada armastusest, nii jäi kõlma paljudes ettekannetes.

Viroloogia saavutustel ja probleemidel, lähtudes HIV-1, HIV-2, SIV uurimisest, peatusid AIDS-i viiruse peaaegu üheaegsed avastajad R. Gallo (USA) ja L. Montagnier (Prantsusmaa). M. Essex (USA) ja W. Hasseltine (USA) analüüsid viirustüüpide regulatoorseid geene (*tat*, *vif*,

rev, *nef*, *vpr*, *vpx*). Rootsi Rahvusliku Bakterioloogia Laboratooriumi töörühmal on suuri teeneid HIV-2 uurimisel (tüvi SBL...6669). Haiguse patogeneesi käsitlesid R. Redfield (USA), R. Weiss (Inglismaa), rõhutades, et ka makrofaagmonotsütaarne süsteem on HIV ründeobjektiks. AIDS-i viirus nihutab tuberkuloosi uuesti esiplaanile. Kariibi mere äärsetes riikides, ka New Yorgis põeb 36...50% AIDS-i haigest tuberkuloosi, kusjuures ülekaalus on *Mycobacterium avium intracellulare*'ga nakatunute rühm, see bakter aga on resistentne klassikaliste tuberkuloosivastaste preparaatide suhtes.

Töid oli sünteetiliste peptiidide alalt (A. Vahlen, Rootsi).

Diagnoosimise täiustamiseks ja lihtsustamiseks tutvustas Jaapani firma diagnostikumi *Serodia-HIV* kogumit, mis töötab mikroaglutinatsiooni põhimõttel ega vaja aparatuuri. Konverentsil töötati operatiivselt, võis sõlmida tellimislepinguid. Rootsi firma «Pharmacia» võtab aktiivselt osa uute diagnoosimis- ja ravimpreparaatide loomisest. Selleks rajati 1986. aastal kompanii *La Jollas* Kalifornias. Mitmesuguste laboratoorsete testidega, näiteks β -mikroglobuliini tiitri tõusu põhjal püütakse ette näha, kas HIV-ga infitseeritud kujuneb välja AIDS.

Ravi käsitleti mitmel sümposiumil, ümmarguse laua diskussioonidel ja loengutel. Toimus ribaviriini, retroviiri (varem AZT) session. *Pneumocystis carinii* põhjustatud pneumoonia raviks on kasutatud *pentam 300* (*pentamidine isothionate*) edukamalt inhalatsioonidena. Uudsed olid S. Broderi ja M. Matskura, F. Wong-Staali seisukohad otseselt HIV elutsükli inhibeerivate ainete kohta. Loodetakse saada spetsiifilisi viirusevastaseid preparaate.

Korraldus oli ideaalne. Iga päev ilmus konverentsi ajaleht «Congress News», saadaval olid ettekannete videokassetid ja iga delegaat sai tuhandeleheküljelise kaheköitlise konverentsi ettekannete kogumiku.

Kogu aja töötas videoteater. Võis õppida kompuutrite kasutamist temaatilise kirjanduse saamisel, paljundustehnika abil saada soovitud artikleid. Võis näha ka AIDS-i haigeid kliinikus

ja Aafrika esindajate poolt demonstreeritud slaididel. Öhtuti oli võimalik osa võtta mitmesugustest kultuuriüritustest.

Võimalik oli osta temaatilisi videokassette, tellida ajakirju «AIDS an International Bi-monthly Journal» ja «CDC AIDS Weekly».

Konverentsi lõpetas Rootsi tervishoiuminister G. Sigurdson. Järgmine, V konverents toimub 1989. aasta juunis Montreals, kuues 1990. aasta juunis AIDS-i suurimas koldes, San Franciscos. 1988. aasta 1. detsember on kuulutatud ülemaailmseks AIDS-i päevaks, mille motoks on «Üksnes maailma ühendatud jõududega suudame peatada AIDS-i epideemia».

Laine Trapido

Rahvusvaheline konverents «Interlec 10», mis oli pühendatud lektiinide avastamise 100. aastapäevale, toimus 3...8. juulini Prahas. Esimesena kirjeldas 1888. aastal *Ricinus communis*'e seemnetes leiduvat valgulist toksiooni — ritsiini — Tartu Ülikooli teadlane P. S. Stillmark. Tänapäevaste teadmiste järgi kujutavad lektiinid endast süsivesikuid spetsiifiliselt siduvaid valke (glükoproteide), mida saadakse nii taimedest, mikroorganismidest kui ka loomsetest kudetest ning millel on aglutineerivad, mitogeensed, toksilised ja ensümaatilised omadused. Lekiinide põhiline bioloogiline funktsioon on rakk-raku äratundmine, mis seostub selliste oluliste bioloogiliste protsessidega nagu näiteks rakkude agregatsioon morfogeneesis või fagotsütoos.

X lektiinidealasest konverentsist võttis osa teadlasi ligikaudu 20 maalt. Eestist, kus Rahvusvahelise Lekiiniuurijate Ühingu ettepanekul 1989. aastal toimub «Interlec 11», oli konverentsi korraldusega tutvumas delegatsioon eesotsas prof. A. Kallikormiga. TRÜ füüsika-keemiateaduskonna orgaanilise keemia kateedri dotsent T. Ilomets esitas fotodega rikkalikult illustreeritud ettekande, mis sisaldas analüüsi eelmisel sajandil Tartus töötanud farmakoloogide ja füsioloogide uurimistööde taseme kohta. Need tööd võimaldasid jõuda ülemaailmse tähtsusega avastuseni.

Ajaloolise ülevaate lektinoloogia kui teaduse kujunemisest alates 1940. aastatest esitasid mitmed nimekad biokeemikud, nagu professorid J. Liener (USA) ja N. Sharon (Iisrael). Huvitav oli kuulda, et lektiinide uurimine mõlemal maal on alguse saanud nende maade nn. toitusprogrammist, täpsemalt sojaubade toiteväärtuse uurimisest. Kui esimesed teadlased (I. Goldstein) tõestasid ubadest saadud ainete glükoproteiidset päritolu afiinkromatograafia teel, lükati artikkel tagasi signatuuriga «Keskmine tulemus tumedas teadusvallas!».

Konverentsi peateemadeks olid looduslikest allikatest uute lektiinide isoleerimine või biosüntees, samuti lektiinide molekulaarsete omaduste kirjeldamine. Sellealastest Nõukogude teadlaste ettekannetest oli huvipakkuvaim V. Lahtini «Lektinoloogia biotehnoloogilisi aspekte», mis käsitles lektiini geenide kloonimist koos mitme teise geeniga, et saada polüfunktsionaalseid bioefektoreid (näiteks vaktsiine) või biosensoreid (glükokonjugaatide mikroanalüüsiks).

Eriti pakkusid huvi uurimused, milles oli teavet lektiinide mitmesuguste funktsioonide kohta nende kasutamiseks bioloogias ja meditsiinis. Seni on teada, et lektiine saab edukalt kasutada raku plasmamembraani varajaste struktuursete ja funktsionaalsete muutuste kindlakstegemiseks, sealhulgas tuumorirakkude diferentsimiseks normaalsest. Jaapanlase Y. Oda ettekandest selgus, et kasvajakudedes ei ole muutunud mitte üksnes lektiinisisaldus, näiteks β -gal-lektiini-sisaldus, vaid ka retseptorglükokonjugaadid, mistõttu on võimatu tuumorirakkude äratundmine immu-notsüütide poolt.

Huvi pakkus Armeenia teadlaste (A. Dvoretzki ja kaasautorid) uurimus lektiini *Concanavalin A* ja radiatsiooni poolt kahjustatud rakumembraani interaktsioonist, mille tagajärjel muutub membraani lipiidide struktuur ja paraneb membraani läbitavus. Budapesti teadlaste ettekandes anti ülevaade lektiinide kasutamisest kasvajakudede radiatsioonitundlikkuse määramisel ja võimalust kasutada neid kiiritusravi juhtimiseks.

Mitterakuliste ainete äratundmise osas lektiinide abil pakkus huvi Poola teadlase I. Katniku ettekanne. Selgus, et *Concanavalin A* võimaldab eristada tervetel ja munasarjapõletiku all kannatajail esinevat seerumi haptoglobiini.

Eriti suure panuse on lektinoloogia seni andnud mikrobioloogiasse. Mitmes ettekandes käsitleti ka uusi võimalusi mitmesuguste haiguste tekitavate mikroobide määramiseks lektiinide abil ning haiguse ärahoidmiseks. Berliini teadlaste (P. Luther kaasautoritega) ettekanne uuest polüvalentsest bakteriaalsest vaktsiinist «Infectvac» kinnitas, et see vaktsiin 7 bakteritüvest, mis on isoleeritud respiratoorsete infektsioonidega haigetelt, toimib organismis lektiini põhimõttel, blokeerides hingamisteede epiteeli retseptorid. Tänu seedetrakti limaskesta rakkudele spetsiifiliste *Escherichia coli* fimbriaalsete lektiinide isoleerimisele näib ka kolienteriitide profülaktikas saavutat uusi võimalusi (E. van Driesche kaasautoritega, Belgia).

Täiesti uue mõiste — lektinofagotsütoos — esitasid Iisraeli teadlased (N. Sharon kaasautoritega). On selgunud, et bakterirakkude ja fagotsüütide omavaheline äratundmine võib olla seotud lektiini-süsivesiku interaktsiooniga, vajamata opsoniseerumist. Autorid kirjeldasid nimetatud interaktsiooni *E. coli* (Type 1, fimbriad) ja inimese polümorfsete tuumadega leukotsüütide, ka peritoneaalsete makrofaagide vahel. Autorite arvates võimaldab esitatu selgitada, miks *E. coli* on dialüüsitud patsientidel peritoniidi tekitajaks siiski veel harva.

Ettekandeid oli ka toidulektiinide poolt organismisse avaldatava toime kohta, mille üle on seni veel vaieldud (D. Freed, Inglismaa; A. Pusztai, Sotimaa). Toidus leiduvad lektiinid on sageli resistentsed kuumutamise ja seedeensüümide suhtes. Ometi on tõestatud nende võime seonduda soole epiteeli rakkude membraani glükokonjugaatidega ja jõuda endotsütoosi tagajärjel raku. Kuigi raku jõudnud makromolekulide osa ei ole veel selge, tõstatatakse küsimus lektiinide osast allergiliste ja autoimmuunsete haiguste tekkes.

Marika Mikelsaar

Esimene antibiootikumide ning kemoterapia alane Nõukogude—Ameerika sümpoosion toimus 19... 21. juulini 1988 Moskvas. Sümpoosioni kaalukust näitab organiseerivate instantside rohkus, sealhulgas Ülemaailmne Kemoterapia Selts, Ameerika—Nõukogude Kaubandusökonoomika Nõukogu, NSV Liidu Ministrite Nõukogu Teadus- ja Tehnikakomitee, NSV Liidu Meditsiini- ja Mikrobioloogiatööstuse Ministeerium, USA nakkushaiguste ja infektsioonide kontrolli keskus ning USA seitse ülikooli. Osavõtjate hulgas oli ka 12 Ameerika firmat ja korporatsiooni, kelle finantsabi võimaldas ameeriklastel sõidu Moskvasse.

Sümpoosioni eesistujaiks olid Üleliidulise Antibiootikumide Teadusliku Uurimise Instituudi direktor akadeemik S. Navašin ja Üleameerikalise Kemoterapia Assotsiatsiooni president prof. S. Lerner. Mõlemad teadlased rõhutasid, et kaheldamatult avas sümpoosionile tee ajalooline riigijuhtide tippkohtumine Moskvas. Ameerikapolseel soodsat suhtumist teaduskontaktidesse näitab ka prof. S. Lernerit esitatud tõsiasi, et kõik USA teadlased, kellele tehti esinemisettepanek, olid sellega kohe nõus. Huvipakkuv on vahest seegi, et kolmest Ameerika-poolsest organiseerimiskomitee liikmest rääkisid kaks vabalt vene keelt.

Sümpoosioni töövormiks olid teadlaste pikad ülevaateoengud ja rohkesti ettekandeid stendidel. Plaanis oli ära kuulata 20 välisesineja ja 14 kodumaa teadlase ettekannet, sealhulgas ettekanne Tartu teadlastelt A. Tammelt, U. Siigurilt ja M. Mikelsaarelt. Et aga sünkroontõlge puudus — igale ingliskeelsele lausele järgnes tõlgipoolne venekeelne lause —, jäddi ajapuudusesse. Pidi vähendada kodumaiste ettekannete arvu poole võrra (konverentsi ajaks olid ilmunud Nõukogude teadlaste ettekannete vene- ja ingliskeelsed teesid). Et väliskülastajate ettekandeid ei ole trükitud avaldatud, peatume pikemalt mõnel neist, mis meie lugejale võiksid huvi pakkuda.

Ettekanded võis jaotada kolme suurde rühma: 1) otsingud uute antibakteriaalsete preparaatide loomiseks; 2) uut nende toimemehhanismide, resistentsuse kujunemise, selle epidemioloogilise jälgimise ning mikroobide tundlikkuse määramise kiirmeetodite kohta; 3) töid antibakteriaalsete preparaatide farmakokineetika, toksilisuse ja vastastikuse toime kohta. Nii Nõukogude kui ka Ameerika teadlaste tööd uute antibakteriaalsete preparaatide saamise alalt põhinesid molekulaargeneetika, biotehnoloogia ja orgaanilise sünteetilise meetoditel. Selle valdkonna teadussaavutustest ei olnud põhimõtteliselt kvalitatiiivset erinevust — mõnevõrra komplitseeritumatele molekulaargeneetilistele meetoditele oli Nõukogude teadlastel vastu seada saavutusi orgaanilise sünteetilise valdkonnas. Eriti oluliseks tuleb pidada betalaktaam-antibiootikumide bioloogilise efektiivsuse suurendamist orgaanilise sünteetilise teel nii, et nende alusel on võimalik saada mitmesuguseid immuunmodulaatoreid. Nõukogude teadlaste poolt gramnegatiivsetest mikroobidest saadud uut glükopeptiidset, seni veel nimetut antibiootikumi peeti mõjusaks ravimiks neutropeenias ja immuundepressiooni foonil kul-

geva *Pseudomonas aeruginosa* põhjustatud sepsise ravis (S. Navašin kaasautoritega, Moskva).

Teises teemaderingis oli aga tuntav ameeriklaste märgatav edumaa. Nii jälgitakse Ameerika Ühendriikides resistentsete mikroobitüvede levikut molekulaarse epidemioloogia meetoditel, mille puhul tüvede markööridena arvestatakse eelkõige kromosomaalseid või plasmiidsete resistentsusgeenide leidumist. Kasutatav isoelektrilise fokeuseerimise meetod on võimaldanud jälgida tuhandeid tüvesid, vastandina NSV Liidus tehtule, kus sellelaadseid uuringuid on vaid mõne silmapaistva labori üksikettevõtmine.

Prof. D. M. Schlaes (Clevelandi Ülikool) on transposoonide abil jälginud gramnegatiivsete bakterite ravimiresistentsete tüvede tsirkuleerimist. On selgunud, et nimetatud tüved persisterivad haigla ühe osakonna piires, neid leidub nii vastavate antibakteriaalsete preparaatidega ravitud kui ka ravimata patsientidel, eeskätt kusepöies ja lahklihal. Autor tõestas, et haiglast koju jõudnud patsiendid levitavad neid mikroobe teistele. A. Medeirosi (Browni Ülikool) samateemalisest ettekandest nähtus ilmekalt, kuidas on toimunud betalaktaami produktseerivate mikroobitüvede levik Euroopas ja sealt edasi Ameerikasse ajavahemikul 1983...1988, hoolimata uute, kolmanda põlvkonna tsefalosporiinide kasutamisest. Järeldus oli, et mikroobid jäävad alati peale.

Eriti tugev mahajäämus kodumaises teaduses ilmnis aga mikroobide ravimitundlikkuse määramise laboratoorse aparatuuri osas. M. D. Ferraro (Harvardi meditsiinikool) ettekandes võrreldi kuue firma poolt toodetavat (*Autobac I* ja *II*, *Automicrobic System*, *Autoscan*, *Cobas-Bac*, *Sensititre*) automatiseeritud ja enamasti arvutiga varustatud süsteemi. Kõigi nende süsteemidega saadakse vastused 3...6 tunni jooksul, neist parim on esineja arvates *Autobac II* ja *Cobas-Bac*, mis võimaldab korraga teha üle 40 uuringu. Suurimateks automatiseeritud süsteemide eelisteks pidas kõneleja tulemuste standardust, kiirust ja odavust, sest on võimalik toime tulla laboratooriumi väikese koosseisuga. On ju inimtööjõud USA-s kallid!

Meie mikrobioloogiateenistuse jaoks tõenäoliselt rohkem sobiva strateegia pakkus välja prof. D. D. Williams (Londoni meditsiinikolledž). Kõneleja arvates tuleb maailmas rohkem tähelepanu pöörata ravimitundlikkuse määramise meetodite kvaliteedi kontrollile. Kritiseerides automatiseeritud süsteeme, mainis ta, et nende poolt pakutav ühtne meetodika ei sobi kõigile mikroobiliikidele, samuti puudub võimalus lisetüvede tegemiseks ja antibakteriaalsete preparaatide standardse skaala muutmiseks. Automatiseeritud süsteemi põhirakenduseks pidas prof. D. D. Williams infektsioonhaiguse ravi kulu kontrollimist, mitte aga selle alustamist. Labori töö hõlbustamise alternatiivse variandina soovitas ta piirduda isoleeritud tüvede tundlikkuse määramisega vaid nende 4...5 antibakteriaalse preparaadi suhtes, milliste suhtes antud liik ei ole loomulikult resistentsne.

Mitmed ettekanded käsitlesid antibiootikumitundlikkuse määramise meetodika ülemaailmselt

standardiseerimist, samas pakuti konkreetseid meetodikaid ja kriteeriume. Selles osas peavad Nõukogude mikrobioloogid hakkama oma meetodikaid maailmas kasutusel olevatega rohkem ühtlustama, et oma uurimistulemustega maailma areenile üldse väljuda.

Kolmanda teemaderingi ettekannetest oli kessem prof. D. N. Gilberti (Providence'i meditsiini-keskus) soovitus arvestada farmakokineetikat antibakteriaalse ravi skeemide koostamisel. Võrreldes betalaktaam-antibiootikumide (penitsilliin, tsefalosporiinid) antibakteriaalseid ja farmakokineetilisi omadusi aminoglükosiidide omadustega (streptomütsiin, gentamütsiin, tobramütsiin), märkis ta, et esimestel on tunduvalt aeglasem bakteritsiidne toime, mida ei ole võimalik kiirendada antibakteriaalsete preparaatide kontsentratsiooni suurendamisega. Neil ei esine ka antibiootikumi kasutamise järgset efekti, mis kujutab endast aega pärast antibakteriaalse ravi katkemist, mille vältel bakterite kasv on pidurdatud. Viimasest oleneb suuresti antibakteriaalsete preparaatide manustamise viis: betalaktaam-antibiootikumi kasutamisel ainsa ravimina tuleb teha kas pidevat infusiooni või manustada ravimit sageli, iga nelja tunni järel. Aminoglükosiidide korral aga piisab ühest või kahest korral manustamisest ööpäevas, see vähendab preparaatide oto- või nefrotoksilisust tunduvalt. Kõneleja hoiatas betalaktaam-antibiootikumide poolt indutseeritava võimaliku koagulopaatia ja krampe tekitava toime eest, eriti lastel, kui ravimit manustatakse väga suurtes annustes. Tsefalosporiinide ja ampitsilliini, aga ka klindamütsiini kasutamisel tekkida võiva pseudomembraanoosse koliidi etioloogias on esineja leidnud palju sellist, mida senini on olnud raske seletada, kuid mis siiski seondub eeskätt soole mikrofloora tasakaalu häirimisega. Vaid prof. B. Senderovi ja meie ettekanded käsitlesid antibakteriaalse ravi toimet normaalsesse mikrofloorasse. Ameeriklased peavad seda uurimissuunda perspektiivseks, kuid samas kurtisid nad uuringute kõrge maksumuse üle.

Prof. R. Møllering (Harvardi meditsiinikool) peatus kombineeritud antibakteriaalse ravi eelistel: ravimi väikeste annuste tõttu väiksem toksilisus, aeglasem resistentsuse kujunemine ning kiirem mikroobe surmav toime. Esineja juhtis tähelepanu sellele, et omavahelise sobimatuse tõttu ei tohi tetratsükliini ja levomütsetiini kombineerida betalaktaamiga ega aminoglükosiidide, üheaegselt kasutada erütromütsetiini, klindamütsiini, linkomütsetiini ja levomütsetiini, kombineerida tsefamendooli tsefoksitiiniga, ei tohi penitsilliini ja streptomütsetiini manustamiseks kasutada üht süstalt.

Baltimore'i Ülikooli professori D. S. Wade'i ettekande teemaks oli antibakteriaalne ravi neutropeeniajuhtudel. Esineja näitas, et nakkus võib tekkida organismi normaalsest mikrofloorast, eeskätt seedetrakti omast. Lokaalsete infektsioonide tekitajad jagunesid kahte rühma. Seejuures võib alginfektsioon suure tõenäosusega olla põhjustatud kas stafülokokkidest või enterobakteritest (sageli *Pseudomonas aeruginosa*), hiljem on infektsiooni põhjustajatena sageli esikohal seened

(*Candida Ssp.*, *Aspergillus Ssp.*). Kui põletiku ainsaks sümptomiks on palavik, soovitas esineja koostada antibakteriaalse ravi plaani pikemaks ajaks, lähtudes eespool toodud võimalike infektsioonitekitajate skaalast.

Mõned esinejad peatusid ka viirustesse toimivatel antibakteriaalsetel preparaatidel. Neist huvipakkuvaim oli AIDS-i ravimi sidovudiini väljapakkumine, mis vähendavat suremust ja aeglustavat haiguse kulgu. Preparaati soovitati kasutada ka profülaktikaks. Tõenäoliselt selgub ravimi tõhusus alles edaspidi.

Järgmine samateemaline Nõukogude—Ameerika sümposium on kavas pidada Californias.

Marike Mikelsaar

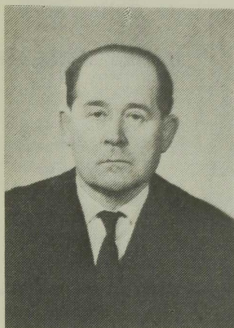
Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal

Teesalu, R. V., Kõrgvee, A. K., Gussak, I. B., Viigimaa, M. V. The effect of prostacyclin on electrophysiologic properties of the heart, hemodynamics and aggregation of thrombocytes in dog. — X World congress of cardiology. Washington, D. S., USA, September 14—19, 1986. Washington D. S., 1986, p. 505.

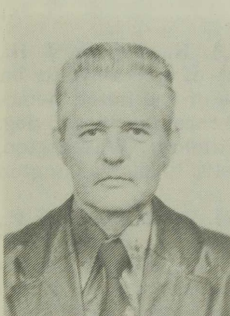
Teesalu, E. V., Viigimaa, M. V., Rahumaa, I. E., Jõudu, T. E. Effetto Della Creatina Fosfato Sull' Aggregazione Piastrinica E Sugli Indici Emodinamici In Pazienti Con Infarto Miocardico Acuto. — In: Phosphocreatine: therapeutic perspectives. Symposium. Baku, oct. 6, 1986. Baku, 1986, p. 85—91.

Teesalu, R. V., Viigimaa, M. V., Rahumaa, I. E., Jõudu, T. E. The effect of phosphocreatine on platelet aggregation and indices of the central haemodynamics in patients with acute myocardial infarction. — In: Creatine phosphate: biochemistry, pharmacology and clinical efficiency (edited by V. A. Saks, Y. G. Bobkov, E. Strumia). Torino, 1987, p. 223—226

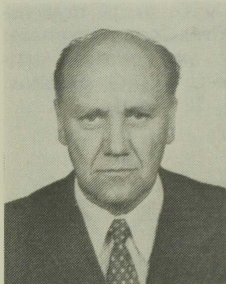
Meie juubilare



Artemi Vapra, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri dotsent, Eesti peageriaater, Tartu peareumatoloog, sai 28. oktoobril 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Harju rajoonis raudteelase perekonnas. 1944. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna. Pärast seda oli ta TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri assistent. 1963. aastal kaitses A. Vapra kandidaadiväitekirja «Krupoosse pneumoonia kliinilistest iseärasustest antibakteriaalsete preparaatidega ravimisel». 1971. aastast alates on ta töötanud praegusel ametikohal. A. Vapra uurimistööd käsitlevad pulmonoloogia, reumatoloogia, gerontoloogia ja geriaatria valdkondi. Temalt on ilmunud üle 150 teadusartikli. A. Vapra on oma teadmisi täiendanud Moskva, Leningradi ja Kiievi arstide täiendamise instituudis. Juubilar on ühingu «Teadus» lektor. Temalt on ilmunud mitmeid reumatoloogia- ja pulmonoloogiaalaseid õppevahendeid. Trükist on ilmunud populaarteaduslikud brošüürid «Enneaegne vananemine», «Liigesehaigused kesk- ja vanemas eas» ja teised. A. Vapra on Üleliidulise Gerontoloogide ja Geriaatrite Seltsi juhatuse liige, Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi juhatuse liige, Eesti Reumatoloogide Seltsi esimees, Eesti Terapeutide Seltsi juhatuse liige, Pärnu sanatooriumi «Estonia» kauaaegne konsultant. Juubilar on saanud palju aukirju. NLKP liige 1961. aastast.



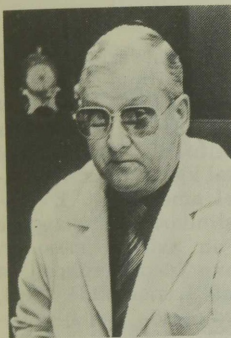
Harri Kruuse, Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaotorinolarüngo- loog, sai 15. juulil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1953. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Aastail 1953... 1975 töötas H. Kruuse Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna ordinaatorina. Alates 1976. aastast on töötanud praegusel ametikohal. H. Kruuse on korduvalt täiendanud oma teadmisi NSV Liidu juhtivates keskustes. Ta on andnud oma teadmisi edasi konverentsidel ja seminaridel. H. Kruuse on kõrgema kategooria kõrva-nina- kurguarst. Suuri teeneid on tal kõrva mikrokirurgia arendamisel, olles otoskleroosi kirurgilise ravi rajaja Eestis. Tema osavõtul organiseeriti juba 1960-ndate aastate algul Tallinna Vabariiklikus Haiglas audiomeetriakabin- et, mis lõi hea aluse kuulmiskahjustuste kirurgilise ravi näidustuste määra- miseks ja ravitulemuste hindamiseks. Peale kuulmist parandavate operat- sioonide on H. Kruuset huvitanud onkoloogia, endoskoopia ja anestesioloogia probleemid. Juubilar on kogenud arst, hea organisator, nõudlik peda- goog ning abivalmis kolleeg. Tema tublit tööd on hinnatud mitmete aukir- jadega.



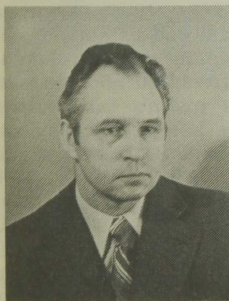
Ado Juhasoo, Põlva Rajooni Keskhaigla peaarst, sai 14. augustil 60-aasta- seks. A. Juhasoo on sündinud Virumaal Mahu vallas Unukse külas kooli- õpetajate perekonnas. 1947. aastal lõpetas ta Rakvere 1. Keskkooli ning asus õppima Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda. Aastail 1949... 1954 oli ta represseeritud. 1956. aastal alustas A. Juhasoo õpinguid TRÜ-s uuesti. Pärast arstiteaduskonna lõpetamist 1962. aastal suunati ta tööle Põlva, kus algul oli Põlva Linnahaigla, järgmisest aastast Põlva Rajooni Kesk- haigla peaarstiks. Juubilar on kõrgema kategooria tervishoiuorganisator. Kogu oma energia on ta andnud rajooni tervishoiuvõrgu arendamiseks. Aktiivselt on juubilar osalenud ühiskondlikus töös. Korduvalt on teda valitud rajooninõukogu rahvasaadikuks, Punase Risti Seltsi Põlva Rajooni- komitee aseesimeheks. Aastaid on osalenud Võru, Põlva ja Valga Arstide Seltsi töös. Teda on autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedaliga, tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga. Ta on saanud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirju.



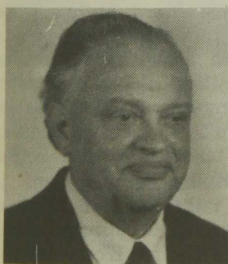
Dagmar Luik, teeneline tervishoiutöötaja, endine kauaaegne Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi juhataja, sai 12. septembril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Petseris sõjaväelase perekonnas. 1946. aastal lõpetas ta Võru Keskkooli ja 1950. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Esimeseks tökohaks sai «Kreenholmi Manufaktuuri» apteek. 1951. aasta aprillis tuli ta tööle Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumisse. Praegu on D. Luik tehnoloogproviisor Õismäe polikliiniku apteegipunktis. Ta on kõrgema kategooria organisaatorproviisor. Palju aastaid oli ta proviisorite ja farmatseutide täienduskursuste lektor, proviisorite atesteerimise komisjoni sekretär ja tervishoiuministeriumi teadusliku meditsiinikogu leiutus- ja ratsionaliseerimisbüroo liige. Eesti Farmatseutide Seltsi liige on D. Luik olnud 1954. aastast, samast ajast ka juhatus liige. Kuulus üleliidulise seltsi juhatusse. Ajavahemikul 1969...1983 juhtis D. Luik Tallinna Farmatseutide Seltsi. Juubilar on tervishoiu eesrindlane, tema tööd on hinnatud paljude medalite ja aukirjadega.



Väino Rätsep, professor, meditsiinidoktor, sai 23. septembril 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. Juubilar on Tallinna 2. Keskkooli vilistlane. Aastail 1947...1953 õppis TRÜ arstiteaduskonnas, mille lõpetamise järel alustas Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispanseris tööd onkokiirurgina. Juba ülikoolipäevil avaldunud huvi teadustöö vastu viis teda 1974. aastal tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilise onkoloogia osakonda, kus ta ka aastail 1975...1988 tervishoiuministrina jätkas teadlas- ja kirurgitööd. Tegevarstina olid V. Rätsepa teadlashuvi keskmes gastroenteroloogiaprobleemid ning 1965. aastal kaitsitud kandidaadiväitekirja käsitleski maohaiguste gastroskoopilist diagnoosimist ja juhitavat biopsiat. 1972. aastal TRÜ-s kaitsitud doktoriväitekirja aga oli maovähieelsete seisundite ja vähi algvormide kohta. Juubilar on avaldanud arvukalt teadus- ja populaarteaduslikke artikleid. Ta on monograafia «Mao vähieelsete seisundid» autor ning mitme brošüüri kaasautor. Väärib mainimist tema teaduslik-pedagoogiline tegevus Tallinna Meditsiini koolis, E. Vilde nimelises Tallinna Pedagoogilises Instituudis ning TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia kateedris professorina. 35 aastat kestnud arstitöös on V. Rätsep tegelnud anesthesioloogia ja kirurgiaga, samuti seedeelundite ja kopsuhaiguste diagnoosimise ja raviga, seda kõike eriti onkoloogia aspektist lähtudes. Viimastel aastatel on huvi keskmes olnud vähi-immunoloogia ning tervishoiuorganisatsioon. V. Rätsep on kõrgema kategooria onkokiirurg. Juubilari töö on pärvinud Tööpunalipu ning Rahvaste Sõpruse ordeni, medali «Töövapruse eest», V. I. Lenini juubelimedali ning mitmeid aukirju.



Viktor Agudin, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tööhügieeni ja tööfüsioloogia laboratooriumi vanemteadur, sai 29. septembril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Petserimaal. 1944. aastast on ta elanud Tallinnas, kus 1949. aastal lõpetas keskkooli. 1953. aastal lõpetas V. Agudin Lesgafti-nimelise Leningradi Kehakultuuri Instituudi. Seejärel oli ta raskejõustiklaste treener spordiühingutes «Dünamo» ja «Jõud». 1972. aastal kaitses V. Agudin kandidaadiväitekirja tõstesportlaste treeningu kohta. Ta on pedagoogikakandidaat. 1973. aastast on V. Agudin olnud Eesti NSV teeneline treener. 1974. aastast on töötanud praegusel ametikohal. Ta on üks tööfüsioloogilisele suunale alusepanijaid tööhügieenialases uurimistöös. Tema poolt kasutuselevõetud ja täiendatud aparatuur ja meetodika on äratanud suurt huvi ja leidnud rakendamist ka väljaspool Eestit. Juubilar on avaldanud üle 40 teadustöö, sealhulgas osa neist on ilmunud välismaal.



Uno Noorväli, Eesti NSV teeneline arst, Rakvere Rajooni Keskhai gla peaarsti asetäitja töövoimetusekspertiisi alal, sai 25. oktoobril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1947. aastal lõpetas ta Võru Keskkooli, 1953. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna kiitusega. U. Noorväli on töötanud terapeudi, teraapiaosakonna juhataja ja peaarsti asetäitjana Tapa Linnahai glas. Alates 1968. aastast on olnud praegusel ametikohal. U. Noorväli on Rakvere Arstide Seltsi kauaaegne esimees. 1976. aastal sai ta Eesti NSV teenelise arsti aunimetuse. Palju aastaid on U. Noorväli töötanud Rakvere rajooni peaterapeudina ning selle tööga pärvinud kolleegide lugupidamise. Hea töö eest on juubilar saanud V. I. Lenini juubelimedali, medali «Töövapruse eest» ja palju aukirju.



Ester Luiga, Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi laste profülaktilise kardioloogia osakonna vanemteadur, sai 23. oktoobril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas. 1953. aastal lõpetas ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Aastail 1953...1956 töötas E. Luiga Vabariiklikus Arstlikus Kehakultuuridispanseris ja Tallinna I Lastehaiglas laste vältimatu abi arstina. Ajavahemikul 1956...1961 oli ta tööl Tallinna I Lastehaiglas. 1966. aastal kaitses E. Luiga kandidaadiväitekirja. Aastail 1964...1969 töötas noorenteadurina, 1969...1984 vanemteadurina Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumatoloogiaosakonnas. 1984. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Aastaid on E. Luiga tegelnud reumahaigete laste kutsesuunitlusega ja südamehaigete laste esmase profülaktikaga. Trükis on ta avaldanud 80 teadustööd. E. Luiga on Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi ametiühingukomitee esinaine, Eesti Arstiteaduseltsi Nõukogu teadussekretär, Eesti Kardioloogide Seltsi juhatuse liige ja Eesti Pediaatrite Seltsi juhatuse liige. E. Luigat on autasustatud medaliga «Eeskujuliku töö eest».



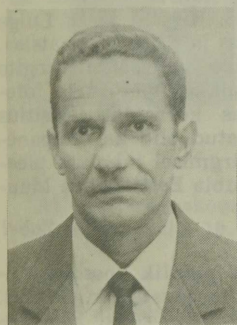
Ingrid Laan, Tallinna I Lastehaigla kardioreumatoloogiaosakonna ordinaator, sai 24. oktoobril 60-aastaseks. I. Laan on sündinud Hiiumaal. 1953. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna. Pärast TRÜ lõpetamist suunati ta tööle Tallinna Linna Lastehaiglasse. Aastail 1954...1983 töötas I. Laan Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, 1967. aastani noorenteadurina, seejärel vanemteadurina. 1964. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja. 1984. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. I. Laanel on trükist ilmunud 96 teadustööd. Ta on meditsiiniikooli lastehaiguste õpiku «Lastehaigused» ja käsiraamatu «Kui laps on haige» kaasautor. Juubilar on olnud ühingu «Teadus» lektor, Tallinna Meditsiiniikooli ja konservatooriumi õppejõud. Aastaid on ta olnud Eesti Lastearstide Seltsi, Tallinna Lastearstide Seltsi ning Tallinna Reumatoloogide Seltsi juhatuse liige. Alates 1987. aastast on I. Laan olnud Tallinna Lastearstide Seltsi esimees. I. Laan on kolmekordne NSV Liidu meister purjetamises. Juubilar on pälvinud austuse oma laialdaste teadmiste, kohusetundliku töö, heade organisatorivõimete ja abivalmiduse eest.



Heinart Sillastu, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri professor, meditsiini doktor, saab 1. jaanuaril 1989 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas töölisperekonnas. On lõpetanud Tallinna 2. Keskkooli ja TRÜ arstiteaduskonna. Tuberkuloosialast teadustööd alustas juba üliõpilasena. Aastail 1954...1957 oli H. Sillastu teaduskonnasisese haiguste kateedri aspirant, 1958...1963 assistent, 1963...1976 dotsent ja 1976. aastast professor tuberkuloosi erialal. 1959. aastal kaitses kandidaadiväitekirja, mis käsitleb vereseerumi valgufraktsioonide muutusi kopsutuberkuloosihaigetel, 1974. aastal doktoriväitekirja «Türeoidhormoonide osast tuberkuloosi patogeneesis». Edasise teadustöö sisse mahub tuberkuloosi patogenees eri kliiniliste vormide ja ravimeetodite korral, tuberkuloosi diagnoosimine, kliinik ja ravi ning tuberkuloositõrje organisatsioon, samuti mittespetsiifiliste kopsuhaiguste patogenees ja ravi. Aastail 1965...1966 stažeeris Helsingis. H. Sillastu on Nõukogude Eesti preemia laureaat. Laiahaardeline on juubilari ühiskondlik tegevus: aastail 1961...1963 ÜTÜ esimees, 1963...1965 arstiteaduskonna teadusnõukogu sekretär, järgnevatel aastail arstiteaduskonna prodekaan, spetsialiseeritud kaitsmisnõukogu teadussekretär, seejärel tänaseni selle nõukogu aseesimees. Juubilar on ka Tartu Ftisiaatrite Seltsi ja Eesti Ftisiaatrite Seltsi juhatuse liige, 1979. aastast selle esimees. Ta on ka Üleliidulise Ftisiaatrite Seltsi juhatuse liige, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi hingamiselundite patoloogia ja tuberkuloosi probleemikomisjoni aseesimees, 1981. aastast vastava üleliidulise komisjoni liige. Juubilar on osa võtnud rahvusvahelistest tuberkuloosikonverentsidest USA-s, Jaapanis, Mehhikos, Argentiinas ja Singapuris. 1982. aastast on NSV Liidu esindajana nõunik Rahvusvahelise Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Tõrje Liidu Euroopa nõukogus ning ravi- ja teaduskomitees. Sageli on ta esindanud NSV Liitu Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ja Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu ekspertide rühmade tööõpudamistel Genfis, Pariisis ja mujal. 1984. aastast alates on ta olnud Soome Tuberkuloosi Assotsiatsiooni välisliige, 1988. aastast Soome Kopsuarstide Assotsiatsiooni auliige ja ka Tartu Ftisiaatrite Seltsi auliige.



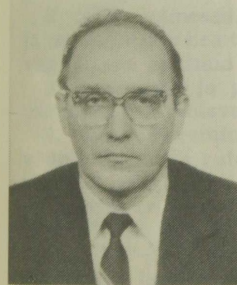
Riina Kalamees, Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi juhataja, sai 17. augustil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1956. aastal lõpetas ta Tallinna 10. Keskkooli. Aastail 1956...1961 õppis Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas, mille lõpetas *cum laude*. Tööle suunati R. Kalamees Järvakandi apteeki assistendiks. Ajavahemikul 1962...1973 oli ta Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi analüütikkeemik. 1984. aasta juulini pidas ta analüütikuametit Apteekide Peavalitsuse Galeenilises Laboratooriumis. 1984. aastast on R. Kalamees olnud praegusel ametikohal. Korduvalt on ta oma teadmisi täiendanud nii Eestis kui ka kaugemal. Juubilar on ettekandeid esitanud konverentsidel ja nõupidamistel. Ta on esimese kategooria analüütikproviisor. R. Kalamees on proviisorite ja farmatseutide täienduskursuste lektor ning apteeginõukogu liige. Eesti Farmatseutide Seltsi on ta kuulunud 1973. aastast alates. Ta on Eesti Farmatseutide Seltsi ja Üleliidulise Farmatseutide Seltsi juhatusel liige. Juubilar on autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja paljude teiste aukirjadega.



Ants Turo, Hiiumaa Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonna juhataja, sai 1. septembril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Kesk-Eestis töölisperekonnas. 1956. aastal lõpetas ta Tallinna Meditsiinikooli velskri erialal. Aastail 1956...1958 töötas A. Turo Viljandi Rajooni Heimtali velskri- ja ämmaemandapunkti juhatajana. 1958. aastal astus TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1964. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist oli A. Turo Hiiumaa Rajooni Keskhaigla otorinolarüngoloog, kohakaasluse alusel töötas ta ka kirurgina. 1966. aastal oli A. Turo täienduskursustel kirurgia erialal ning viidi seejärel üle kirurgi ametikohale. Alates 1971. aastast on olnud praegusel ametikohal. A. Turo on esimese kategooria kirurg. Ta on Hiiumaa ainus anestesiooloog. On suuteline andma vältimatut abi kõikidel kirurgia erialadel. See on väga tähtis, sest saarel on spetsialiseeritud kirurgiline abi kohe kättesaamatu. A. Turo on ka Hiiumaa Rajooni Keskhaigla ametiühingukomitee esimees. Juubilar on kohusetundlik, täpne ja asjalik arst, kes on oma töö eest pälvinud mitmeid aukirju.



Riina Sulaoja, Kohtla-Järve 2. Linnahaigla apteegi juhataja, sai 16. septembril 50-aastaseks. 1962. aastal lõpetas ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Sama aasta augustis asus ta tööle Kohtla-Järve 2. Linnahaigla apteegis. 1963. aastal määrati R. Sulaoja apteegi juhatajaks, sel ametikohal on ta töötanud tänaseni. R. Sulaoja on võitnud kogu haigla lugupidamise oma erakordse kohusetundlikkuse, täpsuse ja asjalikkusega. Tänu tema püüdlikkusele on haigla alati ravimitega varustatud. Aktiivselt on R. Sulaoja osa võtnud ühiskondlikust tööst, ta kuulub ka haigla rahvakontrolligrupi koosseisu. Hea töö eest on juubilar saanud mitmeid aukirju.



Peeter Mardna, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla peaarst, sai 24. oktoobril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud arstide perekonnas kolmanda pojana, tema isa represseeriti 1941. aasta juunis. 1957. aastal lõpetas P. Mardna Tallinna 2. Keskkooli, 1966. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1966...1975 töötas Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadisperseri röntgenoloogina, 1975...1977 Tallinna Vabariikliku Haigla angiograafikeskuse juhatajana, 1977...1987 Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaspetsialistina röntgenoloogias ja radioloogias erialal. Samal ajal (aastail 1979...1985) oli ka Tallinna Kiirabihaigla röntgenoloogiaosakonna juhataja ametikohal. 1987. aastal määrati P. Mardna praegusele ametikohale. Ta on trüüks avaldanud 20 teadusartiklit ning teinud 15 ratsionaliseerimisettepanekut. P. Mardna on Eesti Radioloogide Seltsi juhatusel aseesimees, ka Üleliidulise Röntgenoloogide ja Radioloogide Seltsi juhatusel liige ning NSV Liidu Meditsiiniakadeemia röntgenoloogia ja radioloogia teadusnõukogu probleemikomisjoni liige. Juubilar on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi röntgenoloogia- ja radioloogialase atestatsioonikomisjoni esimees. Ta on korduvalt stažeerunud üleliidulistes keskustes Leningradis ja Moskvas. Hea töö eest on ta pälvinud kahel korral Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja, ta on tervishoiu eesrindlane. Juubilar on akadeemilises sõudmises mitmekordne NSV Liidu medalivõitja, Moskva ja Souli olümpiamängudel oli ta rahvusvahelise kategooria kohtunik.

Arstide seltsides

XXV Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõiduistung toimus 15. – 17. juulini 1988 Kehtna Näidissovhoostehnikumis. Osa võttis 227 liiget. Avasõnad ütles seltsi juhatuse esimees dotsent E. Arak. Osavõtjaid tervitasid Rapla Rajooni Täitevkomitee esimehe asetäitja M. Meisalu, tervishoiuminister V. Rätsep, Kehtna Näidissovhoostehnikumi parteisekretär A. Ojasalu ja Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja M. Puusalu.

E. Arak rääkis seltsi tegevusest, meenutades väljasõiduistungeid, samuti tutvustas ta TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri päevaprobleeme. Rapla rajooni majandusest andis ülevaate M. Meisalu. Looduskaitseinspektor T. Petersoo näitas slaidide rajooni loodusest. Kehtna Näidissovhoostehnikumi tutvustas A. Ojasalu. V. Hallik käsitles seoseid ravimite tarbimise ja kuritarvitamise vahel. Läbi on töötatud ja slaididel graafiliselt kujutatud andmed 35 uinutava toimega, psühhotroopse ja parkinsonismivastase ning ravimite kuritarvitajatele huvi pakkuda võivate teistegi preparaate kohta aastaist 1973. – 1987. Mitmeid psühhotroopseid aineid on hakatud ka meil kasutama väärtalt. Üha enam on kasutamist leidnud bensodiasepiini rühma trankvillisaatorid, neist tasepaam ja diasepaam jt., antidepressanti-

dest amitrüptilliin, aga ka tsüklodool ja korvalool. Suurenema peab arstide vastutustunne ravimite väljakirjutamisel ja apteegitöötajate vastutustunne nende apteekidest väljastamisel. Viimasena esinejaist andis S. Raave lühikese ülevaate Rapla rajooni apteekide ajaloost.

Teisel päeval tutvuti Rapla rajooni vaatamisväärsustega. Käidi Sillaotsa talumuuseumis, 1905. aasta sündmuste paikades Velisel ja Vigalas, ühes muinaseesti suurimas, Varbola linnuses, Mahtas muuseumis ja mujal. 17. juulil külastati Rapla kirikut, kus selle ajaloost rääkis õpetaja E. Rahula. Kuulati orelimuusikat H. Lepnurme esituses.

Juubeliistungiks anti välja seltsi meelepea, milles on ära toodud seltsi põhikiri ja teave kõikide liikmete kohta. Allakirjutanult on selles kirjeldus Eesti Farmatseutide Seltsi ja L. Tungalts selle eelkäijate töö kohta. Rubriigis «Eesti farmaatsia suurus» on L. Kirschi ja B. Luige kirjutis «Nikolai Veiderpass ja Eesti farmaatsia». Näitusel võis näha kõikide väljasõiduistungite embleeme, meeneid, kroonikaraamatuid ja fotolubmeid. Osavõtjate seas korraldati küsitlus seltsi tegevuse kohta, oodatud olid ka ettepanekud. Kokkuvõtte tehakse järgmisel juhatuse pleenumil. Koguti ka üle 800 rubla Eesti Rahva Muuseumi fondi.

Piia Zobel

Saaremaa Arstide Seltsi pidulik koosolek toimus 19. juulil Kuressaare taasavatud kuursaal. Saaremaa Arstide Seltsi õnnitles seltsi kauaaegset liiget, Kuressaare Lastepolikliniku juhatajat T.-A. Lumistet juubeli puhul.

Koosolekul arutati mõningat momendil tähtsat.

Juulis kaitses Saaremaalt pärinev ja siin pikka aega töötanud Tartu Riikliku Ülikooli dotsent R. Birkenfeldt Moskvast edukalt doktoriväitekirja. Saaremaa arstid õnnitlesid vastset doktorit ja Saaremaa Arstide Seltsi valis R. Birkenfeldti oma auliikmeks.

Dotsent R. Birkenfeldt esitas koosolekul ettekande krooniliste mittespetsiifiliste haiguste ris-



Fotol vasakult: Tallinna Farmatseutide Seltsi esimees T. Heiberg, Rapla Rajooni Keskapteegi juhataja S. Raave, Eesti Farmatseutide Seltsi esimees E. Arak ja Rapla rajooni apteekide töötajad.



TRÜ arstiteaduskonna saarlastest õppejõud Saaremaa Arstide Seltsi pidulikul koosolekul Kuresaare kuursaalis 19. juulil 1988. a. J. Koppeli foto.

kiteguritest, mis avaldavad mõju nii esmasele haigestumisele kui ka haiguse edasisele kulule. Riskitegurid jaotatakse mõjutatavateks ja mittemõjutatavateks, mida peab haiguste esmasest ja teiseses profülaktikas arvestama. Pikaajalise uurimise tulemusena on ta jõudnud järeldusele, et reuma põhilised riskitegurid on krooniline koldeinfektsioon ja pärilik eelsoodumus. Neist esimene on mõjutatav tegur.

Saaremaal sündinud professor S. Teesalu rääkis desünkronoosist. Desünkronoos kahjustab eriti seda põlvkonda, kes kogu elu on vales võõndiajas elanud.

Ettekandest tehti järgmised järeldused:

1. Desünkronoosi all kannatavad eriti lapsed ja vanemaelised.

2. Need inimesed, kes elavad kõrge vanuseni ja on seejuures hea tervisega, ei ole kunagi või on väga harva reisinud ühest ajavööndist teise.

3. Tervemad ja parema töövõimega on need inimesed, kes hoiavad ise õiget elurütmi.

4. Mida kiiremini kehtestatakse Eestis õige võõndiaeg, seda rutem väheneb desünkronoosist tingitud pinge.

5. Desünkronoosi tunnetavad eriti need, kes töötavad intensiivselt. Väheste intensiivsusega töötavad inimesed seda eriti ei märka ja paraku on nende hulgas kõige rohkem õige võõndiaja kehtestamise vastaseid.

6. Arsti elukutse kuulub pingeseisundeid tekitavate elukutsete hulka. Praegu räägitakse küll tippjuhtide tervisest, küll eesrindlaste haigestumisest, ent avalikult ei ole räägitud arstide tervisest.

7. Eesti Arstide Liidu ülesandeks peaks olema analüüsida arstide töökoormust, nende töö tasustamist, olmet ja tervist.

Dotsent H.-I. Maaroos, kes on samuti Saaremaal sündinud, rääkis Saaremaa gastroenteroloogide tööst. Ta hindas Saaremaa arstide koostööd Tartu Riikliku Ülikooli gastroenteroloogidega väga heaks. Prof. J. Maaroos andis ülevaate Eesti Arstide Liidu põhiliste eesmärkide kohta.

Koosolekul jõuti järeldusele, et kontaktid Saaremaalt pärit Tartu Riiklikus Ülikoolis töötavate õppejõudude ja Saaremaa arstide vahel peaksid olema veelgi tihedamad. Selline ühine koostöö toob kasu saarlaste tervisele.

Ants Haavel

28. augustil 1988 kogunes Sangaste lossi Tartu Arstide Liidu poolt korraldatud **Tartu arstide päevale** ligikaudu kakssada Tartu linna ja rajooni arsti. Koguneti rahvuslippude alla ja lauldi «Lipulaulu». Tartu arstide päeva avas Eesti Arstide Liidu president L. Karu. Dotsent S. Laanes tervitas kokkutulnuid vanema põlvkonna arstide nimel ja meenutas Tartu Akadeemilist Arstide Seltsi.

Ülevaate Eestimaa ökoloogilisest hetkeseisust andis TRÜ professor H. Trass. Meie koduse Eestimaa südamelähedust ja tema praegust kriitilist sotsiaal-ökoloogilist seisundit aitasid tunnetada «Ugala» näitleja V. Uiibo esitatud H. Runneli laulud ja «Vanemuise» näitleja L. Eelmäe esitatud omaloominguline luule.

Päeva põhiosaks oli Tartu Arstide Liidu toimkondade tegevusprogrammide tutvustamine elukeskkonna kaitse, tervishoiupoliitika, uurimistöö, arstieetika ja seltsielu valdkonnas. Avaldati toetust IME-programmile. Selle sotsiaalsete ja tervishoiualaste probleemide läbitöötamisest tuleb aktiivselt osa võtta ka arstidel.



Tartu arstide päevad toimusid Sangaste lossis. V. Kutsari foto.

Pärastlõunal käidi Sangaste kirikus, kus kirikuõpetaja P. Audova ja praost V. Vaasa rääkisid Sangaste kiriku ja Sangaste lossi ajaloost, samuti selle piirkonna kultuuriloost, milles kiriku osa on olnud küllalt oluline. Sangaste lossi rajaja ja põllukultuuride aretaja krahv F. Bergi hauale viidi lilli.

Vaadati ka neurokirurg T. Asseri videofilmi Eesti Arstide Liidu asutamiskoosolekust ja Tartu Riikliku Ülikooli rektori valimisest. Arutamiseks olid välja pandud Eesti Arstide Liidu sümboolika näidised.

Tartu arstide päeval kiideti heaks M. Sultsmanni koostatud kirja projekt Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumile, milles taotletakse mitmete Eestile oluliste ja korduvalt üldrahvalikult läbiarutatud ja heaks kiidetud nõudmiste kohesest seadustena kinnitamist: Eesti NSV kodakondsuse sisseseadmine, migratsiooni piiramine, eesti keelele riigikeelele staatuse andmine, rahvusümboolika kasutamine.

Dotsent M. Mägi esitas Tartu Arstide Liidu deklaratsiooni projekti, mis pärast täiendamist ka vastu võeti.

TARTU ARSTIDE PÄEVA DEKLARATSIOON

Tartu arstide päevast osavõtjad avaldavad oma toetust Eesti Arstide Liidu üldkogu tegevusprogrammile ja teevad 1988. aasta septembris toimuvale Eesti arstide konverentsile ning seal valitavale Eesti arstide delegatsioonile, kes võtab osa üleliidulisest arstide kongressist, ettepaneku toetada järgmisi taotlusi.

NSV Liidu üldise tervishoiupoliitika valdkonnas

1. Suurendada tervishoiule eraldatavat osa riigieelarves 2...3 korda.

2. Kaotada arstiabis põhjendamatud privileegid, mõningad ametkondlikud raviasutused anda kohalike nõukogude võimu organite haldusse.

3. Suurendada meditsiinitöötajate keskmist palka vähemalt tööstustöötajate keskmise palgani; oluliselt parandada tervishoiutöötajate elamispinnaga varustamist, eraldada neile rohkem sanatooriumi-, puhkekodu- ja turismituusikuid (sealhulgas väliturismituusikuid).

4. Toetada kõiki liikumisi, mille eesmärgiks on terved eluviisid.

5. Avalikustada kõik sanitaar-epidemioloogilised ja meditsiinilised materjalid, mis viitavad inimeste tervist ähvardavale ohule ja iseloomustavad nende elukeskkonna seisundit.

6. Toetada Põhja-Euroopa tuumavabaks tsooniks kuulutamise taotlust, kusjuures sellesse tsooni tuleb arvata ka NSV Liidus Põhjamaadega piirnevad alad, sealhulgas Eesti NSV.

Eesti NSV üldiste probleemide ja meditsiinipoliitika valdkonnas

1. Toetada IME-programmi, selle sotsiaalses ja tervishoiu valdkonnas realiseerimise probleemide uurimiseks luua meedikute töörühm; valmista ette spetsialiste meditsiiniökonomika alal.

2. Toetada Eesti noore perekonna seisundit parandavaid meetmeid.

3. Nõuda kõigilt Eesti NSV-s töötavalt meedikult eesti keele omandamist suhtlemiseks vajalikul määral.

4. Toetada taotlust vööndiaja kehtestamiseks Eesti NSV-s.

5. Eesti NSV kriitilises ökoloogilises olukorras tugevdada sanitaar- ja epidemioloogialituse mõju elukeskkonna säilitamise ja parandamise eest peetavas võitluses. Selleks teha muudatused seadusandluses ja parandada varustatust; regulaarselt avalikustada õhu, vee, pinnase, toiduainete ja muu kontrolli tulemused Eesti NSV linnades ja rajoonides.

6. Taotleda sanitaararstide ja humaanökooloogide ettevalmistamist Tartu Riiklikus Ülikoolis; toetada taotlust humaanökoologiaalabori loomiseks TRÜ-s.

7. Pidada soovitatavaks meditsiiniõdede täiendamise süsteemi loomist Tartu Riikliku Ülikooli baasil.

Tartu linna tervishoiu valdkonnas

1. Arvestades Tartu linna tähtsust vabariikliku meditsiinikeskuse ja arstide ning õdede kaadri ettevalmistuse kohana, pöörata meie vabariigi tervishoiu planeerimisel erilist tähelepanu Tartu tervishoiuasutuste ehitamisele ja nende materiaalse baasi tugevdamisele.

2. Kiiresti välja ehitada ja aparatuuriga varustada diagnostikakeskus Tartus.

3. Taotleda emade ja laste keskuses rehabilitatsioonikompleksi ehitamist täiendavate ehitusvõimsuste arvelt.

4. Nõuda Tartu tervishoiuvõrgu arendamise ja ehitamise programmi täielikku plaanipärast täitmist.

Helli Kelk

Tartu Arstide Liidus. Seoses Tartu Arstide Liidu juhatuse esimehe Laur Karu määramisega Eesti NSV tervishoiuministriks valis Tartu Arstide Liidu üldkoosolek 26. oktoobril 1988 salajasel hääletamisel uueks esimeheks Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri juhataja professor Rein Teesalu.

Samal koosolekul tehti kaks parandust Tartu Arstide Liidu põhikirja. Tartu Arstide Liidu üldkoosolek otsustati nimetada *üldkoguks* ja juhatuse *eestseisuseks*. Muudatused tehti Eesti Arstide Liidu ja Tartu Arstide Liidu struktuuriüksuste nimetuste ühtlustamiseks. Üldkogu võttis vastu ka eestseisuse ettepaneku Tartu Tervishoiutöötajate Maja üleandmise kohta Tartu Arstide Liidule.

Helli Kelk

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614(474.2)(091) «1888/1988»

Eesti sanitaarkontroll 100-aastane

Viktor Kalnin · Tartu
Oku Tamm · Tallinn

esimesed sanitaarlaboratooriumid ja -arstid Eestis, sanitaarjärelevalve korraldus kodanlikus ja Nõukogude Eestis

Toiduainete ja jookide kvaliteeti kontrolliti möödunud sajandil juhuslikult, seda kontrollis politsei linnavalituse ülesandel või eraisikute pealekabamisel. Vahel anti alkohoolseid jooke ja maitseaineid uurimiseks apteekidele. Liivi- ja Eestimaa kubermangude arstivalitsuste ringkiri kohustas toiduainete ja jookide kõlblikkust kontrollima küll ka linna- ja kreisiarste ning neid kontrollimise tulemustest ette kandma (11). Ent toiduainete sanitaarkontrolli tõhusus oleneb suuresti arstide kohusetundest ning piirdus põhiliselt organoleptilise uurimisega.

Paremas olukorras oli Tartu linnaarst J. E. Panck, kellel oli võimalus kasutada Tartu Ülikooli keemikute abi. Ka Võru linnaarst F. R. Kreutzwald pidas mõnel juhul vajalikuks keemilist ja füüsikalist analüüsi. Et proove ei olnud Võrus võimalik teha, saatis ta mõned neist (piiritus ja köömneviin) J. E. Panckile, paludes need analüüsiks edasi anda Tartu Ülikooli põllumajandus- ja tehnoloogiaprofessorile G. P. A. Petzholdtile, kellele agrokee-

mialaboratoorium allus (10). Mõnel juhul saatsid linnaarstid proove analüüsimiseks kubermangu arstivalitsusele. Näiteks 1866. aasta märtsis saatis F. R. Kreutzwald sel eesmärgil Liivimaa kubermangu arstivalitsusele Riiga mürgikahtlasi kurke (10).

Tõhus sanitaarkontrolli süsteem sai alguse toiduainete, jookide ja muu pideva laboratoorse kontrolli kehtestamisest. Objektiivse kontrolli vajaduse tingisid üha laienev toiduainete võltsimine erakaubanduses ja mürke sisaldavate tarbeesemete müügiletulek. Esimene sanitaarlaboratoorium Venemaal, mis oli tuntud keemia- ja bakterioloogia-jaama nime all, asutati linnaameti kuulul 1887. aastal Vilniuses (15). Järgmise laboratooriumi rajas professor J. G. Dragendorff (vt. foto) 1. veebruaril 1888 (vkj.) Tartu Ülikooli farmaatsiainstituudi juures. Preparaatide soetamiseks ja keemikust assistendi ülalpidamiseks hakkas linnaamet andma oma kassast 400 rubla aastas. J. G. Dragendorff nimetas uut asutust toiduainete analüütiliseks jaamaks (6), seega

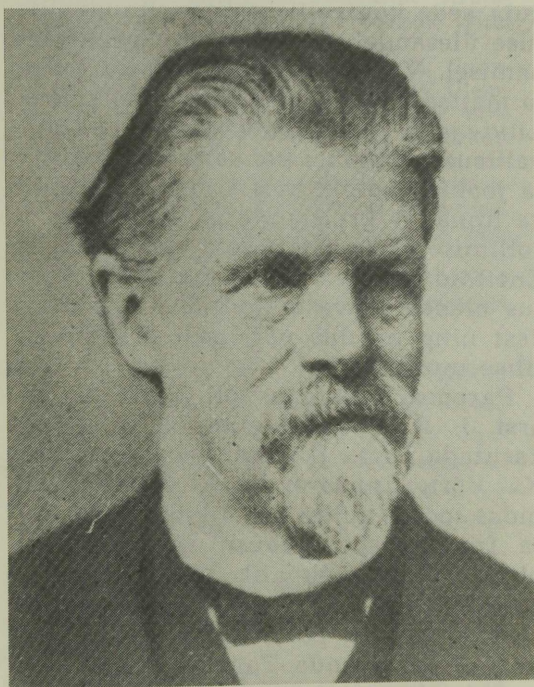


Foto. Professor J. G. Dragendorff.

sanitaarjaamaks. Kuu hiljem asutas taolise sanitaarjaama professor A. P. Dobroslavin Peterburis Sõjaväemeditsiini Akadeemia hügieeni kateedri juures (20). 1891. aasta märtsis alustas tegevust professor F. F. Erismanni poolt rajatud sanitaarjaam Moskva Ülikooli hügieeniinstituudi juures (19).

Möödunud sajandi teisel poolel (aastail 1864...1894) töötas Tartu Ülikooli farmaatsiainstituudi direktorina maailmakuulus teadlane J. G. Dragendorff. Analüütilise keemia ja farmaatsia probleeme lahendati tema juhendusel tolleaegse teaduse tipptasemel. Tema üks huvitavaid teadusteemasid oli kahjulike ja mürgiste ainete hulga määramine ümbritsevas keskkonnas — vees, mullas, õhus, toiduainetes ja tarbeesemetes. Selle kohta koostas ta käsiramatut (5). Teos tõlgiti kiiresti paljudesse keeltesse ja see oli kogu maailmas kõrgelt hinnatud. Tartu sanitaarjaama juhendamine võimaldas J. G. Dragendorffil teadustöö tulemused otse ellu rakendada. Üliõpilastel avanes võimalus täiendada oma teadmisi toidulis-keemia alal, nad töötasid assistendi tehniliste abilistena (7).

Laboratooriumi aruannetes, mis esitati linnavalitsusele igal aastal kuni 1895. aastani, leiame toiduainete ja jookide, samuti koduste tarbeesemete (tapeedi, riide jm.) ning vee, pinnase ja muude analüüsides tulemusi. Ainuüksi esimese 22 tegevuskuu vältel tehti 1172 uuringut, neist 518 politsei ja linnavõimude, 427 J. G. Dragendorffi enda algatusel ning 227 uuringut asutuste ja eraisikute ettepanekul. Selgus, et nii Tartu linnas kui ka maakonnas tuli sageli ette piima, või, tee, äädika võltsimise juhte. Vabrikandid lisasid tapeedi ja riide värvimisel tihtipeale arseeni tervist ohustaval hulgal. Näiteks selgus kontrollimisel, et 176 proovist 7 sisaldas arseeni, neist 7 terviseohtlikul hulgal. Keemiliste analüüsides kõrval tehti ka mikroskoopilisi ja bakterioloogilisi uuringuid (6).

Sanitaarjaam ei piirdunud mitte ainult ebakvaliteetsete või võltsitud toiduainete uurimisega praktilise sanitaar-

järelevalve eesmärgil. peale mainitu tegeldi seal ka teadustööga. J. G. Dragendorffi juhendamisel uuriti puu- ja köögivilja või muu toiduks tarvitatava keemilist koostist, ka vee, pinnase ja õhu omadusi, desinfitseerivate ainete bakteritsiidset toimet. Uurimistulemused aga vormistati väitekirjadeks. J. G. Dragendorff hakkas esimeste seas arstiteaduskonnas tegelema bakterioloogiaga. 1885. aastal rajas ta farmaatsiainstituudi juures bakterioloogialaboratooriumi (11).

1891. aasta jaanuaris võttis linnavalitsus esmakordselt ametisse sanitaararsti. W. Kieseritzky esitas linnaametile sanitaarkomitee (asutati 1879. aastal uue linnamääruse alusel) kaudu oma tegevuse kuuaruandeid. 1891. aastal kontrollis ta toiduturge 70-l, pagaritööstusi 32-l, vorstipoodide 22-l, piima-, jahu- ning pudupoodide vastavalt 18-l, 3-l ja 41 korral, õuesid, kaevusid 175 korral. Piima, koore ja või uuringuid oli tehtud 80. Neile lisandusid seakerede, singi ja liha vaatlused. Keemiliste analüüside tegemiseks oli saadetud ka õlle, limonaadi, lõhnaõli ja hapukurgi proove (13).

1892. aastal tehti J. G. Dragendorffi laboratooriumis 854 analüüsi. Osa toiduaineid olid rekvireerinud politsei ja sanitaararst, suurem osa oli kontrollimiseks toodud eraisikute ettepanekute põhjal. Analüüsiti koort, jahu, leiba, võid, pärm, kaevuvett, värve, tapeeti, riiet, villast lõnga, väetist, loomasööta, ravimeid, mineraale, turvast, kivisütt jm.¹ Selliseid analüüse tehti sanitaarjaama esimese tegevusperioodi vältel (aastail 1888...1895) ligikaudu 2500 (7). Kooleraohu ajendil uuriti 1892. ja 1893. aastal 147 kaevu vett keemiliselt ja bakterioloogiliselt, nendest ainult 18 kaevu vett võis pidada kvaliteetseks.²

J. G. Dragendorffi lahkumisega Tartust sanitaarjaama töö soikus. 1895. aastaks andis linnaamet keemiliste analüüside tegemiseks veel 400 rubla.³ Sajandi algul hakkas vee, piima ja piima-

saaduste uuringuid tegema professor K. Happich veterinaariainstituudi bakterioloogiajaama piimandusosakonnas.⁴ Sel ajal uuriti ka riiet, tapeeti, söögisoodat ja limonaadi aniliini- ning arseenisisalduse suhtes. Neid analüüse tehti keemik K. E. Sponholzi laboratooriumis Liivi- ja Eestimaa maaparandusbüroo juures Tartus Pastoraadi t. 8 (praegu Õpetaja t.). 1905. aastal sõlmis linnaamet keemiliste uuringute tegemiseks lepingu, selleks assigneeriti 500 rubla. Sanitaararst ja politseiametnikud aga kasutasid seda võimalust väga harva, näiteks 1905. aastal tehti kõigest 17 uuringut. Linnaamet ütles seepärast lepingu üles ja otsustas maksta iga uuringu eest eraldi. Sanitaararst pöördunud büroosse harva, sest rahukohtunik mõistnud süüdistatavad isikud õigeaks.⁵

Teistes Eesti suuremates linnades rajati XIX sajandi lõpul kõigepealt eralaboratooriumid. Ent 1901. aastal avati toiduainete uurimiseks Narvas linnalaboratoorium (9) ja Tallinnas tervishoiujaam (tegelikult E. Detlowi eralaboratoorium) (16). 1904. aastal sai Tallinn juurde sanitaarlaboratooriumi, mille ülesandeks oli toiduainete kontroll turul, ja 1905. aastal ka bakterioloogialaboratooriumi (8). XX sajandi algul edenes sanitaartalitus veelgi. 1892. aastal loodi Tallinnas sanitaararsti ametikoht (8). Selle ametikohal töötas aastail 1905...1914 eestlane J. Masing. Loodi ka teine sanitaararsti ametikoht, algul töötas sellel kohal A. M. Haller, aastail 1908...1914 aga eestlane J. Luiga (4). 1902. aasta algul seati Tartus nagu Tallinnas ja Narvaski sisse ka linna veterinaararsti ametikoht. Tallinnas nimetati sellele kohale B. Murzajev, Narvas S. Beinarovitš, Tartus aga veterinaariainstituudi professor J. Waldmann. Tema kohustuste hulka kuulus ka liha ja lihasaaduste uurimine linna uues tapamajas, miste avati 1903. aasta lõpul. 1907. aasta jaanuaris avati selles laboratoorium, kus uuriti vorsti, kon-

¹ ENSV RAKA, f. 2623, n. 1, s. 1445, l. 55—56.

² Samas, s. 507, l. 1—2.

³ Samas, l. 38—40.

⁴ Samas, s. 507 ja 558.

⁵ Samas, s. 558, l. 205.

⁶ Samas, s. 558, l. 26, 262—263; s. 638, l. 5, 132.

serve ja kala. Laboratooriumi koosseisu kuulusid linna veterinaararst ja üks naismikroskopist.⁶ V. A. Richteri aadressiraamatus (1909) seisab see asutus kirjas linna keemia- ja bakterioloogiajaamana (15). Piimasaadusi ja vett saadeti tol ajal uurimiseks piimamajanduse bakterioloogialaboratooriumi (juhataja professor K. Happich). Alates 1907. aastast hakati seda ülal pidama põllunduse ja riigivalduste ministeeriumi vahenditega, samal ajal sai ta linnavõimudelt subsideerimist 400 rubla aastas. Laboratoorium asus Veski t. 22.⁷

1906. aasta augustis loobus Tartu linna sanitaararst oma ametist. Sanitaarkomitee tegi linnaametile ettepaneku jätta see koht katse korras täitmata ja määrata ametisse politseijaoskonna järelevaataja. Seda ettepanekut linnapea ka toetas, sest sanitaararstiga võrreldes ei olnud politseijärelevaataja ülalpidamine nii kulukas. Linnavolikogu erakorraline koosolek 28. detsembril 1906. aastal võttiski vastu asjakohase otsuse.⁸ Järgmisel aastal otsustati luua veel teine politseijärelevaataja ametikoht. Sellele kohale määrati A. Kodres, kes sai linnaametilt 10 rubla uurimist vajavate toiduainete ostuks. 1908. aastal näiteks esitas A. Kodres piima, koore ja võiga kauplemise kohta 161 süüdistust.⁹

Tartu tervishoiupolitseis oli kolm isikut (kuulus ka pristaviabi prostitutsiooni järelevalve alal), kes said palka linnaametilt. 1913. aastal peeti siiski vajalikuks taas tööle võtta sanitaararst aastapalgaga 800 rubla. Selleks sai A. Lezius, kes ühtlasi oli ka linnahaigla peaarst ja linnaarst. Et A. Lezius pidi 1916. aastal täitma ka kreisiarsti kohustusi, vabastas linnaamet ta sanitaararsti kohustustest ning määras 1916. aasta märtsis sellele kohale algkoolide arsti J. Riemschneideri. Et oli sõjaaeg, määrati viimasele ajutiselt abiks kaks sanitaararsti.¹⁰

Kodanliku korra ajal korraldasid sanitaarjärelevalvet toiduainete valmis-

tamise ja müümise üle linna tervishoiuosakonna sanitaararst (Tallinnas ja Tartus), linnaveterinaararst (lihapoed ja vorstivabrikud) ning tervishoiupolitsei. Vajaduse korral tehti analüüse ülikooli instituutides. Järgjekindlalt võeti piimaproove piimakaupmeestelt, analüüse tehti Tartus ülikooli loomaarstiteaduskonna piimanduslaboratooriumis. 1927. aastal hakati neid analüüse tegema sellekohases linna laboratooriumis tapamaja juures (14).

1919. aastal kuulus Tartu tervishoiupolitseisse 8 isikut, aasta pärast võttis riik nende ülalpidamise enda peale. Kulutuste osas tehtud piirangute tõttu loobus valitsus 1927. aastal tervishoiupolitsei ülalpidamisest. Tartu linn võttis nüüd kulud ainsa linnana Eestis enda kanda. Tervishoiupolitsei koosseisu kuulusid komissar, vanempolitseinik ja neli kordnikku. Iga päev oli turul kaks kordnikku, nad valvasid puhtuse, kaalude õigsuse järele ning tõid kahtlust äratavaid toiduaineid tervishoiuosakonda, kus neid kontrollis sanitaararst. Tervishoiupolitsei asus linna tervishoiuosakonnaga ühes ruumis Gildi t. 8 (praegu Pirogovi t.). Tervishoiupolitsei korraldas aastail 1927...1935 kokku 10 000...35 000 sanitaarjärelevaatust ja koostas 1000 protokoll. Määruserikud võeti administratiiv- või kohtulikule vastutusele. Ajavahemikul 1922...1937 võeti aastas analüüsimeks 500...1600 piimaproovi, 125...500 võiproovi ja 20...180 kooreproovi. Tooteist osutus ebakvaliteetseks 7...50%. Pärast uute sanitaarseaduste ja sundmääruste vastuvõtmist laienes sanitaarpolitsei tegevusväli veelgi. 1936. aastal analüüsiti 242 joogiveeproovi. Pärast ülikooli tervishoiuinstituudiga erilepingu sõlmimist tugevnes järelevalve toiduainete üle märgatavalt, tervishoiuosakonna eelarves oli selleks ette nähtud suurem summa (18).

1928. aastal asutati linna tervishoiuosakonna hügieenilaboratoorium (14, 18). Ent kahtlustäratavate toiduainete põhjalikumaid ja keerulisemaid analüüse tehti ülikooli tervishoiuinstituudis. Olgu lisatud, et taolisi laboratooriume

⁷ Samas, s. 638, l. 5, 132, 179, 219.

⁸ Samas, s. 558, l. 251, 252.

⁹ Samas, s. 558, 293, 314.

¹⁰ Samas, s. 475, l. 62, 112.

asutati peale Tallinna (oli juba varem olemas) ka teistes Eesti linnades: 1925. aastal bakterioloogialaboratoorium Pärnus (2) ning 1926. aastal Viljandis (1) ja Võrus (3), 1935. aastal toiduainete kontroll-laboratoorium Tapal (17) ja Rakvere 3. apteegi juures (12).

1940. aastal, pärast nõukogude võimu taaskehtestamist, rajati Eestis ühtne riiklik sanitaartalitus. 1940. aasta lõpuks töötas 8 sanitaar- ja epidemioloogiajaama ning 1941. aasta lõpuks oli kavas neid asutada 13. Saksa fašistliku okupatsiooni ajal kõik nad suleti. Tartu sanitaar- ja epidemioloogiajaam tegutses kuni 1942. aastani linna tervishoiulaboratooriumi nime all. Pärast Eesti vabastamist 1944. aastal hakati seda taastama (22).

Sõjajärgsetel aastatel on meil välja kujunenud sanitaar- ja epidemioloogia-talitus, kus töötavad kvalifitseeritud spetsialistid, kelle käsutuses on nüüdisaegne aparatuur ja uurimismetoodika. 1. jaanuarist 1984 on kõik sanitaar- ja epidemioloogiajaamad allutatud Vabariiklikule Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamale. Suurenenud on nende iseseisvus, paranenud materiaalne baas. Esimesena liiduvabariikidest toimus taoline tsentraliseerimine eksperimendi korras Eestis.

Tänu sihipäraselt korraldatud epideemiatorjele on Eestis likvideeritud sellised rasked nakkushaigused nagu poliomieliit ja difteeria, miinimumini on viidud haigestumine tuberkuloosi.

Tugevdatud sanitaarjärelevalve toiduainetetööstuse ja ühiskondliku tootlustamise ettevõtete üle on loonud olukorra, et palju aastaid ei ole registreeritud soolenakkushaigustesse haigestumise puhanguid. Töö- ja olmetingimuste parandamine töökohtadel on märkimisväärselt vähendanud üldhaigestumist ja kutsehaigustesse haigestumist. Süstemaatiline sanitaarjärelevalve taimekaitsevahendite ja kasvuregulaatorite kasutamise, hoidmise ning transportimise üle on ägedate kutsemürgituste esinemise vähendanud üksikjuhtudeni. On rajatud rajoonidevahelised laboratooriumid pestitsiidijääkide määrami-

seks taimsetes toiduainetes ja väliskeskkonnas. Laialdaselt kasutatakse selleks gaaskromatograafiameetodit. Kõikidest pestitsiidisisalduse alastest uuringutest tehakse 53 % nimetatud meetodil.

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaarkeemialaboratoorium on üleliiduline eesrindlike kogemuste kool pestitsiidijääkide laboratoorse kontrolli alal. Laboratooriumi töötajad on tihedas kontaktis Tartu Riikliku Ülikooli teadlastega ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Konstrueerimisbüroo töötajatega. Koostöö tulemusena on valminud mitmeid uusi kromatograafe, selektiivseid detektoreid ja teisi aparate (23).

Vastavalt NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu ühismäärusele 1987. aasta 19. novembrist «Tervishoiu arengu põhisuundadest ja NSV Liidu tervishoiu ümberkorraldustest XII viisaastakul ja aastani 2000» on NSV Liidus ette nähtud profülaktilise meditsiini osatähtsuse järsk suurenemine. See seab ka meie vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiaalalise ette põhimõtteliselt uued ülesanded. Elanike tervise kaitsega on vaja tegelda senisest rohkem. Vaja on asuda sügavuti uurima seoseid väliskeskkonna ja inimeste tervisliku seisundi vahel, et selle põhjal teha ettepanekuid profülaktikameetmete rakendamiseks. Esimesed sammud selles suunas on juba astunud uurimisprogrammide rakendamisega Tallinnas, Kohtla-Järvel ja Narvas.

KIRJANDUS: 1. Bakterioloogialaboratooriumi asutamine Viljandis. Päevaleht, 1926, 18. aprill. — 2. Bakterioloogialaboratoorium Pärnus. Päevaleht, 1925, 31. oktoober. — 3. Bakterioloogialaboratoorium Võrus. Päevaleht, 1926, 18. juuni. — 4. *Brennsohn, J.* Die Ärzte Estlands. Riga, 1922, 197, 389. — 5. *Dragendorff, G.* Die gerichtlich-chemische Ermittlung von Giften. 1. Auflage. St. Petersburg, 1868. — 6. *Dragendorff, G.* Untersuchungen von Nahrungs- und Genussmitteln, Hausgebrauchs-Gegenständen etc. Sitzungsberichte der Naturforscher-Gesellschaft bei der Universität Dorpat. Dorpat, 1892, IX, 172—179. — 7. *Dragendorff, G.* Pharm. Z. Russland, 1895, nr. 19, 289—294; nr. 20, 305—310; nr. 21, 321—327; nr. 22, 337—342. — 8. *Gustavson, H.*

Rmt.: Meditsiin Tallinnas XIX sajandist kuni 1917. aastani. Tallinn, 1979, 42—46. — 9. Kalnin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 1, 46—49. — 10. Kalnin, V. Keel ja Kirjandus, 1971, 2, 271—275. — 11. Kalnin, V. Tartu toiduainete kontroll-laboratoorium — esimene Eestis. Toiduainete Tööstus. Informatsiooni seeria, 1972, 11, 15—17. — 12. Kolmas apteek Rakverre. Päevaleht, 1934, 14. veebruar. — 13. Locales. Neue Dörptsche Zeitung, 1892, nr. 45. — 14. Pödder, P. Rmt.: Tartu. Tartu, 1927, 546—562. — 15. Richter, A. Baltische Verkehr- und Adressbuch I. Livland. Riga, 1909. — 16. Tallinna tervishoiujaam. Uus Aeg, 1901, 25. august. — 17. Tapa linn asutab laboratooriumi. Päevaleht, 1935, 27. märts. — 18. Tartu linnavalitsuse tegevuse ülevaade 1919—1930. Tartu, 1930.

19. Базанов В. А. Ф. Ф. Эрисман. Л., 1966. — 20. Белицкая Е. А. А. П. Доброславин и развитие экспериментальной гигиены в России. Л., 1966. — 21. Бизюлявичюс С. К. В кн.: Материалы IX Межреспубликанской конференции по истории естествознания и техники. Вильнюс. 1972, 13—16. — 22. Вессар В. Х. В. кн.: Материалы научной конференции, посвященной 75-летию кафедры гигиены ТГУ и 30-летию Тартуской гор. СЭС. Тарту, 1970, 61—67. — 23. Медицинская газета, 1986, 12 марта.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder
Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Hans Väre

4. septembril 1988. aastal suri maksavähi tagajärjel Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peapsühhiaater, Eesti NSV teeneline arst professor Hans Väre.

H. Väre sündis 8. juunil 1927. aastal Võrus teenistuja perekonnas. 1945. aastal lõpetas ta Võrus keskkooli. Pärast Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetamist 1952. aastal asus H. Väre tööle Jämejala Vabariiklikku Psühhoneuroloogiahaiglasse, mille peaarstiks oli aastail 1959...1987. Pensionärina jätkas ta tööd peaarsti asetäitja ametikohal. Aastail 1956...1959 oli ka Tavastu Psühhoneuroloogiahaigla peaarst ja ajavahemikul 1979...1980 TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadusdirektor.

H. Värel oli suuri teeneid vaimuhaigete ravi korraldamises. Tema käe all on tugevnenud meie vabariigi psühhiaatriasutuste materiaalne baas. Tema töö Jämejala haigla laiendamisel ja rekonstrueerimisel, ka erialase arstiabi täiustamisel, töö- ja taastusravi korraldamisel oli suur. Südamliku ja avala hingega arstina kasvatas ja liitis ta haiglapere tubliks ja võimekaks meedikute kollektiiviks, kes on pälvinud ka üleliidulise tunnustuse.

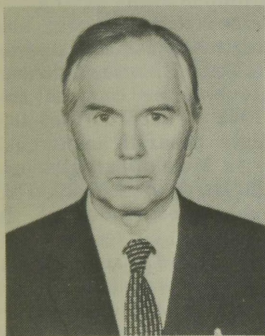
Laialdane oli H. Väre teadustöö. Oma kandidaadiväitekirjas käsitles ta uudseid andmeid somaatilis-vegetatiivsete häirete ja psüühikamuutuste tekke kohta alkoholismihaigetel, doktoriväitekirjas käsitles aga muutunud reaktiivsust ja psüühiliste ning somaatiliste häirete seost alkoholismi korral. Ta avaldas trükis ligikaudu 90 teadusartiklit. Temast oli abi kõiges ja kõikjal. Ta oli mitme teadusnõukogu liige, osales elavalt arstide seltside tegevuses.

Hans Väre surm oli ootamatu, meie arstikond kaotas tubli ja targa kolleegi. Mälestus temast ei kustu!



Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Jämejala Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla

Manfred Mägi



12. septembril 1988. aastal suri pärast rasket haigust Eesti pealastekirurg Manfred Mägi.

M. Mägi sündis 3. aprillil 1924. aastal Tallinnas töölisperekonnas. Tema tööarmastus ja vastutustunne avaldusid juba varases lapsepõlves. Keskhariduse omandas

M. Mägi Tallinna 1. Keskkoolis, Tartu Riiklikus Ülikoolis õppis ta aastail 1944...1951. Juba üliõpilasena tundis M. Mägi huvi kirurgia vastu, õpingute ajal oli ta Tartu I Haavakliinikus subordinaator. Pärast ülikooli lõpetamist asus ta tööle Tallinna Vabariiklikusse Haiglasse, kus töötas ligikaudu 30 aastat. Algul oli ta kirurg, hiljem lastekirurgiaosakonna juhataja. Kui avati Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla, hakkas M. Mägi selles haiglas tööle kirurgiaosakonna juhatajana.

M. Mägi oli üks lastekirurgia rajajaid Eestis, ta kulutas selleks palju jõudu ja energiat.

Aastail 1965...1968 oli M. Mägi Riia Ortopeedia ja Traumatoloogia Instituudi mittestatsionaarne aspirant. Pidevalt ise õppides õpetas ta ka teisi. Tema juhendamisel sirgus terve põlvkond Eesti lastekirurge. Alates 1964. aastast oli M. Mägi Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi pealastekirurg. 1973. aastast oli ta kõrgema kategooria lastekirurg.

M. Mägi avaldas trüki ligikaudu 20 teadusartiklit, esitas ettekandeid Nõukogude Liidus, Soomes, Saksa DV-s ja mujal toimunud konverentsidel.

M. Mägi oli Eesti Kirurgide Seltsi juhatuse liige. Ta võttis osa Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kirurgia probleemikomisjoni tööst, juhtides lastekirurgia sektiooni.

Kustumatu mälestus suurepärasest kirurgist, abivalmis ja sõbralikust kolleegist jääb alati meile südameisse.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla

Heinrich Petlem



14. septembril 1988. aastal suri pärast pikaajalist rasket haigust sõjajärgse Eesti üks väljapaistvamaid kirurge, Eesti NSV teeneline arst dotsent Heinrich Petlem. 24 aastat, aastail 1948...1972, oli H. Petlem TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri juhataja.

H. Petlem sündis 27. märtsil 1910. aastal Simbirski kubermangus. 1917. aastal asus perekond elama Tallinna. Tallinna Ühisgümnaasiumi lõpetas H. Petlem 1929. aastal, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1936. aastal.

Huvi kirurgia vastu ilmnis juba üliõpilasaastail. Viimase kursuse üliõpilasena oli H. Petlem Tartu Ülikooli I Haavakliiniku assistent, 1938. aastal edutati ta vanemassistentiks. 1948. aastal valiti H. Petlem TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri juhatajaks, sel ametikohal oli ta 1972. aastani. Aastail 1972...1984 oli tegev sama kateedri dotsendina.

1950. aastal kaitses H. Petlem kandidaadiväitekirja maohaavanditõve kirurgilisest ravist. Peale rohkete erialaartiklite meditsiiniväljaannetes ja teaduslike konverentside kogumikes ilmus temalt 1974. aastal monograafia «Luude ja liigeste kinnised vigastused».

H. Petlem oli üks Eesti viimaseid laia diapasoniga, kõiki kirurgia erialasid valdavaid arste. Peale seedekulgla kirurgia arendamise tuleb eriti hinnata tema osa urokirurgia arendamisel Eestis. Tema tulemused kusepõiekasvajate kirurgilises ravis äratasid üleliidulist tähelepanu ja tunnustust. H. Petlem töötas välja ureterosigmoidostoomia modifikatsiooni põie pahaloomuliste kasvajate eemaldamisel.

Mälestus Heinrich Petlemist elab edasi tema kolleegides, õpilastes ja sõprades, kõigi Eesti kirurgide töös. Kestab tänutunne tuhandete inimeste südames, kellele endile, kelle vanematele või omastele tema kirurgi-meisterlikkus andis tagasi tervise või elu.

Kolleegid

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumis

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi istungil 29. septembril 1988 vaadati läbi mitmeid küsimusi. Istungit juhatas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees A. Rüütel.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega vabastati V. Rätsep Eesti NSV tervishoiu-ministri kohustest seoses üleminekuga teisele tööle.

Presiidiumi istungil arutati Eesti NSV Ministrite Nõukogu ettepanekut Tartu Kliinilise Haigla peaarsti Laur Karu nimetamise kohta Eesti NSV tervishoiuministriks. Vabariigi valitsuse seisukoha tegi teatavaks Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe esimene asetäitja A. Soidla. Eelnevalt oli seda küsimust arutatud Eesti NSV Ülemnõukogu alalise tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni istungil, kus osalesid ka naiste töö ja olme ning emade- ja lastekaitse komisjoni esindajad. Üksmeelselt toetati L. Karu kandidatuuri tervishoiuministri ametikohale. Ühtlasi rõhutati, et uuel tervishoiuministril tuleks enam tähelepanu pöörata emade ja laste tervise kaitsele, tervete eluviiside propageerimisele, tervishoiu materiaalse baasi tugevdamisele, ravimitega varustamise parandamisele, arstidele eesti ja vene keele õpetamisele ning tervishoiutöötajate elamistingimuste parandamisele.

Eesti NSV Ülemnõukogu seadlusega nimetati Laur Karu Eesti NSV tervishoiuministriks.



Eesti NSV tervishoiuminister Laur Elmar-Johannese p. Karu on sündinud 23. juunil 1942 Tartus ülikooli arstiteaduskonna õppejõu perekonnas. On lõpetanud TRÜ arstiteaduskonna 1966. aastal kiitusega. 1972. aastal kaitses kandidaadiväitekirja «Trifluoperasiini ja haloperidooli kataleptiline toime». On töötanud nooremteadurina TRÜ Meditsiiniikeslaboratooriumis, on olnud ELKNÜ TRÜ Komitee sekretär, Tartu Linna RSN Täitevkomitee esimehe asetäitja. Aastail 1975...1982 ja 1986...1988 töötas Tartu Kliinilise Haigla peaarsti ametikohal, 1982...1986 TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi direktorina. Aastaid oli L. Karu TRÜ arstiteaduskonna hügieeni kateedri dotsent. Ta on õpetanud sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni, on avaldanud töid farmakoloogia, neuroloogia ja tervishoiukorralduse alalt. L. Karu on pälvinud NSV Liidu Ministrite Nõukogu preemia, Eesti NSV riikliku preemia ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu preemia. NLKP liige 1966. aastast.

Tervishoiuministereeriumis

NSV Liidu Tervishoiuministereeriumi 1988. aasta 17. mai käskkirja «Eesti NSV Tervishoiuministereeriumi teaduslike uurimisasutuste reorganiseerimisest» põhjal tuli 1. juulist 1988. aastast Eesti NSV Tervishoiuministereeriumi Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut reorganiseerida Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudiks (Научно-исследовательский институт профилактической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР), kusjuures instituudi teadustöötajate palga aluseks on töötasustamise teine kategooria.

Reorganiseerimine toimus instituudile kinnitatud senise töötasufondi ja eelarve piirides.

Eesti NSV Tervishoiuministereeriumi Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi tööd juhivad direktor, teadusala asedirektor, teadusnõukogu eesotsas teadussekretäri. Instituudil on administratiiv- ja majandusosakond, sealhulgas raamatupidamine, ning teaduslik-organisatoorne osakond, mille alluvusse kuulub ka raamatukogu.

Teaduslikud alljaotused on nakkushaiguste profülaktika osakond ja hügieeniosakond.

Nakkushaiguste profülaktika osakonnas on bakteriaalsete nakkuste laboratoorium, väliskeskonna bioloogilise saastumise laboratoorium, viiruste ökoloogia laboratoorium, viirusnakkuste etioloogia laboratoorium ja viirusnakkuste tõrje laboratoorium.

Hügieeniosakonna moodustavad laste tervise kaitse laboratoorium, atmosfääriõhu toksikoloogia laboratoorium, toitlustoksikoloogia laboratoorium ning sanitaarkeemia laboratoorium.

Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi meditsiinialaste uurimiste põhisuunad on järgnevad.

1. Uurida Eesti NSV laste ja noorukite tervislikku seisundit, samuti tervisehäirete ja imikute

suremuse põhjusi ning riskitegureid. Välja töötada ja kasutusele võtta laste ja noorukite tervise tugevdamise ja profülaktika abinõud.

2. Uurida Eesti rahvastiku tervist sõltuvalt keskkonna saastatusest, välja töötada ja rakendada profülaktikaabinõusid.

3. Uurida Eestis esinevate bakteriaalsete ja viirusnakkuste etioloogiat, välja töötada ja rakendada abinõusid nende ärahoidmiseks.

Ludmilla Priimägi

Tartu Riiklikus Ülikoolis

21. juunil valis ülikooli nõukogu laiendatud koosseis uueks TRÜ rektoriks bioloogiadoktor professor Jüri Kärneri. Viimased kaks aastat töötas J. Kärner ülikooli õppeprorektori ja rektori kohusetäitjana. Nõukogu koosolekust võtsid osa EKP Keskkomitee esimene sekretär V. Väljas ja Eesti NSV Hariduskomitee esimees prof. V. Rajangu. Rektori inauguratsioon toimus 31. augustil 1988 TRÜ aulas. Uueks õppeprorektoriks kinnitati prof. Heino Siigur majandusteaduskonnast.

Arstiteaduskonna lõpuaktus oli 30. juunil. Diplomid andis kätte prorektor A. Kallikorm. Kokku lõpetas 1988. aastal arstiteaduskonna 275 arsti ja proviisorit.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteialgorganisatsiooni ühisel koosolekul arutati teadusprodekaan prof. E. Sepa aruande põhjal lepinguliste

uurimistööde täitmist arstiteaduskonnas. Teaduskonna lepinguliste tööde maht ei ole suurenenud. Suvel vähendati lepingute sõlmimise ja palgafondi üldmahu piiranguid, kindlasti soodustab see kateedrite tegevust teadustöö arendamisel. Prof. E. Sepp rääkis ka 1988. aasta sügisel aspirantuuril lõpetajate tödest.

Mures oldi Tartu hotelliehituse ummikusse sattumise pärast seoses Eesti Muinsuskaitse Seltsi seisukohaga säilitada vana maja Struve t. 2. Hotell tulevat seetõttu ümber projekteerida, mis omakorda takistab arstiteaduskonna õppe-teaduskompleksi projekteerimist ja ehitamist. Nõukogu võttis vastu otsuse, mille tekst saadeti rektorile ja linnanõukogule ning avaldati ajalehes «Edasi».

Arstiteaduskonna nõukogu valis 30. augustil sisehaiguste propedeutika kateedri uuteks õppejõududeks assistendi ametikohale meditsiini kandidaadid Külliki Karu ja Kai Saksa ning farmaatsia kateedri õppejõududeks Urve Paaveri ja Piret Selge.

Prof. E. Sepp andis ülevaate teaduskonda vastuvõttust. Kokku võeti 1988. aastal arstiteaduskonda vastu 308 uut üliõpilast, neist 131 raviosakonda, 52 spordimeditsiini-, 45 pediaatria-, 40 stomatoloogia- ja 40 farmaatsiaosakonda. 30% vastuvõetuid on rajoonihaiglate poolt suunatud. Ravi- ja pediaatriaosakonna uutest üliõpilastest on keskkooli medaliga lõpetanud 20. Nimeliste stipendiumide saajad 1988/1989. õppeaastal on E. Allikmets ja M. Benno VI kursuselt, A. Gorodetski IV ja A. Jüriloo III kursuselt.

Dekaan prof. A.-E. Kaasik teatas, et arstiteaduskonna õppejõudude arv (201 ametikohta) on algalval õppeaastal teaduskonna ajaloos suurim. Samuti rääkis ta muudatustest subordinatuuris ja internatuuris, et parandada üldarsti ettevalmistust. Arstiteaduskonna nõukogu arutas ka Tartu Riikliku Ülikooli uue põhimääruse projekti.

8...15. augustini viibis teadusprorektor A. Kallikorm Kieli Ülikoolis ja Lübecki Meditsiiniülikoolis. Arutlusel olid koostöö võimalused Tartu Riikliku Ülikooliga, eriti meditsiini valdkonnas.

Lisaks ülikoolide rektoritele võtsid arutelust osa ka Schleswig-Holsteini liidumaa peaminister ja majandusminister. Aasta lõpus kohtutakse lepingu sõlmimiseks Tartus.

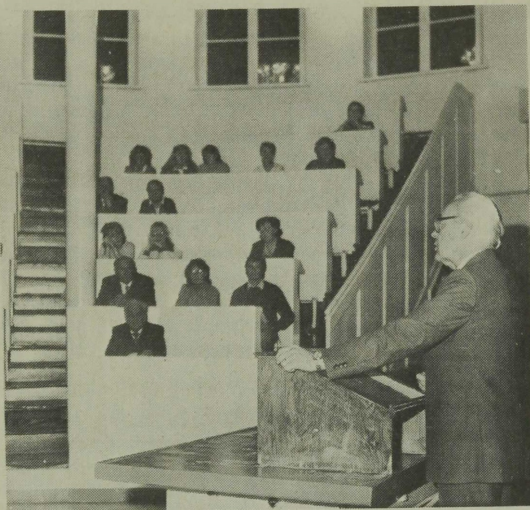
Prof. A. Kallikorm juhtis ka TRÜ seitsmeliikmelist delegatsiooni juunis Prahas toimunud rahvusvahelisel lektiinide uurimise alasel konverentsil «Interlec 10». «Interlec 11» toimub 1989. aasta juunis Tallinnas.

Prof. K. Villako oli 2. septembril Tampere Ülikooli arstiteaduskonnas Heikki Arola doktori väitekirja kaitsmisel oponendiks. Väitekirja käsitleb hüpolaktaasia laboratoorset diagnoosimist ja originaalsete uurimismeetodite kasutuselevõttu.

5...10. juulini Prahas toimunud rahvusvahelisel biokeemiakongressil oli Eestist ligikaudu 30 osavõtjat, nende seas arstiteaduskonnast ja ÜMPI-st R. Mikelsaar, T. Kullisaar, T. Vihalemm ja M. Eller.



Foto TRÜ uue rektori inauguratsioonilt. Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees A. Rüütel on pannud professor J. Kärnerile kaela rektori ametiraha. E. Saki foto.



Prof. H. Sepp loengut pidamas patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse kateedri ringauditooriumis. V. Kutsari foto.

7...10. septembrini viibis Tartus Toronto Ülikooli kauaaegne patoanatomia ja kohtuarstiteaduse õppejõud prof. Hans Sepp. 8. septembril pidas ta loengu meie patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse kateedris.

Lembit Allikmets

Augusti lõpul viibis Tartus Upsala delegatsioon. Sellesse kuulusid linnanõukogu esimees Terry Garlbom, tema asetäitja Bengt Bylund ja linna-direktori asetäitja Björn Bosaeus. Eesmärgiks oli kuulutada Upsala ja Tartu sõpruslinnadeks ning luua Upsala ja Tartu ülikooli otsesidemed.

Külalised kohtusid linnapea T. Mendelsoni ja ülikooli teadusprorektori A. Kallikormiga, käisid «Vanemuise» teatris, kunstigaleriis, tutvusid metsatööstuskoondisega.

Käidi ka Tartu Kliinilises Haiglas, kus huvituti meedikute tööst ja rahva terviseiga seonduvast.

Jaan Lepp

Tervishoiutöötajate ametiühingus

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee 23. augusti presiidiumi koosolekul arutati muu hulgas presiidiumi ettepanekuid 16. septembril toimuvale Eesti arstide konverentsile. Neist põhilised olid järgmised: viia tervishoiuasutuste koosseisude finantseerimine vastavusse normatiividega; lubada asutusel valida endale sobiv eelarve kasutamise kord; suurendada Eesti NSV tervishoiule eraldatud rahalisi vahendeid 8%-ni rahvatulust 1990. aastaks ning 1995. aastal peaks see protsent olema 12; pidada töötamist kella 16.00—22.00 analoogiliselt tööstusette-

võtetele tööks teises vahetuses ning suurendada selle eest saadavat lisatasu kuni 20%, samasugustel alustel tuleks tasutada puhkepäevade töö; uute ravi- ja profülaktikaasutuste ehitamisel ning olemasolevatele juurdeehitiste korral tuleb paralleelselt ette näha elamuehitus personalile.

30. augustil toimunud presiidiumi koosolekul oli vaatluse all tervishoiutöötajate ajutise töövõime-tusega haigestumus 1988. aasta esimesel poolaastal. Ettekande esitas vabariikliku komitee usaldus-arst U. Meikas. Tervishoiutöötajate ajutise töö-võime-tusega haigestumus on selle aasta esimesel poolaastal suurenenud (496,8 päeva 100 töötaja kohta). Põhjustasid selle haigestumine grippi ja külmetushaigustesse ning haigestunud laste hool-damiseks ettenähtud päevade arvu suurenda-mine. Eespool toodule vaatamata vähenes haiges-tumus 1987. aasta sama perioodi haigestumusega võrreldes mitmes suures tervishoiuasutuses, nagu Tallinna Vabariiklikus Haiglas, Vabariiklikus Laevanduse Keskhaiglas, Põlva Rajooni Keskhaig-las. Haigestumus aga suurenes Tallinna Vaba-riikliku Psühhoneuroloogiahaigla Tööravi ja Toot-mistöökodades (792,4), Narva Linna Keskhaiglas (667,2), Tallinna Stomatoloogia Polikliinikus (662,2).

Veel arutati koosolekul Valga linna ja rajooni tervishoiutöötajate elamistingimusi. Otsustati taotleda, et Valga Rajooni RSN Täitevkomitee jätkaks tervishoiutöötajate kasutuses olnud elu-ruumid tingimata tervishoiuasutusele. Samuti peab täitevkomitee kontrollima, et eraldatavad vabanenud eluruumid vastaksid sanitaartechni-listele nõuetele. Vabariiklikul komiteel aga tuleb Eesti NSV Ministrite Nõukogult taotleda 500 000 rubla 24 korteriga elumaja ehitamiseks uue rajoo-nihaigla juurde.

Vabariikliku komitee pearaamatupidaja E. Nõ-va esitas aruande 1988. aasta esimese poolaasta ametiühingu- ja riikliku sotsiaalkindlustuse eel-arve täitmise kohta, mille presiidium ka kinnitas.

Mall Kuusma

Punase Risti Seltsis

X rahvusvaheline amatöörfilmifestival «Puna-ne Rist, tervis ja keskkond» toimus Ungaris Nagy-körösi linnas. Osavõtjaid oli 16 riigist.

Festivalile oli saadetud 34 kino- ja videofilmi, millest autasu vääriliseks tunnistati 16.

Punase Risti teemalistest filmidest said esikoha «Ühinege meiega!» (Tšehhoslovakkia SV) ja «Üks pluss üks» (NSV Liit). Teisele kohale tulid «Tran-siitoperatsioon» (Hispaania) ja «Uppuja pääst-mine» (Hiina RV). Kolmanda koha võitis 13-aas-tase Moskva koolitüdruku Lena Morozova ama-töörfilm «Legend arstist».

Ungari Punase Risti Seltsi peaauhinna sai film «Murtud tiibadega liblikas» (Ungari RV), Punase Risti ja Punase Poolkuu Liiga auhinna «AIDS» (Ekvador).

Rahvusvahelise Kinosõprade Assotsiatsiooni UNICA auhind anti NSV Liidu filmile «Lilleke ja kahur», kuldne Hippokratese auhind Ungari filmile «Võrdsete šanssidega» ja Nagykörösi linna auhind Belgia filmile «Pilg lähedusse».



Foto. Punase Risti teemalistest filmidest pälvis esikoha ka Kohtla-Järve filmiklubi liikmete A. Kõivu, J. Tõnuvere, H. Jaanuse ja O. Belovi film «Üks pluss üks». H. Lepiksoni foto.

Festival näitas taas, et film on tõhus vahend Punase Risti Seltsi ideaalide propageerimisel ning et mõisted «rahu» ja «Punane Rist» on lahutamatud.

XI rahvusvaheline amatöörfilmifestival on kavas korraldada 1990. aasta mais. Selleks head kaasalöömist!

Tiiu Buschmann

17...19. juunini toimus XX Meditsiiniõdede Seltsi suvelaager, seekord Kehtnas.

Osa võttis 48 kollektiivi. Õdesid oli 490, arste 92. Noorim osavõtja oli kaheaastane, vanim 74-aastane.

Laagri avas seltsi esinaine Maimu Jürgenson, kes soovis meeldivaid puhkepäevi, et koguda jõudu ja saada innustust edasiseks. Heisati seltsi lipp ja süüdati laagrituli.

Tervituskõne pidasid tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm, Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur, Kehtna sovhoosi direktor U. Tinitš, Rapla Rajooni RSN Täitevkomitee esimees M. Kuusk, Eesti Arstide Liidu president L. Karu ja Rapla Rajooni Keskhaigla peaarst T. Kadastik.

Laagripäevad möödusid traditsiooniliselt konkursside tähe all. Võisteldi spordis, viktoriinis, isetegevuses, välklehtede väljaandmises. Esma-kordselt võisteldi ka tantsuoskuses.

Kombineeritud teatejooksus tuli esimeseks Tallinna Kliiniline Lastehaigla, teiseks Saaremaa Rajooni Keskhaigla ja kolmandaks Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi IV Valitsuse Vabariiklik Haigla.

Viktoriinis kuulus esikoht Hiiumaa Rajooni Keskhaiglale, teiseks jäi Tallinna Vabariiklik Onkoloogiadispersner ning kolmandaks Tallinna Kliiniline Lastehaigla.

Tantsuvõistluses tantsisid end esimeseks Tallinna Harjumäe Haigla, teiseks Nõmme Haigla ja kolmandaks Saaremaa Rajooni Keskhaigla võistlejad. Publiku eripreemia pälvisid aga toredad, vaimukad tantsijad Tallinna Kliinilisest Lastehaiglast.

Isetegevuses tuli esikohale ja pälvis ka publiku

eripreemia Haapsalu Rajooni Keskhaigla, teisele kohale tuli Tartu Kliiniline Haigla ja kolmandale Saaremaa Rajooni Keskhaigla.

Parimaks hinnati Kohtla-Järve Psühhoneuroloogiahaigla välkleht, teise koha vääriliseks arvati Pärnu Linna Haigla ja kolmanda Saaremaa Rajooni Keskhaigla välkleht.

Üldvõitjaks tuli Saaremaa Rajooni Keskhaigla, teiseks jäi Haapsalu Rajooni Keskhaigla ja kolmandaks Tallinna Kliiniline Lastehaigla.

Palju elevust tekitas missi valimine. Kaunemaks öeks osutus Tartu Kliinilises Haiglas töötav neiu.

Laagri lõpetamisel anti seltsi lipp pidulikult üle Viljandi õdedele, järgmise laagri korraldajatele.

Lahkumisel sooviti, et puhkelaagri traditsioon ikka jätkuks. See annaks jõudu ja liidaks meid, kõiki meedikuid.

Pille Käärid

26. augustist 1987 on Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla peaarst Peeter Leonhardi p. **Mardna**. Sündinud 1938. aastal. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1966. aastal. Ajavahemikul 1966...1967 oli Tallinna Vabariikliku Haigla arst, 1967...1970 VSÜ «Kalev» treener-instruktor, 1970...1975 Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispersneri röntgenoloog, 1975...1977 Tallinna Vabariikliku Haigla angiograafiakeskuse juhataja, 1977...1987 Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peaspetsialist röntgenoloogia ja radioloogia alal.

1. augustist 1988 on Keila Rajoonihaigla peaarst Riivo Aleksandri p. **Kotkas**. Sündinud 1954. aastal. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1982. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist oli Tallinna Linna Kiirabihaigla arst. Aastail 1983...1985 töötas ta Tallinna Linna Kiirabihaigla kiirabihaigla peaarstina ning ajavahemikul 1985...1988 oli Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja.

3. oktoobrist 1988 on Vabariikliku Onkoloogiadispersneri peaarst Peeter-Harry Oskari p. **Loit**. Sündinud 1943. aastal. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1966. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist töötas ta Põlva Rajooni Haiglas kirurgina. Ajavahemikul 1967...1974 oli ta Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispersneri kirurgiaosakonna juhataja ning aastail 1974...1988 vanemteadur. P.-H. Loit on meditsiinikandidaat.

5. oktoobrist 1988 on Tartu Kliinilise Haigla peaarst Urmo Oskari p. **Kööbi**. Sündinud 1939. aastal. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1964. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist oli Rõuge Jaoskonna-haigla terapeut ja juhataja. Aastail 1967...1975 oli Võru Rajooni Keskhaigla anestesiooloog, 1975...1976 Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla anestesioologiaosakonna juhataja, 1976...1980 Tartu Kliinilise Haigla reanimatsiooniosakonna juhataja, 1980...1984 TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia, anestesiooloogia ja reanimatoloogia kateedri assistent, 1984...1985 Tartu Kliinilise Haigla reanimatsiooniosakonna juhataja. 1987. aastast kuni peaarstiks määramiseni oli peaarsti asetäitja ravi alal.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства здраво- охранения Эстонской ССР

№ 6, ноябрь, декабрь 1988 г.

Т. У. Лакс, Ю. Я. Планкен, А. И. Розенталь,
Я. Э. Эха, Т. О. Кёэби — **Ближайший и
отдаленный прогноз инфаркта миокарда
после интракоронарного тромболитизиса**

Под наблюдением находилось 119 больных, перенесших острый ИМ, которым проведены экстренная коронарография и внутрикоронарное тромболитическое лечение (ВТЛ) стрептокиназой. В зависимости от эффективности ВТЛ больные были подразделены на группы. У 23 из них после эффективного ВТЛ была выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА).

При эффективных ВТЛ и ЧТКА улучшилась, по данным повторной вентрикулографии, насосная функция левого желудочка и понизилась больничная летальность. Но после тромболитизиса на месте бывшей окклюзии осталось резкое сужение просвета коронарной артерии и возникла реокклюзия с повторным ИМ как в больничном, так и в отдаленном периоде. При помощи ЧТКА уменьшилась частота реинфарктов, а функциональное состояние сердечно-сосудистой системы больных в постинфарктном периоде улучшилось.

А. Н. Левин, Т. Н. Листопад — **Клинико-психологические аспекты контакта матери и
больного новорожденного в неонатологическом стационаре**

В статье приводятся данные исследования влияния постоянного контакта матери и больного ребенка в неонатологическом стационаре.

Авторами доказано саногенное воздействие контакта мать—новорожденной на физическое состояние больного новорожденного. Дано определение понятия процесса адаптации матери и ребенка, практические рекомендации врачам-неонатологам, приведены способы ускорения адаптационного процесса.

Я. А. Уйбу — **О возможном канцерогенном
риске и о снижении его при лечении боль-
ных амидопирином и лекарственными пре-
паратами, содержащими амидопирин**

Канцерогенный риск при лечении амидопирином может быть обусловлен содержанием N-нитрозодиметиламина в самих лекарственных препаратах и, как следствие, дополнительным синтезом этого канцерогена в пищеварительном тракте человека. Рекомендуется ограничить применение амидопирина; принимать амидопирин и содержащие его лекарственные препараты с молоком и витамином С; во время курса лечения амидопирином использовать в пищу разнообразные продукты питания.

Д. Г. Выжулл, Э. Л. Саарнок, Р. С. Маркович — **Лечение псориаза гепарином**

Исследовались 37 больных псориазом в процессе лечения их малыми дозами гепарина (20000 ЕД/сут), которые постепенно понижали в течение месяца. Выявлена достаточно высокая эффективность такого лечения, что позволяет рекомендовать гепарин как метод выбора в терапии псориаза.

Р. О. Лаботкин — **О диагностической значимости коэффициента Фишера при печеночной недостаточности, развившейся вследствие гиперкатаболических состояний обменных процессов организма**

Коэффициент Фишера (КФ) является важным показателем печеночной недостаточности (ПН), которая развивается вследствие первичного поражения гепатоцитов или дистрофии печени. Следует отметить, что катаболические реакции обменных процессов организма при ПН данной этиологии существенно не повышены.

На 40 белых беспородных крысах с ПН, которая развилась вследствие функционирования полных одностовольных тонкокишечных свищей (модель гиперкатаболического состояния), изучен вопрос о диагностической ценности КФ.

Свободные аминокислоты в сыворотке крови были определены методом ионообменной хроматографии на аминокислотном автоанализаторе КЛА-3 Б фирмы «Хитачи» (Япония).

Полученные нами данные существенно отличаются от данных, изложенных в литературе. Благодаря равномерному снижению уровня почти всех наблюдаемых аминокислот, в том числе с разветвленной цепью (на 40%) и с ароматическим ядром (на 15%), общее коли-

чество аминокислот было снижено на 23%. Выявлено, что КФ достигал критерия ПН только благодаря резкому снижению содержания аминокислот с разветвленной цепью.

Коэффициент Фишера при ПН, развивающейся на фоне гиперкатаболических реакций обменных процессов организма, не отражает состояние печени, а является показателем активности анаэробного неоглюкогенеза в периферических тканях.

Х. А. Силласту — Проблема туберкулеза в Эстонии

За многие годы в Эстонии произошли существенные положительные изменения в заболеваемости, болезненности и смертности от туберкулеза. В статье рассматриваются проблемы эпидемиологии туберкулеза, его диагностики и интеграции с неспецифическими заболеваниями легких, а также перспективы лечения. Эстонская фтизиатрия по существу в настоящее время является фтизиопульмонологической.

Э. Й. Карелсон — О медицинском применении лектинов через 100 лет после открытия рибина

Лектины — это протеины и гликопротеины в основном растительной природы, обладающие свойством избирательного связывания изолированных и конъюгированных углеводов, на чем основывается их способность агглютинировать некоторые типы клеток. Перспективы медицинского применения лектинов включают, во-первых, возможность установления групп и подгрупп крови с выяснением молекулярной структуры групповых веществ, во-вторых — применение фракционирования отдельных популяций лимфоцитов и изучение функционального состояния их иммунных систем, в-третьих — диагностику ранних стадий злокачественной трансформации клеток и установление структурных изменений мембранных глюкоконъюгатов в процессе малигнизации, которые включаются в клеточные механизмы онкогенеза.

Т. П. Аарелейд — Об организации противораковой борьбы в Финляндии

Автор описывает структуру и основные функции Финского противоракового общества, характеризует пути финансирования научных исследований в области онкологии, а также массовых скринингов для раннего выявления злокачественных новообразований среди населения. Приводятся некоторые детали организации противораковой кампании в Финляндии и во всех северных странах, а также сообщения о деятельности Финского противоракового общества по изданию журнала «SYÖPÄ» («Рак»). Автор подчеркивает ценность 50-летнего опыта работы Финского противоракового общества для организации противораковой борьбы в стране.

Л. Эловайнио — Финскому противораковому обществу — 50 лет

Финское противораковое общество — обширная организация народного здравоохранения — было основано с целью понижения социальных потерь от раковых заболеваний.

Автор статьи, генеральный секретарь Финского противоракового общества, выделяет основные сферы деятельности этой организации: 1) санитарно-просветительная работа по проблемам онкологии, 2) раннее выявление злокачественных новообразований путем массовых скринингов (рак шейки матки и молочной железы), 3) лечение и реабилитация онкологических больных (включая терминальное лечение), 4) финансовая поддержка научно-исследовательских проектов по онкологии.

А. Н. Элламаа — Восстановительное лечение или адаптация?

О. С. Баротов, А. К. Йыгисте — Новый клещевой спирохетоз (болезнь Лайма) в Эстонии

Получены первые сведения о пораженности спирохетой *Borrelia burgdorferi* иксодовых клещей на территории Эстонской ССР. Из 95 пастбищных клещей боррелиями были поражены 14 и из 41 таежного клеща — 4. Средняя пораженность исследованных клещей составляла 13,2%, в отдельных районах (Пярну, Тарту) она была значительно выше.

А. П. Тоомела, Б. Н. Адоян, Р. Х. Рейн — Гемигипертрофия

Авторы описывают проявление синдрома частичного гигантизма — левосторонней гемигипертрофии у 7-месячной девочки с характерной клинической картиной (увеличение левой стороны лица, 1/2 языка, руки, ноги и левой почки с умеренной задержкой умственного развития). Приведены также данные исследований, из которых наибольший интерес представляют данные КТ (атрофия мозга лобно-височной области). Рассматриваются вопросы лечения и прогноза по данным литературы.

Подготовка кадров

М.-А. Ф. Рийкъярв — Школьная медицина в Финляндии

В. П. Салупере — Республиканский семинар по вопросам гастроэнтерологической эндоскопии

В. В. Калнин — Конференция по вопросам гигиены и биосферы

Э. Ю. Вейнпалу — Республиканская конференция по вопросам курортологии и физиотерапии, посвященная 150-летию Пярнского курорта

К. Х. Нестрик — XXXIV конференция Эстонского общества санитарных работников

А. А. Холстейн — Совещание «Хроматографические и электрохимические методы исследования в санитарной химии»

В. В. Калнин — Симпозиум «История медицины и медицинские музеи в период перестройки»

А. А. Талихярм — V съезд анестезиологов и реаниматологов Украинской ССР

Р. В. Теэсалу — V Международный симпозиум

Т. А. Аарелейд — VIII совещание онкологов Советского Союза и Финляндии

Л. Э. Трапидо — IV Международная конференция по СПИД-у

М. Э. Микельсаар — Международная конференция «Interlec 10»

М. Э. Микельсаар — I Советско-Американский симпозиум по вопросам применения антибиотиков и гемотерапии

Юбилейные даты

Во врачебных обществах

В. В. Калнин, О. М. Тамм — Эстонскому санитарному контролю 100 лет

1 февраля 1888 г. (по ст. ст.) профессор Й. Г. Драгендорф основал при фармацевтическом институте Тартуского университета одну из первых в России химико-бактериологических лабораторий для обнаружения фальсификации пищевых продуктов и напитков, а также изучения токсичности предметов домашнего обихода (обоев, тканей и т. п.), почвы, воды и пр. Городская управа отпускала из своей кассы 400 руб. в год на приобретение препаратов и содержание ассистента-химика. До 1895 г. было проведено около 2500 анализов различных объектов. В 1892... 1893 гг. в связи с угрозой появления холеры исследовали химически и бактериологически воду 147 колодцев. Были учреждены должности санитарных врачей в Тарту в 1891 г., в Таллинне одна в 1892 г. и вторая в 1906 г. Санитарные врачи начали осуществлять санитарный надзор более систематично. В начале XX в. профессор К. Хаппих стал проводить исследования молока и молочных продуктов в молочном отделении бактериологической станции Ветеринарного института. Анализы ткани, обоев, соды и лимонада на анилин и мышьяк делались в химической лаборатории К. Э. Спонгольца при Лифляндском и Эстляндском мелиоративном бюро. На рубеже столетий в других городах Эстонии возникают сначала частные лаборатории. В Нарве в 1901 г. открывается городская лаборатория, в Таллинне в 1904 г. — городская санитарная лаборатория и в 1906 г. — бактериологическая лаборатория. Были учреждены также должности ветеринарных врачей (в Таллинне, Тарту, Нарве), в обязанности которых входило ис-

следование мяса и мясных продуктов в скотобойнях. В 1907 г. при Тартуской бойне открыли лабораторию, в которой исследовали колбасу, консервы и рыбу. В адресной книге А. Рихтера (1909) это учреждение называется городской химико-бактериологической станцией. Кроме того, имелась санитарная полиция.

В буржуазный период санитарный надзор за изготовлением и продажей пищевых продуктов и напитков осуществлялся санитарным врачом (в Таллинне и Тарту), городским ветеринарным врачом (мясные магазины и колбасные фабрики) и санитарной полицией. В 1928 г. в Тарту при горздравотделе была открыта гигиеническая лаборатория. Лаборатории создавались также в других городах (в Таллинне уже имелась): в 1925 г. — в Пярну, в 1926 г. — в Вильянди и Выру, в 1935 г. — в Тапа и Раквере. В 1940 г. после восстановления Советской власти в Эстонии была создана единая государственная санитарная служба. В настоящее время в республике действуют 23 санэпидстанции, включающие в свой состав и санитарно-бактериологические лаборатории. Для определения остаточных количеств пестицидов и минеральных удобрений созданы межрайонные лаборатории. Эти вещества определяются в лабораториях республиканской, Тартуской городской, Пярнуской, Вильяндиской, Раквереской и Бассейновой санэпидстанций. В 1984 г. в нашей республике впервые в СССР была централизована санитарная служба, которую возглавляет республиканская санэпидстанция.

Некрологи

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the
Ministry of Health of the
Estonian SSR**

No 6 November, December 1988

T. Laks, Ü. Planken, A. Rosenthal, J. Eha, T. Kõöbi — **Immediate and long-term prognosis of myocardial infarction after intracoronary thrombolysis**

119 patients with acute myocardial infarction (MI) were followed up from 4 to 60 months after intracoronary thrombolysis (IT). After an effective IT, 23 patients underwent a successful percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). An effective IT and PTCA improved the contractile function of the left ventricle and reduced hospital death rate from MI. Post-infarction cardiovascular function was better in patients subjected to PTCA, whereas, due to residual stenosis, there were more reinfarctions with reocclusion in the group of patients who had undergone an effective IT only.

A. Levin, T. Listopad — **Clinical and psychological aspects of a close contact between the mother and her sick newborn infant in a neonatological hospital**

The paper presents the results of a study of the influence of constant contact between the mother and her sick newborn infant in a neonatal hospital. It has been found that such a constant diurnal contact facilitates the adaptation of both the mother and the infant and it has a positive effect on the baby's recovery and his or her growth and development.

J. Uibu — **Carcinogenic risk and its reduction during the treatment with amidopyrine and amidopyrine containing drugs**

The carcinogenic risk during the treatment of patients with amidopyrine may be caused by N-nitrosodimethylamine, contaminating amidopyrine-containing drugs, and as a result of an addi-

tional synthesis of this carcinogen in the digestive tract. It is recommended to restrict the treatment of patients with amidopyrine within narrow limits, to administer amidopyrine and amidopyrine-containing drugs with milk and ascorbic acid and to eat miscellaneous food during amidopyrine treatment.

D. Vyzhull, E. Saarnok, R. Markovich — **The treatment of psoriasis with heparin**

37 patients suffering with psoriasis were treated with heparin. The initial dosage was 20 000 units of heparin a day for 6—10 days. Then the dosage of heparine was gradually reduced according to the regression of skin lesions.

It is concluded that heparin is effective in treating psoriasis.

R. Labotkin — **The diagnostic value of Fischer's criterion in hepatic failure due to the hypercatabolic activity of metabolic processes**

The experiments on 40 mongrel rats with hepatic failure due to small intestinal fistulas of medium location were carried out for the assessment of the diagnostic value of Fischer's criterion.

16 unbound amino acids in the animal plasma were studied by ion-exchange chromatography. Hepatic failure due to small intestinal fistules was characterized by the total reduction of amino acids by 25% and by the decrease in the amount of branched chain amino acids by 40% and by the decrease in aromatic amino acids by 15%. Fischer's criterion decreased only due to a dramatic depression of the branched chain amino acids.

It is concluded that Fischer's criterion has no diagnostic value in the hepatic failure due to a hypercatabolic activity of metabolic processes.

H. Sillastu — **The problem of tuberculosis in Estonia**

Over the years essential positive changes in the incidence, prevalence and morbidity of tuberculosis have taken place in Estonia. The article deals with the problems of tuberculosis epidemiology, with its diagnosis and with the current state and future prospects of the inclusion of nonspecific lung diseases in phthisiology. The author points out that at present Estonian phthisiology has already changed into phthisiopulmonology.

E. Karelson — **The medical applications of lectins 100 years after the discovery of ricin**

Lectins are proteins and glycoproteins which selectively bind isolated and conjugated carbohydrates. Through this unique property lectins have a selective cell-agglutinating activity and can be employed as specific tools in medical practice. Firstly, lectins serve as invaluable reagents in the typing of red blood cells and in the identification of their antigen determinant struc-

ture. Secondly, lectins can be used in lymphocyte subpopulation fractionation and in studying their immune system. Thirdly, lectins can be employed in the diagnosis of the transformed cells and in the investigation of structural changes in their surface glycoconjugates.

T. Aareleid — Cancer control in Finland

The author describes the structure and basic activities of the Cancer Society of Finland. The ways of financing the research projects in oncology, and mass-screening are characterized. Some details about anti-cancer campaign in Finland and in all Nordic countries are given, and the author also familiarizes us with the journal of the Cancer Society of Finland — «Syöpä». Special attention is paid to the valuable 50-year experience of the Cancer Society of Finland in organizing country-wide cancer control activities.

L. Elovainio — The 50th anniversary of the Cancer Society of Finland

The Cancer Society of Finland, a large public health organization, was founded for reducing the social losses connected with cancer.

The author, general secretary of the Cancer Society of Finland, gives details of the basic activities of the organization: 1) health education about cancer problems, 2) early detection of cancer by mass-screening (cancer of the uterine cervix and breast), 3) treatment and rehabilitation of cancer patients (including terminal care), and, 4) financial support to the study projects on cancer science.

A. Ellamaa — Rehabilitation treatment or adaptation?

O. Barotov, A. Jõgiste — A new tick spirochaetosis (Lyme disease) in Estonia

The authors present the first data on the spread of the causative agent of Lyme disease — *Borrelia burgdorferi* in Estonia. *Ixodes* ticks infected with *B. burgdorferi* spirochaetes were detected in 6 Estonian districts. The results of the epidemiological studies showed that 14 out of 95 *Ixodes ricinus* samples and 4 out of 41 *Ixodes persulcatus* samples were infected with *B. burgdorferi*. 13.2% of the ticks studied were infected with *B. burgdorferi*.

A. Toomela, B. Adojaan, R. Rein — Hemihypertrophy

The authors describe a 7-month-old girl with typical clinical features of left hemihypertrophy syndrome characterized by an increase in size of the left part of the face, of left half-tongue, of left arm and leg and of left kidney and a moderate mental retardation. CT findings refer to cerebral atrophy in the fronto-temporal region. This rare case of left hemihypertrophy syndrome is discussed in detail (with a comparison with relevant literature data, treatment and prognosis).

Training of personnel

M.-A. Riikjärv — School medicine in Finland

Conferences and meetings

Our heroes of the day

Physicians' societies

V. Kalnin, O. Tamm — The centenary of Estonian sanitary control

One of the first sanitary laboratories in Russia was set up on February 1, 1888 by professor J. G. Dragendorff at the pharmaceutical institute of Tartu University. That laboratory exercised control over adulteration of foods and beverages and carried out tests for the presence of toxic substances in domestic materials such as wall-papers, fabric, soil and water. The town council earmarked 400 roubles a year for the provision of various reagents and for the upkeep of a laboratory assistant. Up to 1895 a total of 2,500 laboratory tests were carried out. In 1892—93 a total of 147 draw-well samples were tested for *Vibrio cholerae*. A body of sanitary doctors (public health inspectors) was created in Tartu (in 1891) and in Tallinn (in 1892). At the beginning of the twentieth century professor K. Happich started monitoring milk and dairy produce at the dairy department of the bacteriological station of the Veterinary Institute. Fabric, wall-paper, soda and lemonade samples were tested for arsenic at K. E. Sponholz's laboratory and at the Livonian and Estonian Bureaus of Melioration. At the turn of the century a number of private laboratories cropped up in other towns of Estonia. In 1901 the town laboratory was set up at Narva, in 1904 the city sanitary laboratory was set up in Tallinn and in 1906 a bacteriological laboratory was set up in Tallinn. Veterinarians in Tallinn, Tartu and Narva exercised hygiene control over meat and meat products in slaughterhouses. In 1907 a laboratory was set up at the Tartu slaughterhouse to exercise control over sausages, canned meat and fish.

According to A. Richter's directory (1909), that establishment was called the city's chemico-bacteriological station. There were also the sanitary police. In 1928, in Tartu, a laboratory of hygiene was set up. Such laboratories were also opened in other towns: at Pärnu in 1925, at Viljandi and Võru in 1926 and at Tapa and Rakvere in 1935. In 1940, after the re-establishment of Soviet rule, a single state sanitary service was created. At present there are 23 sanitary epidemiological stations, including a number of sanitary bacteriological laboratories. An inter-regional laboratory has been set up to determine pesticide residues and mineral fertilizers in the soil. Such laboratories work in Tallinn, Tartu, at Pärnu, Viljandi and Rakvere.

Necrologies

Chronicle

English text edited and translated by E. Saarnok

Nõukogude Eesti Tervishoid

1988

SISUKORD

TEORIA JA PRAKTIKA

Ellamaa, A., Laks, A. — Nimmevalu (soovitusi üldarstile) 95

Figus, A., Papp, I., Vitéz, A., Zsindely, T., Bajtaj, A., Viirmaa, A., Koljak, M., Vaino, A., Lipping, A. — Maovähielsete seisundite jälgimise koostöö tulemused 7

Gorelašvili, G. — Jämesoole topeltkontrasteerimise optimeeritud ja standardiseeritud meetod 12

Halling, T., Järvekülg, L. — Kilpnäärme hormoonide kontsentratsiooni määramise tähtsus türeotoksikoosiga haigete veres ravi toime hindamisel 339

Hint, E., Viirmaa, A. — Rinnavähi profülaktika ning varajase diagnoosimise organisatsioonilised ja metoodilised meetmed 3

Ilus, T., Mikelsaar, R. — Edwardsi ehk 18. kromosoomi trisoomia sündroom 246

Jannus, L., Loit, H.-M. — Aspiiriinist põhjustatud astma 175

Karu E. — Alkoholjoobe kliinilise pildi dünaamika seos etanooli ja metanooli kineetikaga 252

Koha, R., Veinberg, O. — Rasvhüperglobuleemia põletushaigetele 334

Kundla, M., Randmaa, I., Larina, S. — Pikendatud toimeajaga nitraatide võrdlev raviefekt stenokardiahaigetele 325

Kõrge, P., Männik, G., Vigel, E. — Südame isheemiline kahjustus ja seda vähendavad ainevahetuslikud muutused 83

Labotkin, R. — Fischeri koefitsiendi diagnostiline väärtus organismi ainevahetuse hüperkataboolsete protsesside foonil areneva maksapuudulikkuse korral 413

Labotkin, R., Kull, K., Rammul, R. — Sääreluu pahaloomuline adamantinoom 336

Laks, T., Planken, U., Rosenthal, A., Eha, J., Kõöbi, T. — Müokardiinfarkti lähi- ja hilisprognos pärast intrakoronaarset trombolüüsi 403

Lapidus, I., Raud, V. — Reumaatilise põlümüalgia juht 345

Levin, A., Listopad, T. — Ema ja haige vast-sündinu kliinilis-psühholoogiline kontakt neonaatoloogiastatsionaaris 407

Levin, A., Rootsi, H., Borissova, S. — Ema ja vast-sündinu kontakti kliinilis-immunoloogilised aspektid 171

Maaroos, J., Landör, A. — Südame ja veresoonkonna funktsionaalne seisund Tartu suusamaratonist osavõtvatel keskealistel meestel 20

Palm, A. — Piimahammaste raskmetallisaldus 328

Pilv, I. — Ema ja lapse tervise kaitse meditsiinilis-sotsioloogiline aspekt 100

Pototski, A. — Puukentsefaliit Eestis 168

Randmaa, I., Kundla, M., Larina, S. — Kaltsiumi antagonistide antianginaalne raviefekt stenokardiahaigetele 331

Randvere, T., Kreis, A. — Meningioidid ja nende kirurgiline ravi

Raudsepp, J., Rahu, M., Propst, S. — Öpilaste suitsetamislevimus Eestis 1981. aastal 17

Reinvald, A., Anvelt, J., Ott, P. — Elektrokardiograafiline uurimine psühhoneuroloogilises inter-naatkodus 249

Rätsep, S., Lipping, A., Härmat, H. — Kartsinoembrüonaalne antigeen rinnanäärme hea- ja pahaloomuliste protsesside korral 9

Saarma, V. — Neutropeenia korrigeerimine liitiumkarbonaadiga 342

Silla, R., Teoste, M., Ostrat, A., Salijeva, K., Männik, L. — Maardu piirkonna laste tervis 243

Sillam, A. — Kutsekahjustusi traktoristidel 24

Subi, K., Kasesalu, G., Lember, A. — Ägedate respiratoorsete viirushaiguste epideemiade etioloogia Tallinnas aastail 1965...1986 86

Sulling, S., Kroon, M. — Prekordiaalne mäping «infarktiarteri» diagnoosimisel ägeda müokardiinfarktiga haigetele 163

Šor, R., Žukovski, M., Lebedev, K. — Hormonaalsete ja immunoloogiliste näitajate seosed difuusselt toksilist struumat põdevatel lastel 91

Tamme, M., Vaidlo, T. — Adenotoomia osatähtsus laste haigestumise vähendamisel 89

Toots, H., Tšernobrodov, G. — Hüpertooniatõve diagnoosimine äkksurma juhtudel 98

Troitski, I., Veimer, S., Muzōka, V., Verrev, J., Mumma, J., Raju, A. — Farmakokineetilise etanooltesti kasutamise tulemused alkoholismi ja olmejoomarluuse diferentsiaaldiagnoosimisel 177

Uibu, J. — Amidopüriini ja seda sisaldavate ravimite kasutamisega seonduvast võimalikust kantserogeensest ohust ja selle vähendamisest 410

Võžull, D., Saarnok, E., Markovitš, R. — Kaposi sarkoom 104

Võžull, D., Saarnok, E., Markovitš, R. — Psoriaasi hepariinravi 411

ÜLEVAATED

Eha, J. — Südameravi ning selle hind täna ja homme 259

Kapral, H., Malla, V., Subi, V. — Klamüüdiinfektsioon 113

Kapral, H., Subi, V. — Uriini mikroskoopiline uurimine 347

Karelson, E. — Lektiinide meditsiiniline kasutatus 100 aastat pärast ritsiini avastamist 420

Mehilane, L., Meciž, J., Mala, E. — Lapse psühhofarmakoteraapia 181

Noodla, S. — Fagotsüüdid ja aterogenees 106

Nurmand, L. — Organismi kohanemine ravimitega 255

Otter, M., Andres, K. — Kronofarmakoloogia ja kronoteraapia arenguhooni viimasel aastakümnel 190

Peeba, M., Laanoja, J., Serka, T., Eha, J. — Reste-	109
noosiprobleem pärast koronaarangioplastikat . .	
Rahu, M. — Mõjutusuring eksperimentaalses	195
epidemioloogias	
Seppet, E., Kallikorm, A., Mihkelsoo, V. — Laser-	25
meditsiin ja selle perspektiivid Eestis ning NSV	
Liidus üldse	
Seppet, E., Kallikorm, A., Mihkelsoo, V. — Lase-	354
rid bioloogias ja meditsiinis	
Sillastu, H. — Tuberkuloosiprobleem Eestis . .	416
Sulling, S. — Prekordiaalne EKG-kaardistamine	
ägeda müokardiinfarktiga haigetel	31
Tedremaa, M., Talvoja, H. — Nali, naer ja tervis .	264
Teesalu, S., Andres, K. — Kronobioloogiast . .	184

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

Anijalg, E., Kuus, E., Sachris, N. — Ümarmkolde-	268
line kopsupõletik	
Barotov, O., Jõgiste, A. — <i>Morbus Lyme</i> ehk	432
<i>erythema chronicum migrans</i> Eestis	
Eving, S., Kase, K., Valdes, V. — Abdominaalne	357
pseudotuberkuloosne jersinioos	
Lapidus, N., Künnapuu, S., Piel, L. — Primaarse	
generaliseerunud amüloidoozi juht ja sekundaar-	
sest amüloidoozist põhjustatud letaalsuse ana-	
lüüs	359
Levin, A. — Pediaatriline antenataalne patro-	122
naaz	
Lipping, M., Väli, M. — 17 α -hüdroksülaasi puu-	200
dulikkus — adrenogenaalsündroomi harva	
esinev vorm	36
Loogna, B., Talihärm, A., Dmitrijev, L., Versi-	203
nina, G. — Äge intermitteeruv porfüüria	
Nõmm, H., Umanski, S. — Põlveliigese salmonel-	34
loosne bursiit	
Polisar, N., Vallikivi, H. — Keskmise massiga	120
molekulid kui varajane neerude funktsioonihäire	
näitaja	434
Talihärm, A., Dmitrijev, L. — Anafülaktilise šoki	
ravi	117
Toomela, A., Adojaan, B., Rein, R. — Hemihüper-	
troofia	
Vainu, M., Annus, H., Kaik, J. — Äkksurmaga	
lõppenud polümorfne mittepärotsümaalne vent-	
rikulaarne tahhükardia kongestiivse kardiomiö-	
opaatia ainukese sümptoomina	

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Aareleid, T. — Mõnda vähitõrjest Soomes . . .	424
Elovainio, L. — Soome Vähiühing 50-aastane .	427
Roosileht, A. — Maaelanike arstiabi korraldus .	362
Striz, E. — Tutvumas karskustööga põhjanaab-	38
rite juures	
Suurväli, I., Suurorg, L. — Mõtteid uue Tallinna	271
Kesklinna Lastepolikliniku tööst	

MÕTTEVAHETUS

Ellamaa, A. — Taastusravi või kohastumine? . .	430
Raal, A. — Miks rahvameditsiini on vaja uurida?	383
Valdes, V. — Mis saab patoanatoomiast	273

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

Moks, M. — Koliini esteraasi aktiivsuse määra-	40
mine fosfororgaaniliste pestitsiididega kokku-	
puutuvatel töölistel	

SANITAARHARIDUSTÖÖ

Kivilo, M. — Tervisepropaganda muutub koos	125
ajaga	

ARSTITEADUSE AJALOOST

Gustavson, H. — Leid Ambla apteegist	126
Gustavson, H. — Apteekide juubelid 1988. aastal.	287
Gustavson, H. — Täienduseks Tallinna meditsii-	
niajaloole	367
Jents, A., Sibul, S. — Peeter Hellat	364
Kalnin, V., Lövi-Kalnin, M., Lepasaar, E. — Mee-	
dikute seltse Eestis aastail 1919..1944	49
Kalnin, V., Tamm, O. — Eesti sanitaarkontroll	
100-aastane	457
Veinpalu, E. — Pärnu kuurort ja teadustöö . . .	283
Veinpalu, L. — Pärnu kuurort 150-aastane . . .	279

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Aareleid, T. — VII NSV Liidu ja Soome onkolo-	444
ogide nõupidamine	
Adojaan, B. — Esimene Soome ja Eesti endo-	296
krinoloogide ühissümposion	
Allikmets, L. — Konverents «Uute ravimite	128
otsingud»	
Allikmets, L. — Ühine nõupidamine Tartu tervis-	294
hoiu tuleviku üle	
Birk, K. — X üleliiduline konverents keskkonna	373
bioloogilise saastatuse hügieenilise uurimise ja	
tervistavate meetmete väljatöötamise alal . . .	
Birk, K. — Üleliidulise probleemikomisjoni	375
«Keskkonnahügieeni teaduslikud alused» plee-	
num	
Eha, J. — Sümposion «10 aastat ballooniangi-	132
oplastika kasutuselevõttust südamehaiguste ravis».	
Eha, J. — V Euroopa Kardioloogide Seltsi töö-	132
rühmade kongress	
Elštein, N. — Eesti NSV terapeutide VIII kong-	204
ress	
Elštein, N. — Vabariiklik juhtivterapeutide nõu-	297
pidamine	
Holstein, A. — Nõupidamine «Kromatograafil-	442
ised ja elektrokeemilised uurimismeetodid sani-	
taarkeemias»	127
Innos, S. — Eesti NSV akuüroögnökoloogide	
XI kongress	
Jannus, A. — TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja	129
tervishoiuorganisatsiooni kateedri teaduskonve-	
rentsi hügieeni ja keskkonnakaitse alal	
Jannus, A. — Teine üleliiduline seminar tsüklist	130
«Inimese ökoloogia probleemid»	
Jannus, A. — Rahvatervishoiu arengu ökonoomi-	207
liste probleemide alane seminar	
Kadastik, H. — Vabariiklik teaduslik karskus-	129
konverents	
Kahn, H. — Alkoholi- ja narkootikumidevastase	131
propaganda üleliiduline seminar	
Kaik, J. — XIII Saksa DV kardioloogide ja angio-	210
loogide kongress	
Kalits, I. — XXXII Saksamaa Liitvabariigi endo-	375
krinoloogide sümposion	
Kalnin, V. — XV Baltimaade teadusajaloo konve-	44
rents	
Kalnin, V. — VIII TRÜ Ajaloomuuseumi laien-	206
datud sessioon «Teaduslikud ideed, suunad ja	
koolkonnad Tartu Ülikoolis»	
Kalnin, V. — Hügieeni- ja keskkonnakaitse-	440
konverents	
Kalnin, V. — Sümposion «Meditsiiniajalugu ja	442
-muuseumid perestroika perioodil»	
Kard, S. — Läti Farmaeutide Seltsi konverents	373
praktilise farmaatsia uutest suundadest	
Kingisepp, P.-H. — NSV Liidu Teaduste Akadee-	
mia vistseraalsete süsteemide füsioloogia teadus-	

nõukogu istung Tartus teemal «Hingamislihaste väsimus»	128	Värnik, A., Vahing, V. — Sotsialismimaade kohtupsühhaatrite sümposioon	210
Kuiv, R. — Rahvusvaheline oftalmoloogiaalane konverents	47		
Küünarpuu, H. — Rahvusvahelise programmi «Tervis kõigile aastaks 2000» raames tervishoiusüsteemide uurimise alane seminar	377		
Lenzner, A. — IV rahvusvaheline sümposioon «Inimese gastrointestinaalne mikrofloora»	209		
Lenzner, A. — Üleliiduline meditsiinilise primatoloogia konverents	297		
Lövi-Kalnin, M. — VIII üleliiduline stomatoloogide kongress	45		
Mikelsaar, M. — Rahvusvaheline konverents «Interlec 10»	447		
Mikelsaar, M. — Esimene antibiootikumide ning kemoterapia alane Nõukogude ja Ameerika sümposioon	448		
Männiste, J., Tünder, E. — Veresoontekirurgia-alane seminarnõupidamine	372		
Nestrik, K. — XXXIV Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents	442		
Paves, A. — Konverents «Pediaatria aktuaalseid probleeme»	293		
Pilv, I. — Üleliiduline konverents ema ja lapse tervise alal	44		
Priimägi, L. — Üleliiduline konverents teemal «Immunoloogiliste massuuringute metodoloogia ja organisatsioon»	130		
Priimägi, L., Silla, R. — Eesti epidemioloogide, mikrobioloogide, infektsionistide ja hügieenikute V kongress	42		
Riikjärv, M.-A. — Üleliiduline loote ja vast-sündinu intrauteriinse infektsiooni alane seminar	374		
Saarma, J. — Psühhiaatrite rahvusvaheline konverents «Kesknärvisüsteemi plastilisus ja morfoloogia — tänapäeva psühhiaatria probleem»	48		
Saarma, J. — II sotsialismimaade psühhiaatrite kongress	47		
Saks, K. — Üleliidulise probleemikomisjoni «Hingamispuudulikkus, selle diagnoosimine ja ravi» laiendatud pleenum ja hingamishäirete alane konverents	375		
Salupere, V. — Esimene vabariiklik gastroenteroloogilise endoskoopia seminar	440		
Schotter, L. (jun.) — Eesti NSV oftalmoloogide VII vabariiklik konverents	42		
Suurorg, L. — Üleliiduline nõupidamine mitte-infektsioossete haiguste integreeritud profülaktika programmi alal	207		
Talihärm, A. — Ukraina NSV anestesioloogide ja reanimatoloogide V kongress	444		
Teesalu, R. — V rahvusvaheline eikosanoidide alane sümposioon	444		
Trapido, L. — Neljas rahvusvaheline AIDS-i konverents	445		
Vahter, H. — Üleliidulise Dermatoveneroloogide Seltsi juhatuse ning NSV Liidu Meditsiiniakadeemia dermatoveneroloogianõukogu pleenum	46		
Vahula, I. — Elanikkonna tervisliku seisundi uurimise alane seminarnõupidamine	209		
Veinpalu, E. — Jugoslaavia balneoloogia- ja klimatoloogiakongress	47		
Veinpalu, E. — Pärnu kuurordi 150. aastapäevale pühendatud X vabariiklik kurortoloogia- ja füsioteraapiakonverents	441		
Velbri, S. — Üleliiduline sümposioon kasvajate immunoteraapia alal	298		
Viikholm, K. — Ülepoolaline depressiooni psühhoterapia alane seminar	378		
Värnik, A. — Üleliiduline kohtupsühhiaatria-alane nõupidamine	208		
Värnik, A. — Üleliidulise Suitsidoloogiakeskuse seminarnõupidamine	298		
		ARSTIDE SELTSIDES	
		Arak, E. — Tartu Farmatseutide Seltsis	58
		Haavel, A. — Eesti Lastearstide Seltsi ja Saaremaa Arstide Seltsi ühine pleenum	58
		Haavel, A. — Lääne-Eesti arstide seltside nõukogu koosolek	305
		Haavel, A. — Saaremaa Arstide Seltsi konverents «Hingamiselundite haiguste levik ja ravi Saaremaal»	305
		Haavel, A. — Lääne-Eesti arstide seltside nõukogu nõupidamisel Loodnas	307
		Haavel, A. — Saaremaa Arstide Seltsi pidulik koosolek	455
		Innos, S. — Eesti Akušöörigünekoloogide Seltsi laiendatud pleenum ning seminar	378
		Kelk, H. — Tartu Arstide Liit	306
		Kelk, H. — Tartu arstide päev. Tartu arstide päeva deklaratsioon	455
		Kingisepp, P.-H. — Üleliidulise Füsioloogia Seltsi XV kongress	139
		Podar, U. — 30 aastat Tartu Patoanatomide Seltsi	215
		Pöld, M. — IV Lääne-Eesti arstide seltside teaduskongverents	138
		Sillastu, H. — Üleliiduline Ftisiaatrite Seltsi juhatuse laiendatud pleenum	379
		Zobel, P. — Eesti Farmatseutide Seltsi juhatuse VII laiendatud pleenum	138
		Zobel, P. — XXV Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõiduistung	454
		KAADRI ETTEVALMISTAMINE	
		Eha, J. — Uusi meditsiinikandidaate	436
		Jannus, L. — Uus meditsiinikandidaat	437
		Jänes, H. — Uus bioloogiadoktor	211
		Kaasik, A.-E. — Uus meditsiinikandidaat	214
		Kohtla-Järve Meditsiiniikooli 1988. aasta lõpetajad	372
		Levin, A. — Uus meditsiinikandidaat	368
		Loogna N. — Uus meditsiinikandidaat	214
		Lövi-Kalnin, M. — Edvitar Leibur meditsiindoktoriks	123
		Priimägi, L. — Uusi meditsiinikandidaate	60
		Sibul, S. — Uus meditsiinikandidaat	436
		Talihärm, A. — Uus meditsiinikandidaat	278
		Tallinna Meditsiiniikooli 1988. aasta lõpetajad	215, 370
		Tartu Meditsiiniikooli 1988. aasta lõpetajad	215, 371
		Teesalu, R. — Uus meditsiinikandidaat	212
		Truupöld, A. — Uus meditsiinikandidaat	213
		TRÜ arstiteaduskonna 1988. aasta lõpetajad	369
		Vahing, V. — Uusi meditsiinikandidaate	60
		Villako, K. — Uus meditsiinikandidaat	213
		MEIE JUUBILARE	
		Viktor Agudin	451
		Elmar Arak	141
		Ülo Arend	218
		Arvo Haug	220
		Anne Holstein	62
		Arved Jents	292
		Ado Juhasoo	450
		Riina Kalamees	453
		Irina Kalits	140
		Rein Kariis	219

Elmar Karu	217
Anton Kivik	382
Jüri Kool	292
Harri Kruuse	450
Ingrid Laan	452
Elmut Laane	140
Ülo Lepp	61
Feliks Lodeson	381
Ester Luiga	452
Dagmar Luik	451
Vello Lunia	62
Maila Madise	220
Peeter Mardna	453
Rein Männi	381
Jüri Männiste	141
Uno Noorväli	451
Aili Paju	382
Arnold Paroll	218
Valentin Pedak	381
Einart Petermann	219
Enn Püttsepp	141
Olaf Rajavee	62
Aita Roost	291
Väino Rätsep	451
Astrid Saava	219
Raiot Silla	218
Heinart Sillastu	452
Riina Sulaoja	453
Tiina Talvik	292
Maimu Teoste	220
Ants Turo	453
Helju Tälli	61
Artemi Vapra	450
Felix Vinkmann	62
Arkadi Välba	292
Evald Väärt	291

INTERVJUU

NSV Liidu 1987. aasta riiklik preemia haavand- tõve kirurgilise ravi eest	133
Tartu psühhiaater Prahas Karli Ülikoolis	136

MITMESUGUST

Saarma, M. — 1987. aasta Nobeli preemia mediti- siini ja füsioloogia alal antikehade geenide struktuuri selgitamise eest	221
--	-----

VÄLISMAALT

Boston, L. — Keisrinna Auguste-Viktoria maja — ülikooli lastehaigla Lääne-Berliinis	307
Kauba, T. — Teaduslikul lähetusel Austrias	63
Riikjärv, M.-A. — Soome koolimeditisiinist	438

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

Ellamaa, A. — Valusaid mõtteid valuraamatust	302
Gustavson, H. — Märkimisväärne saavutus Läti NSV-s	64
Kivilo, M. — Sanitaarharidustööks vajalik raa- mat	379
Liiv, I. — «Scripta . . .»	148
Looga, R. — Mõningaid märkusi V. Saarma ja V. Salupere raamatu «Hematoloogia» kohta	298
Saarma, V., Salupere, V. — Vastus R. Looga retsensioonile raamatu «Hematoloogia» kohta	301

IN MEMORIAM

Lea Aun 20. III 1923.26. X 1987	68
Johannes Järvekülg 1. XII 1906.14. III 1988	304
Erich Laisaar 5. VII 1913.14. VIII 1987	67
Juho Matsalu 22. VIII 1911.1. VIII 1987	67

Richard Mötsnik 15. VII 1923.4. XI 1987	229
Manfred Mägi 3. IV 1924.12. IX 1988	463
Linda Mäso 2. V 1928.17. X 1987	68
Heinrich Petlem 27. III 1910.14. IX 1988	463
Igor Podolski 20. VIII 1913.25. IV 1988	390
Arnold Pruuli 21. VII 1921.13. I 1988	150
Leo Sauemägi 1. I 1928.23. XII 1987	150
Richard Tootson 11. IX 1922.9. VII 1987	66
Toomas Vapra 23. III 1948.4. VI 1987	66
Agu Viirmaa 11. II 1939.21. III 1988	229
Hans Väre 8. VI 1927.4. IX 1988	462

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

Andres, K., Teesalu, S., Otter, M. — Mõningaid kronomeditsiinis kasutatavaid põhimõisteid ja oskussõnu	225
Laan, I. — Meditsiini-terminoloogia komisjoni juubelikooosolek	147
Laan, I. — Veel kord ametinimetustest	385
Lill, A. — Ajakiri «Tervis» ja eesti meditsiini- terminoloogia kujunemine	143

UUSI RAVIMEID

Mayer, M. — Prostenoon	289
Jürison, A. — Atseminilahas	289
Jürison, A. — Balüüs-2	142
Jürison, A. — Foridoon, morfilong, nitrogranu- longi tabletid	389
Jürison, A. — Nigedaasa, taktiviin	228
Jürison, A. — Sulfatoon	69

KROONIKA . . 70, 151, 230, 310, 390, 464

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välis- maal	74, 154, 235, 449
Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused	75, 235, 314, 394

Nõukogude Eesti Tervishoid

1988

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Выжулл Д. Г., Саарнок Э. Л., Маркович Р. С. — Саркома Капоши	104
Выжулл Д. Г., Саарнок Э. Л., Маркович Р. С. — Лечение псориаза гепарином	411
Горелашвили Г. П. — Оптимизированный и стандартизированный метод двойного контрастирования толстой кишки	12
Илус Т. А., Микельсаар Р. В. — Синдром Эдвардса, или трисомии 18	246
Кару Э. Ю. — О взаимосвязи динамики клинической картины алкогольного опьянения с кинетикой этанола и метанола	252
Коха Р. А., Вейнберг Ы. И. — О жировой гиперглобулемии у обожженных	334
Кундла М. Й., Рандмаа И. Л., Ларина С. А. — Сравнительная оценка эффективности различных нитратов пролонгированного действия у больных стенокардией	325
Кырге П. К., Мяник Г. Н., Вигел Э. Л. — Ишемическое повреждение сердца и метаболические изменения, уменьшающие это повреждение	83
Лаботкин Р. О. — О диагностической значимости коэффициента Фишера при печеночной недостаточности, развившейся вследствие гиперкатаболических состояний обменных процессов организма	413
Лаботкин Р. О., Куль К. Ю., Раммул Р. Р. — Злокачественная адамантинома голени	336
Лакс Т. У., Планкен Ю. Я., Розенталь А. И., Эха Я. Э., Кезби Т. О. — Ближайший и отдаленный прогноз инфаркта миокарда после интракоронарного тромболитиза	403
Липидус И. М., Рауд В. А. — Случай ревматической полимиалгии	345
Левин А. Н., Роотси Х. О., Борисова С. И. — Клинико-иммунологические аспекты контакта матери и новорожденного	171
Левин А. Н., Листопад Т. Н. — Клинико-психологические аспекты контакта матери и больного новорожденного в неонатологическом стационаре	407
Маароос Я. А., Ландырь А. П. — Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у участников Тартуского лыжного марафона среднего возраста	323
Пальм А. Л. — Содержание тяжелых металлов в молочных зубах у детей	20
Пильв И. И. — Медико-социологические аспекты охраны здоровья матери и ребенка	328
Потоцкий А. А. — Клещевой энцефалит в Эстонии	100
Рандвере Т. О., Крейс А. Г. — О менингиомах и их хирургическом лечении	331
Рандмаа И. Л., Кундла М. Й., Ларина С. А. — Антиангинальная эффективность препаратов группы антагонистов кальция у больных стенокардией	168
Раудсепп Ю. Ю., Раху М. А., Пропст С. И. — Распространенность курения среди школьников Эстонии в 1981 г.	17

Рейнвальд А. А., Анвельт Я. А., Отт П. К. — Электрокардиографическое исследование в психоневрологическом доме-интернате	249
Рятсеп С. Р., Липпинг А. А., Хярмат Х. Л. — Раково-эмбриональный антиген (РЭА) при доброкачественных изменениях и раке молочной железы	9
Саарма В. А. — Коррекция нейтропении карбонатом лития	342
Силла Р. В., Теосте М. Э., Острат А. И., Салиева К. И., Мяник Л. Э. — О здоровье детей Маардуского региона	243
Силлам А. Т. — О профессиональных поражениях у трактористов	24
Суби К. Х., Казесаалу Г. С., Лембер А. Э. — Этиология эпидемий острых респираторных вирусных заболеваний в г. Таллине в 1965...1986 гг.	86
Суллинг С. И., Кроон М. Х. — Прекордиальное картирование в диагностике «инфарктной артерии» у больных острым инфарктом миокарда	163
Тамме М. Ф., Вайдло Т. Л. — Понижение детской заболеваемости в результате аденомии	89
Тоотс Х. П., Чернобродов Г. Д. — Диагностика гипертонической болезни в случаях внезапной смерти	98
Троицкий И. Н., Веймер С. А., Музыка В. И., Веррев Ю. Н., Мумма Я. Ю., Раю А. Э. — Результаты использования фармакокинетического теста с этанолом в дифференциальной диагностике алкоголизма и бытового пьянства	177
Уйбу Я. А. — О возможном канцерогенном риске и о снижении его при лечении больных амидопирином и лекарственными препаратами, содержащими амидопирин	410
Фигуш А., Папп И., Витез А., Зсиндели Т., Байтай А., Вийрмаа А. А., Колях М. Т., Вайно А. А., Липпинг А. А. — Результаты кооперативного исследования предраковых состояний желудка	7
Халлинг Т. А., Ярвекояль Л. В. — Практическая ценность определения гормонов щитовидной железы при оценке эффективности лечебного процесса у больных с диффузным токсическим зобом	339
Хинт Э. К., Вийрмаа А. А. — Организационные и методические мероприятия в целях профилактики и раннего выявления рака молочной железы	3
Шор Р. Р., Жуковский М. А., Лебедев К. А. — Гормонально-иммунологические взаимосвязи у детей с диффузным токсическим зобом (ДТЗ)	91
Элламаа А. Н., Лакс А. Э. — Поясничная боль	95
Яннус Л. Э., Лойт Х.-М. Э. — Аспиринзависимая бронхиальная астма	175
ОБЗОРЫ	
Капрал Х. А., Малла В. Я., Суби В. О. — О хламидийной инфекции	113
Капрал Х. А., Суби В. О. — Размышления о микроскопическом исследовании урина	347
Карелсон Э. Й. — О медицинском применении лектинов через 100 лет после открытия	

рицина	420	наших северных соседей	38
Мехилае Л. С., Мециж Я., Мала Э. — О психофармакотерапии ребенка	181	Суурвяли И. Э., Суурорг Л. Э. — О работе новой детской поликлиники в центре г. Таллина	271
Ноодла С. А. — Фагоциты и атерогенез	106	Эловыйно Л. — Финскому противораковому обществу — 50 лет	427
Нурманд Л. Б. — Адаптация к лекарственным средствам	255	ОБМЕН МНЕНИЯМИ	
Оттер М. Я., Андрес К. Х. — Черты развития хронофармакологии и хронотерапии в последнее десятилетие	190	Валдес В. А. — О будущем патологоанатомии	273
Пеэба М. Х., Лааноя Я. В., Серка Т. Т., Эха Я. Э. — Проблема рестеноза после коронарной ангиопластики	109	Раал А. Э. — Целесообразно ли изучение народной медицины?	383
Раху М. А. — Интервенционное исследование в экспериментальной эпидемиологии	195	Элламаа А. Н. — Восстановительное лечение или адаптация?	430
Сеппет Э. К., Калликорм А. П., Михкельсоо В. П. — Лазерная медицина и перспективы ее развития в Эстонии и в Советском Союзе в целом	25	В ПОМОЩЬ ФЕЛЬДШЕРАМ И СЕСТРАМ	
Сеппет Э. К., Калликорм А. П., Михкельсоо В. П. — Лазеры в биологии и медицине	354	Мокс М. А. — Определение активности холинэстеразы у рабочих, соприкасающихся с фосфорорганическими пестицидами	40
Силласту Х. А. — Проблема туберкулеза в Эстонии	416	САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА	
Суллинг С. И. — Прекордиальное ЭКГ-картирование у больных острым инфарктом миокарда	31	Кивило М. Г. — Формы пропаганды здоровья меняются вместе со временем	125
Тедремаа М. Й., Талвоя Х. Г. — Шутка, смех и здоровье	264	ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ	
Теэсалу С. А., Андрес К. Х. — Некоторые вопросы хронобиологии	184	Вейнпалу Л. Э. — Курорту Пярну 150 лет	279
Эха Я. Э. — Лечение заболеваний сердца сегодня и завтра	259	Вейнпалу Э. Ю. — Курорт Пярну и научная работа	283
ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА		Густавсон Х. А. — Находка в Амблаской аптеке	126
Аниялг Э. А., Куус Э. Я., Сахрис Н. Б. — О круглоочаговой пневмонии	268	Густавсон Х. А. — Юбилейные аптеки 1988 года	287
Баротов О. С., Йыгисте А. К. — Новый клещевой спирохетоз (болезнь Лайма) в Эстонии	432	Густавсон Х. А. — Дополнительные данные к истории медицины г. Таллина	367
Вайну М. К., Аннус К. Ю., Кайк Ю. Л. — Полиморфная непароксизмальная желудочковая тахикардия, вызвавшая внезапную смерть, — единственный признак дилатационной кардиомиопатии	117	Йентс А. К., Сибуль С. Ф. — Пеэтер Хеллат	364
Лапидус Н. М., Кюннапуу С. Ю., Пиель Л. Л. — Случай первичного генерализованного амилоидоза и анализ летальности, обусловленной вторичным амилоидозом	359	Калнин В. В., Лыви-Калнин М. О., Лепасаар Э. А. — О медицинских обществах в Эстонии в 1919...1944 гг.	49
Левин А. Н. — Педиатрический антенатальный патронаж	122	Калнин В. В., Тамм О. М. — Эстонскому санитарному контролю 100 лет	457
Липпиг М. Э., Вяли М. О. — Редкая форма адреногенитального синдрома — недостаточность 17 α -гидроксилазы	200	КОНФЕРЕНЦИИ И СОВЕЩАНИЯ	
Лоогна Б. Б., Талихярм А. А., Дмитриев Л. М., Вершинина Г. В. — Острая перемежающаяся порфирия	36	Аарелейд Т. А. — VIII совещание онкологов Советского Союза и Финляндии	444
Нымм Х. Э., Уманский С. Ш. — Гонит, вызванный сальмонеллезной инфекцией	203	Адоян Б. Н. — Первый совместный симпозиум эндокринологов Финляндии и Эстонии	296
Полисар Н. Э., Валликиви Х. А. — Содержание молекул со средней массой как ранний показатель нарушения деятельности почек	34	Алликметс Л. Х. — Конференция «Поиски новых лекарственных средств»	128
Талихярм А. А., Дмитриев Л. М. — О лечении анафилактического шока	120	Алликметс Л. Х. — Совещание медиков на тему «Будущее здравоохранения г. Тарту»	294
Тоомела А. П., Адоян В. Н., Рейн Р. Х. — Гемигипертрофия	434	Бирк К. Ф. — Пленум Всесоюзной проблемной комиссии «Научные основы гигиены окружающей среды»	373
Эвинг С. В., Казе К. Й., Валдес В. А. — Абдоминальный псевдотуберкулезный иерсиниоз	357	Бирк К. Ф. — X Всесоюзная конференция по гигиеническому изучению биологического загрязнения окружающей среды и разработке оздоровительных мероприятий	375
НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ		Бахтер Х. Т. — Пленум Всесоюзного общества дерматовенерологов и совета по дерматовенерологии Академии медицинских наук СССР	46
Аарелейд Т. П. — Об организации противораковой борьбы в Финляндии	424	Вахула И. А. — Семинар-совещание по изучению состояния здоровья населения	209
Роозилехт А. А. — Организация медицинской помощи сельскому населению	362	Вейнпалу Э. Ю. — Съезд по вопросам бальнеологии и климатологии в Югославии	47
Стриж Э. Я. — О работе обществ трезвости у		Вейнпалу Э. Ю. — Республиканская конференция по вопросам курортологии и физиотерапии, посвященная 150-летию Пярнуского курорта	441
		Велбри С. Х. — Всесоюзный симпозиум «Актуальные вопросы иммунотерапии опухолей»	298
		Вийкхольм К. Р. — Всепольский семинар по вопросам психотерапии депрессии	378
		Вярник А. А. — Всесоюзное совещание по су-	

дебной психиатрии	208	рениция по проблемам дыхательной недоста-	375
Вярник А. А. — Всесоюзный семинар-совещание Суицидологического центра	298	Салупере В. П. — Республиканский семинар по вопросам гастроэнтерологической эндоскопии	440
Вярник А. А., Вахинг В. А. — Симпозиум судебных психиатров социалистических стран	210	Суурорг Л. Э. — Всесоюзное совещание по разработке программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний	207
Иннос С. С. — XI съезд акушеров-гинекологов Эстонской ССР	127	Талихярм А. А. — V съезд анестезиологов и реаниматологов Украинской ССР	444
Кадастик Х. Й. — Республиканская научная конференция по вопросам трезвости	129	Теззалу Р. В. — V Международный симпозиум	444
Кайк Ю. Л. — XIII съезд кардиологов и ангиологов ГДР	210	Трапидо Л. Э. — IV Международная конференция по СПИДу	445
Калитс И. А. — XXXII симпозиум эндокринологов Федеративной Республики Германии	375	Холстейн А. А. — Совещание «Хроматографические и электрохимические методы исследования в санитарной химии»	442
Калнин В. В. — XV конференция прибалтийских стран по истории науки	44	Шоттер Л. Л. — VII Республиканская конференция офтальмологов Эстонской ССР	42
Калнин В. В. — VIII расширенная сессия Исторического музея ТГУ «Научные идеи, направления и школы в Тартуском университете»	206	Эльштейн Н. В. — VIII съезд терапевтов Эстонской ССР	204
Калнин В. В. — Конференция по вопросам гигиены и биосферы	440	Эльштейн Н. В. — Республиканское совещание терапевтов	297
Калнин В. В. — Симпозиум «История медицины и медицинские музеи в период перестройки»	442	Эха Я. Э. — Международный симпозиум по коронарной ангиопластике	132
Кард С. Х. — Конференция латышского общества фармацевтов, посвященная новым направлениям практической фармации	373	Эха Я. Э. — V конгресс Европейского общества кардиологов	132
Кахи Х. А. — Всесоюзный семинар по противоалкогольной и противонаркотической пропаганде	131	Яннус А. Э. — Международный семинар по экономическим проблемам народного здравоохранения	129
Кингисепп П.-Х. Г. — Заседание ученого совета по физиологии висцеральных систем Академии наук СССР	128	Яннус А. Э. — II Всесоюзный семинар «Проблемы экологии человека»	130
Куйв Р. В. — Международная конференция по проблемам офтальмологии	47	Яннус А. Э. — Семинар по экономическим проблемам развития народного здравоохранения	207
Кююнарпу Х. У. — Семинар по проблемам изучения систем здравоохранения в рамках международной программы «Здоровье всем к 2000-му году»			
Ленцнер А. А. — IV Международный симпозиум «Гастроинтестинальная микрофлора человека»		ВО ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ	
Ленцнер А. А. — Всесоюзная конференция по медицинской приматологии	377	Арак Э. Х. — В Тартуском обществе фармацевтов	58
Льви-Калнин М. О. — VIII Всесоюзный съезд стоматологов	209	Иннос С. Х. — Расширенный пленум и семинар Эстонского общества акушеров-гинекологов	378
Микельсаар М. Э. — Международная конференция «Interlec 10»	297	Келк Х. Д. — Союз тартуских врачей	306
Микельсаар М. Э. — I Советско-Американский симпозиум по вопросам применения антибиотиков и гемотерапии	45	Келк Х. Д. — Союз тартуских врачей	455
Мянисте Ю. Э., Тюндер Э. О. — Семинар-совещание по хирургии вен	447	Кингисепп П.-Х. Г. — XV съезд Всесоюзного физиологического общества	139
Нестрик К. Х. — XXXIV конференция Эстонского общества санитарных работников	448	Подар У. Я. — 30 лет Обществу патологоанатомов г. Тарту	215
Павес А. Э. — Научно-практическая конференция на тему «Актуальные проблемы педиатрии»	372	Пылд М. А. — VI научная конференция врачей обществ Западной Эстонии	138
Пильв И. Й. — Всесоюзная конференция по вопросам охраны здоровья матери и ребенка	448	Силласту Х. А. — Расширенный пленум правления Всесоюзного общества фтизиатров	379
Приймаги Л. С. — Всесоюзная конференция «Методология и итоги иммунологических массовых обследований»	442	Хаавель А. А. — Объединенный пленум Общества детских врачей Эстонии и Сааремааского врачебного общества	58
Приймаги Л. С., Силла Р. В. — V съезд эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов Эстонии	293	Хаавель А. А. — Конференция Сааремааского врачебного общества «Распространение и лечение болезней органов дыхания на Сааремаа»	305
Рийкъярв М.-А. Ф. — Всесоюзный семинар «Внутриматочная инфекция плода и новорожденного»	44	Хаавель А. А. — Заседание Совета врачебных обществ	305
Саарма Ю. М. — II съезд психиатров социалистических стран	130	Хаавель А. А. — Совещание совета врачебных обществ Западной Эстонии в Лоодна	307
Саарма Ю. М. — Международная конференция по биологической психиатрии	42	Хаавель А. А. — Торжественное собрание Сааремааского врачебного общества	455
Сакс К. К. — Расширенный пленум Всесоюзной проблемной комиссии «Дыхательная недостаточность, диагностика и лечение» и конфе-	374	Цобель П. К. — VII расширенный пленум правления Общества фармацевтов Эстонской ССР	138
	47	Цобель П. К. — XXV выездное заседание Эстонского общества фармацевтов	454
	48	ПОДГОТОВКА КАДРОВ	
		Вахинг В. А. — Новые кандидаты медицинских наук	60

Виллако К. П. — Новый кандидат медицинских наук	213	Элламаа А. Н. — Горькие мысли о книге о боли	302
Каасик А.-Э. А. — Новый кандидат медицинских наук	214	НЕКРОЛОГИ	
Левин А. Н. — Новый кандидат медицинских наук	368	Леа Аун 20. III 1923...26. X 1987	68
Ллогна Н. А. — Новый кандидат медицинских наук	214	Тоомас Вапра 23. III 1948...4. VI 1987	66
Льви-Калнин М. О. — Новый кандидат медицинских наук	123	Агу Вийрмаа 11. II 1939...21. III 1988	229
Окончившие Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1988 г.	372	Ханс Вяре 8. VI 1927...4. IX 1988	462
Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1988г.	369	Эрих Лайсаар 5. VII 1913...14. VIII 1987	67
Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1988 г.	370	Юхо Матсалу 22. VIII 1911...1. VIII 1987	67
Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1988 г.	371	Рихард Мытсник 15. VII 1923...4. XI 1987	229
Приймги Л. С. — Новые кандидаты медицинских наук	60	Манфред Мяги 3. IV 1924...12. IX 1988	463
Сибуль С. Ф. — Новый кандидат медицинских наук	436	Линда Мясо 2. V 1928...17. X 1987	68
Талихярм А. А. — Новый кандидат медицинских наук	278	Хейнрих Петлем 27. III 1910...14. IX 1988	463
Теэсалу Р. В. — Новый кандидат медицинских наук	212	Игорь Подольский 20. VIII 1913...25. IV 1988	390
Труупылд А. Ю. — Новый кандидат медицинских наук	213	Арнольд Пруули 21. VII 1921...13. I 1988	150
Эха Я. Э. — Новые кандидаты медицинских наук	437	Лео Саузмаяги 1. I 1928...23. XII 1987	150
Янес Х. Я. — Новый доктор биологических наук	211	Рихард Тоотсон 11. IX 1922...9. VII 1987	66
Яннус Л. Э. — Новый кандидат медицинских наук	437	Йоханнес Ярвекюльг 1. XII 1906...14. III 1988	304
ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ 61, 140, 217, 291,	381, 450	ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ	
ИНТЕРВЬЮ		Андрес К. Х., Теэсалу С. А., Оттер М. Я. — О некоторых понятиях и терминах, используемых в хрономедицине	225
Доцент Л. Мехилане ознакомился с системой психиатрического и наркологического обучения и специализацией в пражском Карловом университете	136	Лаан И. А. — Юбилейное заседание комиссии медицинской терминологии	146
Профессор У. Сибуль — лауреат Государственной премии СССР	133	Лаан И. А. — Еще раз о наименованиях должностей	385
РАЗНОЕ		Лилль А. С. — Журнал «Тервис» и формирование эстонской медицинской терминологии	143
Саарма М. Ю. — Нобелевская премия по физиологии и медицине в 1987 году присуждена за работы по структуре генов антител	221	НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
ЗА РУБЕЖОМ		Мауэр М. Я.-Р. — Простенон	289
Бостон Л. Я. — Дом императрицы Аугусты-Виктории — университетская детская больница в Западном Берлине	307	Юрисон А. Я. — Бализ-2, томицид	142
Кауба Т. Ф. — Научная командировка в Австрию	63	Юрисон А. Я. — Нигедаза, тактивин	228
Рийкъярв М.-А. Ф. — Школьная медицина в Финляндии	438	Юрисон А. Я. — Раствор ацемина	289
КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ		Юрисон А. Я. — Таблетки сульфатона	69
Густавсон Х. А. — Выдающееся достижение в Латвийской ССР	64	Юрисон А. Я. — Форидон, морфилонг, нитрогранулонг таблетки покрытые оболочкой	389
Кивило М. Г. — Книга, необходимая в санитарно-просветительной работе	379	ХРОНИКА 70, 151, 230, 310, 390, 464	
Лийв И. Т. — «Scripta...»	148	Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати	74, 154, 235, 449
Лоога Р. Ю. — Несколько замечаний по поводу книги В. Саарма и В. Салупере «Гематология»	298	Законченные исследования ученых Эстонской ССР	75, 235, 314, 394
Саарма В. А., Салупере В. П. — Ответ Р. Лоога на его рецензию на книгу «Гематология»	301		

LUGUPEETUD MEDITSIINITÖÖTAJAD!

**Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu
soovitab järgmisi ajakirju:**

**American Journal of Cardiology (New York)
American Journal of Diseases of Children
(Chicago)
American Journal of Ophthalmology (Chicago)
American Journal of Roentgenology (Baltimore)
American Review of Respiratory Disease
(New York)
Der Anaesthetist (Berlin)
Anesthesia and Analgesia (Cleveland)
Archives of Disease in Childhood (London)
Archives of Internal Medicine (Chicago)
Archives of Neurology (Chicago)
Archives of Surgery (Chicago)
British Heart Journal (London)
British Journal of Clinical Practice (London)
British Journal of Diseases of the Chest (London)
British Medical Journal (London)
Burns, including thermal injury (Bristol)
Cancer (Philadelphia)
Cardiovascular Research (London)
Current Contents (Philadelphia)
Deutsche Medizinische Wochenschrift (Stuttgart)
European Journal of Cancer and Clinical Oncology
(Oxford)
Gastroenterology (New York)**

(Järgneb)



CARSIL

Sünonüüm: Legalon

Ravimi toimeaineks on silimariin, mida saadakse korvöeliste sugukonda kuuluvast maarjaohakast (*Silybum marianum compositae*). Preparaat toimib maksarakkude membraane stabiliseerivalt, kaitstes maksa kahjulike mõjude eest ja taastades kahjustatud rakke.

Ravim on näidustatud ägeda ja kroonilise hepatiidi, maksadüstroofia ja -tsirroosi, maksa rasvväärastuse, maksatalitluse mürgitusjärgsete häirete korral.

Pakendis 80 35-milligrammist tabletti.

Hind 4 rubla 2 kopikat.

Toodetakse Bulgaaria RV-s.