



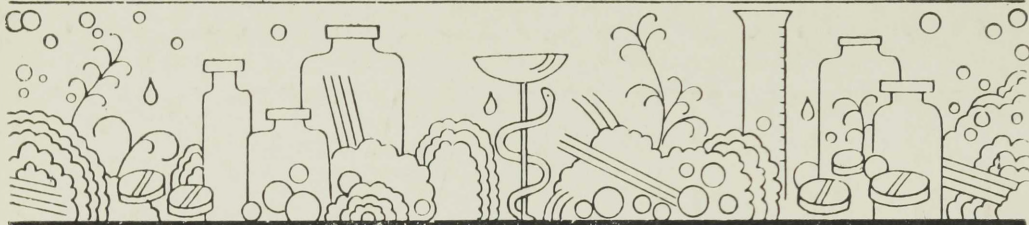
ISSN 0134—2350

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5 • 1980



MAGURLIT

Magurliit lahustab uraatkongremente neerudes ja kuseteedes ning takistab nende uuesti tekkimist. Pakendis on 100 polüetüleenkotikest à 2 g. Toodetakse Ungari RV-s.

SOLURAN

Soluraan on uraatkongrementide lahustamise vahend, mida võivad kasutada ka suhkruhaiged. Pakendis 300 g graanuleid. Toodetakse Bulgaaria RV-s.

BLEMAREN

Blemareeni kasutatakse kusi happelise urolitiaasi profülaktikaks ja konservatiivseks raviks. Sobib pikaajalisteks ravikuurideks ka suhkruhaigetele. Pakendis 200 g graanuleid. Toodetakse Saksa DV-s.

SISU

S. Ahelik — EKP tegevus sotsiaal-kindlustuse ja tervishoiu alal 323

TEORIA JA PRAKTIKA

E. Leibur — Embrüonaalsete hamba algete diferentseerumine koekultuuris 326

S. Russak, T. Vihalemm, I. Kalits — Suhkruhaigete sülje alfa-amülaasi ja happelise fosfataasi aktiivsus seoses hambakaariesega 330

M. Lövi — Kaasasündinud näolõhede mikrovormid 332

S. Hanstein, A. Stamberg — Kaasasündinud huul lõhede kirurgiline ravi Millardi meetodil 337

E. Beltsikov, T. Lazarenko, E. Kask-Sarv — Parodontoosihaigete dünaamiline immunoloogiline uurimine 339

A. Müür — Tugi proteesid hammaste kaare defektide ravis 340

N. Vihm — Hambakaariese levimus ja intensiivsus Eesti NSV asulate lastel ja noorukitel 342

S. Maramaa — Infektsioosse müokardiidi diferentsiaaldiagnoosimine 345

M. Teoste, R. Silla — Suguhormoonide eritus sugulise küpsemise perioodil 348

M. Ehvest — Klebsiellabakterite põhjustatud soolepõletikud 350

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

J. Saarma — Meditsiini töötajate tegevuse kutse-eesilisi aspekte 354

OLEVAATED

R. Birkenfeldt — Rehabilitatsiooni põhimõtted ja vahendid 358

M. Roosalu, I. Freiberg — Inimese segasülje biokeemiast 361

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

S. Hanstein — Stomatoloogilise abi organisatsioon Eesti NSV-s 363

L. Barõševa, L. Voronina, M. Levin — Stomatoloogide tööd iseloomustavad sotsiaalsed ja olmetegurid 365

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

I. Maaroo — Arstiteaduse doktor Koit Ester 367

TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1980. a. 368

Tallinna Meditsiini kooli lõpetajad 1980. a. 369

Tartu Meditsiini kooli lõpetajad 1980. a. 370

Kohtla-Järve Meditsiini kooli lõpetajad 1980. a. 371

UUSI TERVISHOIU ASUTUSI

V. Laos — Tallinna Kiirabihaigla alustas tööd 371

ARSTITEADUSE AJALOOST

S. Russak, M. Lövi, N. Vihm — Stomatoloogiaalasest õppe- ja teaduslikust tegevusest Tartu Riiklikus Ülikoolis 375

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

M. Saag — TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri 40. ning Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi ja Tartu Stomatoloogide Teadusliku Seltsi 25. aastapäeva tegevusele pühendatud koosolek 379

E. Kask-Sarv — Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinikute stomatoloogide konverents 379

L. Tamm — Teaduslik-praktiline konverents «TRÜ lõpetanud lastearstid Eesti NSV laste tervise kaitsel» 380

N. Elstein — Eesti NSV terapeutide ülevabariigiline nõupidamine 380

J. Karusoo — Nõelraviarstide nõupidamine 381

I. Veldre — Keskkonnahügieeni teaduslike aluste käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja vee-kogude sanitaarkaitse sektsiooni väljasõidupileenum 381

ARSTIDE SELTSIDES

N. Elstein — Eesti NSV Terapeutide Seltsi pleenum 382

J. Karusoo — Vabariikliku Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi ja Soome Tuberkuloositõrje Assotsiatsiooni ühine koosolek 382

A. Haavel — Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi koosolek 383

MEIE JUUBILARE

Valdek Ritslaid, Helgi Vadi, Salva Gulordava, Virve Kask, Eha Luik, Rein Põluma, Leo Pokk 384

MITMESUGUST

V. Laos — Nõukogude Eesti preemia uute uurimismeetodite eest gastroenteroloogiapraktikas 386

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Apilakisalv, barbovaal, riboksiin 390

KROONIKA 391

Artiklite venekeelsed resümeeid 394

Artiklite ingliskeelsed resümeeid 398

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Toimetuse kolleegium

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

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 25. VII 1980. Trükkimisele antud 23. IX 1980. Trükiarv 5900. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 8,55. Tell. nr. 2635. MB-08813. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

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

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

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

60 aastat Eestimaa Kommunistliku Partei loomisest

EKP TEGEVUS SOTSIAALKINDLUSTUSE JA TERVISHOIU ALAL

SALME AHELIK · TALLINN

Eestimaa bolševistlik organisatsioon tekkis ja arenes kui üks paljusid Venemaa Sotsiaaldemokraatliku Töölispartei osi. Oma arengus tekkimisest kuni Kodusõjani ning välismaise intervent-sioonini läbis ta needsamad perioodid ja etapid, mis olid omased kogu Nõu-kogude Liidu Kommunistlikule Par-teile. Koos parteiga hakkasid Eesti bolševikud pärast Oktoobrirevolutsiooni võitu sotsialismi üles ehitama. Kui sakslased 1918. aasta veebruaris Eesti okupeerisid, said bolševistlikud orga-nisatsioonid tegutseda vaid illegaalselt ning vastavalt sellele tuli kogu töö ümber korraldada. Revolutsioonijõu-dude koondamisel ja ühtse võitlustak-tika väljatöötamisel etendas olulist osa Eesti parteiorganisatsioonide konve-rents, mis tuli kokku 16. novembril 1918. a. Tallinnas. Eesti töötajate revo-lutsioonilise võitluse juhtimiseks valis konverents Kommunistliku Partei Eesti Keskkomitee, millesse kuulus viis lii-get. Sisuliselt tähendas konverents Eestimaa Kommunistliku Partei konsti-tueerimise algust. 1918. a. novembris rajati Saksa okupantidelt Eesti kodan-lusele riigivõimu üleandmise lepingu alusel faktiliselt ka kodanlik Eesti riik.

V. I. Lenin kirjutas juulis 1920, et «...lähtudes rahvusvahelise proletaar-se liikumise seisukohalt, on käesoleval

momendil kommunistlike parteide pea-miseks ülesandeks killustatud kommu-nistlike jõudude ühteliitmine, igal maal ühtse kommunistliku partei loomine (või juba olemasoleva partei kindlusta-mine ja uuendamine), et kümnekordis-tada tööd proletariaadi ettevalmistami-sel riigivõimu vallutamiseks ja see-juures võimu vallutamiseks just pro-letariaadi diktatuuri näol» (1). See sai ka Eesti parteiorganisatsiooni peaüles-andeks, sest 1920. aasta 2. veebruaril sõlmiti Tartus rahu Nõukogude Vene-maa ja kodanliku Eesti vahel ning nüüdsest peale tuli kommunistidel hakata tegutsema teistsugustes tingi-mustes. Uus olukord ja sellest tulene-vad ülesanded, mis Venemaa Kommu-nistliku (bolševike) Partei ülesanne-test täielikult erinesid, nõudsid Eesti kommunistliku organisatsiooni eraldu-mist VK(b)P-st ning Eestimaa Kommu-nistliku Partei loomist. Selle ülesande lahendaski EKP I kongress. Kongressil, mis toimus illegaalselt 5. novembril 1920. a. Tallinnas (2), võeti vastu Eesti-maa Kommunistliku Partei programm ja põhikiri ning määrati kindlaks Eesti töörahva partei ümber koondamise taktika. Vastavalt Kominterni struktuu-rile otsustati parteid nimetada Eesti-maa Kommunistlikuks Parteiks. Kong-ress viis lõpule Eestimaa Kommunist-liku Partei kui III Internatsionaali ühe sektsiooni konstitueerimise.

Lähtudes klassivõitluse üldiste tingi-muste muutumisest, on EKP ajaloos periodiseeritud järgmised võitlusetapid: aastad 1920...1924, 1925...1929, 1930...1934, 1934...1939, 1939...1940. Kõigile neile etappidele oli ühine par-tei peamine eesmärk — nõukogude võimu taaskehtestamine ja sotsialist-liku ühiskonna kättevõitmine.

Igal etapil püüdis EKP, hoolimata vahel väga rasketest organisatsioonilis-est tingimustest, luua tihedaid side-meid rahvahulkadega, aidata töörahval formuleerida oma nõudmisi, organisee-rida võitlust nende nõudmiste realisee-rimise eest (3).

Üks olulisi nõudmisi selles võitluses

oli ka riikliku sotsiaalkindlustuse siseseadmine. Materiaalne kindlustatus vanaduses, haigestumise ja invaliidsuse korral ning kättesaadav arstiabi — need on tööliklassi tavalised võitlusloosungid kapitalistlikus ühiskonnas. Kui EKP I kongressi dokumentides rõhutati, et alles pärast kapitalistliku korra kukutamist avaneb proletariaadil võimalus täiel määral ellu viia oma nõudmised sotsiaalkindlustuse ja töökaitse alal, s. t. põhiraskus asetati abinõudele, kuidas korraldada sotsialistliku ühiskonna rajamist pärast sotsialistliku revolutsiooni võitu, siis 1921. aastal toimunud EKP II kongressil oli kesksel kohal võitlus töörahva osaliste nõudmiste eest — nende olukorra parandamine eest kapitalismi tingimustes. Nii rõhutati kongressil vastuvõetud manifestis «Eesti töörahvale», et partei lähim ülesanne on võidelda töörahva igapäevaste nõudmiste elluviimise eest, võidelda selle eest, et kõik palgatöölised kindlustataks ettevõtjate kulul vanaduse, töövõimetuse, tööpuuduse, haiguste ja emaks saamise puhuks, kusjuures kindlustusasuutuste juhtimine peab olema täielikult töötajate endi käes (4). Töörahva osalised nõudmised, mille oli kongress heaks kiitnud, said aluseks Töörahva Ühise Väerinna 12 nõudmisele, mis avaldati 1922. aasta jaanuaris ja millega ühinesid rohkearvulised töölisorganisatsioonid.

Eesti töörahva aktiivne võitlus nõudmiste ellurakendamise eest sundis ka Riigikogu uuesti käsile võtma 1919. aastal Asutavas Kogus arutusel olnud «Haiguste vastu ja emade kinnitamise seaduse» eelnõu. Selles nähti ette kõigi töötajate, välja arvatud juhutööliste, haiguskindlustus, kusjuures kindlustusmaksud tulnuks tasuda ettevõtjail. Et revolutsioonilise töölisliikumise surve ei julgenud Riigikogu seaduseelnõu tagasi lükata, võeti kasutusele venitamistaktika ning seaduseelnõu hakkas rändama ühest Riigikogu komisjonist teise. Kui see 1924. aasta oktoobris «Haiguskindlustusseaduse» nime all lõpuks Riigikogule arutamiseks esitati,

oli seda vahepeal niivõrd muudetud, et selle vastuvõtmine oleks kehtiva haiguskindlustusseadusega võrreldes tähendanud suurt tagasiminekut. Seaduseelnõu teravik oli suunatud haigekassade omavalitsuse vastu. Teatavasti olid kodanliku Eesti tööstustöötajad haiguste puhuks kindlustatud haigekassades. Haigekassad olid tööliste organisatsioonid ja seaduste piires oli haigekassadesse kuulunud töötajail õigus ilma ettevõtjateta korraldada haigekassade tegevust. Eelnimetatud seaduse projekt nägi aga ette $\frac{1}{3}$ haigekassa volinike ja juhatuseliikmete kohtade loovutamise ettevõtjaille.

Ka järgmistel kodanliku diktatuuri aastatel arutati Riigikogus ja selle komisjonides mitut haiguskindlustusseaduse eelnõu, kuid arutamisest kaugemale ei jõutudki.

Seoses 1924. aasta 1. detsembri töörahva relvastatud ülestõusu mahasurumisega muutus EKP organisatsiooniline olukord äärmiselt komplitseerituks. 1926. aasta novembris toimus EKP konverents, kus pöörati suurt tähelepanu legaalse ja illegaalse töö ühendamisele ning partei ülesannetele võitluses töörahva osaliste nõudmiste eest (3).

Tähtsaks sündmuseks revolutsioonilise töölisliikumise ajaloos on EKP 1929. aasta jaanuarikonverents — seal võeti vastu EKP uus programm. 1920. aasta programmist erinevalt fikseeriti ka EKP nõudmised parandada töörahva olukorda. Programmi sotsiaalkindlustuse osas märgiti: «Võitlus kõigi linna ja maa tööliste ja teenijate ärakinnitamise eest riigi ja ettevõtjate kulul kõigiks juhtumisteks, kus kinnitatu töövõimeline ei ole, tööta on, ehk surma saab (kinnitamine haiguse, tööpuuduse, surma, vanaduse, invaliidsuse jne. vastu) — kusjuures abiraha ei tohi väiksem olla vastavast palgaalammäärast. Täielik tööliste ja teenistujate omavalitsus kinnituskassades» (5). Samuti nägi programm ette võidelda selle eest, et kõigile töötajatele nii linnas

kui ka maal võimaldataks tasuta arstiabi, ravimeid jne.

Aastaist 1934...1935 alates hakkas EKP haigekassade tööle suurt tähelepanu pöörama. Nii rõhutati EKP 1934. aasta augustikonverentsil vajadust haigekassade tööd intensiivistada, samas kutsuti olema valvel, et kapitalistidel ei läheks korda likvideerida haigekassade omaavalitsust, nagu see oli juhtunud Lätis. Partei konverentsil vastu võetud resolutsiooni kohaselt oli üks partei ülesandeid töötajate mobiliseerimine võitluseks kodanluse pealetungimise vastu, palkade tõstmise, sotsiaalkindlustuse kehtestamise ja töötingimuste parandamise eest (6). Haigekassade tööliste ühisesse võitlusesse kaasa-tõmbamise vajadust rõhutati ka 1935. aasta EKP oktoobripleenumil.

EKP intensiivistaski võitlust haigekassade oma mõju alla saamiseks. Tihe-nesid haigekassade ja ametiühingute sidemed. Haigekassa volinikeks ja juhatuse liikmeiks valiti tavaliselt töö- lised, kes samal ajal olid töölisvanemad või võtsid osa ametiühingu tööst.

Kodanliku Eesti suurimaks töölis-organisatsiooniks oli Tallinna Ühine Haigekassa. Koos perekonnaliikmetega kuulus 1940. aasta sotsialistliku revolutsiooni eel haigekassasse ligikaudu 54 000 inimest. Haigekassal oli oma haigla, polikliniik, apteek, eriravikabi- netid. Peale selle oli tal 1930-ndate aastate lõpuks välja kujunenud tugev ja stabiilne meditsiinitöötajate kaader. Tallinna Ühise Haigekassa edusammud töötajate tasuta arstiabi korraldamisel olid võimalikud vaid seetõttu, et Eesti töörahvas EKP juhtimisel suutis ener- gilise võitluse tulemusena tagasi tõr- juda kapitalistide rünnakud haigekassa omaavalitsuse vastu.

Tallinna Ühises Haigekassas valitses kolmekümnendate aastate teisel poolel ühisrinde vaim. Seetõttu leidsid ka mitmed 1938. aasta mais vanglast vaba- nenud poliitvangid-kommunistid töö- koha haigekassas. Aastail 1938...1940 töötasid Tallinna Ühises Haigekassas kas lühemat või pikemat aega järgmised

kommunistid: Aleksander Resev, Leon- tine Vels (Resev), Juliana Telman, Ludmilla Ausman, Johannes Lauristin, Olga Künnapuu (Lauristin), Leonhard Klaaser, Oskar Sepre, Herman Arbon, Luise Hari, Leena Laid-Parker, Kata- rina Padrik, Aliide Silberg, Salomonია Telman, Emmeline Toming (Arbon), Rosalie Veltson, Arnold Brenner. 1940. aasta sotsialistliku revolutsiooni eel kuulus EKP Tallinna organisatsiooni umbes 60 kommunisti. Seega üle 25 protsendi neist töötas Tallinna Ühi- ses Haigekassas. Kommunistidel kuju- nes hea kontakt teiste haigekassa töö- tajate ja juhatuse liikmetega. Igapäe- vaste tööülesannete täitmine andis haigekassa töötajatele soodsad võima- lused sidemete pidamiseks enamiku Tallinna ettevõtete töölistega. See või- maldas kasutada legaalsel organisat- siooni ka illegaalse töö huvides. Mitte juhuslikult ei valitud EKP 1940. aasta aprillikonverentsi kohaks haigekassa majas elanud H. Arboni korter. Olid ju EKP Illegalse Büroo kuuest liik- mest kolm (J. Lauristin, H. Arbon ja O. Sepre) ametis Tallinna Ühises Hai- gekassas.

Seda silmas pidades on täiesti loo- mulik, et Tallinna töörahva revolutsioonilises väljaastumises 21. juunil 1940 etendasid juhtivat osa haigekassa juhatuse ja revisjonikomisjoni liikmed ning paljud haigekassa teenistujad. Töötamine Tallinna Ühises Haigekassas ametnikuna või valituna haigekassa juhtivaisse organeisse oli töötajatel heaks organisatsiooniliseks kooliks. Need igapäevases töös omandatud kogemused aga olid väga vajalikud siis, kui Eesti töörahvas asus ise riiki valit- sema ja oma elu korraldama. Kui 14. ja 15. juulil toimusid Eestis Riigivoli- kogu uue koosseisu valimised, siis 80 valitud saadikust olid 12 endised haige- kassa töötajad või kuulusid selle vii- masesse juhatusse.

Pärast nõukogude võimu taaskehtes- tamist edutati Tallinna Ühises Haige- kassas töötanud arstidest A. Meerits ja A. Reiman Eesti NSV Tervishoiu Rah-

vakomissariaadi osakonnajuhatajateks, E. Tare tervishoiu rahvakomissari ase-täitjaks. Mitu haigekassas töötanud arsti (K. Pärn, J. Roostalu, J. Liin, J. Nurmand, P. Teas jt.) nimetati Tal-linna haiglate ja teiste raviasutuste juhatajateks.

21. juulil kuulutati Eesti Nõukogude Sotsialistlikuks Vabariigiks ja 6. augus-til võeti ta NSV Liidu koosseisu. Sel-lega taaskehtestati Eestis nõukogude võim ja Eesti asus sotsialismi ülesehi-tamise teele. Algas ka tervishoiusüs-teemi reorganiseerimine.

Eestimaa Kommunistliku Partei juh-timisel õigeaegselt tehtud ettevalmistu-sed, vanemate liiduvabariikide rikkali-kud kogemused ja abi ning meditsiini-töötajate aktiivne kaasalöömine võimal-dasid Eestis kehtestada riikliku sotsi-aalkindlustuse ja tasuta arstiabi juba 1940. aasta novembris. Eesti NSV Aju-tise Ülemnõukogu Presiidiumi seadlu-sega 24. novembrist 1940 kuulusid riik-likule sotsiaalkindlustusele töölisel ja teenistujad «kõigis riiklikes, ühistege-likes, ühiskondlikes ja eraettevõtteis, asutis ja majapidamistes» (7). Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogu mää-rusega samast päevast kehtestati töö-listele, teenistujatele ja töötavale talu-rahvale tasuta arstiabi ning ravi riik-likes raviasutustes (8). Lõpetati haigus- ja pensionikindlustusmaksude maha-arvamine töötajate töötasust. Sellega oli pandud alus ühtsele riiklikule sotsiaal-kindlustusele ja tervishoiukorraldusele.

KIRJANDUS: 1. Lenin, V. I. Teosed, 31. kd. Tallinn, 1955, lk. 162. — 2. Eestimaa Kom-munistliku Partei I kongress. Dokumente ja materjale. Tallinn, 1960, lk. 59—88. — 3. Ant, J. Demokraatia ja sotsialism — kommunistide lahutamatud võitlusemärgid. Tallinn, 1980, lk. 21. — 4. Eestimaa Kommunistliku Partei II kongress. Dokumente ja materjale EKP tegevusest ajavahemikul 1921. aasta jaanua-rist 1922. aasta aprillini. Tallinn, 1962, lk. 277. — 5. EKPA, f. 6495, nim. 1, s. 207, l. 53—54, s. 213, l. 28. — 6. EKPA, f. 6495, nim. 1, s. 313, l. 31. — 7. ENSV Teataja, 1940, nr. 55, art. 656. — 8. ENSV Teataja, 1940, nr. 53, art. 621.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia
Ajaioo Instituut

Teooria ja praktika

UDK 611.314:612.64—084

EMBRÜONAALSETE HAMBA ALGMETE DIFERENTSEERUMINE KOEKULTUURIS

EDVITAR LEIBUR · TARTU

hamba alge, diferentseerumine, odontogenees
koekultuuris, histokeemia

Hamba morfogeneesi aluseks on epi-teeli ja mesenhüümi vaheline interakt-sioon, mida on eksperimentaalselt näi-datud koekultuuride abil (4, 8). On hü-potees, mille järgi Meckeli kõhre rak-kude teket indutseerivad neuraalplaadi elemendid. Oletatakse, et see kehtib ka odontoblastide kohta (6). Dentino-geneesi ja amelogeneesi uurimine on tänapäevani olnud teadlaste huviojek-tiks (9, 10). Nii email kui ka dentiini kujutavad endast üsna labiilset struk-tuuri, millele on iseloomulikud pidevad elupuhused muutused. Odontogeneesi-mehhanismide tundmaõppimiseks on hamba algmeid uuritud *in vivo* ja *in vitro* (2, 3, 5), samuti ka neid trans-planteeritud (12, 14).

Koekultuuris on embrüonaalne eks-plantaat täielikult isoleeritud, puudu-vad neuraalsed ja vaskulaarsed ühen-dused, mis võimaldab meil saada tea-tud ettekujutuse eksplantaadi arene-mise dünaamikast ja struktuuride dife-rentseerumisest. Põhjalikum ümberkor-raldus toimub odontogeneesi varajasel perioodil, mis kajastub muutustes kee-miliselt aktiivsete ainete sisalduses ja ümberjaotumises hamba algmetes (1, 13).

Käesoleva töö eesmärk oli hinnata hamba almete arenemise potentsiaal-sust koekultuuris ning uurida hamba-kudede diferentseerumist ja determi-natsiooni.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuri-ti 15...17 päeva vanuste hiireloodete ja 1,5 kuu vanuste sealoodete hamba almete arengut, mis olid kultiveeritud eri arengustaadiumides, kokku 105 kul-tuuri.

Hamba algmed tõsteti embrüote lõua-luudest aseptilistes tingimustes ette-vaatlikult välja, seejärel pesti neid Hanksi lahuses, eemaldati hambafollii-kul. Hiire hamba algmed kultiveeriti tervikuna, sea omad lõigati 1...2 mm suurusteks tükikesteks. Hamba alge või osa sellest asetati ruudukujulisele millipoorfiltrile (pindala 0,36 cm²), mis asetses Petri tassis oleval uuriklaasil, millele pandi 10...12 tilka söödet. Enamikul juhtudel kasutati metall-vörke, millele pandi 5...7 millipoor-filtril asetsevat eksplantaati, asetati Petri tassi ja lisati 25...30 ml söödet. Kultuure inkubeeriti temperatuuril 37 °C.

Kultuurivedeliku koostis oli järg-mine: 85% söödet 199 ja 15% härja-seerumit, lisati 4 mg/ml glükoosi, 0,07 mg/ml askorbiinhapet, 100 üh/ml penitsilliini ja streptomütsiini. Toite-vedeliku pH oli algul ligilähedane 7,4-le. Söödet vahetati 48...72 tunni järel ja iga järgmise 1...2 päeva pärast kultuur fikseeriti. Hamba alg-meid kultiveeriti *in vitro* kuni 28 päeva, fikseeriti Carnoy või Bouini järgi. Eks-plantaadid seejärel sisestati kas para-fiini või parafiin-tselloidiini, valmistati seerialõigud paksusega 8...10 mikronit ja värviti hematoksüliin-eosiiniga. Glü-kogeeni määramiseks kasutati PAS-reaktsiooni, polüsahhariidid määrati Mowry ja DNA Feulgeni järgi. RNA jaotumise kindlakstegemiseks kasutati Brachet' meetodit.

Tulemused ja arutelu. Käesolev töö näitas, et hamba algmed ja nende osad on oma arengut võimelised jätkama *in vitro*. Sea embrüo kontrollpreparaadis

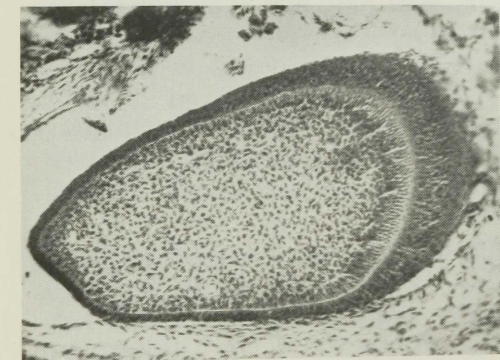
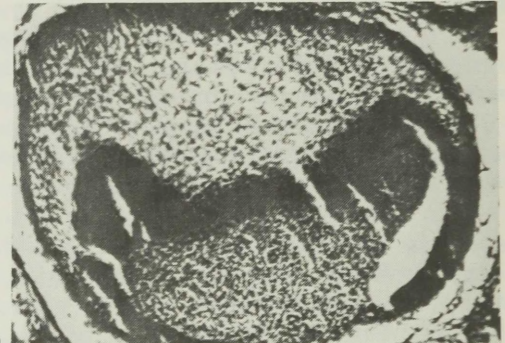
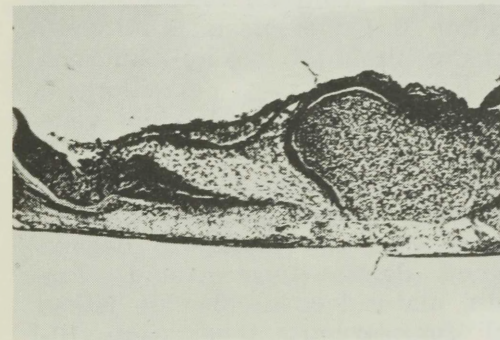
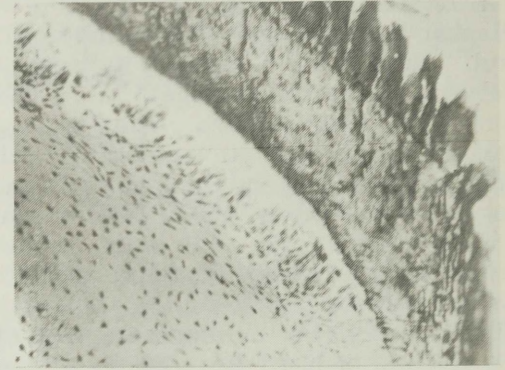
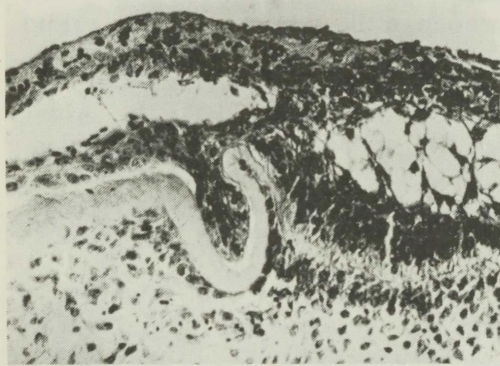
olid emailiorgani rakud paigutunud nelja kihti. Hambapapilli vastu jäävad kõrgsilindrilised epiteelirakud — sees-mine emailiepiteel —, järgneb 2...3 reast rakkudest koosnev vahekiht, me-senhüümi meenutav emailipulp ning emailiorgani välimine kiht. Emaili-organit eraldab hambapapillist basaal-membraan (vt. mikrofoto 1). Emaili-organi pulbis on glükogeeni rohkem kui ameloblastides ja emailiorgani vahekihi rakkudes. Hambapapilli ja emailiorgani pulpi olid koondunud hapud mukopo-lüsahhariidid.

Hambapapilli pindmise kihi rakud diferentseerusid nädala pärast onto-blastideks, mille tsütoplasmasse oli rikkalikult kogunenud RNA-d. Algas predentiini moodustumine. Ameloblas-tide kiht, mis sisaldas neutraalseid mukopolüsahhariide, oli ebaregulaarne, olid sedastatavad mitoosid (vt. mikro-foto 2).

15...20 päeva pärast oli koekultuur mõõtmelt suurenenud, emailiorgan aga täielikult säilinud. Ameloblastid, milles oli sedastatav RNA, asetsid korrapäraselt, dentiin formeerunud (vt. mikrofoto 3). Odontoblastides oli hapu-de mukopolüsahhariidide hulk suurene-nud, hambapapillis ja emailiorganis aga kontrollandmetega võrreldes vähe-nenud.

Kultiveerimise perioodi lõpul 28 päe-va pärast oli emailiorgani välimine epi-teel sarvestunud, emailipulp degene-reerunud, dentiin formeerunud. Pre-dentiini ulatusid odontoblastide jätked. Emaili formeerumist täheldasime 10-1 43 kultuurist (vt. mikrofoto 4). Preden-tiinis leidis hapusid mukopolüsahha-riide. Odontoblastide tsütoplasmas ja hambapapilli fibroblastides ilmnes RNA ning tuumades DNA. Nagu identifit-seerimine näitas, olid ülekaalukateks hapude mukopolüsahhariidide kompo-nentideks hüaluroonhape ja kondroi-tiinsulfaat.

Hiire loote hamba algmeid kultivee-riti kuni 12 päeva. Kontrollpreparaadis võis näha esimese molaari algme kõb-rukeste formeerunud ja tihkestunud



mesenhüümi teise molaari tekke piirkonnas (vt. mikrofoto 5). Kolmandal päeval oli esimene molaari alge kellukesekujuline, ameloblastide kiht korrapärane, emailiorgani kõik kihid nähtavad, kõbruksed formeerunud (vt. mikrofoto 6). Intsisiivide algete emailiorgani sisemised epiteelirakud, mis esialgu olid silindrilised, on muutunud piklikuks — preameloblastideks. Selgesti on nähtav odontoblastide kiht (vt. mikrofoto 7). Emailiorgan intsisiividel arenes molaaridega võrreldes suhteliselt kiiremini. Kultiveerimise 12. päeval dentiini ja email formeerunud. Emailiorgani epiteeli välimine kiht sarvestunud, nähtavad ka dentiini kanalid (vt. mikrofoto 8).

Eksplanteeritud hamba algete areng on *in vivo* arenguga võrreldes aeglasem. Hiire hamba 10-päevane areng *in vitro* vastab 6-päevasele arengule *in vivo* (3, 11).

Histokeemilistest uurimistulemustest nähtus, et hapud mukopolüsahhariidid olid koondunud emailiorgani pulpi ja hambapapilli. Predentiini formeerumisel kaasnes neutraalsete mukopolüsahhariidide ja DNA-sisalduse suurendamine nii predentiinis kui ka odonto-

blastides. Emailiorgani ja hambapapilli rakkude tuumades oli DNA jaotunud ühtlaselt. Mesenhüümirakkude diferentseerumisel odontoblastideks kaasnes tsütoplasmas RNA-sisalduse märgatav suurendamine.

W. Lefkowitzi jt. järgi ilmnes kõige intensiivsem hamba algete kasv kultiveerimise esimestel päevadel. Meie katsetes oli kasv märgatav 4...5. päeval (5). Mõnes kultuuris esines epiteelirakkude väljakasv, mis algas 3. päeval, fibroblastilist migratsiooni täheldasime 4. päeval.

Kuigi kirjanduses leidub andmeid, et emailiorgani välimine epiteelikiht moodustab silinderjaid rakke, käesolevas töös me seda ei täheldanud.

Seega hamba algete kultuurides ilmnesid arenguprotsessid, mis avaldusid odontoblastide ja ameloblastide diferentseerumises ja dentiini ning emaili moodustumises.

Järeldused.

1. Odontogeneesi uurimine koekultuuris näitas, et emailiorgan on kontrolliv tegur, millest oleneb see, kas hamba algmest areneb intsisiiv või molaar, s. t. hamba algmes eneses on morfogeneetiline alus, mis ümbritsevate kudede mõjust ei sõltu.

2. Kas on tegemist intsisiivi või molaariga, seda võimaldavad ära tunda kaks tunnust. Need on hamba algme üldine kuju ning rakkude diferentseerumise ulatus mööda emailiorgani sisemist kihti.

3. Odontoblastid hakkavad diferentseeruma momendist, mil emailiepiteel, millega odontoblastid assotsieeruvad, on välja jõudnud nõutava küpsuseni. Seda kinnitas ka tsütoplasmas RNA-sisalduse märgatav suurendamine.

4. Hamba algete diferentseerumine jätkus dentiini ja emaili moodustumisega, millest annab tunnustust ka mukopolüsahhariidide DNA ja RNA jaotuse laad arenevas hamba algmes.

KIRJANDUS: 1. Glasstone, S. Br. Dent. J., 1958, 105, 58—62. — 2. Glasstone, S. J. Biol., 1964, 9, 27—30. — 3. Hay, M. F. Arch. Oral Biol., 1961, 3, 86—108. — 4. Koch, H. E. J. Exp. Zool., 1965, 165, 155—170. — 5. Lef-

(vt. lk. 328)

Mikrofoto 1. Sea 15-päevase loote hamba alge (kontroll). Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 75X.

Mikrofoto 2. Sea loote hamba alge 7-päevases koekultuuris. Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 80X.

Mikrofoto 3. Sea loote hamba alge 18-päevases koekultuuris. Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 160X.

Mikrofoto 4. Sea loote hamba alge 28-päevases koekultuuris. Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 80X.

Mikrofoto 5. Hiire 15-päevase loote molaari alge (kontroll). Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 20X.

Mikrofoto 6. Hiire loote molaari alge 3-päevases koekultuuris. Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 50X.

Mikrofoto 7. Hiire loote intsisiivi alge 3-päevases koekultuuris. Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 50X.

Mikrofoto 8. Hiire loote hamba alge 12-päevases koekultuuris. Värvitud hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 20X.

kowitz, W., Swayne, P. J. Dent. Research, 1958, 17, 6, 1100—1114. — 6. Pearse A. C. In: Proceeding of International Symposium Calcitonin. London, 1970, 125. — 7. Robinson, H. B. G., Lefkowitz, W. Oral Surg., 1958, 11, 630—637. — 8. Slavkin, H. C., Bringas, P., Cameron, J., Le Baron, R., Bavetta, L. A. J. Embryol. Exp. Morphol., 1969, 22, 3, 395—405. — 9. Slavkin, H. C., Flores, P., Bringas, P., Bavetta, L. A. Dev. Biol., 1970, 23, 276—296. — 10. Weinstock, M., Leblond, C. P. J. Oral Biol., 1974, 60, 92—127.

11. Лейбур Э. Э. В сб.: Актуальные вопросы стоматологии. Материалы IX Республиканской конференции стоматологов ЭССР. Таллин, 1979, 93—96. — 12. Максудов М. М. Гомотрансплантация зубных зачатков. М., 1970. — 13. Максудов М. М. Стоматология, 1976, 5, 1—4. — 14. Хасан Р. Ч. Стоматология, 1972, 4, 6—8.

TRÜ arstiteaduskonna
stomatoloogia kateeder

UDK [616.379—008.64:616.316—008.8:577.1]:
:616.314—002

SUHKRUHAIGETE SÜLJE ALFA-AMÜLAASI JA HAPPELISE FOSFATAASI AKTIIVSUS SEOS HAMBAKAARIESEGA

SILVIA RUSSAK TIJU VIHALEMM
IRINA KALITS . TARTU

sülg, amülaas, happeline fosfataas, suhkurtõbi,
hambakaaries

Sülje biokeemiliste omaduste ja hambakõvakudede kahjustuste vaheliste seoste uurimine on üha aktuaalsemaks muutunud. Sülg moodustab hambakudede troofilise keskkonna, kuid samal ajal sõltuvad tema biokeemilised omadused organismi mitmesugustest seisunditest ja endokriinse süsteemi häiretest (10).

Suhkurtõve ja hambakaariese vahelisi seoseid on stomatoloogiakirjanduses küll käsitletud, kuid seisukohad on sageli vastukäivad. Arvatakse, et hambakaaries võib areneda prediabeedi staadiumis (1), kusjuures suhkurtõvele iseloomulikud süsivesikute ainevahetuse häired võivad mõjutada hambakõvakudede resistentsust kaariese suh-

tes (6). Loomkatsete varal on leitud, et suhkurtõve korral väheneb kaltsiumi kogunemine hambakudedesse (7).

Statistiliste andmete põhjal on täheldatud hambakaariese intensiivsuse tõusu suhkruhaigetel (11), kuid on täheldatud ka erinevuse puudumist (8).

Sülje ensümolooiliste omaduste ja hambakaariese vaheliste seoste kohta on kirjanduses hulgaliselt seisukohti avaldatud, märgatavalt vähem aga on neid interpreteeritud seoses endokriinse süsteemi häiretega. Suhkurtõve juhtudel täheldatakse kõrgenenud ensümolooilist aktiivsust ja seda enam amülaasi osas (4, 9).

Käesoleva töö eesmärk oli uurida segasülje ja selle tsentrifugaadi alfa-amülaasi ning happelise fosfataasi aktiivsust suhkruhaigetel sõltuvalt hambakaariesest. Uuriti Tartu Vabariiklikus Struumatõrje Dispanseris statsionaarsel ravil viibivaid haigeid ajavahemikul 1979...1980.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uurimiseks kasutati suhkruhaigete (26 juhu) ja kontrollrühma isikute (56 juhul) stimuleerimata segasülge ja selle tsentrifugaati, mis oli saadud 15-minutise tsentrifuugimise järel kiirusega 4000 pööret minutis. Alfa-amülaasi aktiivsus määrati Smithi ja Roe meetodil (5). Happelise fosfataasi aktiivsust hinnati beeta-glütserofosfaadist vabaneva anorgaanilise fosfori hulga järgi Fiske-Subbarowi meetodil (2). Ensüümide aktiivsust väljendati nii 1 ml süljes leiduvate ühikute arvuna kui ka eriaktiivsuse (üh/mg valgu kohta). Sülje valgu hulk määrati Lowry meetodil (3).

Arvestades hambakaariese intensiivsust rühmitati kõik uuritavad kahte rühma vastavalt sellele, kas neil oli kaariesest kahjustatud palju hambaid või ei olnud üldse. Suhkurtõve puhul hinnati ensüümide aktiivsust ka sõltuvalt vere suhkrusisaldusest.

Tulemused. Sülje valgu hulk uuritavates rühmades oluliselt ei erinenud, kuid individuaalsed varieeruvused olid suured. Valgu hulk oli mõnevõrra suu-

Tabel. Süljevalgu, alfa-amülaasi ja happelise fosfataasi aktiivsus suhkruhaigetel ning kontrollrühmas

Sülje biokeemilised näitajad	Ohik	Sukruhaiged	Kontrollrühm		
		karioos-kaarie-se ham-maskon-naga (13 juhtu)	kaarie-se ham-sevaba ham-maskon-naga (23 juhtu)	karioos-kaarie-se ham-sevaba ham-maskon-naga (23 juhtu)	keskmine väärtus
Süljevalk					
sega-süljes	mg/ml	5,28	7,78	6,80	7,03
tsentri-fugaat	mg/ml	1,68	2,91	1,68	1,78
Alfa-amülaas					
sega-süljes	üh/ml	54,17	51,87	63,67	35,08
tsentri-fugaat	üh/ml	10,98	14,52	12,32	15,39
sega-süljes	üh/mg	67,91	51,87	36,34	34,48
tsentri-fugaat	üh/mg	40,06	14,52	25,05	32,85
Happeline fosfataas					
sega-süljes	üh/ml	112,38	103,98	102,38	67,75
tsentri-fugaat	üh/ml	15,18	14,24	14,77	9,73
sega-süljes	üh/mg	43,59	57,18	36,34	34,48
tsentri-fugaat	üh/mg	26,81	27,89	25,05	32,85

rem suhkruhaigete sülje tsentrifugaadis (2,26 mg/ml), võrreldes andmetega kontrollrühma uurituil (1,72 mg/ml). Hulgaliste karioossete defektide korral oli valku süljes vähem (vt. tabel).

Segasülje ja selle tsentrifugaadi amüloolüütilise aktiivsuse võrdlemisel selgus, et selle ensüümi üldaktiivsus on mõlemas rühmas enam-vähem võrdne, eriaktiivsus aga on sülje tsentrifugaadis 2...3 korda kõrgem. Mainitu viitab sellele, et alfa-amülaas on süljes lahustunud olekus, sest tsentrifuugimise ajal mittespetsiifiline valk sades- tub ja eriaktiivsus saab tõusta vaid lahustunud alfa-amülaasi arvel.

Sukruhaigete süljes, eriti selle tsentrifugaadis, osutus alfa-amülaasi aktiivsus märgatavalt kõrgemaks (70,3 üh/ml, 29,5 üh/mg) kui kontrollrühma uurituil (44,4 üh/ml, 8,1 üh/mg).

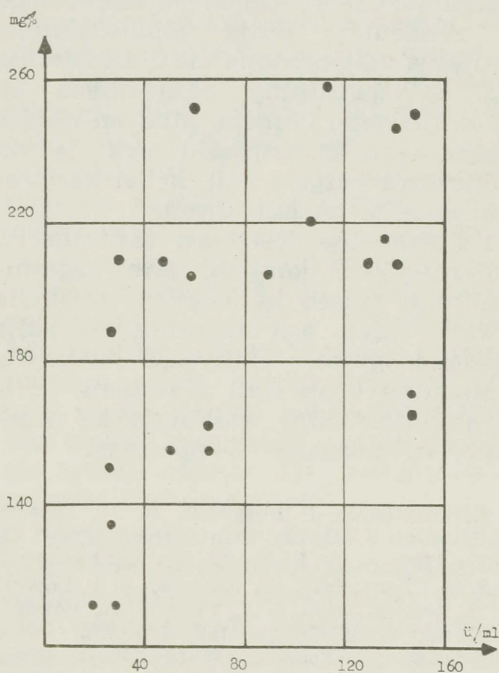
Korrelatsioone analüüsides võib märgata nõrka seost alfa-amülaasi üldaktiivsuse ja vere suhkrusisalduse vahel (vt. joonis 1). Võib oletada, et vere-

seerumi kõrge suhkrusisaldus on seotud sülje suhkrusisaldusega ning on kaudselt sõltuv alfa-amülaasi aktiivsuse regulatsioonist kas ensüümi hulga suurenemise või selle aktiivsuse muutumise tagajärjel.

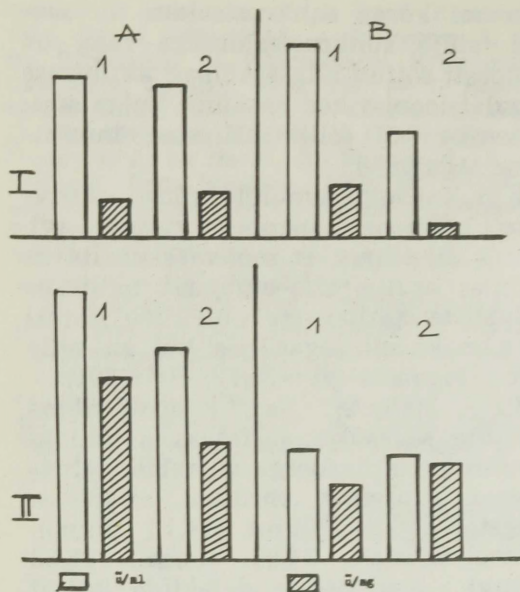
Kui vaadeldi amüloolüütilise aktiivsuse sõltuvust hambakaariesest (vt. joonis 2), selgus, et mõlemas uuritavas rühmas osutus alfa-amülaasi aktiivsus hulgaliste karioossete defektide korral kõrgemaks nii segasüljes kui ka selle tsentrifugaadis ($\chi^2 = 36,12$; $P < 0,001$).

Sukruhaigete ja kontrollrühma uuritute segasülje fosfataasest üldaktiivsust eriaktiivsusega võrreldes täheldasime suuremat ensüümi aktiivsust haigetel (99,88 üh/ml, 14,13 üh/mg; kontrollrühmal 84,96 üh/ml, 12,33 üh/mg). Karioossete defektide korral osutus happelise fosfataasi üld- ja eriaktiivsus segasüljes kõrgemaks, mis ilmekalt avaldus kontrollrühmas ($\chi^2 = 22,92$; $P < 0,001$).

Kokkuvõte. Segasüljes oli valku rohkem kui sülje tsentrifugaadis, kuid



Joonis 1. Segasülje alfa-amülaasi üldaktiivsus vere eri suhkrusisalduse puhul.



Joonis 2. Suhkruhaigete (A) ja kontrollrühma (B) segasülje (I) ja selle tsentrifugaadi (II) alfa-amülaasi aktiivsus sõltuvalt hambakaariesest (1 — hammastel karioosset defektid, 2 — hammaskond terve). Autorite joonised.

märgatavat seost hambakaariese kuluga ei ilmnenud. Sülje amüloolüütiline aktiivsus väljendatuna nii üldaktiivsuse kui ka spetsiifilise aktiivsusega on suhkruhaigetel kõrgem, kuid on nõrgas seoses vere suhkrusisaldusega ja on mõnevõrra kõrgem neil, kellel karioosseid defekte on hulgaliselt.

Ka happelise fosfataasi aktiivsus on suhkruhaigetel kõrgem, eriti segasüljes, ning tõuseb karioossete defektide korral. Tuleb aga märkida, et sülje ensümoloogilise aktiivsuse näitajate hindamisel peab alati arvestama uuritava üldseisundit, sealhulgas ka organismi hormonaalset homöostaasi.

KIRJANDUS: 1. Borghelli, R. F., Devoto, F., Foglia, V. C. J. Dent. Res., 1966, 45, 1105—1109. — 2. Fiske, C. H., Subbarow, I. J. Biol. Chem., 1925, 66, 375—400. — 3. Lowry, O. H., Rosenbrough, N. J., Farr, A. L., Randall, R. J. J. Biol. Chem., 193, 265—275. — 4. Murakami, H., Toda, I., Anzai, M. J. Nihon Univ. Sch. Dent., 1974, 16, 91—95. — 5. Smith, B. V., Roe, G. H. J. Biol. Chem., 1949, 179, 53—62. — 6. Wegner, D. Caries Res., 1971, 5, 188—191.

7. Жижина Н. А. Стоматология, 1966, 2, 14—18. — 8. Руссак С. А., Калитс И. А. В сб.: Материалы VII конференции эндокринологов ЭССР. Тарту, 1974, 319—322. — 9. Руссак С. А., Калликорм А. П., Вихалемм Т. Э. В сб.: Актуальные вопросы стоматологии. Материалы IX республиканской конференции стоматологов ЭССР. Таллин, 1979, 105—108. — 10. Удовицкая Е. В. Эндокринологические аспекты стоматологии. М., 1975. — 11. Шкенасте В. П. Изменение в зубо-челюстном аппарате при сахарном диабете. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1959.

TRU arstiteaduskonna stomatoloogia kateeder

Vabariiklik Struumatõrje Dispanser

UDK 616.315—007.254

KAASASÜNDINUD NÄOLÕHEDE MIKROVORMID

MAIE LÖVI · TARTU

kaasasündinud näolõhed, mikrovormid, tüüpilised mikrotunnused, esinemissagedus

Teatakse mitmeid orofatsiaalseid hälbeid, mida vaadeldakse kui kaasasündinud huule- ja suulaelõhede mikrovorme. Skemaatiliselt jaotatakse väärendid järgmiselt: 1) geneetiliselt tingitud väärendite etioloogiline rühm; 2) rühm, mille puhul on väärendeid põhjustanud väliskeskkonna ebasoodsate tegurite toime päriliku eelsoodumuse korral; 3) väärendid, mis on tekkinud eksogeensete tegurite mõjuste tagajärjel embrüonaalperioodil (6). Mikroanomaaliad kuuluvad I ja II etioloogilisse rühma.

Kaasasündinud näolõhede pärilike vormide avaldumine fenotüübis toimub tavaliselt ebaregulaarselt, üle ühe või mitme põlvkonna, mis sõltub (dominantse) geeni nõrgast ekspressiivsusest. Kuigi näolõhe mõnes põlvkonnas puudub, võivad teatud mikrotunnused viidata anomaalse geeni olemasolule (5, 10). Neid variante aga on võrdlemisi sageli ka normaalses populatsioonis ning seni, kuni ei ole täpselt teada

nende mikrotunnuste sagedus populatsioonis ja väärarengu pärilikkuse kahtlusega perekondades, ei saa kindlalt väita mikrotunnuste ja lõhede omavahelist etioloogilist seost (2).

Kirjanduse andmeil (9, 10, 11) ja ka meie tähelepanekuil esineb haige sugulastel, eriti esimese järgu sugulastel*, mikrotunnuseid mitu korda sagedamini kui normaalses populatsioonis.

Näolõhede mikrotunnusteks peetakse asümmeetrilist ninatiiva kinnitust, ninavaheseina kõverdust (deviatsiooni); *crista medialis*'t ülahuulel; laia ja lühikest huulekida; lühikest, kõrget ja gooti suulage; *uvula* vagu või lõhet; lõikehammaste, silmahammaste kuju ja asendi anomaaliaid; hambumusanomaaliaid (ristihambumus, prognaatia, progeenia, vahelõua protrusioon) (5, 6, 9, 11). Vähem on andmeid silmakoopa piirkonna mikroanomaaliade kohta huule- ja suulaelõhedega haigetel ning nende sugulastel. *Epicanthus*'t, silmapilu mongoliidset lõiget, hüpertelorismi ja kõõrsilmsust on täheldatud näo mediaalsete lõhede (10) ning lõhede korral, millega näo- ja lõualuude sündroomide tunnuseks kaasnevad kõrvallestade jt. anomaaliad (1). Enamikul lateraalsete näolõhedega haigetel, sageli ka nende vanematel on silmade kaugus teineteisest mõningal määral suurem, neil esineb euriopia, harvem hüpertelorism (12).**

Sagedaseks näolõhedega kaasnevaks mikroanomaaliaks on mitmesugused kõrvallestade kuju ja asendi deformatsioonid (3, 8). Nii B. Hartungi ja W. Schweckendieki (4) andmetel oli *microtia*'t, *anotia*'t või muid kõrvallestaanomaaliaid 15%-l näolõhede juhtudest, samal ajal kui populatsioonis oli

see protsent kõigest 0,07. Ka mujal kehatüvel, ning eriti üla- ning alajäsemetel, on lõhede puhul täheldatud mikroanomaaliade (klinodaktüülia, sündaktüülia, polüdaktüülia, neljasõrmvagu peopesal, lampjalg, komppöid jt.) sagedamat esinemist.

Lõhede mikrovormide kaasabil on võimalik pärilikke juhte eristada mittepärilikest. Sellel on meditsiinilis-geneetilises konsultatsioonis praktiline tähtsus.

Käesoleva töö eesmärk oli eri rühmade — haiged, nende lähedased sugulased, normaalne populatsioon — võrdlev (empiiriline) uurimine näolõhede tüüpilisemate mikrotunnuste ja lõhedega sagedamini kaasnevate mikroanomaaliade väljaselgitamiseks.

Uurisime järgmisi rühmi: 1) 344 huule- ja suulaelõhedega haiget 1...34 aastani; 2) 686 nende sugulast, nendest 572 haigete vanemad (302 ema, 270 isa), ja 68 õde-venda (I astme sugulased) ning 46 vanavanemat (II astme sugulased). Kontrollrühma kuulus 1644 isikut normaalsest populatsioonist: 1244 Tallinna üldhariduskoolide õpilast ja 400 täiskasvanut Tartust (üliõpilased, töölised). 2674 uuritavast oli mehi 1331, naisi 1343. Mikroanomaaliade uurimiseks võeti ette pea, näo, suuõõne ning jäsemete vaatlusi ning silmade sise- ja välisnurkade (inter- ja biokulaarse kauguse) ning ülahuule mõõtmisi. Analüüsiti statistiliselt 22 orofatsiaalset mikrotunnust, kaht funktsionaalset hälvet, kaht mitteorofatsiaalset (koond-) tunnust, kolme antropomeetrilist tunnust ja üht indeksit. Materjali statistiline töötlus toimus TRÜ Arvutuskeskuses arvutil «Minsk 32». Tulemused on esitatud koondtabelites.

Näolõhedega tavaliselt kaasnevaks ning neile tüüpilisemateks haiguse tunnusteks osutusid ninatiiva asümmeetriad (madalam või kõrgem kinnitus ja lamemine), ninatiiva kõhredate lahkemine ninaotsal ning ninavaheseina deviatsioon, mida haige sugulastel esines ligi seitse korda sagedamini kui normaalses populatsioonis (vt. fotod 4

* I sugulusastme sugulased on haige vanemad, õed-vennad ja lapsed, II — sugulased on onud-tädid, õe- ja vennalapsed ning vanavanemad, III — sugulased on onu- ja tädilapsed, IV — sugulased on viimastest veel kaugemad sugulased jne.

** Silmade vahemaad üle 34 mm nimetatakse euriopiaks, üle 42 mm hüpertelorismiks (esimese puhul on interkantaalindeksi maksimaalne väärtus Güntheri järgi 38...42 indeksi ühikut (i), teise korral üle 42 i).

Tabel 1. Mikroanomaaliate esinemissagedus kaasasündinud näolõhedega haigetel, nende sugulastel ja normaalses populatsioonis

Jrk. Uuritud tunnus nr.	I rühm		II rühm		III rühm		P
	haiged		sugulased		normaalne populatsioon		
	$\frac{0}{\%}$	$\frac{0}{\%}$	$\frac{0}{\%}$	$\frac{0}{\%}$	$\frac{0}{\%}$	$\frac{0}{\%}$	
1. Ninatiiva asümmeetriline kinnitus, lamene mine	227	65,99	210	30,61	71	4,32	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,0005
2. Ninavaheseina deviatsioon	231	67,15	204	29,74	69	4,19	
3. Ninatiiva kõhrede kahestumine	74	21,51	82	11,95	36	2,19	I—II, III < 0,05
4. Epikantus	89	25,87	102	14,87	183	11,13	
5. Eurioopia (lai, lame nina-juur)	133	38,66	144	20,99	89	5,1	I, II—III < 0,0005
6. Mongoliidne silmalõige	55	16,02	88	12,83	35	2,13	II—III < 0,0005
7. Kõõrsilmsus	32	9,3	28	4,08	9	0,54	I, II—III < 0,0005 II—III < 0,05
8. Ülahuulekida madal kinnitus	171	49,71	152	22,16	225	13,68	I, II—III < 0,0005
9. Lühike ülahuul	197	57,27	220	32,07	134	8,41	II—III < 0,05
10. Kõrge ja gooti suulagi	—	—	180	26,24	147	8,94	II—III < 0,025
11. Lühike suulagi	—	—	22	3,65	9	0,55	II—III < 0,0005
12. Kurgunibulõhe	—	—	30	4,37	15	0,91	II—III < 0,05
13. Kõnehäire	280	81,8	39	5,69	3	0,18	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,001
14. Kuulmishäire	46	13,37	10	1,46	2	0,12	I—II, III < 0,0005
15. Külgmiste lõikehammaste kuju ja asendi anomaalia	147	42,73	126	18,37	45	2,74	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,0005
16. Tsentraalsete lõikehammaste kuju ja asendi anomaaliad	99	28,79	60	8,75	28	1,7	
17. Silmahammaste kuju ja asendi anomaaliad	49	14,24	38	5,54	25	1,52	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,025
18. Ristihambumus (mikro-gnaatia)	125	36,34	48	7,0	12	0,73	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,0005
19. Otsehambumus	27	7,85	66	10,96	63	3,83	II—III < 0,0005 I—II—III < 0,05
20. Prognaatia ja vaheldua protrusioon	18	5,23	92	13,41	46	2,8	I, II—III < 0,05
21. Microtia II st. (väike kõrvalest)	53	15,41	52	7,58	25	1,51	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,025
22. Microtia I st. (lame kõrvalest)	23	6,69	24	3,5	7	0,43	I, II—III < 0,0005 II—III < 0,025
23. Kõrvalestade kuju asüm-meetria	36	10,47	54	7,87	46	2,77	I—III < 0,001 II—III < 0,05
24. Kõrvalestade asendi asüm-meetria	51	14,83	54	7,87	11	0,67	I, II—III < 0,0005
25. Käte mikroanomaaliad	126	36,63	124	18,08	47	2,96	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,0005
26. Jalgade mikroanomaaliad	68	19,77	46	6,71	19	1,16	I—II, III < 0,0005 II—III < 0,0005

Tabel 2. Silmakooa piirkonna ja ülahuule mõõdud (mm) kaasasündinud näolõhedega haigetel, nende sugulastel ja normaalses populatsioonis *

Antropo- meetriline parameeter	Naised		Mehed						P				
	I rühm		II rühm		III rühm		I rühm			II rühm		III rühm	
	haiged		sugulased		normaalne populat- sioon		haiged			sugulased		normaalne populat- sioon	
	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m		$\bar{x}$	m	$\bar{x}$	m
Interokulaarne kaugus (en—en)	32,0±0,8	—	31,99±0,31	—	29,49±0,21	—	—	—	—	—	—	—	I, II—III < 0,0005
Biokulaarne kaugus (ex—ex)	93,91±1,59	—	94,42±0,88	—	99,12±0,68	—	33,98±0,42	33,80±1,4	31,75±0,75	—	—	—	I, II—III < 0,01
Interkantaal- indeks **	34,08±0,87	—	33,7±0,55	—	29,10±0,35	—	—	—	—	—	—	—	I, II—III < 0,0005
Ülahuule pikkus (kõrgus)	19,6±1,2	—	20,3±1,1	—	21,88±0,32	—	—21,13±2,3	21,08±2,0	26,86±1,3	—	—	—	I, II—III < 0,01

* Mõõtmise tulemusi on analüüsitud täiskasvanud uuritutel (18. eluaastast): haiged (36 meest ja 40 naist), sugulastel (270 isa, 302 ema) ja normaalses populatsioonis (200 meest ja 200 naist).

Tähtsused statistilise analüüsi puhul: $\bar{x}$ — keskmine suurus millimeetrites või indeksi-ühikutes; m — esindusviga; P — statistilise tõenäosuse aste.

** Interkantaalindeks = $\frac{en-en}{ex-ex} \times 100$

ja 6). Vahe on oluliselt tõenäone ($P < 0,0005$) (vt. tabel 1). Luulisi muutusi *apertura piriformis*'e ja *septum nasi* piirkonnas kinnitab näokolju röntgenograafia, mida vajaduse korral tehti täiendavalt.

Sageduselt järgmiseks tunnuste kompleksiks — sündroomiks — olid silmakoopa piirkonna mikroanomaaliad: *epicanthus*, *euriopia* ninajuure samaaegse lamenumisega, silmade mongoliidne löige ja kõõrsilmsus (vt. foto 5). Näolõhedega haigete sugulastel täheldati viimaseid keskmiselt kolm korda sagedamini kui üldpopulatsioonis; nende tunnuste üheaegset esinemist oma-moodi *naso-orbita-sündroomina* täheldasime esimestel 5,7%-l ja teistel 0,2%-l juhtudest.

Silmade antropomeetriliste mõõtude analüüs näitas interkantaalkauguse (*en-en*)* statistiliselt tõenäost suurenenist näolõhedega haigetel ja nende sugulastel (võrreldes normiga): naistel keskmiselt 2,5 mm, meestel 2,1 mm võrra (vastavalt $P < 0,0005$ ja $< 0,01$) (vt. tabel 2). Haigetel, eriti naistel, oli biokulaarne kaugus (*ex-ex*)** seoses kolju väiksemate mõõtudega väiksem kui tervetel. Vastavalt sellele panime tähele ka interkantaalindeksi väär-tuste suurenemist esimestel. Andmed vastavad kirjanduses toodule (12, 13).

Suulaelõhe tüüpilisemaks mikrovormiks peetakse *uvula* lõhet, mida haigete populatsioonis on 2,6...13,5%-l juhtudest (5, 9, 13). Seda diagnoosisime me $\frac{1}{4}$ kuni terve kurgunibu ulatuses 4,37%-l haigete sugulastest, üldpopulatsioonis ligikaudu 1%-l ($P < 0,05$) kõrge ja gooti suulae tegime kindlaks vastavalt 26,24%-l ja 8,94%-l. Normaalsest lühem suulagi, millega kaasneb kõnehäire, on kaasasündinud suulaedefekti üks iseloomulikumaid sümptome. Ka haigete sugulastel täheldati mainitud haiguse tunnuseid märksa sagedamini kui kontrollrühmas.

Mõnede tunnuste suur sagedus kontrollrühmas ja mitteoluline erinevus

* kaugus silma sisenurkade vahel

** kaugus silma välisnurkade vahel



Foto 1. Haige M. K. Mõlemapoolne asümmeetriline ülahuule- ja alveolaarjätkelõhe ning vasakpoolne läbistav suulaelõhe.

Foto 2. Haige M. K. ema. Ninaavade asümmeetria, vasak ninatiib lamenenud, nina vaheseina kalle paremale; vasakul ülahuulel lihaste varjatud lõhe ning «arm» (nn. intrauteriinselt paranenud huulelõhe). Lühike ülahuul.

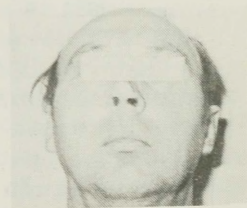


Foto 3. 19-aastane haige V. E. Opereeritud vasakpoolne läbistav ülahuule- ja suulaelõhe; kõrvalestade asümmeetriline asend, vasak kõrvalest kinnitunud madalamale.

Foto 4. Haige V. E. isa. Asümmeetriline ninatiibade kinnitus, vasaku ninatiiva kõhre deformatsioon. Vasak kõrvalest asetseb madalamal.



Foto 5. 12-aastane haige T. U. Vasakpoolne huule- ja alveolaarjätke- ning suulaelõhe (opereeritud). Lai, lame ninajuur, madal nina-selg. Mõlemapoolne epikantus (rohkem väljendunud paremal pool), tugevasti pead ligi hoiduvad kõrvalest.

Foto 6. Haige I. S. ema. Kurgunibu (*uvula*) osaline lõhe, kõrge suulagi ja ninatiibade asümmeetriline kinnitus.

võrreldavate rühmade vahel võivad viidata sellele, et tegemist on tunnuse normaalse variandiga, mitte aga näolõhede mikrovormiga. Arvatakse, et siisuguseks iseseisvaks geneetiliseks

tunnuseks on ka kõrge suulagi (11) (vt. foto 6). Õeldu kehtib samuti lühikese ning laia huulekida kohta, mida üldpopulatsioonis sageli ette tuleb ja mis põhjustab tavaliselt diasteemi; sageduse suhe tervetel ja haigete sugulastel on meie andmetel 1 : 1,98. Madalalt alveolaarjätkele kinnitunud huulekidal koos lühikese ülahuulega (32%-l sugulastest oli ülahuul lühem kui 20 mm, normaalses populatsioonis 8%-l) võib olla patognostiline tähtsus (vt. fotod 1 ja 2).

Üksikute hammaste asendi ja kuju anomaaliatest esinesid sagedamini külgmiste lõikehammaste muutused, harvem tsentraalsete lõikehammaste ja silmahammaste anomaaliad. Külgmiste lõikehammaste atüüpilist kuju (koonuse-, käbikuju, väikesed hambad), hamba kahestumist, puudumist, lõikumist lõhe serva või suulaepoolsetl täheldasime patoloogia korral (sugulastel) ligikaudu seitse korda sagedamini kui kontrollrühmas (vastavalt 18,37% ja 2,7%; $P < 0,0005$).

Kõigi kolme hambahälbe puhul on ülekaalus asendianomaaliad. Hambumusnomaaliatest nii haigetel kui ka nende sugulastel olid sagedasemaks häireks ristihambumus (mikrognatia ehk pseudoprogeenia), otsehambumus ning vahelõua protrusioon ja prognaatia. Üksikhammastel ja hambumusnomaaliatel võib olla ka iseseisev geneetiline etioloogia. Mõningaid neist anomaaliatest tingivad väliskeskkonna kahjulikud mõjutused (9).

Kõrvade mikroanomaaliatest täheldasime patoloogia korral tunduvalt sagedamini mitmesuguseid kõrvalestate kuju anomaaliaid (I ja II järgu *microtia* G. Krutšinski (8) järgi) ning asendideformatsioone (asümmeetriline, madal asetus jt.) (vt. foto 3). Selliste mikroanomaaliate kaasnemist lõhedega võib vaadelda assotsieerunud tunnuseks või teatud geenide või polügeense süsteemi geenide, mis tingivad näolõhesid, avalduse tagajärjena (3).

Käte mikroanomaaliatest täheldasime haigetel ja sageli ka nende sugulastel klinodaktüüliat, brahhiodaktüüliat, sün-

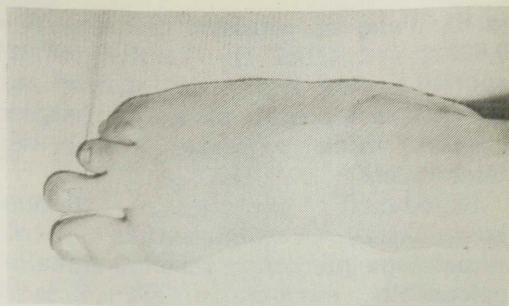


Foto 7. 14-aastane haige D. G. Mõlemapoolne läbistav huule- ja suulaelõhe, millega kaasneb mõlema jala II—III ja IV—V varvaste sündaktüülia ning lampjalgsus ja nn. sandaalirihmavahe I ja II varba vahel.

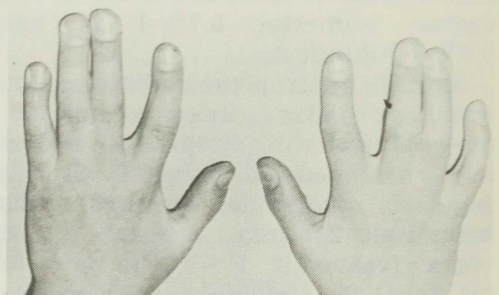


Foto 8. 7-aastane haige L. S. Suulaelõhe sündroom ning käte ja jalgade sündaktüülia. Parema käe II—III—IV sõrme sündaktüülia, vasaku käe III—IV ja osaline II—III sõrme sündaktüülia.

daktüüliat, *tenar*'i ja *hypotenar*'i hüpoplaasiat, neljasõrmevagu; alajäsemete anomaaliatest lampjalga ja I ning II varbavahe laienemist (nn. sandaalirihma vahet), harvem sündaktüüliat ja polüdaktüüliat (vt. foto 7). Jäsemete mikroanomaaliad haigel ja tema suguvõsa liikmetel olid mõnikord ka sündroomi üks tunnuseid (huule- ja suulaelõhe ning käte-jalgade sündaktüülia) (vt. foto 8) või esinesid nad koos muude somaatiliste arenguhäirete ja vaimse alaarenguga (multiplekssed anomaaliad).

Analüüsi põhjal võib konstateerida, et kaasasündinud näolõhede tõelisteks mikrovormideks, vääraarengu geneetilise päritolu tõendiks lõhe puudumise korral on ninatiiva ja -vaheseina asüm-

meetria kas üksinda või koos ülahaule muutustega ning *uvula* lõhe. Peale nende on prognostiliselt tähtsad ka hälbed ninajuure, silmakoopa ja silmade piirkonnas. Teineteisest eemal asetsevad silmad, lame ninaselg koos silmapilu mongoliidse löike või *epicanthus*'ega, vahel ka kõõrsilmsusega on iseloomulikuks ning sagedateks tunnusteks nii näolõhedega haigetel kui ka nende sugulastel. Nende tunnuste kompleksset esinemist võib vaadelda kui *naso-orbita-sündroomi*, mis kõneleb näolõhe geneetilisest päritolust.

KIRJANDUS: 1. Bixler, D., Christian, J. C., Gorlin, R. J. Am. J. Dis. Childr., 1969, 118, 9, 495—500. — 2. Burian, F. Acta Chir. Plast., 1966, 8, 2, 82—86. — 3. Hajniš, K., Farkaš, L. G. Acta Chir. Plast., (Praha), 1968, 10, 1, 13—21. — 4. Hartung, B., Schweckendick, W. J. Maxillofac. Surg., 1973, 1, 4, 253—258. — 5. Meskin, L. H., Gorlin, R. L., Isaacson, R. J. Acta Chir. Plast. (Praha), 1966, 8, 2, 87—92. — 6. Tolarova, M., Havlova, Z., Ruzickova, J. Acta Chir. Plast. (Praha), 1967, 9, 1, 1—14. — 7. Крикун Л. А. Acta Chir. Plast. (Praha), 1972, 14, 3, 129—139. — 8. Кручинский Г. В. Врожденные уродства, аномалии ушной раковины и методы их исправления. Автореф. дисс. докт. мед. наук., М., 1971. — 9. Мессина В. М., Стонова Н. С., Савченко А. Л. Стоматология, 1970, 6, 35—38. — 10. Стивенсон А., Девисон Б. Медико-генетическое консультирование. М., 1972. — 11. Толрава М. Acta Chir. Plast. (Praha), 1969, 11, 2, 82—92. — 12. Физалова П., Гайниш К., Шмагель З. Acta Chir. Plast. (Praha), 1974, 16, 2, 65—76. — 13. Шмагель З. Acta Chir. Plast. (Praha), 1978, 20, 2, 49—55.

TRÜ arstiteaduskonna
stomatoloogia kateeder

Arstid loobuvad suitsetamisest. On tähelepanuväärne, et Inglismaa 60 000 arsti küsitluse andmeil on pooled arstidest tubakasuitsetamisest loobunud ajavahemikul 1951... 1965. Otsene tulemus oli see, et nende hulgas on järsult vähenenud suremus, mis oli tingitud tubakasuitsetamisest põhjustatud mitmesugustest haigustest.

Здоровье мира, 1980, 3.

KAASASÜNDINUD HUULELÕHEDE KIRURGILINE RAVI MILLARDI MEETODIL

SIIRI HANSTEIN ANTS STAMBERG · TALLINN

kaasasündinud huulelõhed, huuleplastika, meetodi valik, Millardi meetod, kirurgiline ravi, tulemused, tüsistused

Kaasasündinud huulelõhede kirurgiliseks raviks on hulgaliselt huuleplastikameetodeid ja nende modifikatsioone (3, 8, 12, 13), see annab tunnistust probleemi aktuaalsusest ja keerukusest.

Huuleplastika põhieesmärk on ülahaule normaalse kuju taastamine ja ninadeformatsiooni likvideerimine.

Suur tähtsus on õigel huuleplastikameetodi valikul, sest primaarsest heiloplastikameetodist sõltuvad otseselt ravi hilistulemused ning sekundaarse ülahaule- ja ninadeformatsiooni laad ning raskusaste (9, 10).

Tingituna lõhenenud ülahaule anatoomia tundmaõppimisest (2, 4) ja sellest lähtudes enam füsioloogiliste ravi-meetodite kasutuselevõtmisest (1, 5, 6, 7, 11), samuti luuplastikast ja varajasest ortodontilisest ravist (14) on huulelõhede ravi tulemused märgatavalt paranenud.

B. Cosman ja Y. Crikelair (4) näitasid originaalsete uurimiste varal, et huulelõhede puhul on tegemist trapetsikujulise koedefektiga, kusjuures trapetsi pikem külg paikneb ninapõhjal ja lühem huulepunal; trapetsi mediaalne külg võtab enda alla osa *philtrum*'ist ja lateraalne kulgeb piki lõhe lateraalset serva. Seega asetseb kaasasündinud koedefekti epitsenter ninapõhjal ja huule ülemises kolmandikus. Sellest lähtudes peavad paljud kirurgid efektiivseks selliseid heiloplastikameetodeid, mille puhul nihutatakse kolmnurkseid plastikalappe kaasasündinud koedefekti epitsentrisse, nimelt huule ülemisse kolmandikku ja lõhenenud poole ninatiiva ning ninavaheseina jalami piirkonda.

Üks selliseid anotoomiliselt põhjendatud meetodeid huulelõhede puhul on D. R. Millardi heiloplastikameetod (5, 6, 7), mida I. Kozin on modifitseerinud ja meie maal ulatuslikult propageerinud (11).

Meie arvates on Millardi huuleplastikameetodil järgmised eelised.

1. Üheaegselt huule kuju taastamisega on võimalik korrigeerida ninatiiva ja ninavaheseina kuju ning asendit.

2. Operatsiooni ajal ei eemaldata kudesid, mis võimaldab jäägitult ära kasutada kogu plastilise materjali.

3. Operatsiooni õige tehnika puhul on võimalik täiesti pingevabalt sutureerida haavad, mis tagab tüsistusteta paranemise.

4. Operatsioonijärgsed armid piki *philtrum*'it ja ninapõhjal on vähe märgatavad ning korrigeerivate operatsioonidega vajaduse korral hõlpsasti eemaldatavad.

5. Operatsioonimeetod on paindlik, anotoomiliselt põhjendatud ja tagab head kosmeetilised ning funktsionaalsed tulemused.

Millardi meetodi I. Kozini modifikatsioon on Z-plastika kasutamine ninapõhjal ja huulepunal, mis väldib ninakäigu ahenemist ja armdeformatsioone huulepunal (11).

Tallinna Vabariikliku Haigla näo- ja lõualuudekirurgia osakonnas on 1974. a.

detsembrist 1980. a. märtsini ravil viibinud 46 huulelõhedega last, kellele on tehtud 49 huuleplastikat Millardi meetodil (vt. fotod 1 ja 2).

Huulelõhe laadist olenevalt (osaline, täielik, ühepoolne, kahepoolne) on enamikku lapsi opereeritud 4...7 kuu vanuselt.

Kahepoolsete huulelõhede puhul (kuus juhtu) tegime huuleplastika kaheetapilisena, etappide vaheajad 2...4 kuud.

Operatsioonijärgsel perioodil tekkis väike haavamädanik koos osalise haavaõmbluste lahtiminekuga kuuel, mõõdukas keloidarmistumine neljal juhul.

Kolmel juhul tekkis mädanik operatsioonihaavas trauma tagajärjel (löögid, kukkumised) ja ülejäänud juhtudel infektsiooni sattumisest haava (äge riiniit).

Eespool nimetatud tüsistused ravi tulemusi oluliselt ei mõjutanud.

Kaheksakuusel lapsel, kellel oli ulatuslik kahepoolne huulelõhe, tekkis pärast operatsiooni täielik haava dehistsents ilma mädanikuta. Kahe kuu eest oli laps põdenud grippi. Oletame, et ebaõnnestumise põhjustasid organismi madal reaktiivsus ja vahelõua kudede alaareng.

Tüsistuste analüüsist nähtus, et väga oluline on õigesti hinnata operatsiooni eel lapse tervislikku seisundit ja arvestada põetamistingimusi (mikrokliima palatis, opereeritud lapse hooldamine ema poolt). Tüsistuste väljaselgitamiseks ja raviks, näiteks keloidarmistumise korral füsioteraapiale õigeaegseks suunamiseks, on pärast operatsiooni last tingimata vaja dispanseerselt jälgida.

Ravi tulemuste hindamisel jälgisime ülahuule kuju, elastsust, liikuvust, ninatiiva ja -vaheseina kuju ning asendit, ninakäikude sümmeetrilisust ja läbitavust, armide laadi ja armdeformatsioone.

46 opereeritust hindasime ravi tulemuse heaks 37-l, rahuldavaks seitsmel ja mitterahuldavaks kahel juhul.

Kokku võttes võib öelda, et huule-

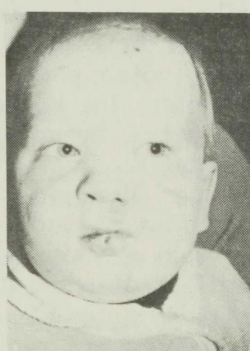


Foto 1. Laps N. K. (9 kuud vana) enne operatsiooni. Alahuule kaasasündinud fistulid.

Foto 2. Sama laps pärast heiloplastikat. Autorite fotod.

lõhede kirurgilises ravis Millardi meetodil oleme saanud häid tulemusi.

KIRJANDUS: 1. Barina, L. Acta Chir. Plast. (Praha), 1976, 18, 3, 114—125. — 2. Brown, J. M., Mc Dowell, F. Plast. Reconstr. Surg., 1950, 5, 392. — 3. Burian, F. Chirurgie der Lippen and Gaumenspalten. Berlin, 1963. — 4. Cosman, B. N., Crikelair, Y. F. Plast. Reconstr. Surg., 1965, 35, 5, 484—493. — 5. Millard, D. R. Am. J. Surg., 1958, 95, 318. — 6. Millard, D. R. Plast. Reconstr. Surg., 1964, 33, 26. — 7. Millard, D. R. Plast. Reconstr. Surg., 1968, 42, 535. — 8. Tennison, C. W. Plast. Reconstr. Surg., 1952, 9, 115.

9. Козин И. А. Клиника и хирургическое лечение остаточных деформаций верхней губы и носа после односторонних врожденных расщелин верхней губы и нёба. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1969. — 10. Козин И. А. Acta Chir. Plast. (Praha), 1969, 11, 4, 253—261. — 11. Козин И. А. Стоматология, 1974, 6, 40—45. — 12. Семенченко Г. И., Вакуленко В. И. Врожденные незаращения верхней губы и нёба. Киев, 1968. — 13. Фролова Л. Е. Лечение врожденных расщелин верхней губы. Ташкент, 1967. — 14. Фролова Л. Е. Стоматология, 1980, 2, 75—77.

Tallinna Vabariiklik Haigla

UDK [616.314.17—008.1:576.8.097.3]:616—08

PARODONTOOSIHAIGETE DÜNAAMILINE IMMUNOLOOGILINE UURIMINE

ELIASER BELTSIKOV TATJANA LAZARENKO
EUGENIA KASK-SARV . TALLINN

parodontoos, immunoloogia, desensibiliseeriv ravi

Viimastel aastatel on kogunenud arvukalt näiteid selle kohta, et parodontoosi olemus on tihedalt seotud immunoloogiliste muutustega organismis (1, 2, 3, 5). Ravi tulemused osutuvad soodsamaks juhul, kui lokaalse ravi kõrval kasutatakse vahendeid, mis muudavad organismi immunoloogilist seisundit, toimides põhiliselt desensibiliseerivalt (2, 8, 12).

Immunoloogiliste uurimismeetodite kasutuselevõttu pidurdab testide komplitseeritus. Seetõttu osutub eriti vajalikuks niisuguste immunoloogiliste

Tabel 1. Parodontoosihaigete immunoloogilise uurimise andmed

Parodontoosi staadium	Uuritud haigete arv	Hemolüüsilaikude %				
		1,5...3	3,1...10	10,1...15	15,1...20	
I	34	14	13	4	3	
II	43	17	15	4	7	
III	47	17	25	3	2	
Kokku	124	48	53	11	12	

uurimismeetodite kasutuselevõtmine, mille tehniline teostus võimaldab polikliinikus teha dünaamilisi immunoloogilisi uuringuid ravi algul ja selle vältel (10). Immunoloogilise meetodina on kasutusele võetud hemolüüsitest N. Klemparskaja järgi (7). Oma lihtsuse ja informatiivsuse tõttu on see meetod poolehoidu leidnud (6, 9, 11). Meetodi olemus seisneb autohemolüüsini tagajärjel tekkinud erütrotsütaarsel väljal hemolüüsilaikude arvu loendamises. Autoimmuunsusreaktsiooni puhul hemolüüsilaikude arv suureneb. Norm kõigub 0,5...2,5%. Parodontaalkudede seisundi hindamisel kasutati periodontaalindeksit.

Uuritavad ja uurimise tulemused. Uuriti 124 parodontoosihaiget, neist 117 korduvalt, uuringud toimusid enne ravi, vahetult pärast seda ja kuus

Tabel 2. Parodontoosihaigete immunoloogiline uurimine enne ja pärast ravi

Uurimise aeg	Hemolüüsilaikude moodustumise sagedus %				
	1,5...3,0	3,1...10	10,1...15	15,1...20	Kokku
Enne ravi	10	97	5	5	117
Pärast ravi	56	58	3	—	117
6 kuud pärast ravi	41	46	—	—	87

kuud pärast ravi lõppu. Tabelis 1 on haiged rühmitatud parodontoosi kliinilise staadiumi ja hemolüüsilaikude sageduse alusel.

Tabelist nähtub, et parodontoosi puhul on tegemist väljakujunenud autoimmuunsusega, mis väljendub hemolüüsilaikude sageduses.

Tabelis 2 on toodud hemolüüsilaikude protsentuaalsed näidud seoses raviga. Olenevalt hemolüüsilaikude suhte näitajast kasutati kas hüposensibiliseerivat või stimuleerivat ravi. Immunoloogilise reaktsiooni pidurduse korral (hemolüüsilaikude protsent 0...0,5) kasutati stimuleerivaid vahendeid, tugeva immunoloogilise reaktsiooni puhul (üle 5%) hüposensibiliseerivaid vahendeid. Raviskeem oli individuaalne. Hüposensibiliseerivatest vahenditest kasutati steroidhormoone, hüpofüsaaradrenaalsüsteemi stimuleerimist (salitsülaadid, pürasooloni derivaadid, pürogenaal), väävlipreparaate, novokaini, hapnikku, samuti ravinälgimist, ravikehakultuuri ning kirurgilist ravi; stimuleerivatest vahenditest hemoteeraapiat ja üldtugevdavaid vahendeid, sealhulgas vitamiine ja kaloriterikast toitu.

Nagu nähtub tabelist 2, ilmnas hemolüüsilaikude esinemissageduses ravi toimel tõepärane muutus ($P < 0,001$).

Ravi toimel muutus ka periodontaalindeks.

Kokku võttes võib öelda, et organismi reaktiivsuse ümberkolastus on eriti vajalik parodontoosihaigete patogeneetilises ravis.

KIRJANDUS: 1. Cieciora, L. M., Karasek, M., Pankiewicz, Z., Jedrzejska, T. Dtsch. Zahnärztl. Z., 1971, 26, 8, 817—821. — 2. Nisengard, R. J. J. Periodontol., 1977, 8, 9, 505—516. — 3. Suzuki, E. Hirosaki Med. J., 1974, 26, 1, 100—101.

4. Бельчиков Э. В. В кн.: Исследования по эпидемиологии, лечению и профилактике заболеваний твердых тканей зуба и пародонта. Тарту, 1978, 164—167. — 5. Кабанов Б. Д., Бельчиков Э. В. Вопросы иммунологии пародонтоза. Л., 1972. — 6. Кандрашов Г. Ф., Рыбальский А. И., Корзун И. П. В кн.: Проблемы аутоаллергии в практической медицине. Таллин, 1975, 28—29. — 7. Клемпарская Н. Н. Ж. микробиол. (М.),

1969, 8, 18—21. — 8. Крекшина В. Е. Профилактика и лечение пародонтоза. Л., 1973. — 9. Людоговская Л. А., Зайцева Н. С., Кромская З. И., Ржечицкая О. В. Вестн. офтальмол., 1973, 1, 22—26. — 10. Марков А. Ф., Брыкин И. С., Литвинов В. П., Архипов В. М., Красев Н. Г., Салиев В. П. В кн.: Проблемы аутоаллергии в практической медицине. Таллин, 1975, 32—34. — 11. Тумашева Н. И., Ременюк В. К., Литнякевич Н. В., Золотарев В. В., Пухлик П. А., Самохвал Г. Т. Вестн. дерматол., 1971, 11, 62—64. — 12. Урлина Л. И. В кн.: Гипербарическая оксигенация. М., 1975, 216—217.

Tallinna Pelgulinna Haigla

UDK [616.314.2+616.314—089.28]:616—08

TUGIPROTEESID HAMMASTEKAARE DEFEKTIDE RAVIS

ARIADNA MUUR · TALLINN

tugiproteesid, hammastekaare defektid, konstruktsioonide põhimõtted, rakendusvõimalused

Proteesimine osalise hambutuse puhul moodustab stomatoloogilise abi tähtsa osa.

Viimaste aastakümnete stomatoloogiasaavutused võimaldavad täiustada ortopeedilisi ravivõtteid ning muudavad hammastekaare defektide ravi ratsionaalseks.

Osalise hambutuse korral kasutatakse suust väljavõetavate ja mitteväljavõetavate proteeside mitmesuguseid konstruktsioone. Peale hammastekaart taastava efekti on neil ka mitmeid halbu omadusi — plaatproteesidel väike mälumisfunktsiooni taastav efekt ning sildproteesidel tugihammaste kroonide lihvimine ja periodontaalkoe ülekoormus (1, 6, 7).

Järjest rohkem on hakatud kasutama äravõetavaid proteese. Seda on tinginud hügieeninõuded, peale selle on võimalik basis'e mõõtmeid vähendada ja mälumisrõhku ratsionaalselt jaotada proteesi all olevate pehmete kudede ja tugihammaste parodontium'i vahel.

Kõige enam vastavad nõuetele kroomkoobaltnolübedeenisulamist KXC täisvalukaarproteesid, mida toodab meditsiiniliste polümeeride tehas Leningradis (4, 5).

Kaarproteesid on metallkarkassist ja plastmass-sadulaist koosnevad gingivoparadentaalsed proteesid, mille tähtsamaks konstruktsiooniliseks elemendiks peetakse tugiklambrit. Kaarproteeside funktsionaalset väärtust tõstavad tugiklambrid kui fikseerivad ning stabiliseerivad elemendid (3, 4, 5). Nende asetamist jäävhammaskonnale hõlbustab parallelomeetri kasutamine, mille abil osutub võimalikuks mudelhammastele graafiliselt märkida tugi- ja retentsioonitsooni piirjooned (4, 5, 7).

Kaarproteesidel võib peale esteetilise ja mälumisirõhku taastava funktsiooni osalise hambutuse ravis olla ka jääkhammaskonda lahastav funktsioon. See saavutatakse kulliküüsjätkete, Roachi klambrite süsteemi, vestibulaarse ja oraalse jooksva klambri (vt. foto 1) (1, 2, 5).

Lahasproteeside valmistamine on asendamatu võte parodontoosi kompleksravis, sest see tagab kogu nõrgestatud *parodontium*'iga hammaskonna ühtlase koormuse mälumise ajal ning seob kõik hambad proteesiga ühtseks tervikuks (2, 3, 7).

Arvestades kaarproteeside üha laialdasemat kasutamist hammaste proteesimisel, seadsime eesmärgiks analüüsida eri konstruktsioonide kasutamist Tallinnas.

Täisvalukaarproteese on Tallinna Stomatoloogia Polikliniku ortopeediaosakondades valmistatud 1965. a. alates. Ajavahemikul 1975...1979 on neid valmistatud 10 870. Näidustuseks oli 68%-l osaline alalõua- ja 32%-l ülalõuahambutus (Kennedy I ja II klass).

Laiemat kasutamist algerioidil on leidnud Ney-süsteemi I klambri tüüp e. Ackeri klamber ja lahtiselt lõppevate defektide puhul vedruühendused (vastavalt 98% ja 70%). Mälumisirõhu ühtlaseks jaotamiseks ja proteesi kallutuse ärahoidmiseks oleme sageli (85%) kasutanud ka jooksvaid klambreid.

1973. aastast alates oleme kaarproteese valmistanud ka ülalõua tarvis (vt. foto 2). Konstruktsiooni elementideks said kõik Ney-süsteemi klambrid, ka Reichelmanni, Bonwilli, Roachi, Jacksoni klambrid (1, 6, 7).

1975. aastast alates oleme mudeleid analüüsinud parallelomeetris ning sellest ajast peale võime rääkida kaar- ja lahasproteeside valmistamise edusammudest. Iga aastaga on täienenud meie poolt kasutatavate elementide hulk, mis võimaldab tõsta kaarproteeside esteetilist ja funktsionaalset väärtust. Vastavalt näidustustele oleme kaare asendanud metallist ratsionaliseeritud *basis*'ega (17%) ning erinäidustuste korral ühes proteesis isegi kombineerinud kaare ja metallist *basis*'e (3,4%). Tugi- ja fikseerivate elementide hulgas on täiendavalt eelnimetatuile Svensoni, Fehri, Bonyhardi klambrid ja de Vani tugielement.

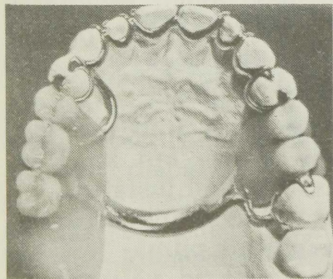


Foto 1. Ülalõua kaarprotees lahastavate elementidega.

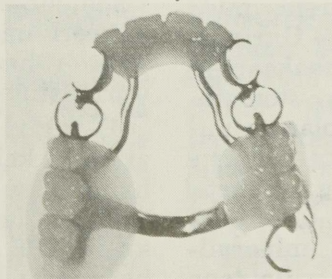


Foto 2. Ülalõua kaarprotees.

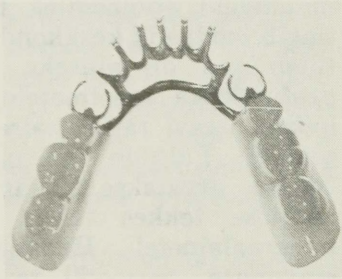


Foto 3. Alalõua Elbrechti tüüpi lahasprotees.

Parodontoosijuhtudel valmistame Elbrechti lahasproteesid (vt. foto 3).

Täisvalukaarproteesid on praktikas kindlalt juurdunud ja on 60%-l osalise hambutuse juhtudest saanud asendamatuks.

Täisvalulahasproteesid aga on asendamatud parodontoosi kompleksravis.

KIRJANDUS: 1. Böttger, H., Häupl, K., Kirsten, H. Zahnärztliche Prothetik. Band. II. Leipzig, 1965. — 2. Dominik, K. Parodontopatie. Warszawa, 1967.

3. Евдокимов А. И., Соснин Г. П. Руководство по ортопедической стоматологии. М., 1974. — 4. Копейкин В. Н. Зубопротезная техника. М., 1977. — 5. Курпьянский В. Ю. Бюгельное зубное протезирование. Ташкент, 1965. — 6. Курпьянский В. Ю. Ортопедическая стоматология. М., 1977. — 7. Перзашкевич Л. М. Опирающиеся зубные протезы. Л., 1974.

Tallinna Stomatoloogia Polikliinik

UDK 616.314—002—053.5/7—036.2(474.2)

HAMBAKAARIESE LEVIMUS JA INTENSIIVSUS EESTI NSV ASULATE LASTEL JA NOORUKITEL

NADEZDA VIHME · TARTU

hambakaaries, lapsed ja noorukid, epidemioloogia, levimus, intensiivsus, põhjused

Hambakaarie se levimuse ja intensiivsuse uurimine eri geograafilistes piirkondades võimaldab välja selgitada mõningaid etioloogilisi tegureid, mida tingib looduslik keskkond (10). Uurimistulemused on aluseks hambakaarie se profülaktika meetmetele ja stomatoloogilise ravi ratsionaalsele planeerimisele (5). Paljude etioloogiliste tegurite hulgas arvatakse kirjanduse andmetel kaarie se tekkes tähtis osa olevat ka mineraalainetel. Hammaste mineraliseerumise perioodil tagab küllaldane ja mitmekesine mineraalainete hulk hamba kõvakudedele resistentse struk-

tuuri (6). Ka mõne makro- või mikroelemendi vaegus piirkonniti toiduproduktides või joogivees võib põhjustada hammaste sagedat karioosset kahjustust. Seniajani on makro- ja mikroelementide hulgas peetud kõige efektiivsema kaariesevastase toimega mikroelemendiks fluori (7, 8). Loodusliku keskkonna tingimustest arvatakse mõningane tähtsus olevat kliimal, maapinna reljeefil, töö- ja olmetingimustel, toitumise iseärasustel, veevarustusel, arstiabil jm.

Kirjanduse järgi on hambad kaariesest vähem kahjustatud lõunapiirkondades ja keskmise kõrgusega mäestikes ning maa-asulates elavatel inimestel.

Käesoleva töö eesmärk oli selgitada hambakaarie se levimust ja intensiivsust lastel ning noorukitel võrdlevalt Põhja-Eesti ja Lõuna-Eesti asulates ning kindlaks teha seda soodustavate tegurite laad.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Vaatluse all oli 10 815 7...18 aasta vanust eesti rahvusest õpilast, kes olid sündinud ja pidevalt elanud ühe ja sama asula piirides. Põhja-Eestis uuriti 11 asula kooli 2787 poeg- ja 3176 tütarlapse hambaid, Lõuna-Eestis kuue asula kooli 2310 poeg- ja 2542 tütarlapse hambaid. Uurimisi korraldati võrdlevalt nii neljas vabariigilise ja viies rajoonilise alluvusega linnas kui ka kaheksas alevis või alevikus (vt. tabelid 1, 2). Uuriti komplekselt suuõõne seisundit ja üldist tervislikku seisundit. Hammaste karioosse kahjustuse hindamisel juhinduti Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poolt soovitatud kriteeriumidest. Eri asulatest pärinevate rühmade võrdlemiseks kasutati uurimistulemustest järgmisi:

1) isikud protsentides uuritute üldarvust, kelle nii piima- kui ka jäävhambad on kaariesest kahjustatud;

2) kaarie se intensiivsusiindekseid — kp ja KPE — vastavalt piima- ja jäävhammaste kohta. Indeksiväljendavad kaariesest kahjustatud keskmist hammaste arvu ühel uuritul vastavalt ham-

Tabel 1. Uurimisandmed hambakaariese levimuse ja intensiivsuse kohta Põhja-Eesti asulate lastel ja noorukitel

Asula	Uuritute arv	Hambakaariese levimuse protsent (M±m·t)			Kaariese intensiivsus (M±m·t)	
		neist vanuserühmades				
		kokku	$\frac{7 \dots 14}{15 \dots 18}$	üldine	$\frac{7 \dots 14}{15 \dots 18}$	karioosseid piima- ja jäävhambaid ühe uuritu kohta
Tallinn (1975. a.)	1113	834 279	93,89±1,41	92,09±1,53 99,28±0,83	2,42±0,14 0,02±0,04	2,29±0,14 6,21±0,37
Tallinn (1978. a.)	787	641 146	94,66±1,24	94,07±1,17 97,26±2,71	2,52±0,18 0,01±0,02	2,48±0,17 6,64±0,40
Kohtla-Järve linn	1124	788 336	89,23±1,83	88,83±1,73 90,18±3,21	1,94±0,16 0,01±0,02	1,49±0,24 4,20±0,23
Sillamäe linn	100	100 —	—	95,00±4,38 —	1,72±0,27 —	2,99±0,36 —
Kiviõli linn	370	226 144	89,46±3,48	88,50±3,77 90,97±4,73	1,95±0,25 0,03±0,06	1,62±0,21 4,80±0,26
Rakvere linn	524	394 130	93,51±2,21	93,40±2,42 93,85±4,15	1,89±0,18 0,02±0,04	2,33±0,26 5,91±0,42
Loksa alev	422	280 142	94,31±1,87	95,00±2,51 92,96±4,20	2,03±0,31 0,03±0,06	3,03±0,28 6,66±0,40
Kose alevik	378	278 100	94,97±2,17	93,89±2,82 98,00±2,11	2,47±0,23 0	3,32±0,32 7,25±0,62
Jüri alevik	185	155 30*	99,46±1,05	100,0 ±0 96,67±6,12	2,37±0,27 0,20±0,14	3,65±0,37 7,40±0,89
Turba alevik	259	182 77	92,28±3,37	90,66±4,24 96,10±4,44	1,93±0,21 0,05±0,07	2,45±0,36 6,82±0,38
Püssi alevik	701	508	92,87±1,87	92,72±2,30	1,79±0,19	2,55±0,34
Aseri alevik		193		93,26±3,42	0,03±0,00	5,38±0,32
Kokku	5963	4386 1577	92,91±0,78	92,39±0,69 94,36±1,14	2,15±0,11 0,02±0,04	2,36±0,17 5,73±0,28

* Uuritud olid 15-aastased

maste seisundile (k, K — karioossed, p, P — plombeeritud, E — eemaldatud).

Arvestades hammaste karioosse kahjustuse puhul ealisi iseärasusi, kui ka seda, et uurimistulemused võivad olla aluseks dispanseerimise ja suuõõne plaanilise saneerimise korraldamiseks, näiteks õpilaste ja üliõpilaste, noortööliste, kutseeliste või teiste hulgas, esitatakse andmed vanuserühmade kaupa: 7...14, 15...18 ja 7...18 aastat. Andmeid töödeldi TRÜ Arvutus-

keskuses arvutil «Minsk 32», kasutades statistilise andmetöötluse süsteemi programme. Leiti eespool toodud tunnuste keskmised ja nende 95%-lised usalduspiirid ($M \pm m \cdot t$). Tunnustevaheliste seoste usaldusväarsuse selgitamiseks määrati korrelatsioonikoefitsiendid ja χ^2 -väärtused, kasutades olulisuse niivood ($P=0,05$).

Töö tulemused. Andmed on esitatud tabelites 1 ja 2. Põhja-Eesti 7...18 aasta vanustest õpilastest olid hambad kaariesest kahjustatud keskmiselt

Tabel 2. Uurimisandmed hambakaariese levimuse ja intensiivsuse kohta Lõuna Eesti asulate lastel ja noorukitel

Asula	Uuritute arv		Hambakaariese levimuse protsent ($M \pm m \cdot t$)		Kaariese intensiivsus ($M \pm m \cdot t$)	
					neist vanuserühmades	
	kokku				7...14 üldine 15...18	
					7...14 15...18	karioosseid piima- ja jäävhambaid ühe uuritu kohta indeks kp indeks KPE
Tartu linn (1. rajoon)	1463	1178 285	96,45 $\pm$ 0,97	96,35 $\pm$ 1,01 96,84 $\pm$ 1,74	2,92 $\pm$ 0,11 0,05 $\pm$ 0,09	2,19 $\pm$ 0,18 7,41 $\pm$ 0,34
Mustvee linn	230	140 90	93,91 $\pm$ 2,85	92,86 $\pm$ 4,19 95,56 $\pm$ 3,89	2,32 $\pm$ 0,35 0,02 $\pm$ 0,04	2,59 $\pm$ 0,43 5,96 $\pm$ 0,54
Lähte alevik	478	326 152	94,35 $\pm$ 1,98	94,48 $\pm$ 2,43 94,08 $\pm$ 4,00	2,42 $\pm$ 0,18 0,04 $\pm$ 0,08	2,62 $\pm$ 0,26 7,65 $\pm$ 0,42
Elva linn ja ümbrus	1074	656 418	96,37 $\pm$ 1,08	95,58 $\pm$ 1,55 97,61 $\pm$ 1,23	2,52 $\pm$ 0,20 0,02 $\pm$ 0,04	3,51 $\pm$ 0,26 8,64 $\pm$ 0,32
Põlva alev ja ümbrus	906	632 274	94,04 $\pm$ 1,40	92,56 $\pm$ 1,94 97,45 $\pm$ 2,05	1,76 $\pm$ 0,14 0,03 $\pm$ 0,06	3,02 $\pm$ 0,19 6,85 $\pm$ 0,29
Võru linn	701	442 259	98,57 $\pm$ 0,86	98,19 $\pm$ 1,10 99,23 $\pm$ 1,11	2,19 $\pm$ 0,24 0,02 $\pm$ 0,04	3,42 $\pm$ 0,29 7,77 $\pm$ 0,38
Kokku	4852	3374 1478	95,96 $\pm$ 0,54	95,41 $\pm$ 0,71 97,23 $\pm$ 0,87	2,46 $\pm$ 0,08 0,03 $\pm$ 0,06	2,82 $\pm$ 0,14 7,65 $\pm$ 0,23

92,91% -l. Kahjustuse ulatus on asulates erinev, erinevus 10,23% piires. Kaariese levimuse protsent on usaldusväärselt madalam Kohtla-Järve ja Kiviõli 7...14-aastaste laste hulgas, võrreldes uurimiserühmadega Rakverest, Püssist, Aserist, samuti ka loodeosa asulatest (Tallinn, Loksas, Kose, Jüri). Noorukitel kaariese levimuse protsent tõuseb ja erinevus asulate vahel väheneb märgatavalt. Lõuna-Eesti asulates uuritud 7...18 aasta vanustest õpilastest olid hambad kaariesest kahjustatud keskmiselt 95,96% -l ja asulatevaheline erinevus kaariese levimuses oli 4,22% piires. Kõige ulatuslikum oli kaariese levimus Võru linna laste ja noorukite hulgas, kelle hambad on praktiliselt kõigil hambasööbijast kahjustatud. Statistilise usaldusväärsuse poolest ei erine sellest ka kaariese levimuse protsent Elva ega Põlva noorukitel.

Kaariese intensiivsuse uurimine võimaldab põhjalikult analüüsida ham-

maste seisundit. Uuritud Põhja-Eesti asulate 7...14 aasta vanuse lapse kohta oli keskmiselt 4,51 karioosset hammast, neist 2,15 piima- ja 2,36 jäävhammast. Nooruki kohta tuli karioosseid hambaid 5,75 (4,21...7,60). Kirdeosa asulates elavatest lastest on analoogiliselt kaariese levikuga ka protsessi intensiivsus kõige madalam Kohtla-Järve ja Kiviõli lastel, võrreldes andmetega uuritutel teistest, nii kirdekuu ka loodeosa asulatest. Ka noorukite võrdlemisel jääb erinevus statistiliselt tõenäoliseks. Lõuna-Eesti 7...14-aastastel lastel oli kaariesest kahjustatud hammaste arv suurem — 5,28 hammast, neist 2,46 piima- ja 2,82 jäävhammast. Noorukitel oli karioosseid hambaid juba keskmiselt 7,68 (5,98...8,66). Statistilise usaldusväärsusega olid hambad kõige intensiivsemalt kahjustatud Elva ja Võru õpilastel. Huvipakkuv on see, et kahjustus on laialt levinud ka maal elavate õpilaste hulgas.

Arutelu. Vastandades Eesti NSV

põhja- ja lõunaosa kohta kogutud uurimistulemusi, nähtub, et kaariese levimus on keskmiselt 3,05% kõrgem lõuna- ja kaguosas elavatel lastel ja noorukitel, kuid erinevus karioossete hammaste arvus on suur, eriti noorukieas. Ühe 15...18 aasta vanuses uuritu kohta on lõunaosa noorukitel 1,93 karioosset hammast enam kui põhjaosas elavatel noorukitel. Võttes tinglikult keskmiseks hammaste arvuks 28, on hammaste üldarvust kaariesest kahjustatud vastavalt 20,54% ja 27,43%. Analüüsides tulemuse põhjusi, ei tule eeldatavasti arvesse kliima mõningad erinevused lõuna- ja põhjaosas. Samuti on Eesti pinnamoele iseloomulikud väikesed absoluutsed ja suhtelised kõrgused. Kirjandusest aga on teada, et meie vabariigi põhja- ja lõunaosas on mikroelementide sisaldus muldades ning joogiveses erisugune. Lõuna-Eesti ja Kagu-Eesti asulate veeallikaks on pärnu horisont ja šventoji-tartu-kompleks, milles keskmine fluorisisaldus ei ole üle 0,5 mg/l või on alla 0,2 mg/l. Vesi on joodi- ja boorivaene (2,9). Maaviljeluseks kasutatavate muldade lahustuva boori sisaldus on väike ja joodisisaldus väga väike (1), mille tõttu ka toiduained sisaldavad väga vähe joodi (3). Ka kirjanduses on viiteid selle kohta, et struuma endeemilise leviku piirkonnas elavatel inimestel on laialdane hammaste karioosne kahjustus (4). Põhja-Eestis on optimaalse või sellelähedase kaariesevastase toimega põhjavesi (fluorisisaldus 0,5...1,5 µg/l) kambriumi-vendi-kompleksis ja kambriumi-ordoviitsiumi-horisondis (9,2). Kambriumi-vendi-kompleksi vesi on ka joodirikas (keskmiselt 68 ± 11 mkg/l), kusjuures joodisisaldus suureneb lüaanest itta (2). Keskmise joodisisaldusega mullad paiknevad paralleelselt põhjarrannikuga ja ka vees lahustuvat boori leidub rohkem rannikuäärsetes piirkondades (1).

Kokkuvõtteks. Kaesoleva töö tulemusel võivad olla kasutatavad dispanseerimise ja ravi ratsionaalseks korraldamiseks, eriti aga on neist abi hamba-

kaariese profülaktika parandamisel uuritud piirkondades ja Eesti NSV-s üldse.

KIRJANDUS: 1. Kalmet, R. Mikroelementid Eesti NSV maaviljeluses. Tln., 1979. — 2. Saava, A., Ratnik, V., Uibo, M. Eesti Loodus, 1973, 10, 606—608. — 3. Siim, A. Toitainete joodisisaldusest. Dissertatsioon. Tartu, 1930.

4. Ахмедов А. А. В кн.: География карие-са зубов. М., 1966, 54—61. — 5. Базиян Г. В., Новгородцев Г. А. Основы научного планирования стоматологической помощи. М., 1968. — 6. Бороский Е. В., Леус П. А. Карие-са зубов. М., 1979. — 7. Габович Р. Д., Овруч-кий Г. Д. Фтор в стоматологии и гигиене. Казань, 1969. — 8. Куйк В. Х. В кн.: Акту-альные вопросы стоматологии. Таллин, 1979, 68—74. — 9. Куйк Л. А. О содержании мик-роэлементов йода и фтора в подземных во-дах Эстонской ССР. Автореф. дисс. канд. фарм. наук, Таллин, 1965. — 10. Рыбаков А. И. Общие вопросы эпидемиологии стома-тологических заболеваний в СССР. М., 1974.

TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia
kateeder

UDK 616.127—002—079.4

ИНФЕКТСИОСSE МÜОКАРДИИДИ ДИФЕРЕНТСИААЛДИАГНООСИМИНЕ

SULEV MARAMAA · TARTU

мüокардииди diagnoosimise metoodika, südame-
haigete diferentsiaaldiagnoos, müокардиитиде клас-
сификаatsioon

Инфекtsioosset müокардиити on meil järjest sagedamini diagnoosima haka-
tud. Statistiline analüüs näitas, et
infektsioosset müокардиити põdejaid on
Tartu Kliinilises Haiglas viimastel aas-
tatel ravitud niisama palju kui müо-
кардиинфакти põdejaid. Paraku on sel-
gunud, et müокардииди diagnoosimine
on sageli raske, võib täheldada kahe-
sugust tendentsi: hüperdiagnoosimist
ja liiga hilist diagnoosimist. Ühest kül-
jest tähendab see seda, et sellest tule-
nevalt ei määrata osale haigetele reži-
imi õigeaegselt, mis süvendab müокарди-
kahjustust ja pikendab töövõimetust.
Teisest küljest, müокардииди vale diag-

noos sunnib haiget pikemaks ajaks põhjendamatult tööst loobuma. Töövõimeetus infektsioosse müokardiidi korral vältas keskmiselt 102 päeva (6).

Müokardiite klassifitseeritakse etioloogia järgi:

1) infektsioossed müokardiidid (bakteriaalsed ja viiruslikud infektsioonid)

- varajane vorm,
- infektsioos-allergiline vorm;

2) kollagenoossed müokardiidid (reuma, reumatoidartriidi, suurte kollageenide tagajärjel);

3) allergilised müokardiidid (allergiliste reaktsioonide ja haiguste tagajärjel — ravimiallergia, seerumtõbi, anafülaktiline šokk, bronhiaalastma, sarkoidoos).

Nimetatud põhjustel tekkinud südamelihasekahjustuste puhul ei kasutata müokardidüstroofia nimetust nagu varem (9).

Nagu südamelihasekahjustus ägeda mürgituse korral, tekib varajane infektsioosne müokardiit nakkushaiguse ägedal perioodil ja paraneb 2...3 nädalaga. Seevastu infektsioos-allergiline müokardiit tekib nakkushaiguse paranemise perioodil, kõige sagedamini 3. nädalal, ning kulgeb pikaldaselt, 3...5 kuu vältel. Selle müokardiidivormi korral raskendab diagnoosimist eelneva nakkuse kliiniliste tunnuste puudumine umbes pooltel haigetel (8).

Müokardiidi diagnostilised kriteeriumid peale vaevuste (väsimus, pingutusdüsnoe, südameklõppimine, valud südamepiirkonnas) on:

- tahhükardia;
- I südametooni nõrgenemine, embriokardia, galopprütm, süstoolne kahin;
- südame rütmihäired (ekstrasüstolid), erutusjuhtehäired, bradükardia, absoluutne arütmia;
- EKG muutused — T-saki lame-nemine või inversioon, madal voltaaz;
- südame dilatatsioon;
- äge või krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus — kollaps, südameastma, hüdrotooraks, paismaks, tursed;
- aktiivse põletiku nähud — SR kiirenemine, C-reaktiivse valguga, siaal-

happe, α_2 -globuliinide hulga rohkene-mine vereseerumis (1).

Loetletud tunnustest on tavaliselt vaid 3...4, kusjuures kõigil haigeil esinevaks ja olulisimaks on EKG muutused (4, 6). Müokardiidi raske vormi tunnuseks on kas südame dilatatsioon, südame olulisemad rütmihäired või EKG-s T-sakkide inversioon.

Müokardiidi põhilised sümptoomid taanduvad südame kontraktiilsuse vähenemisele (dekompensatsioon) või elektrilise aktiivsuse muutustele. Diagnoosimisel ongi esmaseks ülesandeks selgitada, kas haigel mainitud nähte üldse esineb. Kui EKG nihked ei ole küllalt selgesti väljendunud ja südamekahjustuse kohta ei saa kindlat otsust langetada, on vajalik koormuskats, soovitatav veloergomeetrial. Müokardiidi puhul koormustaluvus alati väheneb, ilmnevad EKG muutused ja südame rütmihäired süvenevad, tekib koronaarpuudulikkusele iseloomulik pilt.

On selge, et nimetatud tunnused ei ole müokardiidile spetsiifilised. Teiseks ülesandeks on seetõttu muude südamehaiguste väljaselgitamine, milleks võib kasutada järgmist südame ja vere-soonte haiguste klassifikatsiooni:

- südame isheemiatõbi,
- südamekahjustus tingituna arteriaalsest hüpertensioonist,
- omandatud ja kaasasündinud klapi-rikked,
- *cor pulmonale*,
- perikardi haigused (eksudatiivne või konstriktiivne perikardiit),
- funktsionaalsed südamehäired,
- müokardidüstroofiad ja primaarsed kardiomüopaatiad.

Neist esimest nelja seisundit on võimaline diferentsima jaoskonnaterapeut. Kardiomüopaatiate, perikardi haiguste ja funktsionaalsete südamehäirete, seega ka müokardiidi lõplik diagnoosimine kuulub kardioloogi kohustuste hulka.

Südame isheemiatõve eristamisel müokardiidist on paraku peamiseks kriteeriumiks haige vanus. Müokardiiti diagnoositakse kõige sagedamini 30...40 aasta vanustel isikutel (6). Patoana-

toomilised uuringud siiski on näidanud, et vanadel on müokardiit sageli jäänud diagnoosimata (1). Diferentsimine on oluline mitte ainult ravi aspektist, vaid ka prognostiliselt. Müokardiidist paraneb haige aeglasemalt kui südame isheemiatõvest. Kui südamekahjustus on ebaselge etioloogiaga, tuleks koronaartõve diagnoosi eelistada riskitegurite (suitsetamine, arteriaalne hüpertensioon, hüperkolesterineemia) olemasolul. Infektsioos-allergilisele müokardiidile on tüüpiline, et EKG muutuste või südame rütmihäirete tekkimisega ei kaasne stenokardilisi vaevusi, põletikunähte ega transaminaasi aktiivsuse tõusu, mis on omane müokardiinfarktile. Koronarograafiliste uuringute varal on selgunud, et difuusse repolarisatsioonihäire (T-saki lamenumine) korral muutused pärgarterites enamasti puuduvad.

Südame hüperkineetilise sündroomi tunnuseks on tahhükardia ja EKG muutuste (peamiselt repolarisatsioonivoltaaži langus) tagasimineku β -adrenoblokaatorite (anapriliin, obsidaan) toimel (3). Diagnostiliselt on oluline obsidaan-testi kombineerida koormustestiga. Käesoleva töö autori kogemused näitavad, et suuremal osal müokardiidihaigetel aeglustab obsidaan pulsifrekventsi, kuid mitte üle 15% lähteväärtusest, nagu see on südame hüperkineetilise sündroomi korral. Repolarisatsioonivoltaaž taastub müokardiidi puhul vähe (5). Müokardiidi paranemisperioodil võivad vaevused ja funktsionaalsed häired süveneda ning väljenduda südame hüperkineetilise sündroomina.

Kolmandaks diagnostiliseks probleemiks on müokardiidi etioloogia selgitamine, mis ilma bakterioloogiliste ja seroloogiliste uuringuteta on enamasti võimatu. Infektsioosset müokardiiti diferentsida sellelähedastest seisunditest on mõnikord võimalik haiguskulu ja põletikunähtude alusel:

1. Reumaatiline müokardiit — paranemine kiire, eriti glükokortikoidravi korral, haiguse retsidiveeruv kulgu, aktiivse põletiku nähud.

2. Infektsioos-allergiline müokardiit — paranemine visa, 3...5 kuud, aktiivse põletiku nähud puuduvad, need on varajase vormi korral nakkushaiguse järel.

3. Primaarsed kardiomüopaatiaid — progresseeruv südamepuudulikkuse süvenemine aastate vältel.

Kolmandat võimalust tuleb arvestada raske või trombembooliliste tüsistustega kulgeva müokardiidi korral. Müokardiit põhjustab kiiresti arenevat kardiovaskulaarset puudulikkust. Haigus lõpeb letaalselt vaid akuutses perioodis. Kogemus näitab, et kui haige on akuutse faasi üle elanud, läheb dekompensatsioon tunduval määral tagasi, mida raske vormi korral võib täheldada veel 8...15 kuud pärast haiguse algust. Müokardiidijärgne kardioskleroos ei iseloomustu niivõrd dekompensatsiooniga, kuivõrd südame rütmihäiretega (8).

Müokardiidi diferentsiaaldiagnoosimisel tuleb sageli arvestada teiste haiguste võimalust: neuralgiad ja neuuriidid, lülisamba osteokondroos, di-entsefaalne sündroom, kopsu- ja pleura-haigused. Kuigi teravad valud ja lühiajalised valupisted rindkeres ei ole müokardiidile üldse iseloomulikud, saadetakse haigeid just sel põhjusel sageli kardioloogilisele konsultatsioonile müokardiidi kahtluse tõttu. Seda võimalust saab aga eitada üsna lihtsate arstlike võtete ja teadmiste varal — valulikkuse tekke või tugevnemisega kehatüve painutamisel ja hüperesteetiliste tsoonide määramise teel. Tõsi, ka tservikaalse osteokondroosi puhul võivad tekkida südame rütmihäired, näiteks ventrikulaarsed ekstrasüstolid, mis avalduvad eriti pea sundasendis. Haigusnähud kaovad siin pikkamööda, kui haige läheb üle teisele tegevusele või hakkab saama ravi. Haige talub koormust normaalselt ja tal südame rütmihäired ei süvene.

Sageli on müokardiiti eksikombel diagnoositud pärast nakkushaiguste põdemist, eriti siis, kui kahjustada on saanud vegetatiivne või kesknärvisüsteem. Neil haigeil esinevad väsimus ja

koormustaluvuse vähenemine. Ometi ei või haigel diagnoosida müokardiiti, kui ei ole südame erutustekke või -juhtehäireid või kui T-sakid ei ole tunduvalt lamenenud. Dientsefaalse sündroomi eristamine müokardiidist olevat peaaegu võimatu (2). Ometi erineb dientsefaalne sündroom müokardiidist vegetatiivsete regulatsioonihäirete poolest — kalduvus ortostaatilise kollapsi tekkeks (EKG). Sündroom erineb ka subfebrilise kehatemperatuuri, higistamishäirete, harvem vee- ja suhkruainevahetuse häirete poolest.

Kokkuvõte. Müokardiidi diagnoosimisel esineb mitmeid üksteisega seotud probleeme: südamekahjustuse kindlakstegemine, muude südamehaiguste välistamine, spetsiifilise etioloogia määramine.

KIRJANDUS: 1. *Geissler, W.* In: Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten. B. I. Jena, 1969, 101. — 2. *Grosse-Brockhoff, F.* Dtsch. Med. Wochenschr., 1971, 96, 659—663. — 3. *Kundla, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 6, 445—447. — 4. *Maramaa, S.* Südamelihase haigused. TRÜ rotaprint. Tartu, 1978. — 5. *Maramaa, S.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 3, 250. — 6. *Maramaa, S. Koort, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 3, 203—206. — 7. *Schölmerich, P.* Internist, 1975, 16, 508—511. — 8. *Wedler, H. L.* Med. Klin., 1970, 65, 529—534.

9. *Гуревич М. А., Вышнепольский Ю. Я., Каликштейн Д. Б.* Кардиология, 1975, 11, 138—148.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

UDK 612.661:616—053.4

SUGUHORMOONIDE ERITUS SUGULISE KÜPSEMISE PERIOODIL

MAIMU TEOSTE RAIOT SILLA · TALLINN

õpilased, suguline areng, suguhormoonid, menstruaaltsükkel

Sugulise arengu normaalse kulu hindamiseks ja hälvete kindlakstegemiseks on suur tähtsus suguhormoonide eri-

tuse määramisel. Üksikjuhtude võrdlemiseks on vaja tunda kohalikke normatiive ja iseärasusi. Seni need meie vabariigis puudusid. Seoses östrogeenide määramise suhtelise keerukusega ei ole ka üldkehtivaid seaduspärasusi küllaldaselt uuritud.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Ajavahemikul 1970...1975 uurisime Tallinna eesti rahvusest 12...18-aastaste õpilaste suguhormoonide eritust. 293 tütarlapsel määrasime follikulaarhormoonide e. östrogeenide erituse uriini kaudu, sealhulgas 160 tütarlapsel menstruaaltsükli eri faasides korduvalt. Rakendasime Browne keemilist meetodit Savtšenko modifikatsiooni järgi (1, 12). Korduvalt määrasime 143 tütarlapsel ja 70 poeglapsel 17-ketosteroidide sisalduse uriinis, mida tegime Greeni meetodil (5). 132 tütarlapsel määrasime pregnandioolieritust Asribekova meetodil (6).

Uurimistulemused ja arutelu. Puberteediperioodi esimest faasi nimetatakse kiireks, selle lõppu ning järgneva teise, aeglase faasi algust tähistab tütarlastel *menarche* ja poeglastel pollutsiooni ilmumine. Östrogeenide erituses (vt. tabel 1) oli perioodil enne *menarche* saabumist selgelt eraldatavad kaks alafaasi: varajasem faas (puberteediperioodi algul), millele oli iseloomulik madal eritumise tase (2,98 µg ööpäevas), ning hilisem faas (kuni pool aastat enne *menarche* ilmumist), mil östrogeenide eritus oli tugevasti kõikum ja puhuti väga rohke. *Menarche* saabumisega östrogeenide eritus küll mõnevõrra vähenes, kuid jäi varajase alafaasi näiduga võrreldes ikkagi ligikaudu kaks korda suuremaks. Edaspidi östrogeenide eritus aastast aastasse järk-järgult rohkenes ja saavutas täiskasvanute taseme alumise piiri (2) alles 5...6 aasta jooksul 18. eluaastaks. Tõus toimus peamiselt ovulatsiooni ja kollakeha kortsumise päevadel, jäädes menstruaaltsükli muudes faasides enam vähem endiseks. Niisiis suurenes koos vanusega erituse kõikumine vastavalt menstruaaltsükli faasidele (vt. joonis),

Tabel 1. Östrogeenide keskmine eritus menstruaaltsükli jooksul sõltuvalt menarche'st möödunud ajast (μg ööpäevas erituvas uriinis)

Aastad pärast menarche saabumist	Ana-lüü-side arv	Östrogeenide summaarne eritus 24 tunni jooksul $M \pm m$	Östrooni, östradioli ja östrioli protsentuaalne vahetuskord
enne menarche't			
$\frac{1}{2} \dots 2$ aastat alla $\frac{1}{2}$ aasta	33	$2,98 \pm 0,48$	49 : 7 : 44
	26	$14,89 \pm 1,96$	41 : 36 : 23
esimene	80	$6,69 \pm 0,47$	27 : 31 : 42
teine	129	$8,13 \pm 0,41$	30 : 27 : 43
kolmas	99	$7,47 \pm 0,43$	23 : 33 : 44
neljas	75	$9,57 \pm 0,61$	27 : 27 : 46
viies	46	$11,58 \pm 0,94$	25 : 30 : 45
kuues	31	$12,67 \pm 0,83$	25 : 30 : 45

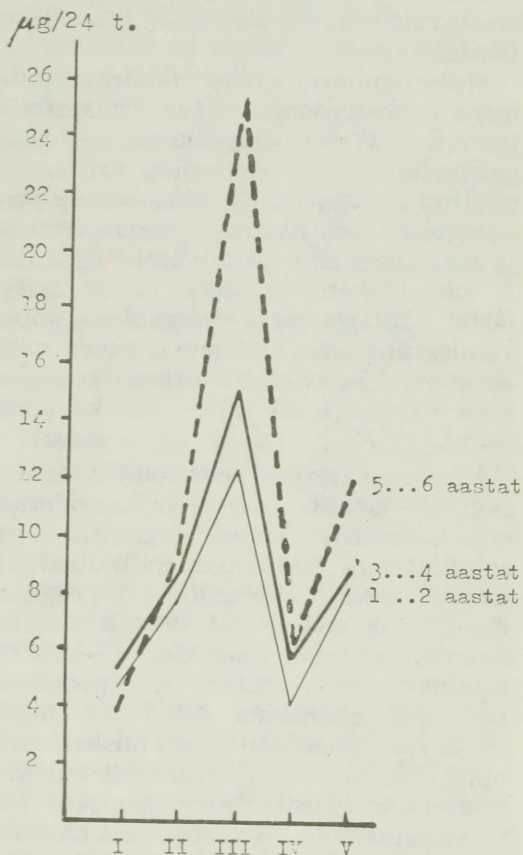
tsükli stabiilsus suurenes; menstruaaltsükli jaotasime faasidesse vastavalt üldkasutatavale skeemile (8). Kirjeldatud põhjustel toimus sõltuvalt vanusest östrogeenide summaarse erituse järkjärgulise suurenemise reeglipärasuses 13. eluaastal järsk ajutine hüpe (vt. tabel 2).

Puberteediperioodi 1. faasi varajases alafaasis erituvatest östrogeenidest oli esindatud põhiliselt kaks, östroon ja östriool, kuna kõige aktiivsem kompo-

Tabel 2. Östrogeenide ja 17-ketosteroidide eritus ööpäeva jooksul erituva uriiniga sõltuvalt east

Tütarlaps	Poeg	Tütarlaps	Poeg
Va-lüü-side arv	ana-östrogeenide summaarne eritus μg $M \pm m$	ana-17-ketosteroidide eritus mg $M \pm m$	17-ketosteroidide eritus mg $M \pm m$
12	22	$4,18 \pm 2,13$	
13	91	$10,25 \pm 1,04$	18
14	113	$6,64 \pm 0,84$	108
15	85	$6,87 \pm 0,69$	84
16	116	$7,37 \pm 0,47$	61
17	71	$9,03 \pm 0,83$	79
18	72	$12,24 \pm 0,81$	
			23
			52
			48
			40
			18
			18

nent — östradiool — moodustas vaid 7% üldhulgast. Hilises alafaasis vahetult enne menarche saabumist rohkenes kõrvuti esimestega eriti östradioli produktsioon (36% üldhulgast). Järgmistel aastatel jäigi östradioli osakaal 30% piiresse, östrooni osa vähenes $\frac{1}{4}$ -ni. 7...14. eluaastani östrogeenide hulk ööpäevas erituvas uriinis kirjan-duse andmetel (10) rohkenes, enne menarche saabumist 2,2 μg -st 12,6 μg -ni (Browni meetodil määratuna). 15...17 aasta vanustel tütarlastel, kel-lel menstruaaltsükli on juba regulaarne, on see aga sõltuvalt menstruaaltsükli faasist 7,0...22,0 μg piires. Tütarlastel, kellel menarche't veel saanud ei ole,



Joonis. Östrogeenide eritus ($\mu\text{g}/24 \text{ t.}$ uriinis) menstruaaltsükli faasides sõltuvalt aastate arvust, mis on möödunud menarche saabumise. I — menstruaaltsükli, II — proliferatsioonifaas, III — folliikulifaas, IV — sekretsioonifaas, V — luteiinne faas. Autorite joonis.

on östrooni, östradiooli ja östriooli protsentuaalne vahekord 19:13:68. Pärast *menarche*'t on see resp. 31:15:44. Täiskasvanud naistel (1, 2, 3, 11) on sedastatud östradiooli erisugust hulka: 15...16% või 16...20%, 30% või isegi 35% üldhulgast, kuid alanud puberteedi korral on ka kümne ja poole aastastel tütarlastel östradiooli leitud 37% östrogeenidest (13).

Pregnandioolieritus saavutas täiskasvanute taseme 18. eluaastal, mis ühtib ka kirjanduse andmetega (14), ööpäeva jooksul erituvast uriinis leitud seda keskmiselt $2,80 \pm 0,27$ mg, noorematel eritus seda mõnevõrra vähem, nimelt $1,81 \pm 0,24$ ja $1,95 \pm 0,20$ mg ööpäevas (vastavalt puberteedi kiires ja aeglases faasis).

Meessuguhormoonide (androgeenide, nagu testosteroon) eritus organismist toimub 17-ketosteroididena. Niisiis peegeldab 17-ketosteroidide eritus organismi androgeensete hormoonide produktsiooni aktiivsust sugunäärmetes ja neerupealistes. Nagu ilmneb tabelist 2, oli 17-ketosteroidide eritus poeglastel tütarlastega võrreldes kõigis vanuserühmades oluliselt suurem, välja arvatud 15-aastaselt, eritus suurenes koos vanusega nii tütar- kui ka poeglastel.

Puberteedijärgsel perioodil saavutab suguhormoonide eritus täiskasvanutele omase stabiilse nivoo, organism saab suguküpseks. See nõuab follikulaarhormoonide osas 5...6 aastat (7), pregnandiooli osas neli aastat (9). Nimetatud autorite andmeil suureneb 17-ketosteroidide eritus tütar- ja poeglastel 12...16. eluaastani $2,0...9,0$ mg-ni ööpäevas, olles eritusest täiskasvanuil ikkagi madalam. Eestlannade suguline küpsemine kestis hormonaalsete näitajate alusel 4...6 aastat, mis on kooskõlas kirjanduse andmetega. Tütarlastel lõppes puberteedijärgne periood umbes 17...18. eluaastal, poeglastel hiljem. 17-ketosteroidide eritus nii tütar- kui ka poeglastel saavutas teiste autorite (4) ja ka meie uuringute põhjal täiskasvanute taseme 17. eluaastal.

KIRJANDUS: 1. Brown, J. B. Biochem. J. (USA), 1955, 60, 2, 185—193. — 2. Diczfalussy, E., Lauritzen, Ch. Oestrogene beim Menschen. Berlin-Göttingen-Heidelberg. 1961. — 3. Gross, K., Meipalu, V. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised. Tartu, 1964, vihik 147, Arstiteaduslikke töid 7, 91—96. — 4. Talbot, N. B., Butler, A. M., Berman, R. A., Rodriguez, P. M., Mac Lachlan E. A. Am. J. Dis. Child., 1943, 65, 3, 364—375.

5. Асатуани В. С. Новые методы биохимической фотометрии. М., 1965. — 6. Асрибекова М. К. В кн.: Современные методы определения стероидных гормонов в биологических жидкостях. М., 1968, 113—117. — 7. Блуштейн Л. Я. Материалы к возрастной характеристике таза у лиц женского пола в сопоставлении с некоторыми показателями их физического и полового развития. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Ростов-на-Дону, 1968. — 8. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. М., 1967, 355. — 9. Лесакова А. С., Попова А. А. В кн.: Труды Второго Московского медицинского института. М., 1962, 50—77. — 10. Минкина А. И., Блуштейн Л. Я., Курганова Л. С. В сб.: Актуальные вопросы гинекологии и гигиены женского труда. Ростов-на-Дону, 1970, 212—218. — 11. Савченко О. Н. Гормоны яичника и гонадотропные гормоны. Л., 1967. — 12. Савченко О. Н., Степанов Г. С. Пробл. эндокринол. (Москва), 1961, 7, 3, 40—42. — 13. Хрисанфова Е. Н., Эльгурт Г. М. В сб.: Вопросы антропологии (МГУ), 1976, 52, 36—52. — 14. Янкевич Д. Е., Николаева В. М. Пробл. эндокринол. (Москва), 1977, 23, 2, 39—43.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut

UDK [616.34—002:576.851.49]:616—07

KLEBSIELLABAKTERITE PÕHJUSTATUD SOOLEPÕLETIKUD

MARET EHLVEST · TALLINN

klebsiella, soolepõletik, diagnoos, kliiniline iseloomustus, esinemissagedus

Tingituna üha rohkenevast antibiootikumide, eriti penitsilliini kasutamisest on saenenud gramnegatiivsete bakterite põhjustatud infektsioonid (4, 9). Sellele vastavalt on saenenud ka klebsiellade poolt tekitatud haigustesse haigestumine.

Klebsiellade poolt esilekutsutud soo-

lepõletike kohta on kirjanduses andmeid suhteliselt vähe. Alles viimastel aastatel on leitud, et *Klebsiella aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae* jt. võivad põhjustada seedetrakti häireid (5, 6, 7, 8, 9, 10, 12).

Järgnevalt iseloomustatakse soolepõletike esinemissagedust ja kliinilisi iseärasusi Tallinna Merimetsa Haigla uurimismaterjali põhjal.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Vaatluse all olid kuni 14 aasta vanused lapsed, kellel 1977. aasta esimesel poolaastal raviti Tallinna Merimetsa Haiglas soolepõletikku. Analüüsiti 464 haige haiguslugu.

Vastavalt kehtivatele kriteeriumidele (5, 12) peeti klebsiellat soolepõletiku etioloogiliseks teguriks juhtudel, kui soolepõletiku tunnuste korral osutusid bakterioloogilised uuringud šigella, kolibakteri ja salmonella suhtes negatiivseks, kuid kui samal ajal leiti söötmel valdavalt või puhaskultuurina klebsiella. Oluliseks tingimuseks peeti, et rohke klebsiellaeritus langeks kokku haiguse ägeda perioodiga. Pärast kliiniliste nähtude taandumist pidi leid muutuma negatiivseks.

Väljaheidet uuriti bakterioloogiliselt. Igal haigel tehti keskmiselt 4...5 bakterioloogilist roojauuringut. Materjal külvati Endo ja Ploskirjovi söötmetele. Üheteistkümnel juhul leiti klebsiella neist analüüsides, mis olid saadetud uurimiseks düsenteeria- ja kolibakterite suhtes, neljal juhul neist, mis olid saadetud uurimiseks enterobakterite suhtes. Määrati kindlaks tekitaja biokeemilised omadused. Seroloogiliselt tüpiseerida ei olnud võimalik seerumite puudumise tõttu.

Tulemused. Soolepõletiku tekitajana leiti klebsiella 15 juhul, 3,2% kõigist Merimetsa Haiglas 1977. aasta I poolaastal soolepõletiku tõttu ravituist.

Sagedamini, nimelt 11 juhul, olid klebsiellad soolepõletikku tekitanud kuni kolme aasta vanustel lastel.

Enamik haigeid (12 last) oli lastesõimedest, -aedadest või mujalt lastekollektiividest. Anamneesist ilmnas, et

kõik nakatunud olid sageli põdenud ülemiste hingamisteede põletikke. Soolepõletikku haigestumise ajal esines viiel rinofarüngiit, kahel bronhiit, kolmel otiit ja viiel krooniline adenoidiit. Kolmel oli klebsiella põhjustatud enteriidile vahetult eelnenud antibiootikumravi. Kolmel juhul oli tegemist grupiviisilise haigestumisega kirurgiaosakonnas ja kahel juhul lastekodus, kusjuures kirurgiaosakonnas haigestusid kolm last ühe ööpäeva vältel. Need olid suulaelõhest, laialdastest põletustest, lümfaatilisest diateesist nõrgestatud ja varakult kunstlikul toidul olevad imikud. Kahel lastekodu lapsel olid fooniks äge ülemiste hingamisteede põletik ja vaimne mahajäämus. Uusi haigestumisi kummaski lastekollektiivis hiljem ei tekkinud.

Kõigil 15 haigel oli Merimetsa Haiglas saabudes diagnoosiks soolepõletik. Pärast klebsiella haigusetekiitajana avastamist neid teistest haigetest, kellel oli ebaselge etioloogiaga soolepõletikke, ei isoleeritud. Kontaktnakkust ei täheldatud.

Haigus kulges kergelt seitsmel, keskmise raskusega kolmel ja raskelt viiel haigel. Enamik (12 haiget) põdes enteriiti.

Haigus algas ägedalt. Imikutel tõusis kehatemperatuur 38...39°C. Palavik püsis 3...5 päeva. Vanematel lastel oli kehatemperatuur subfebriilne kaks päeva.

Rasketel ja keskmise raskusega juhtudel ilmnesisid intoksikatsiooninähtud: lapsed olid uimased ja loiud, vaade kaugusesse suunatud, uni pindmine, periooditi tekkis rahutus. Kõik nad olid 8...10 päeva vältel isutud, janu tunne puudus. Nahavärv oli kahvatu-hallikas, limaskestad niisked. Kaal kõikus ööpäevas 100...200 g võrra. Rasketel juhtudel tahhükardia. Neljal haigel esines meteorism, kolmel kõht palpeerimisel hell, ühel dünaamiline iileus. Iseloomulik oli mitte sage (1...2 korda päevas), küll aga üsna kestav oksendamine kuni kuue päeva vältel. Väljaheide oli vedel, kollakas-

roheline kõrt, erilise lõhnata. Defekatsioon 2...6 korda ööpäevas. Ühel lapsel tekkis neljandal-viiendal haiguspäeval vesivedel iste (15...17 korda ööpäevas).

Kolmel 6...10 aasta vanusel lapsel meenutas haiguspilt düsenteeriat: väljaheites lima ja verd, defekatsioon ühel lapsel iga 30 minuti järel.

Laboratoorsest uuringutest ilmnes, et rasketel juhtudel on verepildis nihe vasakule (kepptommaliste rohkenemine 7...23 protsendini).

Lapsed paranesid, ilma et haigus oleks ägenenud. Sooletalitlus normaliseerus 7...21. päevaks. Bakterieritus kestis 5...22 päeva.

Haigusjuht. Üheteistkümnekuune imik A. V. (haiguslugu nr. 909/1977. aastast) viibis Tallinna Harjumäe Haiglas 3. maist 25. maini 1977 ravil raske enteriidi tõttu.

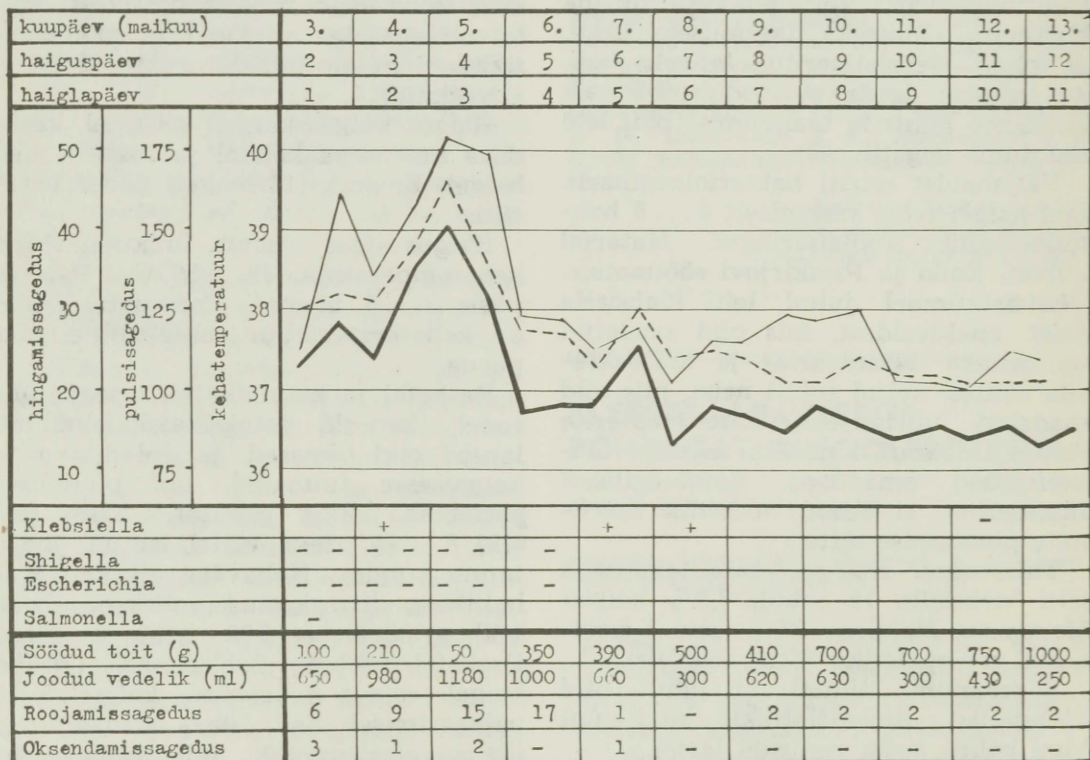
Laps teistest normaalselt kulgenud rasedusest, sünnikaal 4400 g. Kolmandast elunäda-

last alates oli kunstlikul toidul. Esimesed hambad tulid neljakuuselt, istuma hakkas kaheksakuuselt. Seisab toe najal. Varem oli kolmel korral põdenud rinofarüngiiti, kahel otiti, ühel korral oli olnud seedeääre.

Haigus algas ägeda oksendamise, kõhulahtisuse ja palavikuga. Haiglasse toodi teisel haiguspäeval. Laps oli uimane ja loid, ümburse vastu tundis huvi vähe. Kehatemperatuur 37,3°C. Nahk kahvatu, hallikat jume, limaskestad niisked. Meteorism, väljaheide vesivedel kollane kõrt, erilise lõhnata.

Analüüsid. Veri: SR 10 mm/t., hgb. 13,0 g%, leukots. 8600. Verevalem: keppt. 16,5%, segmentt. 18,0%, lümfots. 46,0%, monots. 19,5%. Uriin patoloogilise leiuta. Koprogrammis lima +, neutraalrasv ++, rasvhapped ++, seedid +, rakuväline tärklis +. Happe-leelise tasakaalu näitajad Astrupi mikromeetodil: pH 7,28; BE 12,5 mekv/l; SB 14,8 mekv/l; BB 35,0 mekv/l; pCO₂ 27,0 mmHg. Väljaheite bakterioloogilises analüüsis leiti klebsiella.

Kolmandal haiglapäeval kehatemperatuur tõusis 39°C ja kõhulahtisus süvenes (vt. joonis). Seisund hakkas paranema viiendal ravipäeval. Kaheksandaks haiglapäevaks sooletegevus normaliseerus. Laps kirjutati 22. haiguspäeval koju paranenuna. Retsidiivi ei tekkinud.



Joonis. Temperatuurikõvera ja teiste olulisemate kliiniliste näitajate dünaamika klebsiella tekitatud enteriiti põdeval haigel.

Arutelu. Tallinna Merimetsa Haiglas oli 1977. aasta I poolaastal klebsiella haiguse põhjustajaks 3,2%-l soolepõletiku tõttu ravil viibinuist. Kirjanduse andmeil kõigub see protsent 0,5 ... 10 piires (8, 11, 12).

Esitatu toetab seisukohta (8, 11), mille järgi haigestuvad eeskätt imikud ja lapsed, kelle organism mingil põhjusel on eelnevalt nõrgestunud (kunstlik toitmine, äge respiratoorne infektsioon või muud kaasnevad haigused). Ka eelnev antibiootikumravi soodustab klebsielloosi teket (2, 3, 8).

Haigus võib esineda nii sporaadiliselt kui ka puhangutena. Puhangule oli antud juhul iseloomulik üheaegne haigestumine. Kontaktnakkust ei täheldatud.

Klebsiella põhjustatud enteriitidele on iseloomulik mürgitusnähtude ülekaal eksikoosiga võrreldes. Silma tõkavad kestev oksendamine ning pikka aega kestev isutus ja meteorism. Nimestatule on viidanud ka teised autorid (3, 5). D. Poleško jt. (10) andmeil põhjustavad klebsiellad raskeid soolepõletikke sagedamini kui düsenteeria- ja kolibakterid. Ka meie analüüsitud 15 haigusjuhu seas oli suhteliselt palju raskeid haigusvorme (viis haiget).

Klebsiellabaktereid kindlaks teha on võrdlemisi kerge, sest nad kasvavad tavalistel söötmetel hästi (1, 7). On vaid vaja, et praktiseerivad arstid oleksid küllaldaselt informeeritud ja et oleks koostöö laboratooriumiga.

Klebsielloosiprobleem on tihedalt seotud antibiootikumide laialdase kasutamise (2, 3, 8). Arvestades tänapäeva polüpragmaasiat ei ole meil põhjust loota nende infektsioonide vähenemist, on karta hoopis vastupidist. Võib arvata, et ka klebsiellade põhjustatud haiglasisesed nakkused saenevad. Kirjanduse andmeil on selleks suur oht vastsündinute ja intensiivraviosakondades (2, 3, 4, 7, 9). S. Neitševi (9) järgi on haiglasistest superinfektsioonide tekitajatest esikohal klebsiellad.

Järeldused.

1. Tallinna Merimetsa Haigla 1977. aasta I poolaasta andmeil oli 3,2%-l soolepõletike tõttu ravil viibinud lastest haiguse põhjustajaks klebsiella.

2. Ebaselge etioloogiaga soolepõletike korral tuleb teha uuringuid ka klebsiella suhtes.

3. Klebsielloosiprobleem vajab edasist tähelepanu.

KIRJANDUS: 1. Enterobacteriaceae — Infektionen. Herausgeber: J. Sedláč und H. Rische. Leipzig, 1961. — 2. Schwarze, R., Hinkel, G. K., Damme, M. Kinderärztl. Prax., 1975, 43, 11, 481—489. — 3. Sitka, U. Dtsch. Gesundheitsw., 1976, 31, 10, 446—451.

4. Инфекционные болезни. Том I. Под ред. М. Войкулеску. Бухарест, 1963. — 5. Гуревич Е. Ц., Самохина З. Ф., Кузина М. Ф., Иващенко Н. С. В кн.: V съезд гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов Белоруссии. Минск, 1971, 367—370. — 6. Едынак И. М., Петрус В. С., Губина К. М. Ж. микробиол., 1975, 6, 108—109. — 7. Киселева Б. С., Голубева И. В., Дробышевская Э. И., Скибенко Л. В. В кн.: Новые методы лабораторной диагностики и применение новых препаратов для диагностики кишечных инфекций. М., 1973, 75—80. — 8. Киселева М. Н., Никуленкова Т. С., Кузнецова Л. С. Ж. микробиол., 1976, 3, 50—52. — 9. Нейчев С. Клиническая микробиология. София, 1977. — 10. Полешко Д. В., Ключарев А. А., Кузина М. Ф., Самохина З. Ф., Гуревич Е. П., Иващенко Н. С. Ж. микробиол., 1974, 9, 136—137. — 11. Рагинская В. П., Родионова Г. Л. Ж. микробиол., 1965, 7, 69—71. — 12. Самохина З. Ф., Гуревич Г. Ц., Кузина М. Ф. Ж. микробиол., 1974, 8, 64—67.

Tallinna Merimetsa Haigla

Toksilised ained kahjustavad eriti naise organismi. Suitsetamisest ja alkoholi liigtarvitamisest põhjustatud kahjustuste tekkes on naise organism mehe organismist mitmeti tundlikum. Näiteks võib maksatsirroosi risk tekkida meestel, kes tarvitavad ööpäevas 132 grammi alkoholi, seevastu naistel juba 52 grammi alkoholi pruukimisel ööpäevas. Seda võib seletada geneetilise soodumusega, sest naise organism on toksiliste ainete elimineerimiseks vähem kohane kui mehe organism. Ka vähktõppe haigestumise oht on suurem neil naistel, kes suitsetavad ja alkoholsete jookidega liialdavad.

Здоровье мира, 1980, 3.

Filosoofia ja meditsiin

110 aastat V. I. Lenini sünnist

UDK 614.253

MEDITSIINITÖÖTAJATE TEGEVUSE KUTSE-EETILISI ASPEKTE *

JURI SAARMA · TARTU

meditsiiniline deontoloogia, kutse-eetika, V. I. Lenini tervishoiuideed, arsti ja haige suhted, meditsiinitöötaja suhe ühiskonnaga

Nõukogude võimu loomisest alates on meie maa rahva tervishoiu korralduses toimunud kardinaalne muutus, mis tõi murrangu ka meditsiinitöötajate kutse-eetika põhiprintsiipidesse. Rahvatervishoiu alustes toimunud murrang on lahutamatu seotud V. I. Lenini nimega, sest ükskõik milliste teoreetiliste või praktiliste probleemidega V. I. Lenin ka tegeles, lõppesmärk oli ikka tööinimese hüvang. V. I. Lenini jaoks oli võitlus sotsialismi eest ühtaegu võitlus töötajate tervise eest. Lenini idee kohaselt sai Nõukogude riik maailma esimeseks riigiks, kes võttis enda kanda vastutuse kogu rahva tervishoiu eest. 1919. aastal partei VIII kongressil vastuvõetud programmis fikseeriti Nõukogude riigi

* Kirjutis on osa NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme professor J. Saarma ettekandest V. I. Lenini 110. sünniaastapäeva ning Eesti NSV 40. aastapäeva tähistamiseks toimunud vabariiklikul tervishoiutöötajate ideoloogiakonverentsil Tallinnas 24. aprillil 1980. a.

ülesanne tagada elanikkonnale üldkättesaadav, tasuta ja kvalifitseeritud arstiabi.

See V. I. Lenini juhtidee on säilitanud väärilise koha arenenud sotsialismi tingimustes tegutseva kommunistliku partei programmis tänapäevalgi. L. I. Brežnevi formuleeringuga NLKP XXV kongressi aruandekõnes «Sotsiaalsete ülesannete seas ei ole tähtsamat kui hoolitsus nõukogude inimeste tervise eest» (1) on antud selge hinnang rahvatervishoiu suurele tähtsusele meie ühiskonnas, partei ja Nõukogude valitsuse tegevuses.

Nõukogude Liidu saavutused rahvatervishoiu alal 62 aasta jooksul on hästi teada. Meie vabariigi 40. aastapäeva puhul on kohane meenutada paari arvu, iseloomustamaks nõukogude tervishoiu tormilist arengut. Kui kodanliku Eesti lõpuaastail oli meil 10 000 elaniku kohta 8,5 arsti ja 26,5 haiglakohta, siis 1977. aastal oli juba 38,9 arsti ja 112,8 haiglakohta, kasv vastavalt 4,6 ja 4,3 korda (2).

Nõukogude meditsiinitöötajail tuleb alati mees pidada, et meie kätte on usaldatud väga vastutusrikas osa nõukogude võimu sotsiaalpoliitikas — hoolitsus rahva tervise eest. Seega täidab iga meditsiinitöötaja suurt riiklikku ning poliitilist missiooni. Haige hindab kõrgeenenud tundlikkusega, kuidas tema tervise eest hoolt kannavad sellega tegelevad inimesed ja asutused. Tervishoiuasutuste tegevuses esinevate puuduste korral avaldub see kõrgeenenud tundlikkus mõnikord koguni kriitilis-skeptiliste üldistustena meie riikliku tervishoiusüsteemi kohta tervikuna.

Meditsiinitöötaja suhted abivajajaga. Kapitalistliku ühiskonna ja nõukogude ühiskonna meedikute suhetes abivajajatega on üks põhiline erinevus: kapitalistlikus riigis on see suhe puhtal kujul eraettevõtlik ning äriline, meie ühiskonnas aga täidab meedik riigivõimu nimel ja volitusel tähtsat sotsiaalset funktsiooni, andes igale abivajajale konstitutsiooniga tagatud tasuta arstiabi. Enamikku kapitalistliku ühiskonna

meedikuid stimuleerib esmajoones raha. Niisugune meedik püüab oma meditsiinilisi oskusi ja kogemusi võimalikult paljudele ning võimalikult kallilt müüa. Kes jõuab maksta, saab arstiabi, kes jõuab paremini maksta, saab paremat ning täiuslikumat abi. Kes maksma ei ole suuteline, peab oma tervise eest ise hoolitsema.

Nõukogude tervishoiusüsteemi töötajal, kes saab riiklikust eelarvest oma töötasu, ei etenda raha suhtlemisel oma abivajajatega vähimatki osa. Olgu abivajaja kõrge- või madalapalgaline, töötav või mittetöötav — kõikidele annab nõukogude meditsiinitöötaja sellist abi, nagu seda nõuavad haige tervislik seisund, haiguse laad ja raskus.

Enamik meditsiinitöötajaid on täielikult tunnetanud oma riikliku töötaja osa ja viib andumuse ning suure kohusetundega kõrvalekaldumatult ellu tasuta arstiabi printsiipi. Kuid on ka üksikuid meedikuid, kelle teadvuses hakkavad lohkama «ärimehelikkuse» vesivõsud ja kes riiklikust fondist saadavale töötasule püüavad hankida lisa altkäemaksude, honoraride kujul. Hiljaaegu tuli meie vabariigi tervishoiuministeeriumil arutada Maardu Keemiakombinaadi meditsiinilis-sanitaariosakonna endise peaarsti S. kuritegusid. See nõukogude arsti eetika põhimõtted hüljanud tegelane hangeldas töövoimetuslehtede ja valetõenditega. S. sai teenitud karistuse. Olgugi et selliseid «honorarikütte» on vaid üksikuid, on nende käitumise kahjulikkus üpris suur: nad diskrediteerivad nõukogude tervishoiusüsteemi tasuta arstiabi printsiipi, meie meditsiini üht leninlikku põhimõtet.

Nõukogude meditsiinitöötajat stimuleerivad kutse humaansus, töö ühiskondlik väärtus, kõrge teadlikkus oma ülesannete sotsiaalpoliitilisest tähtsusest ja suur kohusetunne nõukogude rahva ees. Meditsiinitöötaja kutse valib endale igaüks ise, võttes vabatahtlikult enda kanda selle kutsega kaasnevad kohustu-

sed ning vastutuse. Rahuldus oma tööst, oma teadmiste ning oskuste kasutamisest kannatava inimese heaks, abisaajate tänulikkus ning lugupidamine, kollektiivi austus ja ühiskondlik tunnustus on igale meditsiinitöötajale kõige väärtuslikum tasu töö eest.

Enamik meie meditsiinitöötajaid suhtub oma abivajajasse humaanselt, abivalmilt, mõistvalt, temale tuge ning julgust pakkudes.

Kahetsusega peab tõdema, et aegajalt võib haigetelt kuulda nurinat mõne meditsiinitöötaja tähelepanematusel ning pealiskaudsuse üle või koguni hoolimatusest ning kergemeelsusest tulenevate eksimuste üle. Osal juhtudel on rahulolematuse põhjuseks asjaolu, et tervishoiutöötaja käitub haige suhtes järsult, teravalt, pealiskaudselt või on haige vastu hoolimatu. Niisugused meditsiinitöötajad ei ole vaevunud omandama meditsiinilise psühholoogia elementaartõdesid ega pööra tähelepanu psühhoterautilise õhkkonna kujundamisele raviasutuses. Nii mõnigi kord sugeneb konflikte sellest, et arst või õde ei kärsi haige kaebusi ega soove ära kuulata või ei selgita haigele tema haiguse olemust, diagnoosi või raviprotseduuride otstarvet ning käiku. Juba N. Pirogov rõhutas: «Peamine on, et haige, uuritav või opereeritav oleks seesiselt veendunud, et valu ja operatsioon, mida ta peab taluma, ei ole asjatud, vaid tema heaoluks vältimatud.» (6). Kõrgenenud tundlikkuse puhul võib sellises situatsioonis sugeneda iatrogeenne neurootiline haigus. Allakirjutanul on psühhiaatrina selliseid neuroose ravida tulnud. Mõnikord on see õige pikka aega nõudev protsess. Ei tohi kunagi unustada elementaarse ratsionaalse psühhoteraapia — lihtsa selgitava ning julgustava sõna — ülimat positiivset tähendust eranditult igale haigele. Töökoormus ega ajanappus ei saa vabandada paari selgitava lause ütlejata jätmist. Viimasel juhul nõuab haige enesetunde või koguni tervisele tekitatud kahju heas-

tamine hiljem palju suuremat aja- ja energiakulu, iialgi aga ei annulleeri haigele tekitatud kannatusi.

Selgitav sõna on mõnikord hädavajalik mitte üksnes haigele, vaid väga sageli ka haige omastele, kellele on vaja arsti autoriteetset selgitust ning julgustust hingelise tasakaalu taastamiseks. Teinekord aga on ükskõiksele omaksele vaja selgeks teha haige tõeline seisund selleks, et ta oskaks teda õigesti kohelda ning ravile ja rehabilitatsioonile kaasa aidata.

Enam kui 3000 aastat tagasi fikseeriti Pärsia meditsiinis nõuded, et haigega peab arst kõnelema sõbralikult, olema tema vastu tähelepanelik ja südamlilik ning et arst peab õppima haiget rahulikult ära kuulama (5). Aktuaalsena kõlavad need nõuded tänapäevalgi.

Mõnikord võib meditsiinitöötaja hoolimatusel olla isegi traagiline tagajärg. Hiljuti arutati tervishoiuministeeriumi kolleegiumi istungil kaht sellist juhtu. Ühel juhul ei andnud kiirabiarst S. tänaval abi poolteadvusetule haigele, kes lõhnas alkoholi järele, oletades (ilma läbivaatusest), et tegemist on üksnes raske joobeseisundiga. Haige suri südameinfarkti. Teisel juhul jättis kiirabiarst kriitilises seisundis haige haiglasse toimetamisel järelevalveta, istudes ise juhi kõrvale. Haiglasse jõudes leiti, et haige oli teel surnud.

Igal aastal saadetakse vabariigi tervishoiuministeeriumile ning kohalikesse tervishoiu- ja nõukogude asutustesse kaebusi, kaevatakse meditsiinitöötajate hoolimatu käitumise üle. See peab meid mõtlema panema. Iga taoline hoolimatu käitumise juht on kahekordselt kahjulik: esiteks halvendab haige seisundit ning pikendab tema ravi, teiseks aga heidab varju tervishoiusüsteemile. Süstemaatiline kasvatustöö peab tagama, et meditsiinitöötajad oleksid hästi teadlikud psühhoterapeutilise atmosfääri tähtsusest ning iga töötaja osast selles. Tuleb mees pidada N. Pirogovi juhtlause, et teadmiste ja kogemuste rikkuse kõrval on arsti tähtsaim oma-

dus kohusetunne, mis on saavutatud enesetunnetuse, enesevalitsemise ja inimloomuse tundmise raske kunsti abil (6).

Medit siini humanistliku olemuse üks põhieegleid on see, et haigele ei tohi teha selliseid diagnoosimis- ega ravi- protseduure, mis võivad teda kahjustada. Arusaadavalt on täiesti lubamatu teha haigetel eksperimente. Uute diagnoosimis- ja ravivahendite tundmaõppimine ning tervishoiupraktikasse juurutamine toimub meie maal range korra kohaselt ning ainult NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Farmakoloogia Komitee loal. Tuleb rõhutada, et välisriikides juba kasutusel olevate diagnoosimis- ja ravivahendite rakendamine meie maal toimub samuti Farmakoloogia Komitee loal ning kontrolli all. Range kord diagnoosimis- ja ravi- protseduuride tegemisel ning -vahendite kasutamisel teenib eesmärki vältida kõiki võimalusi haigete ning uuritavate kahjustamiseks mõne kergemeelse «novaatori» tegevuse tagajärjel.

Medit siinitöötaja suhe ühiskonnaga. Meie maa tervishoiusüsteemi põhiolomusest tulenevalt vastutavad meditsiinitöötajad oma kutsetegevuse tõhususe eest ühiskonna ees. See vastutus on poliitilist, majanduslikku ning eetilist laadi. Arsti kohustused on fikseeritud ka nõukogude arsti vandetootuses, milles kõige olulisem on järgmine:

«Töotan... pidevalt täiustada oma meditsiinilisi teadmisi ja arstimeisterlikkust, aidata oma tööga kaasa arstiteaduse ja -praktika arendamisele; ... hoida ja arendada kodumaa arstiteaduse õilsaid traditsioone, juhinduda kõigis oma tegudes kommunistliku moraali põhimõtetest, pidada alati meesles nõukogude arsti kõrget kutsumust, tema vastutust rahva ja Nõukogude riigi ees» (3).

Nõukogudemaal on loodud kõikidele, kellel on kutsumust ning tahet, soodsad võimalused meditsiinitöötaja kutse omandamiseks ükskõik millisel tasemel või erialal. Meie riik kulutab suuri summasid õppeasutuste ülalpidamiseks

töötajaid võtab süstemaatiliselt ja täie innuga osa profülaktilisest tööst selles valdkonnas.

Tänapäeva meditsiinis on universaalse haardega profülaktikavaldkonnaks kujunenud psühhohügieen. Kellelegi ei ole saladus, et psüühikahäired elanike hulgas pidevalt sagenevad. Psüühilis-emotsionaalne stress on üks juhtivaid etioloogilisi või patogeneetilisi tegureid paljude südame-, veresoonte, endokriinsete, gastroenteroloogiliste ja muude haiguste puhul. Nende diagnoosimises ja ravis on ka meie vabariigis märkimisväärsed saavutusi. Nende haiguste primaarsele ega sekundaarsele psühhoprofülaktikale aga ei ole küllaldaselt tähelepanu pööratud. Isegi silmapaistvates uurimiserühmades ja ravikeskustes ei ole peetud vajalikuks psüühilis-emotsionaalse stressi osa uurida ega profülaktikameetodeid kasutusele võtta. Seda tuleb kiiresti teha, sest tehnika ning suhtlemisintensiivsuse tormiline areng järgmisel aastakümnel toob kaasa üha suureneva emotsionaalse koormuse inimestele. Peame olema varustatud teadmiste, vahendite ning võtetega aitamaks inimesi seda taluda.

Artiklis oli nõukogude meditsiinitöötaja eetiliste kohustuste valdkonnast võimalik käsitleda vaid mõningaid aspekte. Tahaks loota, et esitatu äratav lugejais mõtteid ning innustab meditsiinitöötajaid meie kutsetöö eetiliste ning poliitilis-ideoloogiliste aluste üle järele mõtlema.

KIRJANDUS: 1. Brežnev, L. NLKP Keskkomitee aruanne ning partei järjekordsed ülesanded sise- ja välispoliitika valdkonnas. Tln., 1976. — 2. Eesti NSV rahvamajandus 1977. aastal. Statistika aastaraamat. Tln., 1978. — 3. Nõukogude Liidu arsti ametivanne.

4. Вагнер Е. А., Росновский А. А. О самовоспитании врача. Пермь, 1976. — 5. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. М., 1976. — 6. Телешевская М. Э., Погибко Н. И. Вопросы врачебной деонтологии. Л., 1978.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

Ülevaated

UDK 616—082.8—085(047)

REHABILITATSIOONI PÕHIMÕTTED JA VAHENDID

REINHOLD BIRKENFELDT · TARTU

rehabilitatsioon, rehabilitatsioonikeskus, taastusravi vahendid, tööravi, kaader

Haigete ja invaliidide rehabiliteerimine on viimase aastakümne vältel saanud keskseks meditsiinilis-sotsiaalseks probleemiks kogu maailmas. NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus 22. septembrist 1977. a. «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõudest» peab vajalikuks polikliinikutes ning ambulatooriumides laialdasemalt rakendada taastusravi meetodeid, peab ka vajalikuks avada suurtes polikliinikutes rehabilitatsiooniosakondi. Rehabilitatsioonikeskuste ja -osakondade rajamine on seaduspärane protsess, sest taastusravi on üldravi üks osa.

Rehabilitatsiooni mõiste ja põhimõtted. 1967. a. Prahas toimunud sotsialismimaade tervishoiu- ja sotsiaalkindlustusministrite IX nõupidamise resolutsioonis määratletakse rehabilitatsiooni kui kompleksset riiklike, sotsiaalmajanduslike, meditsiiniliste, professionaalsete, pedagoogiliste ja teiste abinõude süsteemi, mille eesmärk on vältida ajutist või püsivat töövõimekaotust põhjustavaid haigusi ning haiged ja invaliide ühiskondlikult kasuliku töö juurde varakult tagasi tuua (11).

Rehabilitatsiooni tähtsamad põhimõtted ja eesmärgid on järgmised (19).

1. Rehabilitatsiooni võimalikult **varajane alustamine**. See peab orgaaniliselt liituma ravimenetlustega, neid täiendama ja rikastama.

2. Rehabilitatsiooni **pidevus**. Ainult taastamisprotsessi pidevus võimaldab vähendada invaliidsust ja temaga seotud materiaalseid kulutusi. Kirjanduse andmetel ületab majanduslik efekt 5...6 aasta jooksul rehabilitatsiooniks tehtud kulutused kuni 10 korda (3, 4, 6, 8).

3. Rehabilitatsiooniürituste **komplekssus**. Peale meditsiinitöötajate peavad sellest osa võtma psühholoog, sotsioloog, pedagoog, tööravispetsialist, sotsiaalkindlustusosakonna esindaja, jurist, ametiühingutöötaja jt.; brigaadi juhiks on arst (2, 19).

4. Rehabilitatsiooniürituste **individuaalsus**. Igale haigele või invaliidile peab olema individuaalne programm.

5. Rehabilitatsioon **kollektiivis**. Elu ja töö kollektiivis annavad invaliidile või haigele moraalset tuge, hea eeskuju innustab ja paneb uskuma oma jõusse.

6. Invaliidi **tagasipöördumine aktiivsele ühiskondlikult kasulikule tööle**. Tööle tagasitulek tähendab materiaalset sõltumatust.

Rehabilitatsiooni liigid ja etapid. Eristatakse rehabilitatsiooni kolme põhiliiki (4, 19).

1. **Meditšiiniline rehabilitatsioon**. Siia alla kuuluvad kõik ravimenetlused. See on periood, mil toimub kannatanu psühholoogiline ettevalmistamine adaptatsiooniks, readaptatsiooniks või ümberkvalifitseerimiseks. Kasulik on, kui sellega algusest peale tegeleb psühhoterapeut.

2. **Sotsiaalne ja olmeline rehabilitatsioon**. Eesmärk on arendada kannatanus põhilisi iseteenindamise oskusi. Õpetatakse kasutama lusikat, kahvlit ja teisi lihtsamaid vahendeid.

3. **Professionaalne rehabilitatsioon**. Põhieesmärk on invaliide tööks ette valmistada. See algab meditsiinilise ja sotsiaalse rehabilitatsiooni perioodil ning lõpeb haige tööle asumisega.

Rehabiliteerida tuleb kõik haiged, kellel haigus on pikale veninud, kaasa arvatud kroonilisi somaatilisi haigusi põdejad, ja need, kellel on püsivad skeletisüsteemi ja lihaste deformatsioonid. Viimased moodustavad 70% professionaalset rehabilitatsiooni vajajatest (4, 19).

Rehabilitatsiooni esimesel etapil pannakse täpne diagnoos ja määratakse kindlaks taastusravi. Teisel etapil võetakse ette meditsiinilised, sotsiaalsed, professionaalsed, lastel ka pedagoogilised või muud rehabilitatsiooniüritused. Kolmas etapp on tagasipöördumine töö juurde (7, 19). Viimane — kontroll-etapp — aga pidev dispanseerne jälgimine (12, 19).

Rehabilitatsioonikeskused ja -osakonnad. Rehabilitatsioonikeskused võivad olla kas iseseisvad, üldtüüpi keskused või osakonnad või võivad paikneda spetsialiseeritud haiglate ning polikliinikute juures. Vastavalt Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni rehabilitatsiooniekspertide komitee soovistele (19) eristatakse järgmisi rehabilitatsioonikeskusi:

1) üldised meditsiinilise rehabilitatsiooni keskused;

2) spetsiaalsed meditsiinilise rehabilitatsiooni keskused (tuberkuloosi, psüühiliste haiguste, parapleegia, traumade puhul);

3) professionaalse rehabilitatsiooni keskused (kutse omandamiseks või ümberkvalifitseerumiseks);

4) kombineeritud keskused (meditsiiniliseks ja professionaalseks rehabilitatsiooniks).

Rahvusvahelised kogemused on näidanud, et rehabilitatsioonikeskus peab koosnema järgmistest struktuursetest osadest: kliiniline osakond, kliiniline ja biokeemiline laboratoorium, operatsiooniblokk, röntgeniosakond, funktsionaaldiagnostika laboratoorium, võimlemissaal, ujumisbassein, füsioteraapiaosakond, tööraviosakond ja õppetökojad (4, 7, 19).

Taastusravi vahendid. Rehabilitatsioonikeskustel ja -osakondadel peab

olema kindel taastusravi vahendite kompleks vastavalt asutuse liigile ja suurusele. Taastusravi vahendite hulka kuuluvad (14, 15, 18, 19):

1) aktiivne kinesioteeraapia (ravikehakultuur) — ravivõimlemine, mängud, sportlikud elemendid, käimisravi (raja takistustega) jne.; 2) passiivne kinesioteeraapia — massaaž, liikumine aparaatidega, venitusravi; 3) hüdrokinesioteeraapia — ujumine, veealune massaaž ja venitusravi; 4) valgus- ja soojustravi, mudaravi ja muud ravivannid; 5) tööravi; 6) kõne taastusravi; 7) iseteenindamise taastamine (mitmesugused abivahendid); 8) psühhoteraapia; 9) medikamentoosne ravi.

Väga oluline on haigete psühholoogiline rehabiliteerimine. Kroonilisi haigusi põdeja või invaliid tunneb end perekonnas ja ühiskonnas tarbetuna. Meditsiinipsühholoog mobiliseerib tema jõud. Kergematel juhtudel piirdub psühholoogiline rehabilitatsioon õige kutsesuunitlusega, raskematel juhtudel on vajalik kompleksne mõjutamine, milles oluline koht on tööravil (16, 17). Eriline tähtsus on õpilaste kutsesuunitlusel (13).

Tööravi. Tööravi vormid on mitmesugused (1, 19):

1) toniseeriv — tõstab huvi mingi tegevuse vastu;

2) taastav — arvestab haige huve, iseloomu ja invaliidsusastet;

3) orienteeriv — hindab haige töövõimet ja kutsesobivust;

4) produktiivne — oma lõppfaasis üleminek tootvale tööle.

ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogu (16) soovitab rehabilitatsioonikeskuse tööraviosakondi rajada järgmistel aladel: tislari-, lukksepa- ja kudumistöö, trükitöö, korvide, võrkude ja nõõride punumine ning nahatöötlemine, klišeetrükkimine, tikkimine, masinakiri, õmblustöö.

Tööravi ühendab meditsiinilist rehabilitatsiooni sotsiaalse rehabilitatsiooniga.

Nõukogude Liidus õpetatakse invaliide individuaalselt töökohal või kutse-

tehnikakoolides. Arvestades spetsiaalse lähenemise vajadust ja pidevat arstlikku kontrolli ning õppeajal ravivõimlemist ja füsioteraapiat, soovitatakse rajada professionaalse rehabilitatsiooni komplekskeskusi (9).

Tähtis ülesanne professionaalses rehabilitatsioonis on pandud ATEK-ile, kes peab invaliidide töövõime taastamisele kaasa aitama. Tema kohustuseks on taastusravi korraldamine, proteseid ja abiseadeldistega varustamine, ümberkvalifitseerimine, kutsealase kvalifikatsiooni tõstmine, liiklusvahenditega varustamine, koos raviasutustega individuaalse raviprogrammi koostamine (18).

Kaader. On tekkinud uus erialatöötaja — rehabilitatsiooniarst. Neid valmistavad ette erikateedrid paljude maa-de meditsiiniasutustes või arstide täiendamise institutides. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni rehabilitatsiooniekspertide komitee (19) soovitab meditsiini- või täiendusinstitutides järgmist ettevalmistust: üks aasta ettevalmistust teraapia ja pediatraia alal, üks aasta tööd haiglas, et tõsta kvalifikatsiooni ortopeedias, neuroloogias, reumatoloogias, kardioloogias, dermatoloogias, ja vähemalt kaks aastat praktikat üldhaigla rehabilitatsiooniosakonnas või spetsiaalses rehabilitatsioonikeskuses.

Keskastme meditsiinipersonali hulgast valmistatakse ette füsioteraapiaõdesid, masseerijaid, kehakultuuriinstruktoreid jt.

Taastusravist võtavad osa füsioterapeudid, ravikehakultuuriarstid, balneoloogid, protesistid jt.. Valmistatakse ette ka tööravispetsialiste, psühholooge ja sotsiolooge (2, 19).

KIRJANDUS: 1. Beyer, W., Winter, O. Lehrbuch der Sozialhygiene. Berlin, 1967. — 2. Goertz, A., Kulczyk, W., Katzenstein, U. P. Fortbild., 1976, 70, 6, 303—306. — 3. Granacher, A. Die Rehabilitation in der Schweiz. Bern, 1963. — 4. Hulek, A. Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidow. Warszawa, 1969. — 5. Kuznetsov, A. Arstlik töövõimeekspertiis. Tallinn, 1978. — 6. Renker, K. Rehabilitation. Berlin, 1962. — 7. Renker, K. Grundlagen der Rehabilitation in DDR, Berlin,

1968. — 8. Ulbricht, H. Gesamte Hyg., 1968, 1, 1, 61—64.

9. Барыбин В., Грицкевич Д., Воронцов Ф., Ежов М. Восстановление трудоспособности инвалидов. М., 1968. — 10. Белов В. П. В сб.: Биологические, психологические и социальные аспекты реабилитации. Вильнюс, 1976, 32—40. — 11. Белов В. П., Шмаков А. В. Вестн. АМН СССР, 1977, 4, 60—67. — 12. Губис Г., Бундонис А., Жиряковс О. В сб.: Вопросы реабилитации больных ревматическими заболеваниями. Таллин, 1978, 24—26. — 13. Луйга Э. Э. В сб.: Вопросы реабилитации больных ревматическими заболеваниями. Таллин, 1978, 50. — 14. Основное оборудование для центров восстановления трудоспособности инвалидов. Протезы конечностей и ортопедические аппараты. Ч. I. ООН, Нью-Йорк, 1962. — 15. Основное оборудование для центров восстановления трудоспособности инвалидов. Физиотерапия. Ч. II. ООН, Нью-Йорк, 1962. — 16. Основное оборудование для центров восстановления трудоспособности инвалидов. Трудовая терапия. Ч. III. ООН, Нью-Йорк, 1964. — 17. Пай Л. Т. В сб.: Вопросы реабилитации больных ревматическими заболеваниями. Таллин, 1978, 66—67. — 18. Руководство по кинезитерапии. София, 1978. — 19. Юмашев Г. С., Ренкер К. Основы реабилитации. М., 1973.

TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste kateeder

UDK 612.313.1:577.1(047)

INIMESE SEGASÜLJE BIOKEEMIAST

MEELI ROOSALU INGA FREIBERG · TALLINN

süljenäärmed, sülje funktsioon, sülje keemiline koostis, organismi funktsionaalne seisund

Inimese segasülje sekreteerivad kolm paari suuri süljenäärmeid (*gl. parotis*, *gl. submandibularis*, *gl. sublingualis*) ja arvukalt suu limaskestas paiknevaid väikesi süljenäärmeid. Segasülje tekib täiskasvanul 0,33...0,50 ml minutis. Ööpäevas eritub ligikaudu 1000 ml sülje. Näärmete produktiivsus on erisugune. On täheldatud, et stimuleerimata segasüljes on 25% kõrvasüljenäärme, 71% lõuaaluse ja 3...4% keelealuse süljenäärme sekreti (7).

Sülje funktsioon on mitmekesine. Eelkõige on süljel kaitsev toime suuõõne ja seedekulgla ülemise osa limaskestast ning hammaste suhtes. Sülje kaasabil algab toidu seedimine. Süljenäärmetel on ka eritusfunktsioon, nad eritavad organismiomaseid aineid ja antikehi, viirusi jt.

Segasülje keemiline koostis on väga keeruline. Süljes on kindlaks määratud ligikaudu sada ainet, mille sisaldus on individuaalne ning sõltub organismi funktsionaalsest seisundist (15, 20).

Nagu kõik muud kehavedelikud, on ka sülj vesilahus, mis sisaldab 0,5...1,5% lahustunud aineid, millest ligikaudu $\frac{2}{3}$ on orgaanilised ühendid ja $\frac{1}{3}$ mineraalsoolad. Sülje erikaal võib varieeruda 1,0002 kuni 1,017 g/cm³ (16).

Vereplasmaga võrreldes on sülje anorgaaniliste ainete kontsentratsioon madal. Sülje osmootne rõhk vereplasma suhtes võib olla hüpotooniline või isotooniline, väga harva hüpertooniline.

Põhiliselt määravad sülje osmootset rõhku sekreteeriva näärme tüüp ja sekretoorse aktiivsuse aste.

Mitme autori (2, 5) tööde kohaselt on sülje osmootne rõhk seda hüpotoonilisem, mida aeglasemalt teda eritub. Tugeval stimulatsioonil osmootne rõhk tõuseb ning läheneb isotoonilisele.

Maitsefunktsiooni mõjutavad sülje eritamise kiirus ja koostis. Maitsemispungad võtavad maitse vastu alles siis, kui aine kontsentratsioon on suurem kui süljel. Et aldosteroon ja teised mineralokortikoidid vähendavad naatriumisisaldust süljes, mõjutavad nad seega ka maitseärvist. Seetõttu on kogu organismile väga otstarbekas, et süljenäärmed eritavad hüpotoonilist sülje, mille naatriumisisaldus on madal, sest sellega reguleeritakse nn. soolalärvist. Analoožilised lävised eksisteerivad ka glükoosi ja mõne mõru aine suhtes (7).

Süljenäärmetes ning nendes toimuva vee ja elektrolüütide sekretsiooni printsiibis esineb analoogiat. Süljenäärmed produtseerivad sekreti, mis süljenäärmejuha proksimaalses piirkon-

nas on plasmaga isotooniline, distaalses osas toimub elektrolüütide resorptsioon seni, kuni tekib hüpotooniline sekreet (7). Anorgaanilistest komponentidest — elektrolüütidest — on süljes kõige suuremas kontsentratsioonis Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} , kloriide, bikarbonaate ja fosfaate.

O. Kirejevi (17) andmetel on inimese segasülje naatriumioonide kontsentratsioon $13,79 \pm 1,15$ mekv/l, kaaliumioonide kontsentratsioon $17,9 \pm 1,09$ mekv/l. Täiskasvanud inimese sülje kaltsiumioonide kontsentratsioon on rahuolekus 3,0 mekv/l (1). Magneesiumioonisaldust süljes on raske analüüsida ning seetõttu on nende ionide kohta väga vähe andmeid. Magneesiumioonide kontsentratsioon inimese vereplasmas on $0,8 \dots 1,8$ mekv/l. Y. Ericsoni (4) andmeil võib inimese kogu segasülje magneesiumioonide kontsentratsiooni pidada ligikaudu võrdseks $1/3$ -ga vereplasma vastavate ionide kontsentratsioonist.

Minimaalse stimuleerimise korral on vesinikioonide kontsentratsioon süljes tavaliselt kõrgem kui vastav kontsentratsioon veres. Rahuolekus on segasülje $[\text{H}^+] = 20 \times 10^{-8}$ M ($\text{pH} = 6,7$) (3), veres $[\text{H}^+]$ normaalselt aga 4×10^{-8} M ($\text{pH} = 7,4$). Sekretsiooni stimuleerimise ja kiirenemise korral langeb $[\text{H}^+]$ (pH tõuseb) ligikaudu vere pH väärtustele (10).

Kogusülje $[\text{Cl}^-]$ on rahuolekus 15 ... 25 mekv/l, mille kontsentratsioon reflektorse stimuleerimise korral võib tõusta kuni kaks korda (8).

Kui sekretsioonikiirus on väike, on kõrvasüljenäärme sülje bikarbonaatide kontsentratsioon 5 mekv/l, mis sekretsiooni kiirenemise korral suureneb kuni 40 ... 60 mekv/l.

Erituskiiruse suurenemisega kaaseb naatriumioonide, kloriidide ja bikarbonaatide kontsentratsiooni tõus, kusjuures kaaliumi ja anorgaaniliste fosfaatide hulk väheneb. Analoomilisi muutusi ilmneb ka keelealuse ja lõualuse süljenäärme elektrolüütide sekretsioonis, kuid nende elektrolüütide

sisaldus sõltub sekretsiooni kiirusest suhteliselt vähem (7).

Sülje koostises on olulisemateks komponentideks hüdrolaasid. Nende ensüümide hulka kuuluvad alfa-amülaas, pepsinogeen, trüpsiin, trüpsiini inhibiitor ja leeliseline fosfataas. Seedimise seisukohalt on kõige tähtsam alfa-amülaas, mis, toimides tähtsate molekulis, lagundab selle lõikudeks, milles igaühes on 6...7 glükoosijääki (11). Sülje alfa-amülaasi uurimisel diskuselektroforeesil polüakrüülamidegeelil on leitud, et ta koosneb mitmest proteiinist, seega on heterogeense koostisega. Arvatakse, et süljeamülaas on isoensüümide kogum (9).

Sülje orgaaniliste komponentide hulka kuuluvad veel seerumproteiinid, glükoproteiinid, veregrupiained, rakude kasvu mõjutavad ained, vere-rõhku ning vere hüübimist mõjutavad tegurid.

Sülje koostist mõjutavad mitmed tegurid, eelkõige sõltub see sekretsiooni esilekutsuva mõjuri laadist, kuid ka toidu omadustest ning organismi üldisest erutuvusest ja emotsioonidest.

Mitmed autorid (7, 12) on täheldanud sülje koostise sõltuvust ööpäevast ja aastaegade rütmilisusest.

Kõige suuremaid kõrvalekaldeid elektrolüütide koostises on täheldatud seedetraktihaiguste korral, kuid sülje elektrolüüdisisaldus muutub ka virvendava arütmia ja esmase glaukoomi puhul (13, 14, 21, 22, 24, 25, 27). Normväärtusest suurem on suhkruhaigete sülje glükoosisisaldus (18), pankreatiidi korral on täheldatud sülje alfa-amülaasi aktiivsuse 20...30-kordset tõusu (26).

Tartu üliõpilaste uurimistööst (6) on selgunud, et segasülje pH alusel on võimalik anda mõningane hinnang organismi kehalise treenituse kohta. Emotsionaalse pingeseisundis on konstateeritud olulisi muutusi organismi ensümisüsteemides, kusjuures stressi mõjul tõuseb pankrease ja sülje amülaasi aktiivsus (19,23).

Eespool toodu põhjal võib väita, et

sülje kompleksne analüüs annab küllalt objektiivse hinnangu organismi funktsionaalse seisundi kohta. Teiste kehavedelikega võrreldes on sülje kasutamise uurimismaterjalina eelistatud seetõttu, et analüüside kogumine ei tekita valu ega ebameeldivaid aistinguid.

KIRJANDUS: 1. *Becks, H. J.* Dent. Res., 1943, 22, 397—402. — 2. *Bruslow, S. W., Cooke, R. E.* Am. J. Physiol., 1959, 196, 831—834. — 3. *Eisenbrandt, L. L.* J. Dent. Res., 1944, 23, 363—374. — 4. *Ericson, Y. J.* Dent. Res., 1955, 34, 104—111. — 5. *Heidenhain, R.* Arch. ges. Physiol., 1978, 17, 1—67. — 6. *Keevalik, R.* Sülje pH muutustest sportlastel treeningu vältel. Võistlustöö. Tartu, 1969. — 7. *Münzel, M.* Arch. Otolaryngol., 1976, 213, 209—285. — 8. *Shannon, I. L.* USAF School of Aviation Med., 1958, 1—4. — 9. *Sick, K., Neilson, J. T.* Hereditas, 1964, 51, 291—296. — 10. *Soyenkov, B. C., Hinck, C. F. Jr.* J. Biol. Chem., 1935, 109, 467—475. — 11. *Tohver, V.* Üldine biokeemia. Tallinn, 1977, 922.

12. *Баженова А. Ф., Багинская Н. В., Колпаков М. Г., Матвеев П. В.* Физиол. ж. им. И. М. Сеченова, 1974, 40, 2, 277—282. — 13. *Барыбин А. С.* Электролитный обмен у онкологических больных и его динамика в процессе лучевой терапии. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Свердловск, 1968. — 14. *Вайнштейн С. Тер. арх.*, 1966, 38, 11, 37—39. — 15. *Веремеенко К. Н., Хоменко Л. А., Кузнецов А. И.* Лаб. дело, 1976, 7, 393—399. — 16. *Гальперин С. И.* Физиология человека и животных. Пищеварение. М., 1970. — 17. *Киреев О. В.* Тер. арх., 1961, 7, 39—42. — 18. *Кирюхина С. А.* Стоматология, 1967, 6, 76—78. — 19. *Курбанов Ш. К., Сушко А. Г.* Узб. биол. ж., 1976, 5, 72—73. — 20. *Наташата Ж. Н., Ляпун С. Н.* Клин. мед., 1972, 9, 15—22. — 21. *Селивоненко В. Г.* Тер. арх., 1967, 7, 50—52. — 22. *Спринцон Р. Г., Кислый Н. П.* Коэффициент Na/K слюны при язвенной болезни. Клин. мед., 1968, 46, 2, 44—48. — 23. *Сушко А. Г.* Узб. биол. ж., 1976, 4, 39—42. — 24. *Федорова Е. В., Борисова Н. Н., Годуляк С. А., Менд В. Н.* Вопр. охр. мат., 1978, 23, 6, 86. — 25. *Хетагурова А. Н.* О содержании альдостерона в моче и коэффициент а/К слюны у больных циррозом печени в различных стадиях и фазы заболевания. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1969. — 26. *Шелагуров А. А., Воробьев Л. П.* Сов. мед., 1967, 6, 25—29. — 27. *Шишова Е. В., Шишов В. И.* Вестн. офтальмол., 1978, 2, 12—14.

*E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut*

Tervishoiutöö korraldus

UDK [616.31:614](474.2)

STOMATOLOOGILISE ABI ORGANISATSIOON EESTI NSV-s

SIIRI HANSTEIN · TALLINN

stomatoloogiaasutuste võrk, materiaalne baas, lastestomatoloogia, stomatoloogia arenenud spetsiifid

Stomatoloogia on Eesti NSV-s nõukogude võimu aastatel märgatavalt arenenud. Tänapäeva stomatoloogias on kolm eriharu — terapeutiline, kirurgiline ja ortopeediline stomatoloogia. Omaette erialana on välja kujunemas lastestomatoloogia koos -ortodontiaga.

Meie vabariigis on tihe stomatoloogiaasutuste võrk. Nii on Eesti NSV-s praegu neli iseseisvat stomatoloogiapolikliinikut ja 37 stomatoloogiaosakonda. Väikestest stomatoloogiakabinettidest on 111 maarajoonides, 43 meditsiinipunktide juures, 92 koolides ja 62 asutustes ja ettevõtetes. Kutsealustele ja eelkutsealustele stomatoloogilise ravi paremaks tagamiseks on spetsiaalsed stomatoloogiakabinetid, stomatoloogiakabinetid on ka kõikides kõrgkoolides ja enamikus keskeriõppeasutustes.

Et meie vabariigis on rohkesti väikseid stomatoloogiakabinette ja -osakondi, on killustatud nii kaader kui ka töövahendid. Meil tuntakse suurt puudust iseseisvate stomatoloogiapolikliinikute järele, kus oleks võimalik kvalifitseeritud abi anda vastavalt tänapäeva nõuetele, ühtlasi rakendada neid polikliinikuid nii arstide täiendus- kui ka üliõpilaste praktikabaasina.

Paljudes vabariigi linnades, nagu Tallinnas, Tartus, Pärnus, Rakveres, ei vasta stomatoloogiaasutuste materiaalne baas tänapäeva nõuetele. Esinevad hambaravi järjekorrad, eriti pikad hambaproteeside saamiseks. Ruumikitsikuse tõttu ei ole mainitud linnades võimalik osakondi laiendada.

Et stomatoloogiline abi muuta elanikele paremini kättesaadavaks, on nende probleemide arutamisest ka valitsusorganid korduvalt osa võtnud.

Nimelt on NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1976. aasta 5. novembri määrusele «Elanikkonnale osutatava stomatoloogilise abi edasise parandamise abinõudest» järgnenud NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu samasisulised otsused.

Mainitud määrusega anti konkreet- sed ülesanded stomatoloogiaasutuste võrgu väljaarendamiseks, stomatoloogilise abi kättesaadavuse ja materiaalse baasi parandamiseks, kaadri ettevalmistamise suurendamiseks jne.

On valminud uus stomatoloogiapoli- kliniik Viljandis, kus stomatoloogide töö on hästi korraldatud. Viljandi Stomatoloogia Polikliniik on saanud oma rajooni organisatsioonilis-metoodilise töö keskuseks.

Avatud on uus ortopeediaosakond Harju rajooni poliklinikus, ehitamisel on polikliniik Narvas.

Seevastu on lubamatult aeglaselt kulgenud Tallinna Stomatoloogia Poli- kliniku ehitustööd, Pärnu Stomatoloogia Polikliniku ehitamist aga ei ole veel alustatudki.

Kiiresti suureneva elanikkonnaga Tallinn vajab uut stomatoloogiapoli- klinikut nii täiskasvanutele kui ka lastele.

1978. a. alates on suurendatud sto- matoloogide ettevalmistamist TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogiaosakon- nas, on taasalustatud hambatehnikute ettevalmistamist Tallinna Meditsiini- koolis.

Eesti NSV-le on iseloomulik kõrge haigestumus hambakaariesesse, mõne rajooni lastest kuni 95%. Eriti laialt on haigus levinud Lõuna-Eestis. Kaariese intensiivsus sõltub joogivee vähesest fluori või muude mineraalainete sisal- dusest. Selle puuduse kõrvaldamiseks fluoreeritakse meil joogivett (Tallinn, Narva). Võru linn vajaks fluoririkkama joogivee saamiseks sügavamad puur- kaevu.

Laste ja kooliõpilaste hammaste ravi- le on hakatud suurt tähelepanu pöö- rama eriti viimastel aastatel. Stomato- loogiakabinetid on 92 koolis, ülejäänud koolide laste hambaid käivad ravimas arstide väljasõidubrigaadid.

Soovida jätab koostöö koolide juht- konnaga, kes peaksid igakülgselt kaasa aitama, et õpilaste hammaste ravi oleks plaanipärane, eraldama sobivad ruumid jne.

1979. a. vaadati profülaktiliselt läbi 98% lastest, suuõont saneeriti 86%-l lastest. Senisest enam tuleb plaanipä- raselt rakendada profülaktikamenetlusi (lokaalselt remineraliseerivate ainete ja floorlaki kasutamine, ratsionaalse dieedi määramine jne.).

Stomatoloogide külastatavus on kõr- ge: keskmiselt 2,2 korda iga elaniku kohta aastas. Ravi osatähtsust iseloo- mustab järgmine fakt: ligikaudu iga viie ravitud hamba kohta ekstraheeri- takse üks hammas.

Ortopeedilise stomatoloogia osakondi on meie vabariigis 24, nendest 18-s val- mistatakse proteese väärismetallidest.

Proteeside valmistamise arvukuselt on meie vabariik NSV Liidus esikohal — 10 000 elaniku kohta 350 proteesi.

Senisest enam vajavad meil juuruta- mist uued hambaproteeside valmista- mise meetodid, rohkem tuleb protee- side valmistamisel kasutada portselan- hambaid ja metallkeraamikat.

Kirurgilise stomatoloogia alal on stat- sionaarid Tartu Kliinilises Haiglas ja Tallinna Vabariiklikus Haiglas, neist viimane vajab laiendamist.

Mustamäe Stomatoloogia Polikliinikus kasutatakse narkoosi hammaste ekstraheerimisel ja ambulatoorsetel operatsioonidel. See meetod tuleks kasutusele võtta ka mujal, esmajoones Tartus.

Meie vabariigis on atesteeritud 290 stomatoloogi, kõrgem kategooria on kuuel, esimene 110-l, kolmas 174 stomatoloogil. Pidevalt korraldatakse täienduskursusi nii meie vabariigis kui ka väljaspool.

Hambaarstidest on atesteeritud seitse; nende ettevalmistamist meie vabariigis enam ei toimu. On tõstetud ka hambatehnikute kvalifikatsiooni.

Mõnevõrra on paranenud varustamine aparatuuriga, puudust tuntakse sondide, peeglite, puurmasina nurkotsikute ja muu järele.

Kõige olulisem on materiaalse baasi tugevdamine.

Tallinna Vabariiklik Haigla

üle 60 rubla. Korteriolusid võib pida heaks: 81%-l spetsialistidest oli kas omaette korter või eramu, neist 77,5%-l oli kaks või enam tuba. Eesti NSV stomatoloogide korteriolud olid teiste anketeeritute elamistingimustega võrreldes märksa paremad.

Tööteeks kulub pooltel ligi tund, pooltel poolteist kuni kaks ja enam tundi. Teel võivad sügeneda lisategurid, mis põhjustavad väsimust või soodustavad puhkamist. Majapidamistöole kulub 78,0%-l naisstomatoloogidest keskmiselt kolm ja rohkem tundi päevas. See tegevus tööväsimust küll süvendab, kuid töö, mis vaheldub teisega, üleväsimust ei põhjusta (3).

Stomatoloogide toitumis- ja puhkerežiimi uurimisest ilmnes, et 57,8% toitub korrapäratult, eriti ortopeedid ja kirurgid. 13,4% küsitletuist sööb vaid kaks korda päevas ning ainult 36,1% sööb lõunaks sooja toitu. 85,1%-l stomatoloogidest ei ole kindlaksmääratud lõunavaheaega; Eesti NSV-s on seda töörežiimi rikkumist vähem (67%) kui mujal. Korrapäratu toitumine aga soodustab seedetrakti krooniliste haiguste tekkimist. Tervist kahjustavate harjumuste selgitamisel ilmnes, et ligikaudu 30% küsitletuist suitsetab ning keskmiselt 34,7% pruugib alkoholi.

Me pidasime vajalikuks võtta ankeeti küsimused tööstaazi ja täienduskursustel viibimise kohta kui tegurid, mis avaldavad mõju kutsemeisterlikkusele. Enamiku arstide tööstaaz oli üle viie aasta, see on hea kvalifikatsiooni eeldus, kuid ainult pooled küsitletud olid viibinud spetsialiseerumis- ja täienduskursustel.

Lisaks põhikohale töötas kohakaasluse alusel keskmiselt 23,8% vastajatest. Moskva ja Rjazani stomatoloogidest töötas kohakaasluse alusel vaid 15,1%, Eesti NSV stomatoloogidest aga 43,3%.

Selgitati ka stomatoloogide töörežiimi iseärasusi, 83,9% uurituist töötas põhikohal vaheldumisi hommiku- ja õhtupoolses vahetuses. Stomatoloogide tööasendi uurimisest nähtus, et

UDK 616.31:614.254

STOMATOLOOGIDE TÖÖD ISELOOMUSTAVAD SOTSIAALSED JA OLMETEGURID

LUISA BAROSEVA LARISSA VORONINA
MARK LEVIN · TALLINN

stomatoloogid, kutsetegurid, elutingimused, toitumine ja puhkerežiim, kvalifikatsioon, tervislik seisund, ebasoodsad tegurid

Ankeedimeetodil uuriti stomatoloogide töö- ja elutingimusi. Ankeet kätkes 88 küsimust, millele vastas 671 stomatoloogi: 367 Moskvast, 70 Rjazanist, 28 Riistast ning 207 Eesti NSV-st. Küsitletud stomatoloogidest oli terapeute 463, ortopeede 151 ning kirurge 57.

Enamik stomatolooge (79,4%) olid naised. Abielus oli 78,7%, 80,6%-l olid lapsed, enamikul (60,6%) üks laps perekonnas. 84,2% stomatoloogide sisetulek ühe perekonnaliikme kohta oli

76% töötab nii püstiseistes kui ka istudes, ülejäänud peaaegu võrdselt kas istudes (peamiselt terapeudid) või püstiseistes (peamiselt kirurgid ja ortopeedid). Töötamisel on keha kallutatud ette ja vasakule. Stomatoloogide tööasend, eriti püstiseistes töötamine, põhjustab organismi mõnede elundite süsteemide (südame ja veresoonkonna, skeleti- ja lihaste süsteemi) suuremat väsimust.

Teadusliku töökorralduse uurimisest nähtus, et 68,2%-l küsitletuist tuleb vahel teha ka öe tööd, 22,2%-l aga mitte, 9,6% teeb öe tööd pidevalt. Töötin-gumuste hindamisel peetakse väga olu-liseks emotsionaalset tausta. Stomato-loogide töö eripäraks on see, et mitmed manipulatsioonid on kas osaliselt või täielikult valulikud ning patsient tun-neb hirmu ja valu. See aga on sto-matoloogide üks negatiivsete emotsi-onide allikaid. 59,8% stomatolooge väitis, et patsientidele tekitatud valu ei jäta neid ükskõikseks.

Ankeedis olid küsimused ka tervisli-ku seisundi, põetud haiguste ning muude haiguste kohta. Vastuste põhjal võib teha üldistuse stomatoloogide ter-vislikust seisundist ning välja selgitada mõned eeltingimused kutsetegurite kahjuliku mõju kohta. Põetud haiguste analüüsist ilmnes, et Baltimaade sto-matoloogid põevad $\frac{1}{3}$ võrra sagedamini reumatismi, kaks korda infektsiooset hepatiiti ning kolm korda sagedamini naiste suguelundite haigusi kui teised ankteeritud.

Eesti NSV stomatoloogid põdesid vereringeelundite haigusi 1,5 korda, hingamis-elundite haigusi 3,5, seede-elundite haigusi 1,3, närvisüsteemi hai-gusi 1,4, kuseteede haigusi 2,5, skeleti-ja lihaste süsteemi haigusi 3,5 ning suguelundite haigusi 2,5 korda enam kui küsitletud Vene NFSV linnadest.

Küsimuse «Muud haigused» hulka on arvatud haigused, mis teatud määral võivad olla põhjustatud kutseteguritest. Nii täheldati 11,3%-l lülisamba kõver-dumist, 9,2%-l deformeerivat spondü-

loosi, 16,7%-l kaela- ja rinnapiirkonna radikuliiti, 16,5%-l sääreveenilaiendeid ning 4,0%-l uurituist lampjalgsust. Pidevalt kaebas õlavalu 20,8%, selja-valu 22,5%, kaelavalu 18,3%, puusa-valu 4,6% ning tuharalihaste valu 3,1%. Neurasteenilisi kaebusi oli 15,5%-l küsitletuist.

Ebasoodsatest teguritest, mis halven-davad töötamist, nimetati närvipinget (63,5%), müra (47,7%), halba mikro-kliimat (33,8%), vibratsiooni (26,4%) ja ebaõiget töökorraldust (16,4%).

Meie varajasemad (1) võrdlevad uuri-mised on näidanud, et töötamise ajal tekkiva esmase väsimustunde subjek-tiivsete tunnuste ilmnemise aeg langeb kokku instrumentaalsel uurimisel saa-dud näitajatega. Lähtudes sellest võt-sime me ankeeti küsimuse esmase sub-jektiivse väsimustunde tekkimise kohta. Ilmnes, et 1,0%-l arstidest tekkis see töötamise esimesel tunnil, 2,2%-l teisel, 20,1%-l kolmandal, 32,5%-l neljandal, 44,2%-l aga tööpäeva lõpul.

Baltikumi stomatoloogide mõnevõrra halvem tervis ning arvukad kaebused väsimustunde varajase tekkimise üle, soovida jätvad töötingimused ja muu vajavad veel täiendavat uurimist. Tea-tud osa on selles kliima- ja epidemio-loogilistel teguritel, samuti piirkondli-kel haigustel. Meie andmetel on Balti-maade stomatoloogide haigestumus võr-reldes andmetega, mida A. Golubeva (2) on saanud Moskva statsionaaride mitme eriala arstide haigestumuse uuri-misel, kõrge — 96,6 haigusjuhtu ning 1058,8 töövõimetuspäeva 100 töötaja kohta.

Selleks et stomatoloogide haigestu-must vähendada, on eelkõige vaja tä-helepanu pöörata kutseteguritega seos es olevate haiguste profülaktikale, mil-lele viitavad ka analüüsi andmed.

Töövõimele avaldavad mõju kollek-tiivi psühhokliima ning huvi oma elu-kutse vastu. Ankteerituist pidas 44,9% psühhokliimat heaks ning 51,3% rahuldavaks, seega andis 96,2% sellele soodsa hinnangu. 97,0% arstidele oma elukutse meeldis.

Järeldused.

1. Stomatoloogide kõrge haigestumus on tingitud teaduslikult põhjendatud töö- ja puhkerežiimi puudumisest, suurest töö- ja emotsionaalsest pingest ning ebasobivast tööpaigast ja tööasendist.

2. Suurem osa stomatolooge elab soodsates olme- ja perekondlikes tingimustes.

3. On vaja välja töötada ning juurutada teaduslikult põhjendatud stomatoloogide töö- ja puhkerežiim.

4. Skeleti- ja lihaste süsteemi, südame ja veresoonte ning suguelundite haigustesse haigestumise riskitegurite osatähtsuse vähendamiseks on vajalikud ergonoomilised uurimised, et täiustada stomatoloogide tööpaika ja leida ratsionaalne tööasend.

5. Teha selgitus- ja organisatsiooni- list tööd võitluses tervist kahjustavate harjumustega.

6. Tuleb suurendada õdede arvu, selleks et vabastada stomatoloogid abipersonali töö tegemisest.

KIRJANDUS: 1. Барышева Л. М., Воронина Л. А., Левин М. Я. Сов. здравоохранение, 1975, 11, 49—52. — 2. Голубева А. П. Основные закономерности заболеваемости врачей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1977. — 3. Приедит А. А. В сб.: Медико-социальные исследования. Рига, 1977, 90—91.

*Експеримentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

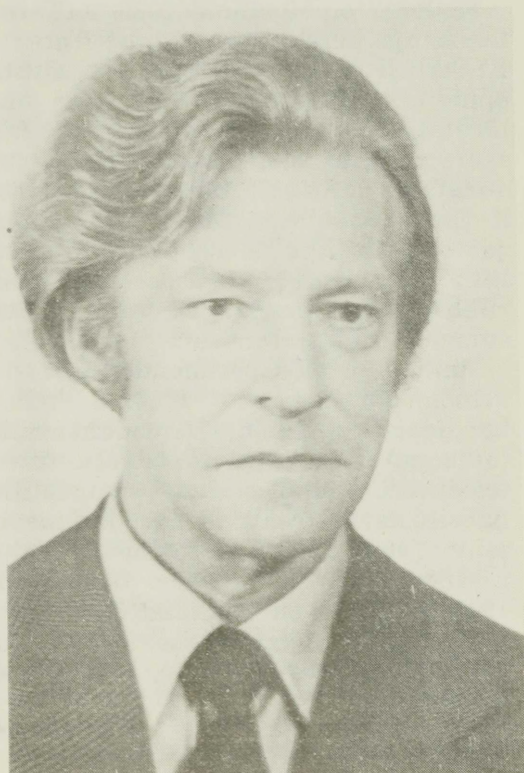
Naiste kopsuvähahaigestumust on põhjalikult uurinud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teadusliku Onkoloogiakeskuse ja Moskva Onkoloogiadispenseri teadlased. Vaatlusi tehti kõigi esmaselt registreeritud vähihaigete hulgas. Ajavahemikul 1973...1976 oli naistel pahaloomulistest kasvajatest statistiliselt kuuendal kohal kopsuvähk. Eriti mõtlemapanev on naiste ja meeste kopsuvähahaigestumuse suhe 1:3, mis räägib suitsetamise vähki tekitavast toimest, sest tubakasuitsetamine on viimastel aastakümnetel hakanud levima eriti naiste hulgas. Kopsuvähki haigestumise vähenemise tendents neil aastail ilmnas üksnes üle 60 aasta vanustel naistel.

Клиническая медицина, 1980, 5.

Kaadri ettevalmis- tamine

ARSTITEADUSE DOKTOR KOIT ESTER

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 14. detsembrist 1979. a. anti arstiteaduse doktori kraad TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri dotsendile Koit Estrile. K. Ester



kaitses 6. aprillil 1979. a. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse Endokrinoloogia ja Hormoonide Keemia Instituudi juures doktoriväitekirja «Kilpnäärme türeoidsete hormoonide dünaamika hüpertüreoosi korral». Oponeerisid professorid K. Spesivtseva, N. Starkova ja I. Knjazev Moskvast ning G. Stepanov Leningradist.

Väitekirja on ulatuslik uurimus, mis püstatab ja lahendab kilpnäärmehaiguste uurimise, hüper- ja hüpötüreooside diagnoosimise ning nende ravi mõjususe kontrolli probleemid. Autor eristas türoksiin- ja trijoodtüroosiintoksikoosid iseseisvate haigusvormidena neile iseloomulike diagnoosimise ja ravi iseärasuste põhjal. Praktilise meditsiini vajadustest lähtudes loodi ja juurutati mitmeid uusi täpseid ning ökonoomseid kilpnäärmehormoonide ja verevalkude türoksiinisalduse võime määramise meetodeid.

Dotsent K. Ester on Eesti NSV esimene arstiteaduse doktor endokrinoloogia alal.

K. Ester on sündinud 1928. a. Tartus teenistuja perekonnas. Pärast Tartu 1. Keskkooli lõpetamist 1947. a. alustas õpinguid TRÜ arstiteaduskonnas ning lõpetas selle 1953. a. Järgnes töö Orissaare rajoonis Leisi maa-arstijaoskonna juhatajana. Aastail 1956...1961 töötas K. Ester põhikohaga Tartu Kiirabijaamas ja kohakaasluse alusel Tartu Kliinilises Haiglas. 1961. a. asus tööle Vabariiklikus Struumatörje Dispanseris, kust suunati sihtaspirantuuri Üleliidulisse Kliinilise ja Eksperimentaalse Endokrinoloogia Instituuti. 1966. a. kaitses kandidaadiväitekirja «Hemodünaamilistest muutustest eksperimentaalse türeotoksikoosi puhul ning sümpaatilise närvisüsteemi osast nende kujunemisel.» 1965. a. jätkas töötamist Vabariiklikus Struumatörje Dispanseris, 1968. a. alates on töötanud TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ka-teedris, algul assistendina, 1974. aastast dotsendina.

*Irene Maaroo*s

TRÜ ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1980. a.

Urve Aasa, Natalia Aasma, Tiit Aavik, Valentina Abarbartsuk, Anne Aben, Riina Akerman, Rita Alanurm, Merle Allik, Anu Ansip, Merike Ausmees, Küllike Avikson, Nadežda Belousova, Viktor Beregov, Kersti Bless, Juri Borodin (kiitusega), Jevgeni Brašinski (kiitusega), Kersti Brems (kiitusega), Ingrida Bringina, Natalia Brits, Aija Broka, Einar Brunberg (kiitusega), Vera Burešina, Ojar Eerik, Eve Elken, Maiu Elken, Ene Erm, Leonora Erman, Natalia Feldman, Olga Firsova, Aleksandra Gainal, Aili Glaser, Aleksandr Gus (kiitusega), Mihhail Gus (kiitusega), Igor Gussak, Olga Gvozdeva, Aime Haav (kiitusega), Varje Haavel, Sulev Haldre (kiitusega), Ragnar Heido (kiitusega), Viivi Heido, Heli Heinmaa, Aleksander Helberg, Malle Hindrichson, Mihhail Horosuhha (kiitusega), Kersti Hubelmann, Tiit Ilves, Hillar Imelik, Merike Irv, Jevgeni Ivanov, Jelena Ivanova (kiitusega), Ann Jaakmees, Tiia Jaek, Irina Jakovleva, Olga Jaksman, Margariita Janušoniene, Galina Jelisjejeva, Tamara Jelistratova (kiitusega), Elmira Jersina, Alla Jerõgina, Mall Joost, Anu Jõemägi (kiitusega), Tiina Järvel, Taimi Jürgenson, Marika Kabel, Kadõvor Tursundžon, Malle Kala, Helve Kallassalu, Ülo Kallassalu, Anu Kalm, Galina Kapitonova, Ludmilla Kareva, Ülle Karotam, Kalev Karu, Maire Kask, Meelis Kaup, Mare Kerner, Sigita Kibildiene (kiitusega), Lea Kipping, Marje Kleeman, Katrin Koduvere, Lea Kolga, Ivan Konoplenko, Ljubov Kripakova, Anu Krischka, Larissa Krivošejeva, Maruta Krumina, Maire Kruusamägi, Külli Kubi, Anna Kudelja, Laima Kudirkaite, Hannes Kuiv, Reet Kuiv, Andres Kukner, Liivi Kuldsepp, Vally Kurik, Ingrid Kuzmin, Imbi Kuus (kiitusega), Meeli Kõrv, Mati Käärrik, Helle Laar, Peep Laar (kiitusega), Signe Laks, Toivo Laks, Vassili Lašek (kiitusega), Mait Lember, Mari Lepik, Ere Lepner, Urmas Lepner, Merike Lepp, Mare Liivamägi, Hille Lill, Lidia Lill, Margit-Maie Lind, Margot Linder, Boris Loogna (kiitusega), Mare Lootsmann, Maila Luht, Sirje Luik, Maia Lupp, Ants Lõhmus (kiitusega), Katrin Lüüs, Matti Maimets (kiitusega), Margit Maksimov, Kaja Mall (kiitusega), Rita Maripuu, Mare Martsoo,

Nikolai Maslennikov, Svetlana Maštšetova, Irina Matkava, Dagmar Matteus, Vladimir Matvejev, Hille Mikita, Anatoli Molodtsov, Natalia Muravjova, Anne Murro, Sirje Möttus, Andrus Mäesalu, Dagmar Mägi, Katri Männiste, Andres Müürsepp, Tiia Müürsepp, Sergei Nazarenko (kiitusega), Nadežda Naumova, Ljudmila Neklesa, Vladimir Neklesa, Meelike Nestra, Karmen Nuude, Helgi-Koidula Oja, Ester Ojas, Ülle Olari, Estri Oona, Maimu Opmann, Galina Osmukesku, Sirje Ots, Terri Ots, Marina Ovtšinnikova, Ants Paabstel, Uldis Paeglis, Ilve Paim, Inge Paju, Sirje Pallav, Marina Panova, Viia Parv (kiitusega), Renna Pehk, Aili Pehme, Lembit Pihkva, Tiina Pikk, Alefina Prez, Toomas Podar (kiitusega), Urve Prits, Kaie Pruunsild, Toomas Pruunsild, Oksana Puuste, Airi Pöder, Margus Pöder, Vaike Pöld, Merle Raidoja, Kaie Raja, Rein Rander, Jaan Ranna, Olga Rannamets, Ene Raskassov, Anne Rasva, Erika Ratassepp, Silvi Reinhold, Marika Riitsalu, Mare Riive, Ülle Rohkla, Kaie Rosin, Ljudmila Rudtšenko, Irina Ruševajeva, Irina Rõbakova, Helle Rääbus, Ursula Rääts (kiitusega), Maimu Saagpakk, Ülle Saalis, Ene Saar, Ülle Sarap, Valeri Sazonov, Maire Seene, Tiitü Sein, Tarmo Serka, Elli Siivas, Anne Silbaum, Ingrid Sirel, Ene Sirge, Lidia Sitin, Vlas Sklizmontas, Virginia Sklizmontiene, Sergei Skripkin, Tamara Smirnova, Natalia Solomenko, Natalia Stepanova, Ruth Song, Sirje Soodam, Felix Sosnovskim, Marianne Soots, Maarika Soovik, Sirje Suits, Ilmar Särg (kiitusega), Grigori Ševtšenko, Oleg Ševtšuk, Tatjana Šipova, Valeri Šipov, Regina Školjar, Jevgeni Šmeljov, Tatjana Šmirnova, Merle Šmutov, Stepan Šori, Jonas Špuras, Olga Štšepelina, Leonid Zahharjan, Irina Zaitseva, Rita Zarjan-Jegiazarjan, Irina Zilinskaja, Terje Talvi, Aldin Talving, Kadri Talving (kiitusega), Epp Tamberg, Lee Tammemäe, Tõnu Tamppere, Tiitü Tandre, Lea Taul, Anne Teeäär (kiitusega), Kai Tennisberg, Jelena Timšina (kiitusega), Lea Tobreluts, Sirje Tohver, Ülle Tomasberg, Kristine Toom, Ester Treial, Natela Tsikurišvili, Tatjana Tšernjak, Heili Tätte, Margarita Tünni, Karin Ulst, Viive Valge, Tõnis Vardja (kiitusega), Indrek Varik, Ants Vent (kiitusega), Inge Vertman, Alja Vesso, Hella Vides, Jaan Vogelberg, Viive Väli, Oie Öunapuu.

TALLINNA MEDITSIINIKOOOLI LÕPETAJAD 1980. a.

Alla Afanasjeva, Ruth Allas, Svetlana Amossova, Lee Anderson, Jelena Anikina, Maie Areng, Kersti Armipaik (kiitusega), Külli Astamenko, Natalia Barulina, Alla Baumgertner, Svetlana Bitjutskaja (kiitusega), Kaarin Braun, Tatjana Brussinskaja (kiitusega), Olga Bugrova, Tamara Burtassova, Tatjana Butotšnikova, Viivika Bõkova, Taissia Danilova, Natalia Davõdova, Liivia Delski, Nelli Djatšenko, Natalia Dudarjeva, Ruth Ebrok, Marina Efros, Marika Eha, Eda Ehman, Annika Ehrberg, Tatjana Elmik (kiitusega), Helve Endrikson, Merle Ennok, Natalia Fedortšenko, Ljubov Fjodorova, Ljubov Fjodorova, Marianna Fomina, Alla Gontšarova, Marina Grinkina, Tatjana Grišan, Irina Gvozdejeva, Liidia Habonen, Marit Hallik, Tatjana Harlašova, Tiina Hein, Liidia Heinalaid, Urmas Hermann, Ain Ilja, Nellja Ismailova, Tatjana Ivanova, Valentina Ivanova, Krista Jaanisoo, Krista Jaansoo, Anne Jagonova, Marina Jakovleva, Svetlana Jevsejeva, Heli Johanson, Kaide Jõgi, Tiina Järs (kiitusega), Helvi Järv, Ülle Järvemäe, Luule Jürisson, Eve Kaaleste, Eve Kaasik, Ülle Kaert, Anne Kaldas (kiitusega), Eha Kalja, Valentina Kalnjuk, Siiri Kana, Kersti Kangur, Maire Kannel, Ljudmila Karpjuk, Katrin Kase, Külli Kask, Tiivi Kattai, Žanna Kisseljova, Katrin Kingsepp, Jana Klement (kiitusega), Jelena Komissarova, Anna Kononova, Ulvi Koop, Irina Kopriakova, Helve Kravets, Galina Kravtšenko, Svetlana Krutškova, Merike Kruusemann, Margarita Kudrjavtseva, Peeter Kukk, Olga Kulikova, Lea Kunai, Svetlana Kuznetsova, Eve Kuusik, Krista Käkki, Helgi Laik (kiitusega), Riita Langinen, Tatjana Lazarenko, Inna Lavrova, Helle Lehemets, Kaja Lemberg (kiitusega), Svetlana Leontjeva (kiitusega), Hiie Leppiko, Sirje Leppmets, Irina Letberg, Svetlana Letuta, Irina Linnik, Signe Linnuse, Albina Ljatschenko, Larissa Lozovskaja, Liivi Lõhmus, Külli Lõuna, Marje Lääne, Vilma Lüdimois, Maimi Maasalu, Asja Maksimenko, Eve Malm, Ella Malmi, Natalia Malõgina, Kersti Marma, Marje Martin, Ene Matvejeva, Ljubov Melnikova, Marina Meltsa, Mare Mikk, Ljudmila Morohhovets, Heli Muska, Inge Mustasaar,

Eha Muutra, Urve Mäemets, Roode Mänd (kiitusega), Sirje Männi, Külli Mündi, Janne Narusberg, Tatjana Naumova, Svetlana Neiman, Nensy Noormets, Olga Novosjolova, Tatjana Ober, Heli Ohkar, Luule Oiukas, Tiina Onga (kiitusega), Eddy Ottokar, Alne Pedisaar, Katrin Paist, Marina Panova, Liilia Pari, Jevgenia Petrova, Svetlana Petrova, Tatjana Pimonova, Maire Plink, Tatjana Podossekova, Vera Ponomarenko (kiitusega), Signe Poobus, Svetlana Prussakova, Anne Pukk, Maret Pungas, Liane Putin, Liilia Pähn, Merike Pärn (kiitusega), Taimi Püüsalu, Marina Rajapuu, Merike Rappu, Ljubov Raskatova (kiitusega), Natalia Rebane, Riina Rebas (kiitusega), Maimu Reemann, Ülle Reinpalu, Anžella Ridkous (kiitusega), Tiina Rillo, Viive Romanenkova, Svetlana Rumjantseva, Emma Russalenko, Terje Ruusmann, Tiiu Ruut, Tiia Saar, Anu Saarna, Ester Sahhatševskaja (kiitusega), Ene Saia, Siiri Salm (kiitusega), Silvia Salm (kiitusega), Marina Salumets, Anne Sammelselg, Liilian Sams, Heli Sarikas, Svetlana Sauk, Galina Sedova (kiitusega), Reet Sepp, Siiri Sild (kiitusega), Sirje Silla, Svetlana Simonjan, Irina Sizova, Margarita Smakotina, Aivi Smirnoff, Kersti Sookael, Marina Starikova, Galina Stepanova, Margarita Stepanova, Olga Stepanova, Olga Strahhova, Tatjana Sultanova, Ljudmila Šavlovskaja, Natalia Zahharova, Galina Zainikovskaja (kiitusega), Tatarina Zolotova, Elvira Zubovitš, Natalia Zverkova, Jelena Žohhova (kiitusega), Svetlana Žugalova, Marju Taimla, Eve Tamm, Taimi Tamm, Anu Tamme, Ene Tammët, Tiia Tamp (kiitusega), Raili Tander, Piret Tarvas, Marina Tatarintseva, Marina Teor, Lilian Thomson, Rita Tolm (kiitusega), Olga Treier, Marianna Trubkina, Elsi Truumees, Ülle Truuver, Galina Tsvetkova, Marina Tsvetkova (kiitusega), Meeme Tšarnetski, Eve Tutsu, Taimi Tuvi, Natalia Tvjorohlebenko (kiitusega), Jelena Uhhanova, Marina Ustinova, Mare Uus, Päivi Uussaar (kiitusega), Marje Vaher, Eve Vahi, Jekaterina Vais, Ülle Valdmann, Aime Varik, Helve Varik (kiitusega), Svetlana Vesselova, Natalia Vetkina, Pilvi Viik (kiitusega), Rita Viirlaid, Kaie Vijar, Maret Vinkel (kiitusega), Mare Vomm, Svetlana Voronina (kiitusega), Natalia Voronskaja, Külli Väärt (kiitusega), Maire Õim, Mare Ööbik.

TARTU MEDITSIINIKOOI LÕPETAJAD 1980. a.

Svetlana Aleksejeva, Ilmi Allmaa, Lea Arund, Jelena Babkina (kiitusega), Veronika Barinova, Elvi Belaš (kiitusega), Galina Biduljak, Anžela Dubova, Ilse Eensalu, Vally Elias, Aulis Fischer, Margarita Frolova (kiitusega), Inna Generalova, Riina Grosberg, Sirje Hurt, Olivia Härginen, Maire Jelle, Ljudmila Jermolenko, Marianne Jokk, Ene Kabral, Külli Kaha, Natalia Kalugina, Helve Kangro, Siiri Kangro, Regina Kangur, Tiina Kangur, Ülle Kehrberg, Virge Kendrali, Ülle Kiilu, Alla Kilg, Maia Kikkas, Leili Kirt, Malle Koidu, Liidia Koik, Jelena Kotšerova, Jelena Krasohhina, Margit Kriips, Mare Kristoving (kiitusega), Kaie Kuivari, Külli Kukk, Tiiu Kõiv, Kersti Kõlli, Svetlana Käit, Svetlana Käosaar, Taimi Kärtmann, Tiiu Laan, Tiina Lass, Maret Laul, Pille Laur, Sirje Lember, Aira Lensment, Urve Liivaste, Evi Lind, Heli Linnamägi, Aime Liping, Aili Lohk, Liina Lokk (kiitusega), Anne Lond, Kaie Luht, Raili Lõokene, Linda Lõondre, Mare Mets (kiitusega), Viive Mets, Liivi Miller, Anne Mukk, Maret Must, Tiina Mõnjam, Lagle Mõttus, Malve Mägi, Ester Mängli (kiitusega), Tiiu Naano (kiitusega), Tiina Nõlvik (kiitusega), Helbe Näpping, Hilmi Olt, Alla Onopko (kiitusega), Ippe Orav, Meelis Osa, Mai Palo, Hille Paluoja, Marina Paluoja, Sirje Pedel, Heli Perm-Pärn, Valentina Peršina, Irina Petšnikovskaja, Irina Piitši, Sirje Pitke (kiitusega), Erja Ploomipuu, Rita Ponomarjova, Eha Pošlin, Pilvi Praakle (kiitusega), Heli Pärn, Kaja Pärn, Marju Pärtel, Kadri Raa, Riina Rebase, Kersti Reisberg, Tiiu Rohtlaan, Malle Rohtlaid, Raine Rull, Helle Ruusamäe, Eha Ruut, Inge Rääsk, Aili Rüütel, Inge Schmeimann, Sirje Seermann, Valentina Semjonova (kiitusega), Aili Sild, Merike Siht, Tatjana Simonova, Marje Sindi, Nelli Skakun, Ülle Sooveer, Pia Suigusaar, Aire Säde, Mare Sööt, Vera Šaboltanova, Nalja Šikun, Raja Škurina, Karin Zirkel, Svetlana Žobina, Sireeda Taal, Urve Tapper, Lehte Teppo, Imma Tiirmaa (kiitusega), Ene Tikk (kiitusega), Maire Tikker, Ülle Toots, Elve Tragon, Elvira Trojanovskaja (kiitusega), Tamara Tšuhlajeva, Riina Tumanova (kiitusega), Elviira Tuoppi, Illi Turba, Maia

Tögen, Laine Tõrvamägi, Arno Uppin (kiitusega), Jelena Ušarova, Milvi Uusmaa, Astrid Uussaar, Ilona Vaher, Aigi Veevel, Nelli Vorontsova, Merike Vuks, Aili Võsu (kiitusega), Hiie Vähi.

KOHTLA-JÄRVE MEDITSIINIKOOLI LÕPETAJAD 1980. a.

Jelena Aleksejeva, Marina Altement, Olga Andreitšuk, Jelena Beljajeva, Alla Belova (kiitusega), Ljudmila Beznossenko, Natalia Bogdanova, Svetlana Boikova (kiitusega), Lidia Bossaur, Svetlana Buljutina, Ljudmila Dmitrijeva, Nelli Džikajeva, Olga Džuromskaja, Nadežda Giljazijeva, Jelena Glagoljeva, Nadežda Golubeva, Ilza Goronova, Marina Gubskaja (kiitusega), Natalia Gudova, Ella Hammer (kiitusega), Natalia Iljina (kiitusega), Jelena Isaak, Rimma Ivanova, Irina Jelizarova, Olga Jevina, Vera Judina, Albina Kalenova, Olga Kaljužnaja, Maria Katajeva, Jelena Kobaltšuk (kiitusega), Galina Kolhonen, Jelena Komik, Irina Koptjajeva (kiitusega), Larissa Kozlova, Irina Kovaljevskaja, Nina Kravtšenko, Svetlana Kudrjašova, Galina Kulak, Olga Kuptšak, Ljudmila Kurguzova, Valentina Kuts, Irina Kutšeruk, Natalia Libine, Margarita Mai, Aldona Maknite, Sofia Maksimova, Tatjana Mazajeva, Raissa Mletško, Jelena Molotsova, Jelena Morozova (kiitusega), Lilia Muttonen, Olga Okopnaja, Elena Olesk, Ljubov Ovasjannikova, Tatjana Pankratova, Nadežda Pavlova, Natalia Pavlova, Inessa Pertova, Galina Petrovitš, Zinaida Platonova, Ljudmila Popovitš, Raissa Redkina, Irina Rudenko, Maria Russõn, Lilia Saidler, Marina Salnikova, Svetlana Sazonova, Tatjana Savitskaja, Marina Serova, Ljubov Sitjajeva, Nina Smirnova, Jelena Smoljakova, Nadežda Soosaar, Larissa Suškova, Nina Sutškova, Svetlana Šastina, Tamara Šeiko, Ljubov Šmonina, Luisa Šule, Jelena Zarutskaja, Lidia Zelenskaja, Lilja Tarabanova (kiitusega), Tatjana Tararejeva, Nadežda Tihhonova, Ljudmila Tšernjajeva, Tatjana Tšernova, Tatjana Tugolukova, Ljudmila Turkina, Natalia Uzdanova, Ljudmila Vaganova, Jelena Vantšikova, Nadežda Vassekina, Ljudmila Vetoškina, Virge Voljärv, Jekaterina Voronko.

Uusi **tervishoiu-** **asutusi**

TALLINNA KIIRABIHAIGLA ALUSTAS TÖÖD

Tallinna Kiirabihaigla koos 1976. aastal tööd alustanud Kiirabijaamaga ja mullu avatud Tallinna Kliinilise Lastehaiglagaga moodustavad Mustamäe haigalinnaku. Kiirabihaigla ehitamine kestis üle seitsme aasta ja läks maksma üle 11 miljoni rubla. Vajadust haigla järele, kus oleks olemas kõik võimalused kiireloomulise ja vältimatu arstiabi andmiseks, tunti juba ammu.

Mulluse aasta viimasel päeval, 31. detsembril, avatigi esimesed osakonnad selles meie vabariigi moodsaimas haiglas. Samal päeval võttis kardioloogiaosakond vastu ka esimesed viis haiget. Uue haigla struktuuris on neurokirurgia-, neuroloogia-, neurotraumatoloogia-, näo- ja lõualuukirurgia, traumatoloogia-, uroloogia-, urgents kirurgia, urgents teraapia, infarktihaigete, günekoloogia- ning anesthesioloogia- ja reanimatsiooniosakond. Kiirabihaiglas on ka südame pärgarterite kirurgilise ravi osakond, mis rajati Tartu Riiklikust Ülikoolist üle toodud veresoontelaboratooriumi baasil. Tartust toodi üle ka koronaarkirurgide koostöörühm, sest nende spetsialistide tööpõld on kõige laiem just Tallinnas, kus südame isheemiatõve ja infarkti juhte kõige rohkem.

Tallinna Kiirabihaigla on 800-kohaline suure ravi- ja diagnostikapotentiaaliga ravi-asutus, kuhu on koondatud sellealane eriarstiabi. Niisuguse eriarstiabi eelduseks on võimas reanimatsiooni- ja anesthesioloogiaosakond koos ajakohase aparatuuri ja tehnoloogilise baasiga.

Esimesena hakkas tööle kardioloogiaosakond, seejärel avati reanimatsiooni- osakond, kirurgiaosakonnad ning siis neurotraumatoloogia-, neurokirurgia- ja traumatoloogiaosakond. Veel enne neid, 1979. aasta septembris, alustas tööd haiglaapteek ning hakkas Kiirabi- jaama ravimitega varustama. Uude haig- lasse tuli üle Tallinna tsentraliseeri- tud biokeemialabor. Esialgu sellest pii- sas akuutsetele terapeutilistele ja kirurgilistele haigetele hädavajalike analüüside tegemiseks. Nüüd tegeldakse elektrolüütide sisalduse, happe-leeli- se tasakaalu, vere hüübimissüsteemi seisundi määramisega ja kõikide muude uuringutega.

Tallinna Kiirabihaigla ehitati selleks, et urgentset arstiabi vajavad haiged ühte raviasutusse koondada. Seni on seda funktsiooni kas osaliselt või täie- likult täitnud kõik Tallinna haiglad. Kiirabihaiglasse on kontsentreeritud kallihinnaline ajakohane aparatuur, ka laboratoorne baas on seal suure võim- susega.

Kiirabihaiglas hakkab tööle 11 rönt- genikabinetti, praegu töötab neist ju-

ba viis. Haiglas on Tšehhoslovakkia päritoluga angiograafiaseade, montee- rimisel on ka teine, firma «Siemens» valmistatud angiograafiaseade. Röntgen- diagnostikas on kasutusel elektronop- tilise võimendiga aparatuur, mis tähen- dab seda, et röntgenikabinetti ei ole vaja pimendada, röntgenoloogil pole vaja asjatult aega kulutada silmade ko- hanemiseks.

Traumatoloogide käsutuses on arko- skoop, mis võimaldab vahetult jälgida naelastamist, kindlaks teha mis tahes luufragmendi dislokatsiooni, määrata luuvigastuste või -murdude laadi. Arsti- de käsutuses on mitmeid diagnoosiapa- raate, mis võimaldavad hinnata südame- tegevuse eri näitajaid täpselt ja ühe- aegselt. Haiglal on ka uhiuus reanimo- biil.

Et kiirabihaiglas on sageli vaja anda vältimatut arstiabi paljudele abi- vajajatele, on haiglal kolm eri vastu- võtuosakonda. Kogu haigla tegevusse astumisel hakkavad ühe vastuvõtuosa- konna kaudu saabuma trauma- ja neu- rotraumahaiged, teise kaudu akuutseid terapeutilisi haigusi põdejad, infarkti-

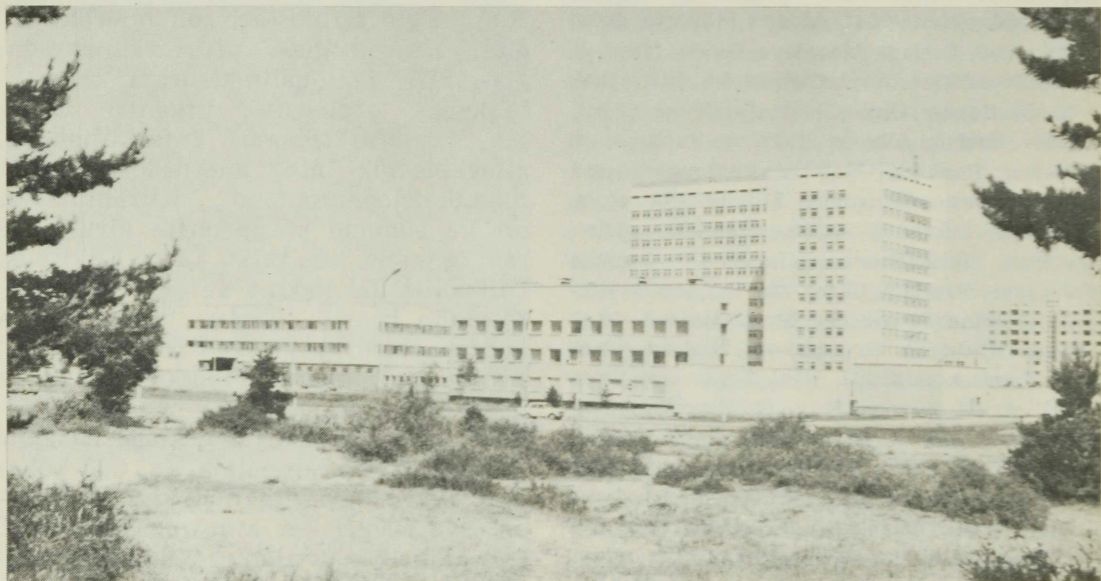


Foto 1. Tallinna Kiirabihaigla üldvaade. Vasakul kolmekorruseline operatsioonihoone, selle kõrval esiplaanil kolmekorruseline patoloogiahoone. Paremalt tagaplaanil 12-korruselise pa- latihoone, mille ees on näha hapnikujaam, tagaplaanil on näha kolmekorruselise haldus- hoone osa. Fotel paremal äärel 9-korruseline kiirabihaigla töötajate ühiselamu.

haiged ja kirurgilised haiged, kolmandas vastuvõtuosakonnas aga toimub ambulatoorsetele haigetele abi andmine väikeste traumade ning muude kergemate vigastuste puhul. See kõik tingib teistsuguse lähenemise kogu töökorraldusele, sest mitme vastuvõtuosakonna sünkroonne töö nõuab ka kõikide laboratooriumide, röntgendiagnostika ja teiste osakondade kooskõlastatud tegevust.

Haigla töötab nii päeval kui ka öösel ühe ja sama režiimi järgi, ka argi- ja puhkepäeval pole erinevusi. Kõikidel päevaldel toimub haigete uurimine ja ravi ühtemoodi, ka laboratoorsed analüüsid, olgu need siis biokeemilised, bakterioloogilised või funktsionaalse diagnostika mis tahes uuringud.

Kuni 1. septembrini 1980 oli hospitaliseeritud 2305 haiget, ambulatoorselt oli arstiabi antud 1891 patsiendile, operatsioone oli tehtud 603. Alates 20. veebruarist, mil avati reanimatsiooniosakond, on seal ravil viibinud 243 eluohtlikus seisundis haiget, anesthesioloogiaosakonnas ja intensiivravipalateis oli ravitud 201.

Haiglas on 18 operatsioonisaali, see- ga on viivitamatut kirurgilist abi võimalik anda üheaegselt paljudele akuutsetele haigetele. Tänapäeval on olukord Tallinna valvahaiglates teistsugune olnud. Tavaliselt oli neis 2...3 operatsioonisaali. Kui aga haigeid saabus kas või 5...6, tuli osal neist oodata.

Uues haiglas on suured sidumistoad, lausa saalid, mis oma mõõtmete, põrandapinna, ventilatsiooniseadmete ja sisse- seade pooldest ei jää maha teiste Tallinna praeguste haiglate tagasihoidlikest operatsioonisaalidest.

Tallinna Kiirabihaigla on 290 000 kuupmeetrilise üldkubatuuriga hoonete- kompleks (võrdluseks nii palju, et «Vi- ru» hotelli kubatuur moodustab vaid $\frac{2}{3}$ sellest), millesse on paigaldatud ja kus funktsioneerivad keerukad meh- hanismid ja süsteemid, nagu automaa- tikasüsteem ja -keskus, liftiseadmed, haldussidesüsteem, ventilatsioonisead- med, operatsioonisaalide küttepaneelide

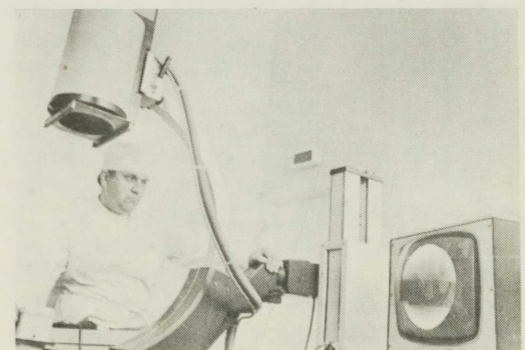
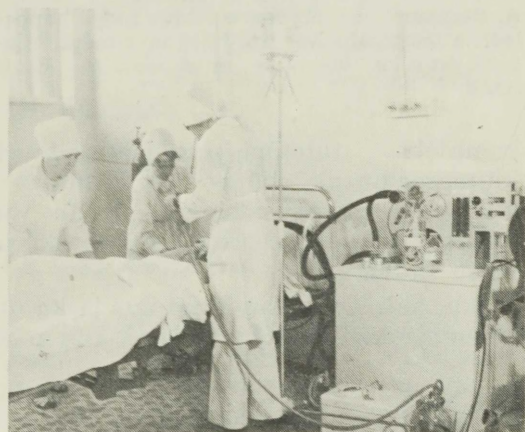
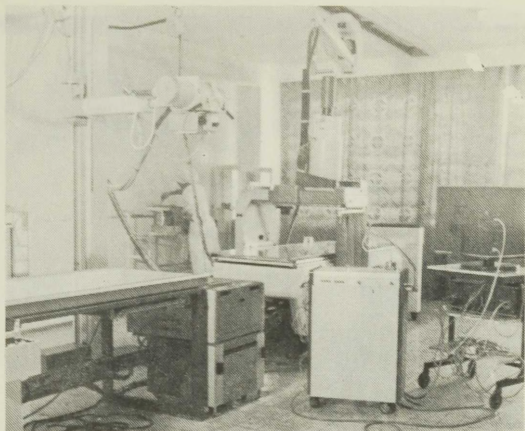


Foto 2. Kiirabihaigla röntgenoangiograafia kabinet on väga ajakohase sisustusega.

Foto 3. Reanimatsiooniosakonnas. Valmistu- takse raske liitvigastusega haige kopsude ventileerimiseks Engströmi firma kunstliku hingamise aparadi abil. Hetkel tegeldakse aspiratsiooniga trahheast.

Foto 4. Traumatoloogiasakonna juhataja I. Rist arkoskoobi abil traumahaige diagnoosi täpsustamas.

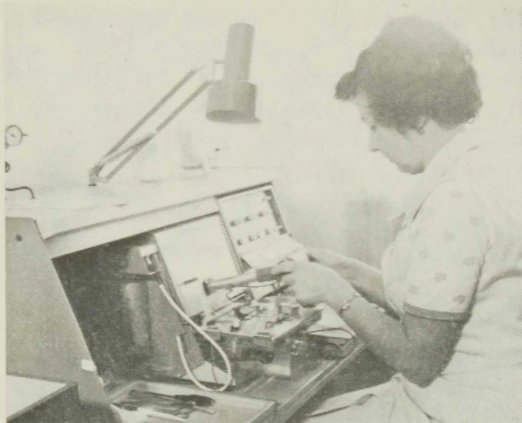
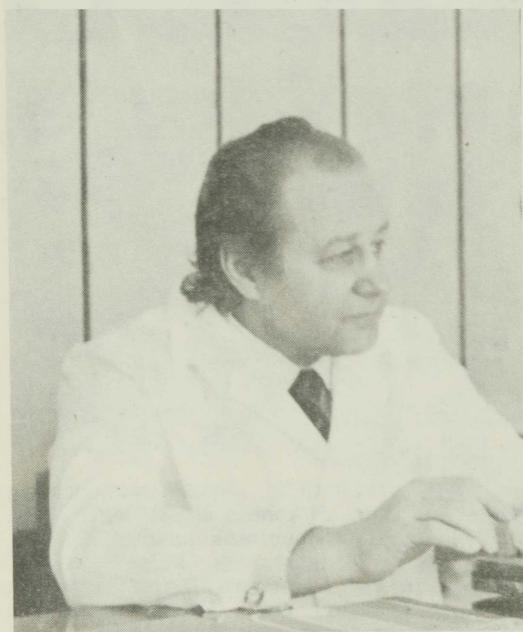


Foto 5. Biokeemialaboris. Laboratooriumiarst A. Berezina määrab opereeritava haige happelise tasakaalu Astrupi mikromeetodil. Aparaat on üks uusimaid mudeleid. R. Kasti fotod.

kompleks, tuletõrjeautomaatseadmed, kliimaseadmed, sooja- ja külmaveevarustuse, kanalisatsiooni, kütte- ja gaasivarustuse sisemised süsteemid ja palju muid.

Edaspidi on kavandatud avada ka diferentsiaaldiagnostikaosakond, kus mää-



Tallinna Kiirabihaigla tööde ja tegemiste kohta andis seletusi peaarst U. Meikas.

ratakse lõplik diagnoos ning otsustatakse, millisesse osakonda haige ravile suunata, või, kui seisund võimaldab, ka koju polikliinilisele ravile saata. Kiirabihaigla peaks kujunema alaliseks valvehaiglaks, selleks otstarbeks on ta ka projekteeritud. Kallihinnalist aparatuuri on võimalik maksimaalselt kasutada just kiirabihaiglas, kus personal omandab kiiresti suuri kogemusi. Tulemuseks on vältimatu arstiabi ilmne paranemine, ka majanduslikult on see põhjendatud. Selles väga ajakohases raviasutuses on välja ehitatud ka igati nüüdisaegne põletushaiguste ravi keskus.

Peale eespool nimetatud osakondade töötavad juba ka anestezioloogiaosakond, varsti avatakse vereülekandeosakond, kunstliku neeru osakond ning toksikoloogiakeskus. Töötab ka tsentraalseeritud steriliseerimisosakond.

Haiglahoone on tunnelite abil ühendatud patoloogiahoone, lastehaigla ja köögiga. Tunnelite üldpikkus on üle 600 meetri. Haiglal on 400-kohaline amfiteatrikujuline väga hea akustikaga saal, mis võib olla ka konverentsisaal, kus on võimalik sünkroonselt tõlkida neljas keeles, või kinosaaliks, kus on võimalik näidata laiekraanifilme. Haigla köök võib vahetuses valmistada 2700 toiduportsjonit, personali jaoks on 15 istekohaga söökla.

Raskusi on meditsiiniõdede ametikohade täitmisega, sanitaridest rääkimata. Vanemõed on tublid, suurte kogemuste ja töövilumusega. Esimestest päevadest alates on tegutsenud õdede nõukogu, kes õdede kvalifikatsiooni tõstmise heaks on jõudnud palju ära teha. Selles osas väärrib mainimist tänavune haigla-sisene õdede konkurss, kus pearõhk oli pandud praktilistele oskustele, sest Kiirabihaiglas töötav õde peab eksimatult valdama kõiki esmaabi- ja elustamisvõtteid ning arteriaalse verejooksu peatamise viise. Õdede konkurss oli võistkondlik, sest kiirabi eripära ongi brigadiviisiline abiandmine. Tulemused olid headmeelt tekitavad — õed said kõi-

gega hästi hakkama ja paistsid silma väga heade teadmiste poolest.

Tallinna Kiirabihaigla rajamise peaesmärk oli tagada eluohtlikus seisundis haigetele eriarstiabi tänapäeva meditsiini tasemel mis tahes ajal ja mis tahes olukorras. Selle sihi realiseerimiseks pidi looma võimaluse koondada ühte selline meditsiinipersonal, kes alati ja igas olukorras on suuteline andma haigetele kvalifitseeritud arstiabi, tema elu päästma, teda ravima ja temale tervise tagasi andma. Pidi olema haigla, mis töötaks 365 päeva aastas nii ööd kui ka päevad, kus oleks aparatuur, mis võimaldaks abi anda mis tahes komplitseeritud juhtudel, kus oleks alatised võimalused reanimatsiooniks, kiireks opereerimiseks, mitmekülgseks intensiivraviks.

Kiirabihaigla suudaks vabastada teised haiglad valvehaigla kohustustest, erakorralistest operatsioonidest, luua neile võimalused plaanipäraseks tööks, milleks need haiglad ka tunduvalt enam sobivad.

Nõukogude tervishoiukorralduses funktsioneeriv kiirabisüsteem on kogu maailmas kõige täiuslikum. Kõik välisriigid õpivad seda meilt. Ühendatud kiirabihaiglad — haigla koos kiirabi-jaamaga — on nõukogude arstiabi algpärane mudel.

Mõeldes tõsiasjast, et praegu on reanimatsiooniosakonna kõik 15 voodikohta peaaegu iga päev viimseni hõivatud, on veelgi enam mõistetav, kui väga oli meil vaja Kiirabihaiglat. On ka hästi mõistetav, kui suure sammu astusime edasi meie rahvatervishoiu täiustamises.

Võiks isegi öelda, et Tallinna Kiirabihaigla on monumendiks selle ehitajale, on monumendiks nendele meedikule, kes on andnud oma energia ja jõu haigla rajamisel, ka nendele arstidele, kelle teadmised ja oskused ning arstisüda toovad tänusära paranevate haigete silmadesse, nende silmisse, kellele selles majas antakse tagasi elu ja tervis.

Vello Laos

Arsti- teaduse ajaloost

UDK [614.23:616.314](07)(091)(474.2)

STOMATOLOOGIAALASEST ÕPPE- JA TEADUSLIKUST TEGEVUSEST TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOOLIS

SILVIA RUSSAK MAIE LÖVI
NADEZDA VIHMA TARTU

Tartu Riiklik Ülikool, stomatoloogia kateeder, teaduslik uurimistöö, stomatoloogide ettevalmistus, Vabariiklik Stomatoloogide Selts

Tänavu täitis 40 aastat ajast, mil Eesti NSV-s hakati ette valmistama stomatolooge. Ent suuõõne- ja hamba- haigusi oli Tartu ülikooli arstiteaduskonnas õpetatud ning teadustööd stomatoloogia valdkonnas tehtud varemgi, juba möödunud sajandil, samuti ajuti koolitatud ka hambaarste (1, 2).

1940. aastal avati Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna hamba- ja suuõõnehaiguste kateedri baasil stomatoloogiaosakond. Osakond sai arenema hakata alles sõjajärgseil aastail. Mainitud kateeder reorganiseeriti kirurgilise stomatoloogia kateedriks, üleliidulise tüüpplaani kohaselt asutati 1945. aastal juurde veel terapeutilise ja ortopeedilise stomatoloogia kateeder. Osakonda võeti vastu 25 üliõpilast. Kaht esimest kateedrit juhatas professor V. Hiie, ortopeedilise stomatoloogia kateedrit kuni 1949. aastani vanemõpetaja G. Veerma. 1949. aastal ühendati kõik kolm kateedrit ühtseks stomatoloogia kateedriks, mida juhatas professor V. Hiie kuni surmani 1963. aastal (4).

V. Hiie oli suurte kogemustega kirurg ja nõudlik pedagoog, ta organiseeris kirurgilise stomatoloogia statsionaari praeguses Tartu Kliinilises Haiglas (praegu on osakonnas 25 haigevoodit). Aastail 1945...1963 opereeris ta 931 haiget, neist 47-l tegi lõualuude resektsiooni ja 48-l eemaldas pehmete kudede kasvaja. Sõjajärgseil aastail olid esikohal plastilised operatsioonid sõjavigastustest tingitud deformatsioonide puhul. Neid tegi ta 188 (5). V. Hiie asutas 1954. a. Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi, mille esimeheks oli kuni surmani. Sel ajal võttis kirurgilise, hiljem terapeutilise stomatoloogia õpetamisest osa dotsent V. Rüütli, kes 1954. aastal kaitses kandidaadiväitekirja.

Pärast V. Hiie surma juhatas stomatoloogia kateedrit dotsent N. Vihm ning 1975. aastast alates on juhatajaks dotsent S. Russak. TRÜ stomatoloogiaosakonna on ajavahemikul 1940...1979 lõpetanud 666 stomatoloogi, seega Eesti NSV stomatoloogide enamik. Sõjajärgseil aastail oli lõpetajaid vähe, hiljem 20...25 ringis aastas. Et vajadus stomatoloogide järele on järjest suurenenud, on viimastel aastatel suurendatud ka vastuvõttu, kuni 40-ni aastas. Uute õppeplaanide järgi kehtestati stomatoloogiaosakonna lõpetajatele 1975. aastal ka internatuur ja 1976/1977. õppeaastal subordinatuur ühe semestri vältel (X semester). Diplomieelse ja -järgse esmase spetsialiseerumise ajal omandab noor spetsialist teoreetilisk-praktilised kogemused iseseisvaks tööks. Peale stomatoloogiaosakonna üliõpilaste õpetamise viib stomatoloogia kateeder läbi õppetööd ka ravi-, pediatria- ja spordimeditšiiniosakonna üliõpilastega. 1970. aastast alates on kateedris toimunud stomatoloogide regulaarsed täiendamise kursused.

Seoses üliõpilaste arvu suurenemisega ning õppetöö suurenenud mahuga on pidevalt suurenenud ka kaader, täienes uute õppejõududega. Kateedris on viis dotsendi ja kolm assistendi kohta.

Peale Tartu Kliinilise Haigla kirur-

gilise stomatoloogia osakonna on kateedri õppebaasiks Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinik. Polikliinikul on peale terapeutilise, ortopeedilise ja kirurgilise stomatoloogiaosakonna ka laste- ja parodontoloogiaosakond, töötavad ortodontia-, füsioteraapia- ja röntgenikabinet. Paljud baasasutuste stomatoloogid on ka kateedri mittekoosseisulised õppejõud. Et õppetöö korraldus oleks nüüdisaja tasemel, on tekkinud vajadus baaspolikliinikut laiendada.

Kõrvuti pedagoogilise tööga teevad kateedri õppejõud ka teadustööd. Aastail 1940...1960 oli publitseeritud tööde arv väike ja uurimissuunad ei olnud järjepidevad. Viimasel kahel aastakümnel on stomatoloogia kateedris töötanud püsiv õppejõudude kaader. See on taganud sügavama probleemikäsitluse uurimistöös, kusjuures kliinilistele töödele on lisandunud eksperimentaalsed.

Terapeutilise stomatoloogia alal uuritakse hamba kõvakudede ja parodonti haigusi ning nende intensiivsust meie vabariigi eri kliimaatilise-geograafilistes regioonides. Selle eesmärk on haigusi vältida ja varakult ravi alustada, ka stomatoloogilist abi paremini korraldada (dotsendid N. Vihm, S. Russak, V. Kiik, mitmed arstid ja üliõpilased). Eksperimentaalselt on analüüsitud hamba kõvakudede mineraalset koostist (N. Vihm, V. Laurand). Töö tulemused võimaldavad põhjendada hambakaariese etiopatogeneesi geograafilist sõltuvust ja on aluseks mõnede mineraalainete kasutuselevõtmisel kõvakudede vastupidavuse tõstmiseks ja raviks. On uuritud ka sülje fermentatiivse aktiivsuse ja valgufraktsioonide muutusi hambakaariese ning parodonti korral endokrinoloogilistel haigetel (S. Russak). Eksperimendis on uuritud reparatiivsete protsesside kulgu kahjustatud parodontis (E. Metsa) ja koekultuuris, hamba algete arengut ning kohalike ja üldiste tegurite toimet alveolaarluu resorptsioonisse ja moodustumisse (dotsent E. Leibur). T. Seedre ja M. Saag on käsitletud suu limaskesta haiguste mõningaid patogeneetilisi aspekte.



Eesti NSV Stomatoloogide Seltsi juhatus 1980. aastal. Esireas vasakult: M. Lõvi, S.-M. Hanstein, S. Russak (esinaine), N. Vihm (teaduslik sekretär), A. Kõdar; seisavad vasakult: I. Kask (sekretär), V. Pärni, E. Leibur, A. Taela, J. Leis, A. Müür, M. Ester, K. Urm. Autorite foto.

Kirurgilise stomatoloogia alal on käsitletud kaasasündinud huule- ja suulaelõhedega laste dispanseerimist ning kompleksravi. 1964. a. alates on nende laste dispanseerimine meie vabariigis toimunud ühtse süsteemi järgi. Huule- ja suulaelõhede kirurgilise ravi hilistulemuste uurimise alusel, samuti eksperimentide põhjal määratakse suulaelõhede opereerimise tähtajad ja võetakse kasutusele kõige ratsionaalsemad meetodid. Kaasasündinud näolõhede etioloogia väljaselgitamiseks on tehtud geneetilisi uuringuid (dotsent M. Lõvi). Huule- ja suulaelõhedega haigete kompleksravi osaks on ortopeediline ravi, mis seisneb suulae ujuvobturaatori varajasel valmistamises ja ortodontilises ravis lõualuude teisete deformatsioonide tõttu, vajaduse korral ka proteesimises (dotsent A. Kõdar).

Stomatoloogia kateedri praeguse koosseisu õppejõud on trükkis avaldanud enam kui 200 teadustööd, koostanud 12 õppevahendit ja meetodilist juhendit ning neli populaarteaduslikku brošüüri. Uurimistöö tulemused kajastuvad ka väitekirjades.

Kateedri juures tegutseb ÜTÜ stoma-

toloogiaring, mille liikmed on esitanud 259 ettekannet ÜTÜ konverentsidel. Peale selle on üliõpilased esitanud 75 võistlustööd, mis enamikus on pälvinud I järgu diplomid. Kaks üliõpilaste võistlustööd on saadetud üleliidulisele konkursile.

Kateedril on tihedad teadusalased sidemed meie maa paljude teiste õppe- ja teadusasutustega. Kateedri töötajad osalevad aktiivselt Stomatoloogide Teadusliku Seltsi tegevuses ja teaduslik-praktiliste konverentside korraldamises. Juba 40-ndate aastate lõpul toimusid professor V. Hiie ja kateedri teiste õppejõudude (V. Rüütli, G. Veerma, M. Grossthal, A. Lõhmus) algatusel ning osavõtul teaduslikud stomatoloogiaalased koosolekud Tartus ja Tallinnas, mis saidki Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi asutamise aluseks 1954. aastal. Selts asutati I vabariiklikul stomatoloogide ja hambaarside konverentsil Tallinnas (3). Aastail 1963...1969 oli seltsi esimeheks G. Veerma, 1969...1978 dotsent N. Vihm, 1978. aastast alates on seltsi esimehe ametit pidanud dotsent S. Russak. Vabariikliku seltsi eeskujul avati ka

regionaalsed osakonnad ehk rajoonide seltsid: 1954. a. Tallinnas ja Tartus, 1961. a. Viljandis ja Pärnus, 1962. a. Narvas ja Kingissepas, 1964. a. Rakveres ning 1972. a. Kohtla-Järvel, kokku 8. Praegu on seltsi liikmeid 535, mis moodustab 83,1% sel alal töötavatest spetsialistidest. Vabariikliku Stomatoloogide Seltsi juhatuse juhendamisel töötab 1962. a. asutatud hambatehnikute sektsioon, millel on neli regionaalset osakonda (Tartus, Tallinnas, Pärnus ja Viljandis). Hambatehnikute sektsiooni kuulub ligi 200 liiget, esimeheks on hambatehnik J. Hunt.

Seltsi eksisteerimise vältel on toimunud 9 teaduslik-praktilist konverentsi, peaaesjalikult Tallinnas ja Tartus. Viimase kolme konverentsi (1968., 1973., 1978. a.) materjalid on avaldatud kogumikena.* Ka VI konverentsi (1965. a.) ettekannete teesid Üleliidulise Stomatoloogide Teadusliku Seltsi VII pleenumil ja Stomatoloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi III väljasõidusessioonil, kus käsitleti onkoloogiaküsimusi stomatoloogias, ilmusid trükist koos teiste pleenumi töödega**. Konverentsi teemad hõlmavad nii terapeutilise, kirurgilise kui ka ortopeedilise stomatoloogia probleeme.

1968. aastani korraldati konverentsi keskmiselt iga kahe aasta tagant, pärast seda iga viie aasta tagant. Vabariiklike konverentside vahelistel perioodidel on regulaarselt toimunud seltsi osakondade vahelised ühised koosolekud (Narvas, Viljandis, Võrus, Kehtnas, Haapsalus, Sangastes). Üldse on seltside töökoosolekutel, konverentsidel, plee-

numitel 25 aasta jooksul esitatud ligikaudu 2000 tööd; trükkis on seltsi liikmed avaldanud 320 tööd. Teaduslike ettekannete ja artiklite temaatika on olnud mitmekesine. Et enamik seltsi liikmeid on praktilise tööga tegelevad arstid, siis ka uurimuste peamiseks suunaks on olnud hamba- ja suuõõnehaiguste diagnoosimine ning ravi. Suur osa ettekandeid (20%) on olnud külalisesinejailt Nõukogude Liidu juhtivatest uurimisinstituutidest ning kõrgkoolidest, samuti ka meie vabariigi teiste meditsiinierialade spetsialistidelt. Seltsi liikmed on ettekandeid omakorda esitanud üleliidulistel kongressidel, pleenumitel ja teiste vabariiklike konverentsidel. Seltsi liikmetest on peale kateedri õppejõudude kandidaadidissertatsiooni kaitsnud E. Beltsikov (1968) ja V. Kiik (1970).

KIRJANDUS: 1. Lõvi, M., Kalnin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 2, 136—141. — 2. Lõvi, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1972, 2, 163—166. — 3. Vihm, N. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 5, 442—445.

4. Вухм Н. А. Уч. записки ТГУ, вып. 478. Труды по медицине XXXVIII, Тарту, 1978, 7—14. — 5. Кыдар А. М., Каск И. А., Илус А. Э., Кяспер Э. И. Уч. записки ТГУ, вып. 478. Труды по медицине XXXVIII, Тарту, 1978, 3—5.

TRÜ arstiteaduskonna
stomatoloogia kateeder

* VII vabariikliku stomatoloogide ja hambaarstide konverentsi materjalid. Tartu, 1968, 192 lk.

VIII vabariikliku stomatoloogide konverentsi materjalid. Tartu, 1973, 180 lk. Актуальные вопросы стоматологии. Материалы IX Республиканской конференции стоматологов Эстонской ССР. Таллин, «Валгус», 1979, 250 с.

** VII Пленум Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов и 3-й выездной сессии ЦНИИС по проблеме «Вопросы онкологии в стоматологии». Тезисы докладов. М., 1965, 160 с.

Suitsetamise levimus tütarlaste hulgas. Et suitsetamine on eriti levinud tütarlaste hulgas, seda kinnitab statistika. 1976. aastal suitsetas 31% Prantsusmaa naistest. Järgmise aasta andmeil oli seal 12...18-aastastest tütarlastest suitsetajaid 43%, kuid 18-aastaste ja vanemate hulgas oli neid samal aastal 29%. Nelikümmed aastat tagasi ületas Prantsusmaa noorukitest suitsetajate arv suitsetavate tütarlaste arvu kolmekordselt, tänapäeval on suhe võrdsustunud. Uurimise andmetest nähtub, et tubakasuitsetamise vastu suunatud tervishoiupropaganda avaldab naissuitsetajatele hoopis vähem mõju kui meessuitsetajatele.

Здоровье мира, 1980, 3.

Konverentsid ja nõupidamised

TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri 40. ning Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi ja Tartu Stomatoloogide Teadusliku Seltsi 25. aastapäeva tegevusele pühendatud koosolek toimus 29. veebruaril 1980. a. TRÜ aulas. Koosoleku avas arstiteaduskonna dekaan professor L. Allikmets, kes andis Eesti NSV tervishoiuministri aukirjad seltsis kauaaegse aktiivse tegevuse eest A. Lõhmusele, S. Kitusele ja S. Lumistele ning TRÜ rektori aukirjad seoses stomatoloogia kateedri 40. aastapäevaga dotsentidele S. Russakule, N. Vihmale, M. Lõvile, A. Kõdarale ja E. Leiburile ning assistent E.-M. Metsale.

Eesti NSV peastomatoloog S. Hanstein rõhutas oma ettekandes järgmist: selleks et parandada stomatoloogilist abi, on vaja ehitada ajakohaseid polikliinikuid ning lahendada instrumentaariumi ja aparatuuri ning ruumikitsikusega seoses olevad probleemid. Dotsent N. Vihm käsitles teraapilise stomatoloogia põhilisi uurimissuundi. I. Kask tutvustas seltsi liikmete töid kirurgilise stomatoloogia alal ning dotsent A. Kõdar andis ülevaate tehtust ortopeedia ja ortodontia valdkonnas. A. Lõhmus, H. Kross ning A. Müür meenutasid stomatoloogia kateedri asutamise ja algaastaid.

Näitusel võis tutvuda kateedri õppejõudude ja seltsi liikmete publikatsioonide ning ÜTÜ stomatoloogiaringsis valminud võistlustöödega.

Mare Saag

Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinikute (Pelgulinna ja Kopli) stomatoloogide konverents toimus 25. oktoobril 1979. a. ning sel-

lega tähistati stomatoloogiaosakondade 20. aastapäeva. Konverentsist võtsid osa Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi esimees, TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri juhataja dotsent S. Russak, Tartu Stomatoloogide Teadusliku Seltsi esimees dotsent E. Leibur, Tallinna Stomatoloogide Teadusliku Seltsi esimees A. Müür, Tallinna peastomatoloog T. Vardja, Põhja-Eesti Stomatoloogide Seltsi esimehed, Tallinna ja Põhja-Eesti stomatoloogid.

Pelgulinna Haigla peaarst V. Ilmoja andis ülevaate mõlema stomatoloogiaosakonna arengust 20 aasta jooksul.

Konverentsil kuulati 11 praktilis-teoreetilist ettekannet. I. Saks, P. Siim, U. Söödor ja H.-M. Vandsinski soovitasid senisest enam rakendada anesteasiat terapeutilises stomatoloogias. T. Lazarenko, A. Beljanina peavad vajalikuks parodontoosi põdejate immunoloogilist uurimist, kuna sellest oleneb ravi menetlus. Allakirjutanu käsitles näo-lõualuu piirkonna pehmete kudede healoomuliste kasvaja kirurgilist ravi ja histoloogiliste uurin-gute tulemusi ning haigete dispanseerimist.

Haigete stomatoloogilise abi taktika südame isheemiatõve korral oli vaatluse all V. Didvigi ja T. Peelma töös. Rõhutati stomatoloogide ja kardioloogide koostöö veelgi suuremat vajadust.

Hambakaarieste profülaktika ja ravi rasedatel oli E. Silla ettekande teema. Tööst nähtus, et hambakaarieste esinemissagedus on rasedatel suur, seepärast on vaja rohkem tähelepanu pöörata noorukite suuõõne saneerimisele.

Hamba kõvakudede mittekarioossed kahjustused ja nende ravi ning sellest tulenevalt hambakaarieste profülaktika olid vaatluse all K. Turmi, L. Vaprise ja E. Sannamehe ettekandes.

S. Taranova käsitles fluktuurisatsiooni kasutamist periodontiitide ja alveoliitide ravis, ta rõhutas füsioteraapia vajalikkust stomatoloogias ning füsioteraapiakabinettide vajadust stomatoloogiaosakondades. Ülevaatliku ettekande stomatoloogide tööhügieenist esitas Z. Sinkel.

Konverentsil esitatud ettekanded olid illustreeritud tabelite ja diapositiividega.

Eugenia Kask-Saru

Teaduslik-praktiline konverents «TRÜ lõpetanud lastearstid Eesti NSV laste tervise kaitsel» toimus 14...15. maini 1980. a. TRÜ-s ning sellega tähistati ÜTÜ pediaatriaringi 30. ja Tartu linna 950. aastapäeva.

Kavas olid tervishoiuorganisatsiooni küsimused, pediaatriline abi Eesti NSV-s, pediaatrite ülesanded XI viisaastakul, räägiti ka muutustest lastehaiguste õpetuses 35 aasta jooksul, ÜTÜ pediaatriaringi ajaloo ja tegevusest, laste arstiabi arengust (L. Keres, L. Sildver, E. Tomberg, U. Nigesen, A. Ormisson, M. Haavel, I. Pilv, T. Tammperre jt.).

Retsidiveeruvate bronhopulmonaalsete põletike bronholoogiline diagnoosimine, laboratoorsete uuringute tähtsus mukovistsidoosi diagnoosimisel oli M. Riikjärve ja M. Ratniku ettekande teema. Mukovistsidoosi diagnoosimiseks soovitasid nad haiglas higikloriidide viiekordset määramist.

T. Soo oli vaatluse alla võtnud varajased haiguse tunnused laialdase bronhide anomalia puhul lastel ja M. Pärlist segmentaarse pneumoonia diagnoosimise ja ravi. Töodes rõhutati röntgendiagnostika tähtsust nende laste uurimisel, kes sageli põevad ja kellel on febrilne kehatemperatuur.

V. Rubinštein rääkis saavutatust vastsündinute sepsise ravimisel.

E. Müllerbek ja I. Laan käsitlesid immunoloogiaprobleeme. Peeti vajalikuks rajada kliinilise immunoloogia laboratooriumid Tallinna ja Tartu lastehaiglas.

Laste allergoloogilisest abist ja selle perspektiividest rääkis M. Laaniste. Oluline on laiendada rajooni keskhaiglates allergoloogia-abi. Meil peaks olema osakond, kus uuritaks ja ravitaks allergilisi haigusi põdevaid lapsi.

M. Orn rõhutas oma ettekandes spetsiifilise hüposensibiliseeriva ravi tõhusust lastel. Jaoskonnaarstid peaksid eriti tähelepanu pöörama allergilistele haigustele neil, kes on dispanseeritud, ja neid õigel ajal allergoloogi konsultatsioonile saatma.

R. Härma ja A. Paves käsitlesid kaasasündinud südamerikete diagnoosimise raskusi varajases lapseas. Toopilise diagnoosi selgitamiseks ja optimaalse ravitaktika määramiseks peaks lastearstide ja kardiokirurgide koostöö tihedam olema.

Laste funktsionaaldiagnostika kabinetides ei kasutata küllaldaselt koormuskatse (velo-

ergomeetria, steppest). Vereringehäirete varajast väljaselgitamisest ja doseeritud kehalise koormuse katsust ravitulemuste hindamisel rääkis E. Luiga. ■

Allakirjutanu andis ülevaate laste kardioloogiaalasest uurimistööst meie vabariigis ja südamehaigete uurimise perspektiividest. Täna on rajatud ajakohased laste kardioloogiakeskused Tartus ja Tallinnas. Ent röntgenoloogide ja funktsionaaldiagnostikaga tegelevate rajooniterapeutide teadmised lapsea kardioloogia valdkonnas ei ole veel küllalt põhjalikud. Täienduskursuste programmis peaksid olema loengud ja praktikumid lapsea EKG ja röntgenileiu iseärasustest. Praegu puuduvad Eesti NSV-s veel võimalused uurida lapsi ehokardiograafiliselt.

Isotooprenograafia ja sõeltesti kliinilisel väärtusest rääkisid H. Tälli ja M. Päril. Sõeltesti Czokunay' järgi kasutamine lastepoliklinikus ja haiglates aitab parandada bakteriuria avastamist ning tänu meetodi lihtsusele vähendada bakterioloogilaboratooriumide töömahtu.

Konverentsil võeti vastu resolutsioon pediaatrilise abi edasiseks tõhustamiseks.

Leo Tamm

Eesti NSV terapeutide ülevabariigiline nõupidamine peeti 19. mail 1980 Tallinnas. Kokku olid tulnud linnade ja rajoonide peaterapeutid ning polikliinikute ja haiglate sisehaiguste osakondade juhatajad. Nõupidamise avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt.

Ettekande terapeutide töö kohta möödunud aastal ja tänavu esitas allakirjutanu. Siinkohal mõningaid andmeid ettekantust. 1979. aastal avati uusi terapeutidijaoskondi, mõnel erialal paranes dispanseerimise kvaliteet, otstarbekamalt on kasutatud terapeutiliste haigete jao's ette nähtud voodifondi. On välja antud mitmeid meetodilisi kirju sisemeditiini probleemide kohta, on korraldatud laialdasi foorumeid, nagu NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia teraapiatöökogu pleenum, Eesti NSV ja Ungari RV teadlaste farmakoterapiaalane ühissümposium, Tartu polikliinilise abi 175. aastapäeva tähistamise konverents jm.

Samal ajal on mitmeid probleeme ja üksik-

küsimusi, mida lahendatakse aeglaselt või puudulikult. Vabariigilise alluvusega linnades ei võeta kõiki meetmeid uute arstijaoskondade moodustamise plaani täitmiseks. Oulised puudused on ilmnunud terapeutiliste haigete dispanseerimisel Pärnus ja Narvas, samuti Jõgeva, Kingissepa ja Võru rajoonis. Pärnu ja Kingissepa terapeutide ebarahuldavat tööd on kritiseeritud juba teist aastat. Tallinnas on juba ammu tekkinud vajadus immunoloogialabori järele. Tartus ei rahulda uute profülaktika-, diagnoosimis- ja ravimeetodite kasutusele võtmise analüüs.

On väga tähtis analüüsida igat surma-juhtu, mille põhjuseks on äge kopsupõletik.

Teraapia profiiliga arstide seltsid ja probleemikomisjonid ei tegele küllaldaselt määral meie vabariigi tervishoiu aktuaalsete probleemide lahendamiseks. On vaja enam tähelepanu pöörata võitlusele parameditsiiniliste ravimeetodite vastu.

Läbirääkimistel võtsid sõna tervishoiuministeeriumi peaendokriinoloog I. Kalits, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri professor V. Saarma, Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna arst organisatsioonilis-metoodilise töö alal S. Unt, Tartu gastroenteroloogiakeskuse juhataja, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri juhataja professor V. Salupere, Tallinna mittekosseisuline peagastroenteroloog I. Lepik, ülevabariigilise pulmonoloogiakeskuse juhataja L. Jannus, Tallinna kardioloogiakeskuse juhataja B. Liberman, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri juhataja professor L. Päi, tervishoiuministeeriumi inspektorarst T. Vaasna.

Nõupidamise järel toimunud seminaril kuulati Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sotsiaalhooldusosakonna juhataja K. Tamburi ettekannet, milles käsitleti terapeutide ülesandeid ajutise töövõimetusega haigestumuse vähendamisel. Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri osakonnajuhataja I. Gotsi analüüsivas ettekandes olid vaatluse all arstivead süüfilise varajasel diagnoosimisel.

Nõupidamisest osavõtjaid oli üle 120.

Natan Elšteín

Nõelraviarstide nõupidamine toimus 12. juunil 1980 Tallinnas. Koosoleku avas Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Pro-

fülaktilise Abi Valitsuse juhataja R. Toots. Ta mainis, et vastavalt tervishoiuministri käskkirjale on meie vabariigis avatud mitmeid nõelravikabinette. Kuid seoses sellega on esile kerkinud ka mitmeid organisatsioonilisi ja metoodilisi küsimusi.

Peaterapeut professor N. Elšteín peatus oma sõnavõtus nõelravispetsialistide ettevalmistamisel. Nõelravi ja ka teised refleksravi liigid on rakendatavad terapeutiliste haigete ravimisel kompleksis muude ravimeetoditega.

Tallinna Vabariikliku Haigla nõel-refleksravikeskuse arst L. Voitaševskaja esitas 1979. a. tööaruande. Selgus, et Eesti NSV-s rakendatakse refleksravi, sealhulgas nõelravi, elektroakupunktuuri ja punktimassaaži üsna laialdaselt. Kuid vajadus selle ravimeetodi järele on suurem, kui selleks on võimalusi. L. Voitaševskaja informeeris 1979. aasta juunis Togliattis asetleidnud üleliidulisest nõupidamisest nõel-refleksravi küsimustes ja otsustest nõelravi näidustuste ja vastunäidustuste kohta.

Koosolekust võttis osa 16 nõel-refleksravi spetsialisti. Koosolek kulges elava mõttevahetuse korras. Otsustati asutada Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosseisus nõel-refleksravi sektsioon. Sektsiooni juhatuse sekretäriks valiti L. Voitaševskaja ja esimeheks allakirjutanu.

Jaan Karusoo

Keskkonnahügieeni teaduslikke aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektsiooni väljasõidupleenum toimus 13...17. maini 1980. aastal Novosibirskis. Pleenumi üks põhiprobleeme oli suurte jõgede vee ümbersuunamine põhjast lõunasse ning sellega kaasnevad hügieenilised ning meditsiinilis-bioloogilised aspektid. Neid küsimusi käsitlesid I. Elpiner NSV Liidu Teaduste Akadeemia Veeprobleemide Instituudist ja J. Novikov F. Erismani nimelisest Moskva Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist. Nad juhtisid tähelepanu asjaolule, et selline vee ümbersuunamine põhjustab keskkonna muutumist. Muutuvad ka sotsiaalsed tingimused. Kõige selle juures tuleb tagada tervislik keskkond elanikele, samuti ka nende piirkondade ehitustööliste.

Mitu ettekannet käsitles veefaktori mõju

uurimist elanike tervisele ning selle uurimissuuna meetodikat (E. Trofimovitš ja kaasautorid Novosibirski Sanitaaria Teadusliku Uurimise Instituudist ning J. Novikov kaasautoritega Moskvast).

Professor G. Krassovski (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituut) andis ülevaate probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektiooni mullusest tööst ning esitas arengusuunad XI viisaastakuks.

Huvipakkuv oli A. Koroljovi (Moskva I Meditsiiniinstituut) esitatud meetodilise juhendi «Gonadotoksilise toime uurimine keemiliste ainete normeerimisel veekogudes» arutelu.

Toksikokineetiliste uurimiste osa keemiliste ainete hügieenilisel normeerimisel veekogude vees ja selle meetodika täpsustamine elanikkonna tervisliku seisundi uurimisel oli professor B. Štabski (Lvovi Meditsiiniinstituut) ettekande teema.

Meetodilisest aspektist oli huvitav juhendi «Vees esinevate keemiliste ühendite transkutaanse toime uurimine» arutelu. Juhendi oli koostanud autorite kollektiiv professor B. Štabskiga eesotsas.

Viimasel päeval arutati nelja doktoritöö (E. Žuk, Tomski Meditsiiniinstituut; V. Nadejenko, Sverdlovski Tööhügieeni Instituut; J. Taradin, Voronež; N. Zaitseva, Permi Polütehniline Instituut) valmimist ning töös ette tulevaid raskusi. Üldjoontes kiideti tööd heaks ning anti juhtnööre nende lõpuleviimiseks.

Pleenumi lõpul toimus ajakirja «Гигиена и санитария» lugejate konverents. Toimetuse aruande esitas J. Novikov. Tehti asjalikke märkusi ja anti soovitusi ajakirja töö parendamiseks. Allakirjutanu rõhutas vajadust tutvustada ajakirja veergudel uusi riiklikke standardeid, kahjulike ainete normatiive väliskeskkonnas jm., mis kõigile teadus- ning projekteerimisasutuste töötajale ei ole kättesaadavad, küll aga vajalikud.

Ingeborg Veldre

Arstide seltsides

Eesti NSV Terapeutide Seltsi pleenum toimus 19. mail 1980 koos teadusliku meditsiini-nõukogu teraapia- ja gastroenteroloogiaalaste probleemikomisjonidega.

Tegevusaruande esitas juhatusse sekretär G. Semjonov. Kardioloogide, ftisiaatrite ning hematoloogide ja transfusioloogide seltside ning probleemikomisjonide töö kohta kuulati J. Riivi, L. Jannuse, L. Sepa ja allakirjutanu ettekandeid. Seltsi ideoloogiatööd käsitles A. Randvere, võitlust parameditsiiniliste raviviiside vastu L. Päi. R. Tuisk informeeris seltsi Kohtla-Järve ja Narva filiaali tegevuse elavdamise kavadest.

Üleliidulise Terapeutide Seltsi presiidiumi koosolekul kuulati ära allakirjutanu ettekanne arstiteaduse saavutuste juurutamisest teraapiapraktikasse meie raviasutustes. See töö pälvis hea hinnangu.

Pleenumil kuulati informatsiooni Eesti NSV terapeutide VII kongressi ettevalmistustest ning meie terapeutide osavõttust XVIII üleliidulisest terapeutide kongressist Leningradis 1981. aastal.

Natan Elšteín

Vabariikliku Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi ja Soome Tuberkuloositõrje Assotsiatsiooni ühine koosolek toimus 8. mail 1980. a. Tallinnas. Arutluse all olid ftisiaatria- ja pulmonoloogiaküsimused.

Soome Tuberkuloositõrje Assotsiatsiooni president professor J. Pätälä ja Soome Tervishoiuvalitsuse osakonnajuhataja A. S. Härö ning Soome Haiglate Liidu juhataja K. Kokkola käsitlesid kopsutuberkuloosi olukorda Soomes ja ka muid, esmajoones krooniliste mitespetsiifiliste kopsuhaiguste probleeme. Kopsutuberkuloosihagestumus ja -letaalsus, mis varem oli kõrgeim Euroopas, on nüüd tunduvalt vähenenud, tunduvalt väiksem on

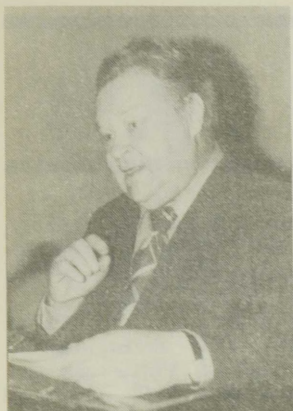


Foto 1. Soome Tuberkuloositõrje Assotsiatsiooni president professor J. Pätälä käsitles kopsuhaigusi mitmest aspektist.

Foto 2. Koostöönõupidamisel. Vasakult: H. Rohtla, H. Sillastu, P. Tani, A. Rumm, E. Väärt, K. Kekkola. M. Mällo fotod.

ka dispanseersel arvel olevate haigete arv. Märkimist väärib kopsutuberkuloosi põdejate ravi korraldus Soomes — küllalt suur rõhk on ambulatoorsel ravil. Haiglas toimub vaid ravi sissejuhatav etapp, kuid voodipäevade arv on seejuures üsna piiratud. Kui konservatiivne ravi jääb mõjutuks, siis, loomulikult, rakendatakse kirurgilist ravi, kuid viimasel ajal on kirurgilise ravi vajadus piirdunud vaid mõne juhuga.

Pearõhk tuberkuloosivastases võitluses on Soomes profülaktilisel tööl: massuurimise korras tehakse igal aastal umbes miljon fluorogrammi, tuberkuloosi vastu on vaktsineeritud umbes 70% elanikkonnast.

Nagu mujal, on ka Soomes hakatud rohkem tähelepanu pöörama kroonilistele mittespetsiifilistele kopsuhaigustele. Märgitakse, et letaalsus krooniliste obstruktiivsete kopsuhaiguste tõttu ei ole Soomes olnud väga suur, 100 000 kohta 20. Küllalt põhjalikult on uuritud obstruktiivsete kopsuhaiguste epidemioloogiat, sealhulgas levikut, riskitegureid ja letaalsust. Leiti, et astmat põeb Soomes umbes 2% elanikkonnast, sealhulgas koolilapsed mõnevõrra sagedamini, poistest 3% ja tüdrukutest 4%. Kroonilist bronhiiti on leitud 20...30%-l elanikkonnast. Küllalt sageli on leitud ka kopsuemfüseemi: üle 40 aasta vanustest meestest 10%-l ja naistest 2%-l.

Krooniliste obstruktiivsete kopsuhaiguste tekkepõhjusteks peetakse tubakasuitsetamist, saastunud õhku ja respiratoorseid viirusnakkusi.

Arstiteaduse doktor L. Jannus tõi andmeid Eesti NSV kohta. Haigestumus ja letaalsus nende haiguste tagajärjel on meil mõnevõrra väiksem kui Soomes, kuid krooniliste mittespetsiifiliste hingamiseldite haiguste tekkepõhjused on meil samad mis Soomeski.

Professor H. Sillastu käsitles tuberkuloositõrje olukorda Eesti NSV-s.

Kahe maa arstide ja arstiteadlaste kohtumine möödus elavas mõttevahetuses.

Jaan Karusoo

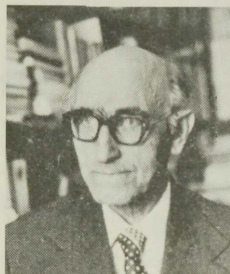
Kingissepa Arstide Teaduslik Selts korraldas 15. märtsil 1980. a. ühise koosoleku Hiiu- maa arstidega Hiiu- maa Rajooni Keskhaiglas Kärdlas. Päevakorras oli laste kirurgiline abi Kingissepa rajoonis ning seedekulga haiguste varajane diagnoosimine.

A.-I. Birkenfeldt oli ettekanne, mis käsitles laste kirurgilist abi Kingissepa rajoonis 12 aasta vältel. R. Tammur rääkis seedekulga haiguste varajasest diagnoosimisest. Vähem kui poolteise aasta jooksul on gastroskoopiliselt uuritud 542 patsienti. 12,7%-l leiti haiguslikke muutusi. Enamikul juhtudel vastas gastroskoopialeid röntgenileide.

Tuldi järeldusele, et selline kahe naaber- rajooni arstide kogemuste vahetamine on vajalik ning niisuguseid nõupidamisi tuleks plaanipäraselt jätkata.

Ants Haavel

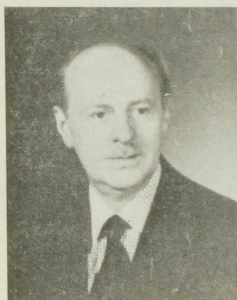
Meie juubilare



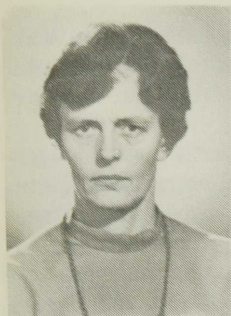
Valdek Ritslaid, TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri dotsent, sai 20. juunil 1980. a. 70-aastaseks. Sündinud 1910. aastal Põlva rajoonis põllupidaja perekonnas. Õppis Räpina ühiskõrgkoolis ja hiljem Tartu tehnikakõrgkoolis. 1939. a. lõpetas Tartu ülikooli põllumajandusteaduskonna metsaosakonna. Pärast Suurt Isamaasõda töötas Eesti NSV Metsanduse Rahvakomissariaadis. TRÜ metsandusliku inseneriteaduse kateedri juhatajaks määrati 1945. a. Võttis osa iseseisva metsateaduskonna rajamisest ja ajavahemikul 1946...1950 oli selle esimeseks dekaaniks. 1955. aastast alates on TRÜ-s õpetanud töökaitset, kuuludes farmaatsia kateedri koosseisu. V. Ritslaid õpetab töökaitset, mis hõlmab töökaitseasendustiku, ohutustehnika, töötervishoiu ja tuletõrje aluseid, kõikidele TRÜ üliõpilastele. Tema sulest on ilmunud 15 raamatut-õppevahendit, neist enamik käsitleb töökaitset. Ta on uurinud kikkapuu gutapertsi sisaldust ja aeroionisatsiooni mõju taimedele. Kuulub ühingu «Teadus» Tartu linnaorganisatsiooni juhatusse ning on viimases tehnikanõukogu esimeheks olnud selle loomisest peale.



Helgi Vadi, Tartu Kliinilise Haigla radioaktiivsete isotoopide osakonna juhataja, sai 3. aprillil 1980. a. 60-aastaseks. Sündinud 1920. a. Tartus akadeemik V. Vadi perekonnas. 1938. a. lõpetas Tartu Tütarlaste Gümnaasiumi ning 1944. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonna. Juba üliõpilasena alustas töötamist Maarjamõisa kliinikus. Aastail 1944...1950 oli ta TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja sisehaiguste propeedeutika kateedri assistent. Ajavahemikul 1950...1954 Tartu Vabariikliku Kliinilise sisehaiguste osakonna ordinaator, ka juhataja ning peaarsti asetäitja polikliinilisel alal, aastail 1954...1958 peaarsti kohusetäitja. 1958. a. organiseeris ta radioaktiivsete preparaatide kabineti, mis 1971. aastast alates on radioaktiivsete isotoopide osakond ning mille juhatajaks ta on olnud tänaseni. Võimekas organisaator, I kategooria radioloog. On Tartu Terapeutide Seltsi ja Tartu Radioloogide Seltsi ning Üleliidulise Röntgenoloogide ja Radioloogide Ühingu Eesti Osakonna liige. Teda on autasustatud ordeniga «Austuse märk» ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga. NLKP liige 1971. aastast alates.



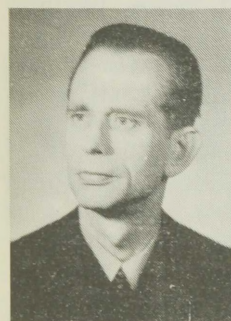
Salva Gulordava, Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peakirurg ja teadusliku meditsiininõukogu esimehe esimehe asetäitja, arstiteaduse doktor, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri professor, sai 16. septembril 60-aastaseks. Sündinud Zugdidi linnas Gruusias agronoomi perekonnas. Lõpetas 1942. aastal Tbilisi Riikliku Meditsiiniinstituudi. Seejärel oli Suure Isamaasõja rindeil Eesti Laskurkorpuses kirurg. Pärast demobiliseerimist on töötanud 1950. a. alates tervishoiuministeeriumis, 1961. aastast peakirurgina, samal ajal aastakümneid tegevkirurgina ja konsultandina Tallinna Vabariiklikus Haiglas. 1962. aastal kaitses kandidaadiväitekirja, 1973. a. doktoriväitekirja. Avaldanud trükis 131 tööd, sealhulgas 4 monograafiat ja 3 brošüüri. Juhendanud kandidaadiväitekirju, opereerinud nende kaitsmisel. On palju teinud kirurgilise abi spetsialiseerimisel, anestesioloogiatalituse rajamisel, traumatoloogilise abi arendamisel meie vabariigis. Juubilar on NLKP liige 1943. aastast alates. Ta on TRÜ kirurgiaalaste doktoriväitekirjade kaitsmise erinõukogu liige, Eesti NSV Kirurgide Seltsi ja kirurgiaalase probleemikomisjoni esimees, Üleliidulise Kirurgide, Traumatoloogide ja Ortopeedide Seltsi juhatuse ning ajakirja «Хирургия» toimetuse nõukogu liige. Teda on autasustatud Tööpunalipu ja Punatähe ordeniga ning 10 medaliga, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.



Virve Kask, TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri dotsent, sai 6. jaanuaril 1980. a. 50-aastaseks. Sündinud 1930. a. Järvamaal talupidaja perekonnas. Tallinna 4. Keskkooli lõpetas 1949. a. ning TRÜ arstiteaduskonna 1955. a. Ajavahemikul 1955...1958 oli sihtaspirantuuri NSV Liidu Teaduste Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudis. Kandidaativäitekirja «Rinnanäärmete elastsomeetriline hinnang erinevate funktsionaalsete seisundite korral» kaitses 1964. aastal. Pärast aspirantuuri sünnitusabi ja günekoloogia kateedri assistent, 1972. aastast dotsent. Avaldanud 74 teadustööd. V. Kask on esimene meie vabariigi lastegünekoloog. Osaleb aktiivselt kollektiivses uurimistöös «Ema-platsenta-loode». Juubilar on teaduskonna ametiühingukomitee esimees, parteibüroo organiseerimissektori juhataja, õppevälise kasvatustöö prodekaan, arstiteaduskonna nõukogu liige. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi sünnitusabi nõukogu liige. Teda on autasustatud aukirjadega ja sotsialistliku võistluse võitja rinnamärgiga. NLKP ridadesse kuulub 1971. a. alates.



Eha Luik, Tartu Linna Polikliiniku 8. velskripunkti (teeninduskom-binaadis «Edu») juhataja, sai 20. juulil 1980. aastal 50-aastaseks. Sündinud Võru rajoonis põllutöölise perekonnas. Aastail 1946...1949 õppis Tartu Vabariiklikus Meditsiinilises Keskkoolis, mille lõpetas velskrikutsega. Pärast meditsiinikooli lõpetamist töötas aastail 1949...1952 Elva rajoonis Puhja jaoskonna velskrina. Ajavahemikul 1952...1957 oli Ulila velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja. 1957. aastast alates on E. Luik Tartu Linna Polikliiniku 8. velskripunkti juhataja. Tema juhitud velskripunkt on aastaid kuulunud Tartu paremate hulka. 1977. aastal saavutas velskripunkti kollektiiv ülevabariigilisel konkursil esikoha. 1966. aastal anti E. Luigele I kvalifikatsioonikategooria. Juubilar on väga aktiivne ühiskondlikus töös, osaleb Eesti NSV Punase Risti Seltsi tegevuses. Teda on autasustatud NSV Liidu sanitaarkaitse eesrindlase rinnamärgiga.



Rein Põllumaa, Tartu Linna Polikliiniku neuroloogiaosakonna juhataja, sai 30. juulil 1980. a. 50-aastaseks. Sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1956. a. lõpetas Viljandi Töölisnoorte Keskkooli ja 1962. a. TRÜ arstiteaduskonna. Üleliidulisel üliõpilaste teaduslike tööde konkursil pälvis uurimus «Kusepõie reflektorse talitluse muutused ja selle tsüstomeetriline uurimine pea- ja seljaaju traumadega haigetel» kuldmedali. Aastail 1962...1964 töötas Põlva Rajooni Keskhäiglas neuroloogina, 1964. a. alates on töötanud Tartu Linna Polikliiniku neuroloogiaosakonna juhatajana. 1980. aastast alates on R. Põllumaa Tartu linna peaneuroloog. Tema initsiatiivil avati 1977. a. Tartu Linna Polikliinikus nõelravikabinet. On korduvalt viibinud täienduskursustel neuroloogia ja nõelravi alal Moskvas, Minskis ja mujal. 1973. aastast alates I kategooria neuroloog. Kandidaativäitekirja «Kusepõie motoorika ja toonuse tsüstomeetrilised uuringud pea- ja seljaaju kahjustetega haigetel» kaitses 1969. a. Teda on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».



Leo Pokk, TRÜ arstiteaduskonna patoanoomia ja kohtuarstiteaduse kateedri professor, sai 11. oktoobril 1980. a. 50-aastaseks. Sündinud 1930. a. Tartus töölisperekonnas. Tallinna I Keskkooli lõpetas 1949. a. ning TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna 1955. a. TRÜ arstiteaduskonna õppejõud alates 1954. a., mil viimase kursuse üliõpilasena määrati patoanoomia kateedrisse assistendiks. 1970. aastal anti professori kutse. 1959. a. kaitses kandidaativäitekirja «Ortostaatilise kollapsi tekimisest, morfoloogilistest muutustest siseelundites ja vereringehäiretest peajus küülikutel vertikaalses seisundis viibimise puhul» ja 1969. aastal doktoriväitekirja «Mõningate kesknärvisüsteemi osade, elektro-lüütide, tsüaankobalamiini, aminiini ja heksooni mõjust südamenek-rooside tekkele». Trükis avaldanud 145 teadustööd. Aastail 1971...1977 oli Üleliidulise Patoanoomide Teadusliku Seltsi juhataise liige. Ajavahemikul 1971...1972 oli arstiteaduskonna õppeprodekaan, samal kohal töötab taas 1978. a. alates.

NÕUKOGUDE EESTI PREEMIA UUTE UURIMISMEETODITE EEST GASTROENTEROLOOGIA- PRAKTIKAS

VELLO LAOS · TALLINN

Eestis nõukogude võimu taaskehtestamise 40. aastapäeval, 21. juulil 1980, anti Tallinnas Toompeal, Eesti NSV Ülemnõukogu istungisaalis pidulikult kätte 1980. aasta Nõukogude Eesti preemiad väljapaistvate tööde eest teaduse, tehnika, tootmise, kirjanduse, kunsti ja arhitektuuri alal ning väljapaistvate töosaavutuste eest sotsialistlikus võistluses, mis olid määratud EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu poolt Eesti NSV 40. aastapäeva puhul.

Arstiteaduse alal tunnistati Nõukogude Eesti preemia vääriliseks uurimus «Uued perspektiivsed uurimismetodid seedeelundite haiguste epidemioloogias, diagnostikas ja ravis», mis tugineb uurimistöde kompleksile, millega autorid on tegelnud juba enam kui poolteist aastakümnet. Uurimuse autoriteks on väga erudeeritud, võimekas ja kõrge kvalifikatsiooniga eriarstide rühm, kes on palju jõudnud ära teha. Need on meie vabariigi silmapaistvad, samal ajal ka rahvusvahelise tunnustuse pälvinud gastroenteroloogid, arstiteaduse doktorid professorid Natan Elšteín, Väino Rätsep, Valve Saarma, Vello Salupere, Johan Sarv, Uno Sibul ja Kaljo Villako.

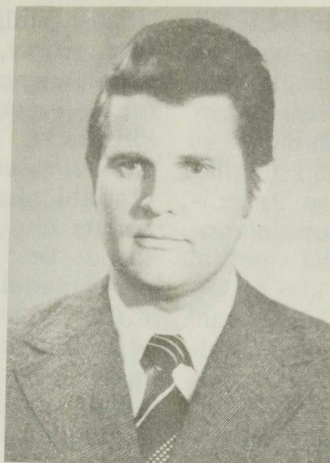
Kokkuvõtlikus kirjutises puudutak-sime mõningaid olulisemaid külgi autasustatud teadlaste sihipärase tegevuses.

Meie vabariigi rahvastiku üldhaigestumuse struktuuris on esinemissageduselt ja levimuselt esimeste hulgas seedeelundite haigused. On igati tõestatud, et seedeelundite haigused ei ole üksnes lokaalset laadi, nende arengus etendavad suurt osa ka muude elundite ja elundite süsteemide talitlushäired. Seega seedeelundite haiguste tõrje on rahva tervishoiu aspektist väga tähtis ning mitmekülgne probleem, mis kätkeb pakilisust ning komplitseeritust. Arstid, kes on võtnud ülesandeks seedeelundite haigusi põdejate ravi ja tervendamise, on võtnud enda kanda julge ja raske kohustuse, sest gastroenteroloogia on meditsiiniharudest üks nooremaid ning kiiresti arenevaid ja selles valdkonnas tegelejailt suurt eruditsiooni nõudvaid teadusharusid.

On seaduspärane, et tänapäeva teadusele on iseloomulik teadusharude ühtesulamine, läbipõimumine, üksteise täiendamine. Samal ajal tehniliste diagnostikavahendite arsenal aasta-aastalt täieneb. See kõik kehtib ka gastroenteroloogia kohta, mistõttu arstil on võimalik täpselt mõista kahjustuste laadi ja intiimseid iseärasusi. See omakorda on sihipärase ravi eeldus.

Mao- ja sapiteede haiguste epidemioloogia väljaselgitamiseks on pidevalt uuritud tuhandeid Tallinna elanikke. Proktoloogiliselt on tundma õpitud enam kui 1000 inimese tervislikku seisundit. Esmakordselt NSV Liidus saadi täiskasvanud elanikkonna faktilise haigestumise intensiivnäitajad, mis osutusid senistest andmetest 2...3 korda kõrgemaks. On välja selgitatud ka tegurid, mis seedeelundite haiguste tekkele mõju avaldavad, ning esile toodud nende suur sotsiaalne tähtsus.

Kroonilist gastriiti põdevate maaelanike massilisel läbivaatamisel tuli ilmsiks, et üksnes 22% -l neist on mao limaskest normaalses seisundis. Järgest on suurenenud ka laktaasi malabsorptsiooni (piimatalumatuse) levimus (31,7% -l



**Nõukogude Eesti preemia
laureaadid 1980**
(vasakult alla)

TRÜ arstiteaduskonna sise-
haiguste propedeutika ka-
teedri professor
Kaljo Villako

Eesti NSV tervishoiu minis-
ter professor
Väino Rätsep

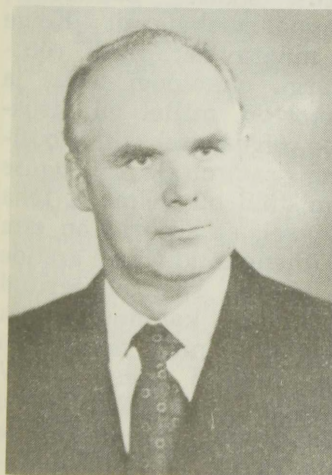
TRÜ arstiteaduskonna üld-
kirurgia kateedri juhataja
professor
Johan Sarv

TRÜ arstiteaduskonna tea-
duskonnasisehaiguste ka-
teedri juhataja professor
Vello Salupere

TRÜ arstiteaduskonna hos-
pitaalsisehaiguste kateedri
professor
Valve Saarma

Tallinna RSN TK Tervis-
hoiuosakonna peakirurg
professori kt.
Uno Sibul

Eesti NSV Tervishoiu minis-
teeriumi peaterapeut
professor
Natan Elštein



uurituist). Kroonilist gastriiti põdejail tehtud laialdased immunoloogilised uurimised pakuvad põhimõtteliselt uusi teid haiguse pahaloomustumise prognoosimiseks ning haigete sihipäraseks dispanseerimiseks. Et maovähki võimalikult varakult diagnoosida, on krooniliste maohaiguste ja nende pahaloomuliste vormide kulu analüüsi põhjal kasutusele võetud haigete kompleksuurimine dünaamikas. On koostatud immunoloogiliste testide kompleks, sellel on haiguse prognoosimisel suur tähtsus.

Põhjalikult on tundma õpitud maksa- ja sapiteede ning kõhunäärmehaiguste diagnoosimise ja kulu immunoloogilisi aspekte. Palju uut on välja selgitatud autoimmuunsuse mehhanismide talitluses, esmakordselt NSV Liidus on kasutusele võetud subtsellulaarsete antigeenide kasutamise meetod.

Suurt tähelepanu on pööratud seedetraktihaigustele kirurgia aspektist. On välja töötatud mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõve operatsioonieelse ja -aegse diagnoosimise uued meetodid, nagu operatsiooniaegne gastrokromoskoopia, isobaarne pH-meetria, samuti elundit säästvad ja -taastavad operatsioonimeetodid. Nendel meetoditel on edukalt opereeritud tuhandeid haigeid.

Tänu gastrobiopsia ja histamiintesti kasutamisele on kroonilise gastriidi diagnoosimisel viimasel aastakümnel eksimusi kaks korda vähem. Eksimuste arv on vähenenud ka sapiteede haiguste puhul moodsate uurimismeetodite kasutuselevõtu ning sapiuuringute informatiivse väärtuse ümberhindamise tulemusena. Vähenenud on ka haigestumus, sealhulgas haavandtõvest põhjustatud haigestumus ning invaliidsus. Seedetraktihaigustest põhjustatud esmane invaliidsus on meie vabariigis seetõttu viimastel aastatel vähenenud enam kui 2,5 korda.

Autorite uurimused on jäädvustatud viies monograafias, 11 teaduslike tööde temaatilises kogumikus. Trükkis on avaldatud ligikaudu pooltuhat teadusartiklit, millest viiendik üleliidulises teadusperioodikas ja 68 tööd välismaal.

Nende publikatsioonide arv on tunnustust vääriv, autorite kogutöö on meie vabariigi gastroenteroloogilise arstiabi nurgakiviks, mille alusel võime täna kinnitada, et kõige tehtu tulemusena funktsioneerib gastroenteroloogilise arstiabi süsteem kindlalt ning haigestumus ongi juba vähenemas. Autasustatud teadlased on gastroenterologia eriteemadel kaitsnud ja juhendanud üldse kokku 26 dissertatsiooni.

Külluslik, kuid korrapäratu toitumine ja tasakaalustamata ratsioon, samuti autoimmuunsed ja allergilised protsessid hakkavad seedeelundite haiguste tekkes järjest suuremat osa etendama, ka rahvastiku ealine koosseis on haigestumise intensiivsusele mõju avaldav. Seedeelundite haiguste tekitatud majanduslik kahju ühiskonnale on suur. See tees kehtib ka meie maa kohta. Paljudes NSV Liidu linnades ja ka paljudes välisriikides on seedeelundite haigused hospitaliseerimise põhjuste hulgas esikohal. Neil põhjustel on eespool nimetatud arstiteadlaste töö nende haiguste profülaktikas, varajases diagnoosimises ning ravis hindamatu meditsiinilise ja sotsiaalse tähtsusega, sest need haigused hakkavad ilmnema juba lastel ja noorukitel ning kulgevad enamasti krooniliselt.

Et meie vabariigi teadlaste — gastroenteroloogide uurimisobjektiks on olnud kogu seedeelundite süsteem, puudutavad nende üldistavad andmed mao-, kaksteistsõrmiku-, soolte-, sapiteede-, maksa- ja kõhunäärmehaigusi. Kõige selle juures on määrav terapeudi, röntgenoloogi, kirurgi, onkoloogi tegus ja loominguline koostöö, millel on otsustav osa haiguse õigeaegsel diagnoosimisel ja haige ravimisel. Niisuguse ulatusega uurimistöid oli võimalik teha üksnes sel põhjusel, et autorid on ette valmistanud ja ühendanud suure arstide rühma, olles seega spetsialiseeritud gastroenteroloogiliste kabinetide ja osakondade rajajaiks ning nende töö organiseerijaiks, samuti Eesti NSV Gastroenteroloogide Teadusliku Seltsi asutajaiks. Tingituna seedeelundite haigusi põdejate ravist ja spetsialisee-

ritud abi edasisest arengust tuleb eriarstide ettevalmistust ka tulevikus täiustada, seda enam, et tänapäeva meditsiin esitab suuri nõudeid ja mitmekülgse kompetentsuse vajaduse väga paljudele arstidele.

Võib kindlasti öelda, et gastroenteroloogiaalased saavutused meie vabariigis on suures osas seletatavad ka selle hoole ja tähelepanuga, mida osutab probleemile Eesti NSV Tervishoiuministeerium, samuti ka Tartu Riiklikus Ülikoolis toimuva meditsiinkaadri ettevalmistusega ning Eesti NSV Gastroenteroloogide Teadusliku Seltsi aktiivse tegevusega.

Eespool nimetatud teadlased on gastroenteroloogiapraktika põhikaadri ettevalmistuse ja nende teadmiste täiendamise eest alati hoolt kandnud. Ajakirjale «Nõukogude Eesti Tervishoid» on nad esitanud teaduslikke artikleid, mis sisaldavad nende uurimistöö ja arstipraktika parimaid fragmente, üksikprobleeme ammendavalt käsitlevaid teaduskirjutisi, ülevaateid, millel on püsiv väärtus. Need tööd on olnud juhendiks meie vabariigi arstkonnale, nende originaalsus on kõrgelt hinnatav. On igati arvestatav, et meie vabariigi gastroenteroloogide teadustööd on ilmunud ka paljudes välismaa väljaannetes.

Meie vabariigi gastroenteroloogiliste haigete etapilise rehabiliteerimise süsteem on igati end õigustanud, seda on kinnitanud tervishoiupraktika: haiged tervistuvad, pöörduvad tagasi oma töö juurde ning elavad täisväärtuslikku elu. Et kõige selle taga on ka ühiskonna majanduslik kasu, on suur tähtsus seedeelundite haigusi põdejate dispanseerimisel, sest arstipoolne jälgimine, profülaktiline ravi hoiab ära haiguse ägenemise ning tüsistuste tekke.

Nõukogude tervishoid on rahvatervishoid, gastroenteroloogide argi- ja teadustöö ning nende püüdlused ja töövili sisalduvadki rahvatervishoiu mõistes. Nõukogude Eesti preemia laureaadi austava nimetuse pälvinud gastroenteroloogid on end jäädvustanud meie rahva arstiabi ja tervishoiu järjepidevas täiustumises.

NÕUKOGUDE EESTI PREEMIA LAUREAADID 1980

Natan Vladimiri p. **Elstein**, sündinud 1929, Eesti NSV teeneline arst, arstiteaduse doktor, professor, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonna juhataja, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaterapeut.

Väino Johannese p. **Rätsep**, sündinud 1928, arstiteaduse doktor, professor, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilise onkoloogia osakonna juhataja, Eesti NSV tervishoiuminister.

Valve Augusti t. **Saarma**, sündinud 1920, Eesti NSV teeneline arst, arstiteaduse doktor, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri professor.

Vello Peetri p. **Salupere**, sündinud 1935, arstiteaduse doktor, professor, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri juhataja.

Johan Johani p. **Sarv**, sündinud 1923, arstiteaduse doktor, professor, TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia kateedri juhataja.

Uno Friedrichi p. **Sibul**, sündinud 1927, arstiteaduse doktor, TRÜ arstiteaduskonna operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia kateedri professori kt., Tallinna RSN TK Tervishoiuosakonna peakirurg.

Kaljo Peetri p. **Villako**, sündinud 1919, arstiteaduse doktor, TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri professor, Euroopa Gastroklubi liige.

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetis

Koos bakteritega hambakaariese vastu. Teatavasti on hambakaaries põhjustatud bakterite toimest: need muudavad suhkru piimhappeks, mille toime hambavaap häviv. Seepärast alustavad mikroobid kahjustatud piirkonnas oma tegevust. Seega oleks hambakaariese teket põhimõtteliselt võimalik takistada suuõõne täiusliku hügieeniga, samuti absoluutse loobumisega suhkru ja suhkrusid kääritavate süsivesikute tarvitamisest. Arusaadavalt põhjusil ei ole see tegelikkuses võimalik. Üks olulisemaid bakteritüvesid hambakaariese tekkes on *Streptococcus mutans*. Seni ei olnud õnnestunud valmistada streptokokkide vastu pikaajaliselt toimivat vaktsiini. Nüüd on Bostoni (USA) teadlastel korda läinud *Streptococcus mutans*'i tüve geneetiliselt sedavõrd muuta, et suhkru käärimine ei kulge lõpuni, vaid katkeb enne seda ning seetõttu ei moodustugi piimhapet. Rottidega tehtud katsetes selgus, et need geneetiliselt modifitseeritud bakterid suuõõnes väga hästi elavad ning kaaries tekitavate streptokokkide asundamist takistavad. Inimestel tehtud kliiniliste katsetuste kohta andmed puuduvad.

Urania, 1980, 4.

Uusi ravimeid

APILAKISALV

(*Unguentum apilaci*, мазь апилака)

Mesilasema toitepiim (apilak) on biogeenne stimulaator, millel on toniseerivad, troofilised ja lõõgastavad omadused.

Apilakisalv, mis sisaldab 3% toimeainet, on värvuselt valge või helekollane.

Ravimit kasutatakse näonaha seborröa, seborroilise või mikroobse ekseemi, nahakiheluse, neurodermiidi, haudumise korral. Kahjustatud või haudunud nahale määratakse 2...10 g salvi kaks korda päevas, vajaduse korral kaetakse sidemega. Seborröa puhul määratakse salvi näonahale vaid kord päevas.

Ravi kestab ühest nädalast paari kuuni, kui ravim allergilist reaktsiooni ei põhjusta. Vastunäidustuseks on talumatus ravimi suhtes ja Addisoni tõbi.

Tuub, milles 50 g salvi, maksab 2 rubla 8 kopikat.

Uus kodumaine ravim.

BARBOVAAL

(*Barbovalum*, барбовал)

Kodumaine ravimpreparaat, millel on järgnev koostis: etüülbroomisovalerianaati 1,8 g, validooli 8,01 g, fenobarbitaali 1,7 g, naatriumhüdroksiidi 0,31 g, 96°-st etüülalkoholi 73 ml, destilleeritud vett kuni 100 ml-ni.

Nõrga omapärase aroomaatse lõhnaga värvusetu läbipaistev vedelik.

Farmakoloogilise toime määravad koostisained. Barbovaalil on rahustav, hüpotensiivne ja spasmolüütiline toime. Ta aeglustab mao ja soolte peristaltikat, lõõgastab seedekulgla spasme, vähendab meteorismi.

Ravim on näidustatud neurooside korral, kui esinevad kõrgeenenud erutuvus ning unetus. Samuti on ta mõjus stenokardia puhul, hüpertooniatõve varajase staadiumi ja ka tahhükardia korral, mis ei ole tingitud südamepuudulikkusest, ning mao ja soolte spasme ning meteorismi puhul.

Barbovaali võetakse sisse vähese veega või tilgutatakse suhkrutükile ning pannakse keele alla. Ravimit manustatakse 10...25 tilka 2...3 korda päevas 10...15 päeva. Üledosee-

rimise korral võib põhjustada unisust ja peapööritust. Kõrvalnähud kaovad, kui annust vähendada või ravi katkestada.

Pakendis 15 ml preparaati, hind 42 kopikat.

Säilitatakse valguse eest kaitstult. Ravim kuulub B-nimekinja.

RIBOKSIIN

(*Riboxinum*, рибоксин)

Sünonüüme: *inosie-F*, *inosin*, *hypoxanthosine*, *ribonosine*

Riboksiin-hüpoksantiinribosiid on meditsiini kasutusel kattekihiga tablettidena.

Riboksiin on nukleosiid, adenosiintrifosforhappe eelaste, mis stimuleerib raku hapendustandusprotsesse, suurendab südamelihase energiarvu ja parandab pärgarterite verevarustust.

Ravim on vähe toksiline, imendub seedetraktist hästi.

Teda kasutatakse südame isheemiatõve korral (müokardiinfarkti, kroonilise pärgarterite puudulikkuse), mitmesuguse geneesiga kardiomüopaatiate, samuti südameglükosiidide kasutamisest põhjustatud rütmihäirete ja müokardi düstroofiliste muutuste puhul.

Riboksiin aitab parandada maksa funktsiooni maksatsirroosi ja hepatiidi juhtudel. Kasutusel porfüüria raviks.

Riboksiini võetakse sisse enne sööki 0,6...2,4 g päevas, ravi algul 0,6...0,8 g päevas.

Kui ravim kõrvaltoimet ei avalda, võib päevast annust suurendada 1,2 g-ni (0,4 g kolm korda päevas) või 2,4 g-ni (0,4 g kuus korda päevas).

Ravikuuri kestus 4 nädalast 1,5 kuni 3 kuuni. Porfüüria raviks võetakse riboksiini 0,2 g neli korda päevas 1...3 kuu jooksul.

Kõrvaltoimena võib riboksiin põhjustada löövet ja nahasügelust.

Pakend, milles on 50 tabletti à 0,2 g, maksab 2 rubl. 52 kop.

Säilitatakse kuivas ja valguse eest kaitstud kohas.

Uus kodumaine ravim. Saabunud esmakordselt ning piiratud koguses.

Aino Jürison

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

23. mail 1980. a. toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiini nõukogu presiidiumi büroo koosolek meditsiini nõukogu esimehe, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme professor P. Bogovski juhatusel. Päevakorras oli teadussaavutuste ning eesrindlike kogemuste rakendamine ravi- ja profülaktikaasutustes.

M. Mägi mainis, et meie vabariigis on välja kujunenud kvalifitseeritud lastekirurgide kaa der. Viimasel kahel aastal on voodikohtade arv üle kahe korra suurenenud. Nüüdisaja nõuetele vastavad lastekirurgiaosakonnad on Tallinna Vabariiklikus Haiglas, Tallinna Linna Kliinilises Lastehaiglas ja Tartu Kliinilises Haiglas (kokku 180 voodikohta). Oma igapäevase töö kõrval tegelevad lastekirurgid (M. Mägi, I. Freiberg, J. Narma, M. Ilves, L. Riisalu jt.) ka teadusliku uurimistööga. Pidevalt on kasutusele võetud uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid ning eesrindlikke kogemusi. Mitmesuguste mädapõletike puhul on imikutele ja väikelastele tehtud vere otseülekandeid vanematelt (emalt). Nende raviks on ette võetud mitmesuguseid füsioteraapiaprotse duure. Puudusena toodi esile, et puudub tänapäeva nõuetele vastav immunobioloogia laboratoorium. Laiendamist ja süvendamist vajab uurimistemaatika, eriti laste organismi reaktiivsust tõstvate vahendite ja laste hemangioomide ravi taktika valdkonnas.

Professor V. Särgava mainis, et laste ja täiskasvanute otorinolarüngoloogiline abi on meie vabariigis eraldatud osaliselt. Vabariigilise alluvusega linnades ning suuremates rajoonikeskustes on oma kõrva-, nina- ja kurguarstid. Üha rohkem on hakatud tegema operatsioone üldnarkoosis, sest see on säästvam ja traumeerib last vähem. Nii toimub tonsillektoomia eelkooliealistel lastel nüüd alati intubatsioonnarkoosis. Üldnarkoosis tehakse endoskoopilisi uuringuid, üldnarkoosis toimub ka võõrkehade eemaldamine hingamisteedest bronhoskoobi abil. Nina ja ninakõrvalurgete haiguste puhul rakendatakse muude võtete kõrval tsütodiagnostikat, raviks ninasisest fonoforeesi ja elektroforeesi. Ülemiste hingamisteede haiguste puhul on laialdaselt kasu

tusel aerosool- ja elektroaerosoolravi (negatiivselt laetud elektroaerosoolid, aerosoolid lüütilise lahuse, lüsoosümilahusega). Kõrva haiguste puhul uuritakse lapsi audioloogilistel meetoditel. Tähtis koht on operatsioonimikroskoopia ja krüoteraapial.

Büroo kiitis teadussaavutuste ning eesrindlike kogemuste rakendamise lastekirurgias ja -otorinolarüngoloogias heaks.

Kuulati ära ka Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti H. Lutsoja ning Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja P. Bogolepova ettekanded ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori bioloogiadoktor L. Priimäe kaasettekanne uurimistest ja nende kasutuselevõtmisest. Mõlemas sanitaar- ja epidemioloogiajaamas toimub vilgas uurimistöö koos teadussaavutuste ja eesrindlike kogemuste praktikasse rakendamisega. Tänu sellele vastavad nende asutuste laboratoorsed uuringud ja üldine tegevus täielikult tänapäeva nõuetele. Selles on suurt abi andnud Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut.

Andrei Sarap

13. juunil toimus Tallinnas meditsiinitöötajate päeva puhul pidulik koosolek, millest võtsid osa Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green, EKP Keskkomitee osakonnajuhataja E. Gretškina, Eesti NSV tervishoiuminister professor V. Rätsep ja Tallinna linnakomitee sekretär A. Kullaste.

Koosoleku avas Tallinna RSN Täitevkomitee esimees A. Norak. Päevakohase ettekande pidas Tallinna Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja M. Martinson.

Tervishoiutöötajate päeva puhul anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetus neljale arstile ning Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetus kolmele meditsiinitöötajale ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga autasustati 49 töötajat. Heade töötulemuste ja aktiivse osavõtu eest ühiskondlikust elust autasustas Eesti NSV Tervishoiuministeerium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklik Komitee aukirjaga 25 töötajat ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirjaga 35 töötajat. Eesti NSV tervishoiuministri käskkirjaga avaldati kiitust 54 tervishoiutöötajale.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 13. juunist 1980 anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele arstidele:

Beltšikov, Joosep Samuili p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti asetäitja

Kaldma, Silvia Oskari t. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peakušöör-günekoloog

Kamõnin, Georgi Ivani p. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla peaarst

Müllerbek, Elena Hugo t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi osakonnajuhataja

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sama seadlusega anti Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetus järgmistele tervishoiutöötajatele:

Kaasikmäe, Lillian Johannese t. — Rakvere Rajooni Keskapteegi juhataja

Kadanik, Valve Eduardi t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaõde

Uibo, Elli Villemi t. — Tallinna Tõnismäe Haigla vanemõde

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiusüsteemis autasustas NSV Liidu Tervishoiuministeerium rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Alehhova, Nadežda Konstantini t. — Haapsalu Rajoonidevahelise Kohtumeditiini Ekspertiisi osakonna juhataja

Alihhanov, Nikolai Sergei p. — Tallinna Tõnismäe Haigla peaarsti asetäitja

Amon, Hilja Karli t. — Valga Rajooni Keskhaigla õde

Arnold, Eda Heinrichi t. — Jõgeva rajooni Voore velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Bogoleb, Bella Dmitri t. — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja

Hohlova, Valentina Vassili t. — Narva Linna Haigla vanemõde

Jaek, Annemari Valteri t. — Tartu Kontrollanalüüsi Laboratooriumi juhataja

Kabel, Ljudmila Ivani t. — Rapla rajooni Kohila ambulatooriumi juhataja

Kööbi, Enda Jaani t. — Tartu Kliinilise Lastehaigla peaarsti asetäitja

Koljak, Julius Juliuse p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti asetäitja

Kruusing, Ingrid Gustavi t. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse kaubandus-tootmisosakonna inspektor

Kukner, Lea Edgari t. — Rakvere rajooni Laekvere maa-ambulatooriumi velsker

Kull, Viivi Jaani t. — Tartu Kliinilise Sünnitusmaja osakonnajuhataja

Leis, Johannes Arvedi p. — Kingissepa rajooni Muhu jaoskonnahaigla stomatoloog

Likk, Milvi Eduardi t. — Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri vanemõde

Lodeson, Feliks Ernsti p. — Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Luur, Johannes Augusti p. — Pärnu Linna Haigla kirurgiaosakonna juhataja

Leesmäe, Agnes Jakobi t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Maier, Helle Hjalmar t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla õde

Maimets, Helju Aleksandri t. — Tartu Linna Polikliniku 1. arstipunkti juhataja

Makejeva, Jevstolia Nikolai t. — Narva Linna Haigla pediaater

Margus, Malle Teodori t. — Tallinna Linna Nakkushaigla osakonnajuhataja

Peetre, Peet Arnoldi p. — Paide Rajooni Keskhaigla arst

Ollo, Sirje — Viljandi rajooni Holstre velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Prokofjeva, Galina Mihhaili t. — Tallinna Harjumäe Haigla peaarsti asetäitja

Purre, Antonina Roberti t. — Tallinna Kliinilise Lastehaigla peaarsti asetäitja

Pöldver, Heino Jakobi p. — Harju rajooni Loksa Haigla röntgenoloog

Pärni, Virve August-Eduardi t. — Tallinna Nõmme Haigla osakonnajuhataja

Rommel, Teisi Rudolphi t. — Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla peaõde

Rooks, Argo Haraldi p. — Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja

Rohtmaa, Aime Mihkli t. — Võru Rajooni Keskapteegi juhataja

Rumm, Andrus Artur-Johannese p. — Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst

Sakk, Virve Konstantini t. — Kohtla-Järve Rajooni Kiviõli Linnahaigla polikliniku õde

Seim, Ilbi Johannese t. — Võru rajooni Vastseliina jaoskonnahaigla juhataja

Sivenkov, Anatoli Aleksei p. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kaadriosakonna juhataja

Sui, Virve Mihkli t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Sults, Leida Peetri t. — Tallinna Desinfektsiooni Jaama laborant

Slepina, Vera Vassili t. — Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri arst

Tarik, Elmar Pauli p. — Tartu rajooni Kobratu velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Teras, Ilme Rudolphi t. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» vaneminsener

Tomberg, Ene Edgari t. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peapediaater

Truve, Rando Alfredi p. — Tallinna Pelgulinna Haigla osakonnajuhataja

Tuul, Teobald Johannese t. — Tartu Kliinilise Haigla vanemõde

Tüür, Silvia Jaani t. — Pärnu Linna Haigla kiirabiosakonna velsker

Uibo, Helgi Bernhardi t. — Tallinna Mererajooni Keskapteegi juhataja

Valdas, Reet Roberti t. — Tallinna Lenini Rajooni Keskapteegi juhataja

Valm, Malle Jaani t. — Põlva rajooni Kanepi jaoskonnahaigla stomatoloog

Vardja, Tiit Karli t. — Tallinna Stomatoloogiapolikliniku peaarst

Vijard, Maimu Ruudi t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustati NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi nimel Tööveterani medaliga järgmisi tervishoiutöötajaid:

Tartu Linna Polikliniik

Helju-Agate Jõesaar, Virve Kallas, Agnes Kivisto, Heljo Kivivare, Koidula Kompus, Liidia Melso, Agnes Sõrmus.

Sõmera Invaliididekodu

Hilda Ader, Aino Alas, Endla Harjus, Lidia-Erna Häng, Alise Kask, Leida Kohu, Alviine Mairda, Ella Mäetalu, Arma Mägi, Sofia Märg, Valve Siimut, Alide-Emilie Tarkus, Hilda-Elfriede Timmas, Linda Vilsar.

Rapla Rajooni Keskhaigla

Leida Küüts, Felida Musthallik, Agnessa Peganova, Leili Pent, Antonina Varfolomejeva.

Haapsalu Rajooni Keskhaigla

Salme Karjane, Öie Kumel, Koidula Lepp.

Viljandis toimus Tartu Meditsiinikooli Viljandi filiaali lõpuaktus. Avasõnad ütles peaarsti asetäitja H. Johanson. Pidupäevakõne pidas Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarst R. Kariis. Tartu Meditsiinikooli direktor H. Tedremaa tervitas lõpetajaid ning andis kahekümnele tublile õppurile kätte õediplomi. Kiitusega lõpetasid Vally Elias, Merike Siht ja Tiit Rohtlaan.

Lõpetajaid tervitas ka Tartu Kliinilise Haigla peaõde A. Peebo. Teine meditsiiniõdede rühm lõpetas sel kevadel esimese õppeaasta. Sügisel aga alustab õppetööd uus õpperühm.

23. aprillil toimus Mustamäe Polikliniku ruumes esmakordselt Tallinna linna keskastme meditsiinitöötajate kutsemeisterlikkuse konkurss, kus ühtlasi selgitati välja Tallinna 1980. a. parim meditsiiniõde. Nimetatud üritustele olid eelnenud kutseväistlused kõikides linna ravi- ja profülaktikaasutustes ning rajoonides.

Keskastme meditsiinitöötajate ülelinnallisel konkursil olid esindatud kõik Tallinna suuremate raviasutuste parimad, kokku 30 õde. Kõigepealt hinnati teoreetilisi teadmisi. Praktilistest oskustest oli peatähelepanu pööratud elustavale esmaabile õnnetuspaigas: arteriaalse verejooksu ajutine peatamine ja ravimilahuste manustamiseks tilkinfusiooni-süsteemi ülesseadmine.

Tallinna 1980. a. parimaks meditsiiniõeks tunnistati Tallinna Kiirabihaigla elustamis-osakonnast Ljudmila Turaškina. Teise koha saavutas Nõmme Haigla õde Viktoria Pillak ja kolmanda Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla õde Erna Koolmeister.

Parimaid autasustati Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna aukirjaga, kingituste ja rahapreemiaga. Kõik osavõtjad said nägusad mälestuseseimed ja vimplid.

Üheaegselt selgitati välja parimad meditsiiniõed kommunistlike noorte ja noorte arvestuses ning neid autasustati ELKNÜ Tallinna Linnakomitee aukirjade ja hinnaliste meenetega. Esikohale tuli Ljudmila Turaškina, teisele Ester Ortus Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist ja kolmandale kohale Marika Asberg Vabariiklikust Vereülekandajaamast.

Konkurss näitas, et saavutati põhieesmärk — paremate töövõtete omandamine, parimate väljaselgitamine ja eriala populariseerimine. Kõik keskastme meditsiinitöötajad olid nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt hästi ette valmistunud. Eriti hästi osati elustava esmaabi võtteid. Võistluse põhjal julgeme väita, et tallinlased võivad tervisehäirete korral julged olla, sest kvaliteetne abi on neile garanteeritud.

Artur Talihärm

6. juunil 1980. a. toimus Tarvasto Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi alkoholismikomisjoni väljasõiduistung. Istungit juhatas komisjoni esimees, Eesti NSV tervishoiuministri I asetäitja E. Väärt. Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst A. Haug tutvustas komisjoni tööd 1979. a. Narkoloogia organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja A. Liiv andis ülevaate narkoloogilise abi materiaalsest olukorrast meie vabariigis. Arutati veel alkohoolikutest tuberkulooshaigete ravi organisatsioonilisi probleeme ning eseraalravi korraldust. Arutatu kohta võttis komisjon vastu otsuse.

Anti Liiv

Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi XII ülevabariigiline puhkelaager peeti 27...29. juunini 1980. a. Põlva külje all Intsikurmus. Kokku oli ligikaudu 1500 osalejat, seega oli tegemist seni suurima laagriga Põlvas. Sadu kirevaid telke jäi tühjaks, kui peeti spordivõistlusi (mängiti ka naistejalgpalli), kuulati taidluskontserti või hoiti põialt viktoiriinil. Mõeldud oli ka lastele. Nemaadki katsumid jõudu ja proovisid osavust spordiväljakul, viktoriine aga oli koguni kaks — noorematele ja vanematele. Võimaluse tutvuda



Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi XII ülevabariigilisest puhkelaagrist osavõtjad pidulikult möödamaarsil. J. Niinemäe foto.

Põlva rajooniga andsid ekskursioonid. Lisaks vaimukatele taidlusmomentidele pakkus silma- ja kõrvarõõmu väljaspool võistlust esinenud Põlva rajooni meedikute varietee-laadne keskkõõprogramm. Põles lõke, sai tant-su lüüa.

Kehakultuuris tulid esikohale Pärnu Linna Haigla õed, taidluses olid parimad Jämejala «neegritarid», viktoriini võitis Viljandi Rajooni Kesksaigla koondis, parima välklehega olid hakkama saanud raplalased. Viimati mainitud saavutasid üldkokkuvõttes taas esikoha, mis on nagu tavakski kujunenud. Järgnesid Pärnu Linna Haigla ja Viljandi Rajooni Kesksaigla. Tallinna õdesid oli suhteliselt vähe, pealegi torkas silma nende passiivsus.

Laager oli korraldatud eeskujulikult. Tänuõnu tuleb lausuda nii rajooni juhtkonnale kui ka kohalikele meedikutele, eriti on kiitust väärt laagriülem Artur Niinemäe ja staabiülem Dagmar Kaha. Toitlustamisega võis kõigiti rahule jääda: polnud vaja kanda suppi ja leiba telkide juurde ega nõusid pesta, kõik toimus toredas välisöökla ja uskumatult kähku. Järgmine puhkelaager tuleb kokku 1981. aastal Rakvere rajoonis.

Maie Gustavson

19. ja 20. juunil 1980. a. toimus Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas rajoonide narkoloogia- ja psühhiaatriakabinetide meditsiiniõdede esimene vabariiklik seminar. Esinesid Eesti NSV Tervishoiuministeriumi peapsühhiaater ja peanarkoloog professor H. Väre ning Tartu ja Jämejala psühhiaatriahaiglate dispanseersete osakondade juhatajad V. Kangur ja R. Reala ning allakirjutanu. Kahe päeva jooksul tutvuti põhjalikult meie vabariigi psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi korraldusega, käidi ekskursioonil baashaiglas ning Karula invaliididekodus.

Anti Liiv

TRÜ professor K. Villako ning TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi sektori-juhatajad A. Tamm ja R. Uibo olid XI rahvusvahelisel gastroenteroloogiakongressil Hamburgis.

Maarjamõisa haigla traumapunkti röntgenikabinetti paigaldati kodumaine röntgeniapparaat «Röntgen 30», esimene selline Eestis. Uue aparaadiga saab senisest lühema ekspositsioonaja jooksul teravama pildi. Ööpäevas tehakse üle poolesaja uuringu, igast patsiendist enamasti kaks võtet, et täpselt hinnata vigastuste iseloomu ja ulatust.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР

№ 5, сентябрь, октябрь, 1980 г.

С. А. Ахелик — О деятельности КПЭ в области социального обеспечения и здравоохранения

(К 60-летию создания Коммунистической партии Эстонии)

С установлением в Эстонии буржуазной диктатуры эстонская партийная организация вышла из состава ВКП(б). На I съезде КПЭ 5 ноября 1920 г. была создана Коммунистическая партия Эстонии как самостоятельная секция Коминтерна. Основной задачей КПЭ в условиях буржуазной диктатуры была борьба за восстановление Советской власти. Одновременно КПЭ направляла и организовала борьбу эстонских трудящихся за улучшение положения народа. Одним из важнейших требований была борьба за всеобщее социальное обеспечение и общедоступную медицинскую помощь.

В 1940 г. в Эстонии была восстановлена Советская власть. КПЭ вновь соединилась с ВКП(б).

Э. Э. Лейбур — Дифференциация эмбриональных зубных зачатков в культуре ткани

Изучается характер дифференциации зубных зачатков в культуре ткани у 1,5-месячных плодов свиньи и зародышей мыши в возрасте 15...19 дней. Длительность культивирования составила 28 дней. В этот период рост зубных зачатков продолжался. Дифференциация амелобластов началась после формирования дентина. Образовался слой дентина, а в некоторых случаях и эмаль. Зубной зачаток является самодифференцирующим органом, т. е. в нем имеются морфогенетические основы, которые не зависят от действия окружающих их тканей. Появлению одонтобластов

предшествует накопление рибонуклеиновой кислоты (РНА) в клетках зубного сосочка; развитие амелобластов характеризуется увеличением РНА. Степень окраски нейтральных и кислых мукополисахаридов за период дифференциации дентина и эмали нарастает, а гликоген исчезает из эмалевого органа.

С. А. Руссак, Т. Э. Вихалемм, И. А. Калитс — Активность α -амилазы и кислой фосфатазы слюны у больных сахарным диабетом в зависимости от кариеса зубов

Активность α -амилазы и кислой фосфатазы слюны исследовалась в смешанной слюне и центрифугате слюны у больных сахарным диабетом (26 человек) и в контрольной группе (56 человек). При этом энзимную активность выражали в единицах (1 мл слюны, и единицах) 1 мг белка слюны. Содержание белка в смешанной слюне было выше, чем в центрифугате. Однако зависимости от пораженности зубов кариесом при этом не отмечалось. Амилолитическая активность слюны была выше у больных сахарным диабетом, а также у лиц с множественными кариозными поражениями. Активность кислой фосфатазы слюны у больных сахарным диабетом была выше, особенно при наличии кариозных дефектов.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что при интерпретации энзимологических показателей слюны необходимо учитывать гормональный гомеостаз исследуемого организма.

М. О. Лыви — Микроформы врожденных расщелин лица

В работе подвергается анализу частота микропризнаков врожденных расщелин губы и неба и расщелин, сопутствующих расщелинам микроаномалий лица и конечностей, у 2674 человек (1331 мужчина, 1343 женщины), в том числе у 344 больных (пробандов) с расщелинами лица, 686 родственников больных и 1644 лиц нормальной популяции.

Эмпирически изучались 26 различных признаков и антропометрически 3 параметра челюстно-лицевой области. Было установлено, что истинными микроформами расщелин лица являются асимметрия и уплощение крыла носа, искривление носовой перегородки и расщелина язычка, встречающиеся у родственников больных в среднем в 4—7 раз чаще, чем среди нормальной популяции. Комплекс признаков (эвриопия, монголоидный разрез глаз, эпикант, иногда страбизм), наблюдаемый в группе родственников пробандов в среднем в 3 раза чаще, чем у лиц нормальной популяции, может быть расценен как носоглазничный синдром, свидетельствующий о

наследственной этиологии порока у пробанда. Полученные данные могут быть использованы при медико-генетическом консультировании.

С. К. Ханстейн, А. Э. Стамберг — Хейлопластика при врожденных расщелинах верхней губы по методу Милларда

В статье анализируются результаты хирургического лечения 46 больных с врожденными расщелинами верхней губы, которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Таллинской Республиканской больницы.

Авторы считают, что первичная хейлопластика по способу Милларда анатомически наиболее обоснована, проста, гибка, позволяет максимально сохранить ткани верхней губы и восстановить все её элементы, а также исправить положение оснований крыла и перегородки носа.

В большинстве случаев авторы получили благоприятные косметические и функциональные результаты.

Э. В. Бельчиков, Т. Ф. Лазаренко, Е. И. Касьян-Сарв — Динамическое иммунологическое обследование больных пародонтозом

Иммунологически обследовано с применением метода изучения бляшек локального гемолиза 124 больных пародонтозом, из них 117 человек обследовано в динамике: до лечения, непосредственно после лечения и через 6 месяцев после лечения. Курс лечения, наряду с общепринятыми местными методами, включал иммунорегулирующие, преимущественно десенсибилизирующие, средства. Выявлено значительное снижение выраженности аутоиммунной реакции к концу лечения, которое сохранялось в течение полугода. Нормализация иммунологического статуса сопровождалась явлениями улучшения состояния пародонта.

А. Л. Мююр — Бюгельные протезы при протезировании частичных дефектов зубных рядов

В статье анализируется опыт изготовления цельнолитых бюгельных протезов в Таллинской стоматологической поликлинике за период с 1975 г. по 1979 г.

За указанный период в поликлинике изготовлено 10 870 цельнолитых протезов и накоплен значительный опыт их изготовления. Конструирование протезов проводится с помощью параллелометра, используются кламмеры системы Нея, Роуча, Фера, Свенсона, Эльбрехта, Бонвиля и др.

В 60% случаев частичной адентии (по классификации Кеннеди, I, II и III класс) изготавливаются цельнолитые бюгельные протезы. Результаты являются в основном удовлетворительными.

Н. А. Вихм — Распространение и интенсивность кариеса зубов у школьников Северной и Южной Эстонии

Приводятся данные эпидемиологического обследования 10 815 школьников эстонской национальности обоего пола в возрасте от 7 до 18 лет в 17 населенных пунктах на территории Северной и Южной Эстонии. Кариесом были поражены зубы в среднем у 92,91% обследованных в северной части республики и у 95,96% обследованных, проживающих в Южной и Юго-Восточной Эстонии. Интенсивность кариозного поражения в возрасте от 7 до 14 лет составила соответственно 4,51 (индекс кп=2,15 и КПУ=2,36) и 5,28 кариозных зуба (индекс кп=2,46 и КПУ=2,82), в юношеском возрасте 5,75 и 7,68 зуба. У сельского населения пораженность зубов кариесом проявляется с такой же интенсивностью, как и у горожан. Более интенсивную пораженность зубов кариесом у школьников Южной и Юго-Восточной Эстонии можно объяснить более низким, по сравнению с Северной Эстонией, содержанием в питьевой воде и в почве таких микроэлементов, как фтор, йод и бор.

С. Я. Марамая — Дифференциальный диагноз инфекционного миокардита

В статье рассматриваются вопросы методики диагноза инфекционного миокардита, тесно связанного с дифференциальным диагнозом поражения миокарда. Поскольку диагностические критерии миокардита неспецифичны и основываются на явлениях недостаточности сердца и изменениях его электрической активности, в диагностике миокардита могут быть выделены следующие проблемы: 1) установление поражения функции сердца; 2) исключение других заболеваний сердца; 3) определение этиологии миокардита. Автор останавливается также на вопросах дифференциальной диагностики инфекционно-аллергического миокардита в связи с заболеваниями других органов и острыми инфекциями.

М. Э. Теосте, Р. В. Силла — Выделение гормонов в период полового созревания

В 1970—1975 гг. у таллинских эстонских девочек и мальчиков 12—18-летнего возраста определялось выделение половых гормонов с мочой: у 293 девочек определяли выделение эстрогенов, причем у 160 девочек повторно в разных фазах менструального цикла; у 132 девочек определяли выделение прегнандиола, у 143 девочек и 79 мальчиков 17-кетостероидов.

Установлены возрастные закономерности выделения гормонов и его зависимость от стадии полового созревания. На основании выделения эстрогенов быстрая фаза пубертата у девочек подразделена на 2 подфазы. Характерный для взрослых уровень выде-

ления гормонов устанавливается у девочек в разное время: вначале этого уровня достигает выделение 17-кетостероидов, затем прегнандиола и позже всего эстрогенов.

М. А. Эльвест — Кишечные инфекции у детей, обусловленные бактериями Клебсиелла

Аналізу подвергнуты 464 истории болезни детей, находившихся в первой половине 1977 г. на лечении в Таллинской больнице «Мериметса» с диагнозом кишечной инфекции. Бактерии группы Клебсиелла оказались этиологическим фактором в 15 случаях (3,2%). В некоторых случаях возникновению клебсиеллозной инфекции явно способствовало применение антибиотиков при лечении предшествующих заболеваний.

У детей раннего возраста обусловленное клебсиеллами кишечное заболевание протекало, как энтерит, у старших детей — как колит. При синдроме энтерита, по сравнению с явлениями экзискоза, преобладали признаки интоксикации.

Ю. М. Саарма — Аспекты профессиональной этики в деятельности медицинского работника

В рамках государственной системы здравоохранения нашей страны медицинские работники выполняют весьма важную социально-политическую функцию, в связи с чем уровень их профессиональной этики имеет особое значение. В статье рассматриваются такие аспекты этики советского медицинского работника, как недопустимость взяточничества, запрет экспериментирования на больных, необходимость систематического повышения квалификации медиков, целенаправленная профилактическая, в том числе и психогигиеническая, работа среди населения и систематическое соблюдение принципов медицинской психологии.

Р. Р. Биркенфелдт — Основные цели, виды и средства реабилитации

В статье изложены основные цели и содержание медицинской, бытовой и профессиональной реабилитации, вопросы организации реабилитационных центров и отделений. Описываются определенные комплексы средств восстановительной терапии.

М. О. Роосалу, И. А. Фрейберг — О биохимии смешанной слюны человека

В статье приводится обзор литературных данных о составе смешанной слюны человека, описываются связи между электролитным составом слюны, ее осмолярностью и вкусовыми ощущениями, дается концентрация электролитов и водорода в связи со скоростью выделения слюны. Отмечается, что из органических веществ слюны

наибольшее значение имеет α -амилаза. Авторы указывают на связь между различными состояниями организма и биохимическими показателями смешанной слюны человека.

С. К. Ханстейн — Организация стоматологической помощи в Эстонской ССР

В статье дается обзор организации стоматологической помощи в ЭССР. В республике имеется густая сеть стоматологических учреждений, однако больших стоматологических поликлиник не хватает. Намечается построить новые стоматологические поликлиники в Нарве, Таллине, Пярну, расширить уже имеющиеся поликлиники в Тарту, Выру и т. д.

Основным направлением стоматологического лечения является профилактика, основное внимание уделяется вопросам детской стоматологии.

Л. М. Барышева, Л. А. Воронина, М. Я. Левин — О социально-бытовых факторах в характеристике труда стоматологов

В работе была поставлена цель изучить социально-бытовые факторы условий жизни и труда стоматологов. Для этого была разработана и распространена анкета, включавшая 88 вопросов. Ее заполнил 671 стоматолог из гор. Москвы, Рязани, Таллина, Нарвы, Кохтла-Ярве, Риги.

Данное исследование выявило высокую заболеваемость стоматологов, обусловленную отсутствием научно обоснованных режимов труда и отдыха, большой производственной и эмоциональной нагрузкой, нерациональными рабочим местом и позой. Сделаны рекомендации по улучшению организации и условий труда стоматологов.

Подготовка кадров

Новые учреждения здравоохранения

С. А. Руссак, М. О. Лыви, Н. А. Вихм — Научно-педагогическая деятельность в области стоматологии в Тартуском государственном университете

Стоматологическое отделение при Тартуском университете была открыто в 1940 г. на базе кафедры заболеваний зубов и полости рта, позже реорганизованной в кафедру хирургической стоматологии. В 1945 г. были созданы еще две кафедры — терапевтической и ортопедической стоматологии. Кафедрами хирургической и терапевтической стоматологии руководил проф. В. Хийе (1902—1963), заведующим кафедрой ортопедической стоматологии был ст. преподаватель Г. Везрма (1911—1979). В 1949 г. все три кафедры были объединены в одну кафедру стоматологии, которой стал заве-

довать проф. В. Хийе. После его смерти заведование кафедрой перешло к доц. Н. Вихм (1963—1975) и с 1975 г. к доц. С. Руссак.

За период с 1940 г. по 1979 г. стоматологическое отделение ТГУ окончили 666 врачей-стоматологов, причем до последних лет прием на стоматологическое отделение составлял в среднем 20—25 человек, а в настоящее время увеличился до 40 человек. С 1975 г. была введена интернатура сроком 1 год и субординатура в течение X семестра. Преподавание ведется также на лечебном и педиатрическом отделениях и отделении спортивной медицины, а также на курсах усовершенствования врачей.

Преподавателями кафедры в настоящее время являются доценты Н. А. Вихм, М. О. Лыви, А. М. Кыдар, С. А. Руссак, Э. Э. Лейбур и ассистенты Э.-М. Метса, М. Саар и Т. Сезде. Сотрудниками кафедры за последние 20 лет опубликовано более 200 научных работ, 12 учебных пособий и 4 научно-популярные брошюры. Научно-исследовательская работа ведется в двух направлениях: изучаются этиопатогенез, частота кариеса и заболевание пародонтом, проблемы, связанные с комплексным лечением и диспансеризацией больных с врожденными расщелинами лица.

Под руководством преподавателей кафедры стоматологии ТГУ было организовано Республиканское научное общество стоматологов, первым председателем которого был В. Хийе (1954—1963), затем работу общества возглавляли Г. Везрма (1963—1969), Н. Вихм (1969—1978) и в настоящее время С. Руссак. Также было создано 8 региональных филиалов общества и общество зубных техников. За период с 1954 г. по 1979 г. проведено 9 конференций стоматологов Эстонской ССР, материалы трех последних конференций опубликованы в печати.

Конференция и совещания

В врачебных обществах

Юбилейные даты

В. А. Лаос — Премия Советской Эстонии за новые методы исследования в практике гастроэнтерологии

Новые лекарственные препараты

Хроника

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

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

No 5. September, October 1980

**S. Ahelik — The Role of the Communist
Party of Estonia in the State Social
Security System and Public Health**

**E. Leibur — Differentiation of Embryonic
Tooth Germs in Tissue Culture**

Tooth germs from 1.5-month-old pig embryos and from 15-day-old to 19-day-old embryonic mice were cultivated in vitro in order to observe the histodifferentiation of tooth germs. The periods of cultivation extended to 28 days. During cultivation the growth of tooth germs continued. Differentiation of the ameloblasts occurred after the beginning of dentin formation. A thick layer of dentin and enamel developed in the grafts. It has been shown that the development of the tooth is self-differentiating. There is a morphogenic area in which the tooth is independent of the influence of the surrounding tissue. Judging by the content of RNA, adamantoblasts are differentiated long before the formation of enamel. An accumulation of mycopolysaccharides in the forming dentin and enamel and the disappearance of glycogen in the enamel organ was noted.

**S. Russak, T. Vihalem, J. Kalits — Sali-
vary Alpha-Amylase and Acid Phospha-
tase Activity in Patients with Diabe-
tes and Dental Caries**

The activity of alpha-amylase and acid phosphatase was measured in mixed saliva and in the saliva supernatant after centrifugation both in patients with diabetes (26 patients) and in a control group (56 subjects).

It was found that the protein content in mixed saliva was higher compared with that in the supernatant. No correlation, however, was observed between the severity of dental

caries and the protein level of the saliva. Amylolytic activity of the saliva was found to be higher in diabetics and in patients with multiple dental caries than that in the control group. Acid phosphatase activity of the saliva was elevated in diabetics, especially in the presence of dental caries.

It is concluded, that hormonal homeostasis of the body should be taken into account in the interpretation of enzymological characteristics.

M. Lõvi — Minor Congenital Facial Clefts

In this study the incidence of congenital facial clefts and other accompanying micro-anomalies of the face and extremities was analysed. A mass screening for congenital malformations involved 2,674 subjects (including 1,331 males and 1,343 females). Of those 2,674 subjects studied 344 had facial clefts, 686 were relatives of the patients and 1,644 belonged to the normal population.

26 different characteristics were studied empirically and 3 parameters of the maxillo-facial region were examined anthropometrically. It has been found that true minor facial clefts include asymmetry and flattening of the wing of nostril, deviation of the nasal septum and cleft tongue, the incidence of which is almost from four to seven times higher among the patients' relatives compared with that among the normal population. The complex of following features — euryopia, epicanthus and sometimes strabismus can be regarded as the naso-ocular syndrome suggesting a hereditary etiology of the disease.

The patients' relatives are three times more prone to develop the latter syndrome than people belonging to the normal population. The author points out that the data obtained can be used for giving medico-genetic advice.

**S. Hanstein, A. Stamberg — Surgical
Treatment of Congenital Cleft Lip by
Millard's Method**

The authors indicate that the Millard method has an advantage over the other helioplastic techniques, because it permits to spare the upper jaw tissues, to restore the shape of the upper lip and to correct the position of both the nasal bone and the nasal septum.

46 children suffering from cleft lip, aged between 4 and 7 months, were operated on (involving 49 operations). Good operative results were achieved.

**E. Belchikov, T. Lazarenko, E. Kask-Sarv —
An Immunological Survey of Periodontal
Disease**

The study was carried out on 124 patients suffering from periodontal disease. 117 of

them were investigated three times, before the treatment, following the treatment, and 6 months after the cessation of the treatment. An immunological method for detecting plaque-forming single cells among erythrocytes was used. The patients were treated with local and general means including those of immunological regulation. Together with a good clinical effects, a normalization of immune responses was observed in the patients studied.

A. Määr — The Value of Loop Prostheses in the Treatment of Dentition Defects

The author describes the production and use of loop prostheses at the Tallinn Stomatological Polyclinic between 1975—79. In that period 10,870 solid-casting loop prostheses were made of chromium-cobalt-molybdenum alloy. The prostheses were constructed by using a parallellometer. Ney's, Roach's, Svenson's, Fehr's, Bonyhard's, Bonwill's and Reichelmann's clasps and also sliding clasps were used. In cases of parodontosis Elbrecht's synprostheses were used. The results of the treatment turned out to be satisfactory.

N. Vihm — The Spread and Incidence of Dental Caries in Children and Adolescents in the North and South Estonia Settlements

A comparative survey for the spread and distribution of dental caries was carried out among 10,815 Estonian boys and girls between 7 and 18 years of age living in 17 settlements in the North and South Estonia. These studies were carried out both in well-developed industrial areas and rural settlements. It was found that in the northern districts of Estonia the incidence rate of dental caries was approximately 92.91 per cent, but this percentage was equal to 95.96 in the southern and south-eastern districts of Estonia. In children between the ages of 7 and 14 years the mean caries index per one subject studied (df+DMF index) was 4.51 and 5.28, whereas in children between the ages on 15 and 18 years this index was equal to 5.75 and 7.68 respectively. It was shown that the dental caries incidence rate was equal among urban and rural population. A significantly higher prevalence of dental caries among adolescents living in the southern and north-eastern districts of Estonia is ascribed to low levels of fluorine, iodine and boron in drinking-water and soil compared with those in the northern areas.

S. Maramaa — Differential Diagnosis of Infectious Myocarditis

The clinical manifestations of infectious myocarditis are non-specific: signs of cardiac failure, abnormal formation or conduction of cardiac impulses or abnormal repolarisation. Therefore, a necessary prerequisite for a correct diagnosis of myocarditis is the exclusion of other heart diseases (ischemic heart disease, hypertensive and valvular disease, cor pulmonare, hyperkinetic cardiac syndrome, pericardial disease). Another cause of a mistaken diagnosis is the presence of a non-cardiac disease which can overshadow a cardiac lesion. Some clinical aspects of the diagnosis of infectious myocarditis have been discussed.

M. Teoste, R. Silla — Excretion of Sexual Hormones during Puberty

During 1970—75, in Tallinn, the urinary excretion of sexual hormones was investigated in girls and boys, aged between 12 and 18 years. Urinary estrogen excretion was measured in 293 girls, whereas in 160 girls the measurements were carried out repeatedly during different phases of menstrual cycle, urinary pregnandiol excretion was measured in 132 girls and urinary 17-ketosteroid excretion was determined in 143 girls and 19 boys.

Some characteristic features of the urinary excretion of hormones, depending upon the stage of sexual maturation and age, were ascertained. On the basis of the excretion of estrogens the rapid phase of puberty can be divided into two sub-phases. In girls, first of all, 17-ketosteroids reached the adult hormone excretion level, then came pregnandiol and estrogens.

M. Ehlvest — Intestinal Inflammation Caused by Bacteria Klebsiella

Hospital case records of 464 infants with intestinal disorders admitted to the Tallinn Merimetsa Hospital, in the first half on 1977, were analysed. *Klebsiella* bacteria were responsible for intestinal inflammation in 15 cases (3.2 per cent). In some cases klebsiellosis was triggered off by the use of antibiotics due to some preceding illnesses.

In new-born and small infants the salient clinical feature of *Klebsiella* infection was enteritis, but the older ones developed colitis. Enteritis was characterised by a prevalent intoxication in relation to exicosis.

J. Saarma — Professional and Ethical Aspects in Doctors' Work

In the framework of the state public health system in the Soviet Union doctors are carrying out an important socio-political function, therefore the major role the doc-

tors play in our health care system depends upon the level of their ethical standards. In this paper some aspects of professional ethics of Soviet doctors are discussed. In connection with free medical aid, money from an individual patient can neither be waited for nor accepted. Any kind of experimentation on patients is illegal. A wide range of prophylactic measures, including psychohygienic ones, should be carried out in Estonia. Principles of medical psychology should be taught to every doctor. It is required that doctors systematically attend refresher and advanced training courses.

R. Birkenfeldt — Some Principles and Means of Rehabilitation

Rehabilitation is regarded as the restoration of the sick and handicapped to a condition of good health, ability to work and to a normal social status. The social, medical, psychological, educational, professional and legal measures are thought to be favourable for the rehabilitation of both handicapped adults and children.

This review presents some main principles, purposes, means, forms and stages of rehabilitation. Several rehabilitation centres are also described.

M. Roosalu, I. Freiberg — Biochemical Characteristics of Mixed Human Saliva

The literature regarding the composition of mixed human saliva is reviewed. Details are given of the interrelationship between the electrolyte levels of the saliva and its osmolality and the sensation of taste. Various electrolyte and hydrogen concentrations, depending upon saliva secretion, are given in this article. Of organic substances α -amylase is most important. It is concluded that various conditions of the body are dependent upon the biochemical changes in the saliva.

S. Hanstein — Dental Care in the Estonian SSR

The author presents a detailed review of the network of dental care centres in the Estonian SSR. The author points out that, at present, there is a dense network of dental care establishments, but, at the same time, there is a shortage of large stomatological polyclinics. There are plans to build new dental polyclinics at Narva, in Tallinn and at Pärnu, and to expand the existing ones at Tartu and at Võru. The chief aim of dental care is to prevent dental disorders, especially in children.

L. Barysheva, L. Voronina, M. Levin — Social Aspects of the Professional Appearance of Dentists

671 dentists in Moscow, Ryazan, Tallinn, Narva, Kohtla-Järve and Riga were given a questionnaire containing 88 questions concerning dentists' attitudes to their living and working conditions. As a result, this survey revealed a high morbidity rate among dentists due to irrational working- and leisure-time regimen, a strenuous dentist's work which involves considerable professional and emotional strain, an inadequate working place and incorrect posture. A number of recommendations were made to improve dentists' working conditions.

Training of Personnel

New Medical Institutions

S. Russak, M. Lõvi, N. Vihm — Training of Specialists and Scientific Research in the Field of Stomatology at Tartu State University

Conferences and Medical Meetings

Societies of Physicians

V. Laos — The Soviet Estonian Prize for New Inventions in the Field in Gastroenterology

Our Heroes of the Day

New Drugs

Chronicle

*English text edited and translated by
E. Saarnok*

KES KOOLIST KAASA
ANTUD TEADMISI
EI TAHA TÄIENDADA,
JÄÄB PARATAMATULT
AJAST MAHA,
SEST ARSTITEADUS
TOOB IGA PÄEVAGA
JUURDE PALJU UUT.
SEDA UUT ON VAJA
TEADA IGAL MEDITSIINI-
TÖÖTAJAL.

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG 1981.
AASTAKS ON

I. NOVEMBER



NONAHLASIIN
NONACHLAZINUM

Parandab südame verevarustust.
Avaldab antiarütmilist ja spasmolüüti-
list toimet.

Näidustatud müokardiinfarktijärgse
stenokardia puhul, isheemiatõve korral
haigushoogude ennetamiseks.

Pakendis 100 tabletti à 30 mg.