



69

1994

EESTI ARST



Computer illustration: Jpbureau / Denmark

ISSN 0235 - 8026

Nycomed SEFA
soovib teile
rõõmsaid ja
rahulikke
jõulupühi!



NYCOMED
SEFA

-Suurim ravimitega varustaja Eesti turul

Jaama tn. 55B Telefon 279 90088
EE2600 Põlva 279 96555
Eesti Vabariik Telefax 279 97315

6 EESTI ARST

Kirjastuse «Perioodika» ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1994

Asutatud 1922. aastal

SISU

TALLINNA LASTEHAIGLA

M. Martinson — 15 aastat Tallinna Lastehaiglat 435

A. Levin — Neonataalne meditsiin: tehniksism või humanism 439

L. Tamm, R. Kallaste — Taastusravi Tallinna Lastehaiglas: võimalused ja probleemid 442

K. Torim — Sünnitusjärgse perioodi tähtsus ja haiged vastündinud 445

M. Majass, O. Porosaar, K. Väljaots — Vesikoureteraaalse refluksi kirurgiline ravi Tallinna Lastehaigla kirurgiaosakonnas aastail 1978...1994 447

T. Härma — Skolioosi kirurgiline ravi Cotreliduboussset' instrumendi abil 449

V. Suvidov — *Port-a-cath*-infusioonisüsteemi kasutamine lasteonkoloogias 452

A. Paal, L. Gustavson — Spinaalset düsrafismi põhjustavate ravi probleemid 453

K. Vehm, K. Leito, Ü. Einberg — Monogeensete haiguste struktuur Tallinna Lastehaigla vastuvõtuosakonnas andmetel aastail 1983...1993 457

K. Leito — Krooniline granulomatoos 459

N. Somma, M. Martinson — Spontaanne ajuhemorraagia lastel 463

H. Pöder, A. Potapova — Varajane kaasündinud süüfilis 465

TEORIA JA PRAKTIKA

J. Eha, M. Peeba, T. Serka — Koronaarangioplastika Eestis: muutused kaheksa viimase aasta jooksul 469

O. Salum — Adaptatsioon eemaldatavate hambaproteesidega. I. Kliiniline uuring 472

ÜLEVAATED

A. Arak, K. Kull — Mao kartsinogenees 476

T. Rimmel — Primaarne biliaarne tsirroos 486

ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Valdes — Kuidas meie kodus «Eesti Arsti» tehti 490

EESTI ARSTIDE LIIDUS

A. Anderson — Tervishoiupoliitika ja turumajandus — eetilisi seisukohti 493

Eesti Arstide Liidu uus president Indrek Oro tutvustab end ning arstide liidu tegevusprogrammi 497

J. Kelk — Eesti Arstide Liidu üldkogu otsused 498

EESTI NOORARSTIDE ÜHENDUS

A. Virkus — Euroopa Nooremärstide Organisatsiooni 1994. aasta kevadkoosolek 499

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Oivi Uibo kaitses doktoriväitekirja 500

TÄHTPÄEVAD

Emeriitprofessor Jaan Riiv 75-aastane 500

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

E. Veinpalu — XXXII kurortoloogia maailmakongress 501

R. Birkenfeldt — Rahvusvaheline reumanädal 1994 502

T. Kaasik — III turvaliste kogukondade rahvusvaheline konverents 503

J. Kaik — Koonilist kardiovaskulaarpuudulikkust ja südame rütmihäireid käsitlev konverents 504

J. Kaik — IX rahvusvaheline südame elektrofüsioloogia- ja elekterstimulatsioonravi-alane kongress *Cardiostim '94* 507

L. Allikmets — XII rahvusvaheline farmakoloogiakongress 508

M. Lintsi, T. Jürimäe — Rahvusvaheline konverents «Noorem murdeiga: teadusuuringud ja kliinik» 509

R. Silla — Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (MTO) II Euroopa keskkonna ja tervise konverents 509

R. Salupere — III Euroopa gastroenteroloogiapäev 510

M. Ots — XXXI Euroopa Neeruassotsiatsiooni ja Euroopa Dialüüsi ning Transplantatsiooni Assotsiatsiooni kongress 511

M. Mikelsaar, S. Jõks — Progress kliinilises viroloogias 512

T. Kaasik — Tervis ja meditsiin uues Euroopas 515

M. Martinson — Lasteanestesioloogide Assotsiatsiooni ning Itaalia Lasteanestesioloogide ja Lastereanimatoloogide Ühingu ühiskonverents 515

INTERVJU

M. Martinson — Polikliinik peab kujunema profülaktilise suunaga esmatasandi tervisekeskuseks 517

IN MEMORIAM

Aino Saare 520

Ulita Nigesen 520

Heino Tiivel 521

Kalju Nestrik 521

KROONIKA 522

1994. aasta autoriregister 522

1994. aasta sisukord 523

AUTOREILE

Käsikirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. **Käsikiri peab olema keeleliselt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud.** Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusurutult, mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend**, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsikirjaga. Teadusliku töö käsikirja viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (ees- ja perekonnanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümee** esitatagu inglise keeles (8...12 rida). — **Kirjandus**. Bibliograafia esitatakse tähestikulises järjekorras, kusjuures venekeelsed kirjandusallikad transliteeritakse ladina tähtedega, aluseks võetakse «*Index Medicus*'es» esitatu. 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 lehekülgede algus- ja lõppnumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsikirja lõppu (võimaluse korral must-valged). On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv.

Lubamatu on toimetusele saata töid, mis on muudes väljaannetes või monograafia osana juba trükitud.

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

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimusi võtavad vastu ajakirjanduslevi ettevõtted, postiettevõtted ja sidejaoskonnad.

Välismaale saab ajakirja «Eesti Arst» tellida «Eesti Arsti» toimetusest.

Toimetuskolleegium

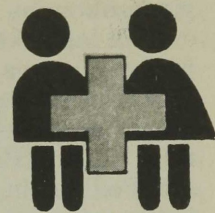
Lembit Allikmets, Jaan Eha, Andres Ellamaa, Ants Haavel, Vello Ilmoja, Ain-Elmar Kaasik, Väino Sini-salu, Leo Tamm, Oku Tamm (peatoimetaja), Rando Truve.

Korrektor ja tehniline toimetaja M. Liivak. Toimetuse aadress: Tallinn EE0001, Piiskopi 3. Tel. 44 32 56. Kirjastus «Perioodika». Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 18. 10. 1994. Trükkimisele antud 18. 11. 1994. M-brite ofsett 70×100/16. Trükipoognaid 6,0. Tingtrükipoognaid 7,7. Arvestuspognaid 9,73. Tell. nr. 5000. Printall. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Hind 10 krooni.

© Kirjastus «Perioodika».
«Eesti Arst», 1994
«Estonian Physician»

TALLINNA LASTEHAIGLA



15 aastat Tallinna Lastehaiglat

Merike Martinson

28. novembril 1979 avati Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla, mis on ehitatud laupäevakutelt laekunud raha eest. See on suurim lastehaigla, mis on ehitatud Eesti NSV-s. Haigla komplekteeriti põhiliselt Tallinna Linna II Lastehaigla, Mustamäe Lastepolikliiniku, Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgiaosakonna haigete ja personaliga. Omaette osakonnana tuli Tallinna Vabariiklikust Haiglast traumatoloogia- ja ortopeediaosakond.

Uues haiglas oli võimalik vastavalt erialadele avada mitmeid omaette osakondi, nagu neuroloogia-, nefroloogia-, gastroenteroloogia-, enneaegsete ja vast-sündinute patoloogia, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste ning füsioteraapiaosakond. Lõpuks osutus võimalikuks asutada esimene iseseisev lastereanimatsiooniosakond Eestis, kuigi ehituslikult ei olnud seda osakonda sellesse majja planeeritud.

Sellise osakondade struktuuriga alustati 347-voodikohalises haiglas tööd. Esimeses haigla juhtkonnas oli peaarstiks Jadviga Kreek ja peearsti asetäitjaks ravi alal Antonina Purru. Esimesel aastal oli haigla ülemõeks Svetlana Smirnova, mitmel järgmisel aastal Anita Metsmäe. Tolleaegse juhtkonna eestvedamisel sisustati haigla, muudeti sisekujunduslikult soojemaks ja lapsepärasemaks, kui see oli projektis ette nähtud.

Tänu juhtkonna erakordsele aktiivsusele sai haiglas olulise koha vastavalt ajastule ideoloogiline töö, mis tõi haiglale

kuulsust nii Eestis kui ka mujal Nõukogude Liidus. Tänu mitmele suurte kogemustega arstile ja nende entusiastlikule tegevusele arenesid järgmistel aastatel mitmed erialad. Meie hulgast lahkunud lastekirurg Manfred Mägi ning traumatoloogid-ortopeedid Dagmar Dubas ja Benno Aniline, aga ka lastearstid Veera Rubinštein, Esfir Umanskaja, Virve Pajutee, Laine Paavel on teinud erakordselt palju oma erialal ning vastavate osakondade arendamisel ning uue arstidepölvkonna kasvatamisel.

Ehkki haigla kliinilise sisu üle on palju vaieldud, on haigla esimestest päevadest tänaseni olnud Tallinna Meditsiinikooli, Tallinna Pedagoogikaülikooli ning Tartu Ülikooli õppe- ja internatuuribaasiks. Samuti on haigla olnud kõikide erialade arstide spetsialiseerumise ja täiendõppe kohaks.

Esimesed aastad olid mitme uue otsingu ja suuna arenguperioodiks, kusjuures kokku tuli puutuda paljude raskustega nii ideoloogilise töö valdkonnas kui ka materiaalse baasi loomisel. Palju raskusi oli esimestel aastatel laste intensiivravi arendamisega, sest puudusid intensiivravivahendid ja -aparatuur, mis aga omakorda ajendas neid leiutama. Tänu toleaegse Nõukogude Liidu lastepeaanestsioloogile-reanimatoloogile prof. V. Mihelsonile oli intensiivraviosakonda edaspidi võimalik varustada toleaegse parima aparatuuriga Eestis. Koostöös Moskva Pirogovi-nimelise I Meditsiini Instituudiga valmis 1987. aastal Tallinna Linna Kliinilises Lastehaiglas esimene väitekiri, M. Martinsoni «PEEP-meetodi efektiivsuse hindamine spontaansel hingamisel hingamispuudulikkuse ravi korral lastel».

Enneaegsete ja vast-sündinute patoloogia

gia osakonnas sai alguse uue suuna — ema ja lapse kontakt — arendamine. Nimetatud suuna elluviijaks ning entusiastiks oli arstiteaduse kandidaat, praegune arstiteaduse doktor Adik Levin. Seda tööd tehti koos NSV Liidu Teaduste Akadeemia Pediaatria Instituudiga. Sel perioodil ilmus mitmeid selleteemalisi artikleid ja A. Levinil valmis monograafia «Vastsündinu statsionaar», mis leidis tunnustust ka väljaspool Eestit.

Alates Eesti taasiseseisvumisest 1991. aastal on haiglal uus juhtkond, peaarstiks on Merike Martinson, asetäitjateks ravi alal Kaja Leito, polikliinilisel alal Esfir Umanskaja ning koolituse ja teadustöö alal Mall Riikjärv. Ülemõde on Tiia Muts. Uus periood algas ühelt poolt majanduskriisi olukorras ning teiselt poolt meditsiinvahendite ja -tehnikaga idapoolse varustamise lõppemisega. Samal ajal, seoses võimalusega tutvuda Lääne tervishoiu ja

arstiabi korraldusega, oli selge, et nii aegunud ning mitteküllaldaste ravi- ja diagnoosimisvahenditega ei ole haigeid võimalik ravida kõrgema ravietapi nõudeile vastavalt. Seda perioodi iseloomustab ütlemine, et uppuja päästmine on uppuja enda asi. Samal ajal olid nii juhtkonnal kui ka osakondadel vabad käed uue mõtteviisiga haigla kujundamiseks, kus keskne on haige laps ja tema tervistamine, mitte aga käskkirjade täitmine ja heade statistikanäitajate tagaajamine.

Missugune on siis tänane lastehaigla? Esiteks on muutunud haigla nimi, nüüd on see Tallinna Lastehaigla. Haigla nime-tusest on ära jäetud sõna «kliiniline», kuid tänase lastehaigla püüd on olla just enam kliiniline ja anda haiglale rohkem kliinilist sisu.

Praegu on haiglas 315 voodikohta. Ehkki viimasel kahel aastal on voodikohti vähendatud 315-le, on avatud kaks uut osa-



Foto 1. Tallinna Lastehaigla arste 1994. aastal.

konda — taastusravi- ja onkohaematoloogiaosakond. Sel aastal litsentseeriti lastehaigla kõikide erialade kolmanda etapi statsionaariks. Selle juurde kuuluvad ambulatoorne ja konsultatiivne abi ning samuti ka Mustamäe laste (13 500 last) ambulatoorne abi polikliinikus. Haigla statsionaaris töötab 80 arsti, nendest 15-l on kõrgem erialakategooria, 17-l esimene ja 22-l teine erialakategooria.

Arstiteaduse doktori kraad on ühel arstil (A. Levin), kandidaadikraad neljal arstil (M. Martinson, M. Riikjärv, L. Tamm, M. Tamme). Ühel psühholoogil (T. Listopadil) on psühholoogi teaduslik kraad. Polikliinikus töötab 35 arsti. Haigla meditsiinideede koosseis on kõikidel aastatel olnud ebastabiilne. Praegu haiglas töötavast 181 õest on ainult 25 töötanud avamisastast alates.

1991. aastast alates on haigla uued põhiülesanded olnud järgmised. 1. Diagnostimise tänapäevastamine. 2. Intensiivne arstkonna ja õdede teadmiste ning oskuste täiustamine. 3. Võitlus majanduskriisiga, mille on põhjustanud pidev majanduspoliitika ja arstiabikorralduse muutmine. 4. Optimaalse psühhoemotsionaalse õhkkonna saavutamine nii laste kui ka töötajate tarvis.

Eeltoodu elluviimiseks praeguses ravi-kindlustussüsteemis kehtivate madalate hindade juures oli vaja luua sidemeid välismaailmaga abi saamiseks. Nii on viimase kolme aasta jooksul loodud laialdane koostöövõrk paljude riikide abistamisorganisatsioonide, ühingute, haiglate, kirikute ja üksikisikutega. Viimase poolteise aasta jooksul on haiglat abistanud diagnostikavahendite hankimisel Sotsiaalministeerium, Meremeeste Haigekassa ja Keskhaigekassa. Ka sponsorlus Eestis, ehkki tagasihoidlik, on lastehaiglat abistanud. Koostöö välismaa haiglatega on võimaldanud kolme aasta jooksul kõikidel haigla arstidel ja osal õdedel viibida erialasel täiendusel, kusjuures kõige tihedam koostöö on olnud Helsingi Ülikooli Lastekliinikuga. Karolinska ja St. Görni haigla Rootsis, lastehaiglad Osnabrückis ja Bremenis, Roskilde Haigla Taanis on olnud avatud ka meie arstidele ja õdedele.

Tallinna Lastehaiglast on ülemaailmsetesse organisatsioonidesse ja ühingutesse valitud Eestit esindama mitme eriala spetsialiste. Nii on Mall Riikjärv Euroopa Lasteallergoloogide Ühingu juhatuse liige, Merike Martinson Euroopa Lasteanestesioloogide Föderatsiooni nõuandjate



Foto 2. Mustamäe Lastepoliikliniku arstid 1994. aastal.

rühma liige, Adik Levin Rahvusvahelise Laste Uurimise Assotsiatsiooni liige ja Leo Tamm Eesti ja Soome Lastearstide Seltsi auliige, Rahvusvahelise ja Euroopa Lastekaitse Foorumi liige ning Rahvusvahelise Lastekaitse Organisatsiooni liige. Tallinna Lastehaigla arstide initsiatiivil on alustatud mitmeid ühistööprojekte, mille raames toimuvad paljude Eesti arstide täiendus- ja koolitusprogrammid. Need on: perinataalabi projekt koostöös Huddinge Haiglaga, allergiast põhjustatud haiguste uurimine koos Linköpingu Ülikooliga, MTO Euroopa regiooni abiprojekt last rinnapiimaga toitvatele emadele, kes vajavad sellealast abi. Algamas on ka mitmed uued projektid, nagu Euroopa Nõukogu projekt perekondade abistamiseks, kellel on haige vastündinu.

Haigla juhtkond koos osakonnajuhataja Tiina Leholaga on täielikult uuendanud röntgendiagnostikaosakonna, kusjuures sonograafilised uuringud vastavad tänapäeva nõudeile. Uued laboratooriumiruumid ja osaliselt uuendatud aparatuur võimaldavad teha heal tasemel uuringuid. Oluliselt on täiustunud epilepsia diagnoosimine ja ravi, seda tänu uuele elektroentsefalograafiale, mis võimaldab ka haigete pikaajalist jälgimist, ning samuti tänu Valentin Sanderi tehtud epidemioloogilisele uuringule epilepsia levimisest Tallinnas. Uue etapi uroloogiliste haigete ravis avas urodünaamiliste uuringute moodne aparatuur, mis seni on olnud ainulaadne Eestis.

Geneetiliste ainevahetushaiguste diagnoosimine on olnud võimalik koostöös Eesti Teaduste Akadeemiaga ja osakonnajuhataja Krista Vehmiga. See on aidanud avastada haigusi, mille varajane diagnoosimine ning ravi paljudel juhtudel võimaldavad vältida vaimsete puuete kujunemist.

Viimastel aastatel on haiglas välja kujunenud mitmed heal tasemel erialad: lasteortoopia, kaasa arvatud rindkere ja lülisamba deformatsioone korrigeerivad operatsioonid, lasteneuroloogia, vesipäisuse kirurgiline ravi, laste kõrvahaiguste kirurgiline ravi, laste onkohematoloogia, lasteanestesioloogia ning intensiiv- ja

taastusravi. Selle heaks on palju teinud Tiit Härma, Jüri Stukolkin, Andres Luka, Mari Majass, Lauri Einre, Ann Paal, Karin Orgulas, Vadim Suvidov, Merike Martinson, Maimu Tamme, Leo Tamm.

Haigla arengu kiirust pidurdavad meie riigi majanduse ebastabiilsus ja kaitsetus aeg-ajalt Eesti tervishoiule antavate «jalahoopide» eest. Nii oleks Sotsiaalpanga moratorium pidurdanud haigla edasise arengu vähemalt aastaks. Ebastabiilsuse vältimiseks on püütud haigla majandust muuta sõltumatuks. Nii on ehitatud oma pesula ja köök, on korrastatud automajandust. Tallinna Lastehaigla on ehitatud vaid 15 aastat tagasi, kuid optimaalsete sanitaar-hügieeniliste tingimuste loomine eeldab majas suurt sanitaar- ja kapitaalremonti. Leida tuleb võimalus ühendada ruumiliselt haigla ja polikliinik.

Et Tallinna Lastehaigla on kõrgema ravigrafi asutus, siis edasiseks arenguks on vajalik täielik varustatus tänapäevaste ravi- ja diagnoosimisvahenditega ning samuti arstide ja õdede erialateadmiste süvendamine. Oluliseks oleme pidanud ka optimaalset psühhoemotsionaalset õhkkonda haiglas. Vaja on jätkata koostööd Tartu Ülikooli ning teiste riikide kolleegidega, et areneda kõikidel erialadel ja astuda kindlamalt teadusmaailma.

Eeltoodu on tähtis selle poolest, et haige laps Tallinna Lastehaiglas leiaks turvalise koha heaks ja edukaks raviks ning tervistumiseks.

Neonataalne meditsiin: tehnitsism või humanism

Adik Levin

vastsündinu, enneaegne, ema, lapsesõbralik sünnitusmaja, ema-lapse ööpäevane kontakt, neonataalne statsionaar

Maailmapraktikas antakse arstiabi vastsündinutele ja enneaegsetele sünnitusmajades ja lastehaiglate vastavates osakondades. Tšiviliseeritud maailmas on taoline spetsialiseeritud abi koondunud suurtesse haiglakompleksidesse, mida tihtipeale nimetatakse regionaalkeskusteks. See on ka loogiline, sest taoline kontsentreerumine lubab õigel ajal kvalifitseeritud arstiabi anda nii rasedatele kui ka abivajavatele emadele ja lastele.

Ida-Euroopa tervishoiuorganisatsioon oli üles ehitatud printsiibil, kus sünnitusmajad tihtipeale töötasid ja töötavad veel praegugi isoleerituna lastehaiglatest, see tähendab, et abi haigetele vastsündinutele ja enneaegsetele antakse lastehaiglate spetsialiseeritud osakondades.

Taoline organisatoorne struktuur raskendab ja tihtipeale muudab keeruliseks arstiabi õigeaegse andmise nii haigetele lastele kui ka nende emadele. Siinkohal tahaks kahetsusega välja öelda, et meie mitmeaastased pingutused ehitada sünnitusmaja Mustamäe haiglakompleksi ei ole vilja kandnud. Selle all kannatavad väga paljud haiged vastsündinud ja nende emad. Kuid see möödalaskmine jäägu meie tervishoiusüsteemi endiste organisaatorite südametunnistusele.

Peab tõdema, et viimase kahekümne aasta jooksul on laps tänapäevases sünnitusmajas tundnud end turvalisena. Meditsiin on humaniseerumas ja muutnud sünnitusmajad lapsesõbralikumaks. Ema

viibib pärast sünnitust koos lapsega ühes palatis, see aga tagab lapse rinnapiimaga toitmise juba esimesest elutunnist alates. MTO ja UNICEF on vastsündinu rinnapiimaga toitmise enda südameasjaks võtnud. On välja töötatud liikumine «Lapsesõbraliku haigla initsiatiiv» (*Baby-Friendly Hospital Initiative*) ning selle liikumise 10 printsiipi on aktsepteeritud juba paljudes maailma sünnitusmajades (vt. lisa).

Kõik need 10 printsiipi puudutavad vaid rinnapiima ja rinnaga toitmise probleeme. Sellest vaatevinklist näib kõik korras olevat ja paljude haiglate sünnitusmajad maailmas, kes on asunud taotlema «Lapsesõbraliku haigla initsiatiivi» (BFHI) nime, on selle ka saanud või on seda saamas.

Kuid olgem objektiivsed. Kas saab *hospital* olla lapsesõbralik, kui sama haigla kompleksis olev neonataalne osakond ei vasta ettenähtud 10 printsiibile kas või seepärast, et haigete lastega, sealhulgas ka enneaegsetega, ei ole kogu ööpäeva koos nende emad ja suuremalt jaolt ei saa lapsed toiduks oma ema rinnapiima. Vastupidi, valdav osa lapsi on kunstlikul toidul (segud).

Haigete laste ja nende emade poolt vaadatuna ei saa haigla lapsesõbralikkust seostada ainult rinnapiima ja rinnaga toitmisega. Humanistlikku suhtumist lapsedesse ja tema emasse tuleb vaadelda tunduvalt laiemalt.

Käsitlemegi seda probleemi põhjalikumalt. Humanistlik meditsiin näeb osade jaotumist neonataalsetes osakondades järgmiselt.

Esikohal haiglas on laps. See tähendab, et lapsel on õigus saada kõiki bioloogilisi, psühholoogilisi, bioenergeetilisi ja muid faktoreid, mis on talle looduse poolt ette nähtud esimesel elutunnil, elupäeval, elunädalal ja elukuul pärast sündi, ka siis, kui ta on haige, või siis, kui ta on sündinud enneaegsena.

Teisel kohal on ema. Tal peab olema

võimalus pidevalt (kogu ööpäeva) kontakteeruda oma lapsega mitte ainult esimesel päeval sünnitusmajas, vaid ka edaspidi, kui haige laps on üle viidud neonatoloogiaosakonda. Oleks väga hea, kui ka isa saaks olla oma lapse ja abikaasa juures ööpäev läbi (öös on ta koos oma perega ja päeval on ta tööl). Sellisel juhul võiksime me rääkida peresõbralikust haiglast.

Kolmandal kohal on meditsiin, mis peaks vaatlema ema kui sanogeenset faktorit lapse jaoks, pidades silmas, et vastündinu (ja enneaegne) ning ema kujutab endast kinnist psühhosomaatilist süsteemi. Nii paradoksaalne kui see ka ei näi, on elu tegelik pilt teine. Nüüdisajal on süsteeme, kus laps nihutatakse kolmandale kohale.

Totalitaarses Ida-Euroopa tervishoiusüsteemis oli ema oma lapse jaoks ohtlik. NSV Liidu tervishoiuministri käskkiri 1983. aastast konstateeris, et ema on oma lapse jaoks ohtlik ning tema ööpäevaringne viibimine lapse juures oli keelatud. Lääne-Euroopa neonataalsete statsionaaride töökorraldus kulgeb samuti ilma emata: emal on õigus oma last küll vaatamas käia, kuid mitte ööpäev läbi teda hooldada. Sellise tööprintsibi mõningad põhjused võiksid olla järgmised.

Kõrgtehnoloogia ja tehnika kiire sissetung neonataalsesse meditsiini viimase 30...40 aasta jooksul.

Meditsiini huvitatus esmase rolli enda peale võtmisest lapse ravis. See tagab väga paljude töökohtade olemasolu. Meditsiini tihe kontakt meditsiinitarbeid tootvate firmadega tagab üha uueneva kallihinnalise aparatuuri tootmise (emasendajani välja!).

Ema rolli muutumine heaoluühiskonna turumajanduse tingimustes.

Sellest lähtudes võiksid neonataalse statsionaari organisatoorsed suunad olla järgmised.

Humanistlik suund. Kirjanduse andmeil on see iseloomulik arengumaadele.

See arvamus peaks olema kummutatav (!?).

Tehniline suund. Iseloomulik kõrgelt arenenud riikidele. Viimase aastakümne jooksul on sellesse hakatud kriitiliselt suhtuma ning järk-järgult asendama humaansete põhimõtetega.

Humaanse ja tehnilise suuna kooslus. Selle suuna alustoeaks peavad saama humaansed printsüübid ning seejärel süsteemi pealisehitiseks vajalik baasaparatuur.

Meie haigla mitmeaastane kogemus, teadusuuringud, kirjanduse andmed lubasid välja töötada järgmised humaanse neonataalse statsionaari töötamise põhimõtted.

Humaanse neonataalse statsionaari töötamise põhimõtted.

1. Luua neonataalne struktuurne organisatsioon (neonataalne osakond), kus emal oleks ööpäev läbi võimalik viibida oma haige lapse juures.

2. Koostada imetamise õpetamise ja lapse hooldamise plaan, lähtudes haige lapse ja ema psühholoogilisest seisundist, mida tunnevad kõik haigla töötajad.

3. Korraldada personali koolitust rinnapiimaga toitmise ja haige lapse eest hoolitsemise õpetamise alal haiglas viibivatele emadele.

4. Aidata emadel kohe pärast haiglas saabumist adaptatsiooniperioodil vabanda psühholoogilisest stressist, seades peamiseks eesmärgiks lapse rinnaga toitmise või selle meditsiinilisel vastunäidustusel rinnapiimaga toitmise.

5. Suunata emasid imetamisel ja õpetada, kuidas säilitada rinnapiima ka sel juhul, kui last toidetakse sondiga.

6. Jälgida, et vastündinule ei antaks peale emapiima muud toitu või vedelikku; seda võib anda ainult meditsiinilistest vajadustest lähtudes.

7. Toetada imetamiskorda vastavalt lapse soovile või sondiga toitmisel vastavalt meditsiinilistele näidustustele.

8. Loobuda rinnapiima saavatele lastele kuiv- ja pudeliluttide andmisest.

9. Viia miinimumini haiglas viibivatele lastele analüüside ja uuringute tegemine.

10. Kasutada tehnilisi vahendeid lapse hooldamisel võimaluse korral minimaalselt ning asendada need ema ning lapse nahk-naha ja õhk-õhu kontaktiga.

11. Korrigeerida ja võimaluse korral viia miinimumini nn. agressiivne ravitaktika (antibakteriaalne, infusioonteraapia).

12. Et ema ja laps kujutab endast kinist psühhosomaatilist süsteemi, anda lapse ravi kõrval ka emale igakülgset arstiabi (terapeut, günekoloog või muude erialade arstid).

13. Seoses ema ja lapse pikaajalise viibimisega haiglas võimaldada teiste perekonnaliikmetega kokkusaamine.

Sellest lähtudes võib nimetatud printsiipidest selgitusena tuua mõningaid piidepunkte.

Ema ja laps (nagu sünnitusmajas) elavad haiglas iga päev koos 24 tundi.

Rinnapiimaga toitmine ning selle printsiipide väljatöötamine haigetele vastsündinutele ja enneaegsetele.

Minimaalne kontakt pidevalt vahetuva meditsiinipersonaliga.

Muude looduslike faktorite maksimaalne kasutamine.

Tehniliste vahendite rõhuasetuste ümberhindamine. Näiteks see, kas alati kasutada hingamisaparaati, võib-olla sagedamini CPAP-süsteemi? Või: kas kasutada inkubaatori asemel soojendusega vesimadratsit?

Üleliigsete analüüside ja uuringute korrigeerimine; nn. agressiivse ravi miinimumini viimine.

Seoses ema viibimisega haiglas aktsepteerida järgmisi probleeme:

ema psüühilise seisundi reguleerimine;

ema günekoloogiline rehabiliteerimine; ema somaatilise seisundi rehabiliteerimine;

isa osa suurendamine lapse ravimisel haiglas.

Lõpetuseks. Üldmeditsiini, sealhulgas ka neonataalse meditsiini humaniseerimise probleem on XX sajandi lõpuks muutunud väga aktuaalseks. Tehes peadpööritava tehnilise hüppe, on protsess minevas normaalsesse rööbastesse ja see on asja loomulik käik.

MTO ja UNICEF ning teised rahvusvahelised organisatsioonid alustasid seda protsessi mõni aasta tagasi tervete lastega, s.o. tervete vastsündinutega sünnitusmajades. Nüüd on järg jõudnud ka haigete vastsündinute (enneaegsete laste) kätte. Meie väljatöötatud ja suuremalt jaolt ellu viidud 13 printsiipi on saadetud tutvumiseks kõikidele maailma organisatsioonidele edasiseks arutamiseks. Olen kindel, et selle õige suuna loomiseks on ka meil teiste selletaoliste ettepanekutega võimalus kaasa minna.

Lisa

Eduka imetamise saavutamise 10 printsiipi lapsedõbralikus haiglas

(MTO ja UNICEF, 1989)

1. Koostada imetamisõpetuse plaan, mida tunneksid kõik haigla töötajad.

2. Korraldada rinnapiimaga toitmise õpetamise alast personali koolitust.

3. Jagada teadmisi kõikidele last ootavatele naistele rinnapiimaga toitmise eelistest ja imetamistehnikast.

4. Aidata ema rinnaga toitmise alustamisel esimese poole tunni jooksul pärast sünnitust.

5. Suunata ema imetamisel ja õpetada, kuidas säilitada piima ka sel juhul, kui olukord sunnib lapsest lahus olema.

6. Jälgida, et vastsündinutele ei antaks peale emapiima muud toitu või vedelikku, kui, siis ainult meditsiinilistest vajadustest lähtudes.

7. Võimaldada vastsündinul ja emal viibida ühes palatis ööpäev läbi.

8. Nõustuda imetamiskordadega vastavalt lapse soovile.

9. Loobuda rinnapiimaga toidetavatele lastele kuiv- või pudeliluttide andmisest.

10. Kaasa aidata rinnaga toitmist pooldavate emade tugirühmade moodustamisele, kuhu haiglast koju minevaid emasid ka suunata.

Taastusravi Tallinna Lastehaiglas: võimalusi ja probleeme

Leo Tamm Riina Kallaste

Juba 12 aastat tagasi, kui Eesti Lastearstide Selts sõlmis rahvusvahelisi sidemeid teiste riikide vastavate seltsidega, sai selgeks, et pediaatria üks tähtsamaid valdkondi — rehabilitatsioon — on teistes riikides tunduvalt erinev ja efektiivsem kui meil. 1988. aastal korraldasid Rahvusvaheline Rehabilitatsiooni Assotsiatsioon (IRA) ja UNICEF Tallinnas esindusliku konverentsi paljude riikide osavõtul. Oli alus pandud ja tehtud suur panus võimalusse luua ka Eestis maailmas tunnustatud taastusravisüsteem. Eesti Rehabilitatsiooni Organisatsioon, selle president L.

Leo Tamm, Riina Kallaste — Tallinna Lastehaigla taastusraviosakond

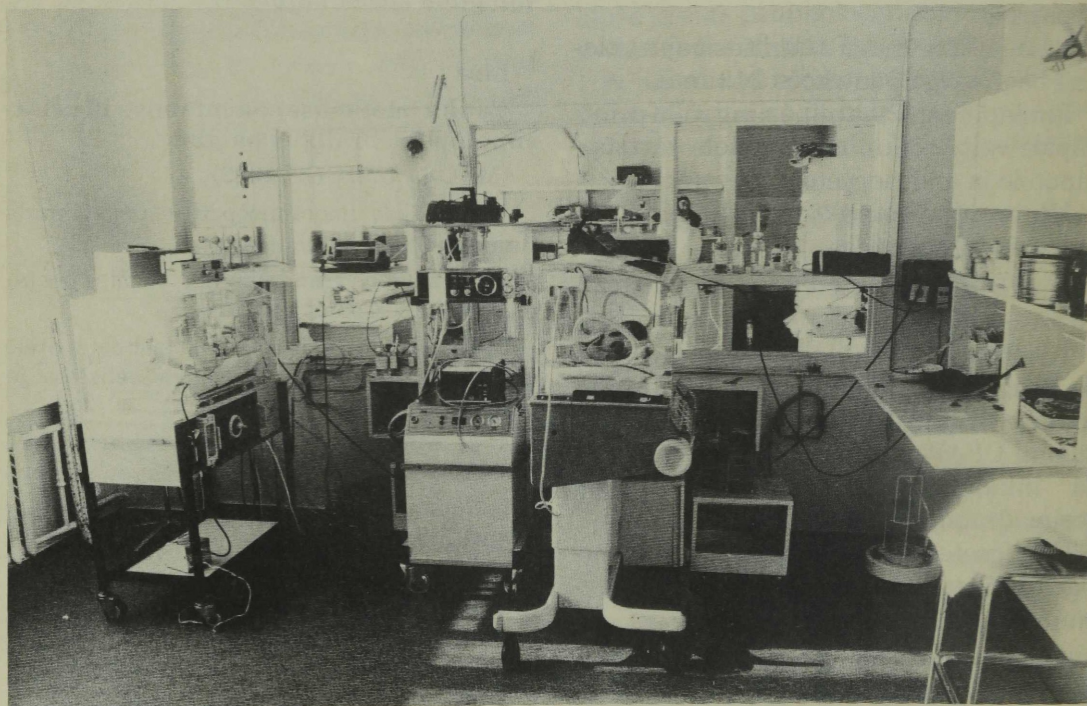


Foto. Tallinna Lastehaigla intensiivraviosakond.

Karu, võeti IRA liikmeks 1989. aastal Madridis. Mingitel põhjustel aga oldi vastu taastusravisüsteemi rajamisele Eestis. Viimase ajani on mõned elektterraviga tegelevad inimesed püüdnud takistada muutusi nn. füsiaatrias, et luua tänapäevane taastusravi.

Kolm aastat tagasi rajati Tallinna Lastehaigla juhtkonna initsiatiivil mitme ravikabineti baasil ja spetsialistide osavõtul taastusraviosakond.

Taastusravi peab tagama haige või vigastatud lapse tervise paranemise täielikult või lapse parima elukvaliteedi võimaluste piires ja arenemise teistest sõltumatuks eluks täiskasvanuna. Peale meditsiinilise aspekti on taastusravil ka psühholoogiline, hariduslik, sotsiaalne ja juriidiline aspekt. Seepärast kuuluvad taastusraviga tegelejate hulka pediaater, taastusravi- ja ravikehakultuuriarstid, vajaduse korral ka neuroloog, ortopeed ja teiste erialade spetsialiste. Arvestades meie haigla osakondade profiili, on meeskonnas logopeedid, psühholoogid ja muusikaterapeut, haiglas töötab ka tegelusterapeut (13 kõrgharidusega inimest). Kaks ja pool kuud vältava taastusravialase koolituse on saanud kaks arsti. Arstid, õed, psühholoogid ja logopeedid on osa võtnud mitmest koolituskursusest ja seminarist, käinud tutvumas taastusravi rakendamisega mitmes riigis. Osakonnas töötab täiskoormusega 27 inimest.

Taastusraviosakonnas on võimalik kasutada komplekselt järgmisi meetodeid: vesiravi — imikute ujutamine, laste ujumine basseinis, millega kaasnevad võimlemine, veealune duššmassaaž, keerisvannid, nelikvannid; ravivõimlemine, mida tehakse peamiselt individuaalselt, imikute puhul Bobathi või Vojita meetodeid rakendades; massaaž — imikutele ja väikelastele üldmassaažina, suurematele lastele lokaalse massaažina; soojusravi — parafinravi; valgusravi; elektterravi — galvanisatsioon, elektroforees, impulssra-

vi, elekterstimulatsioon, elekteruni; magnetravi; ultraheli; mehhanoterapia jõusaalis (ka personalile) treenerite juhendamisel; organismi lisahapnikuga varustamine — osoonravi; kõneravi; psühholoogiline abi; muusika- ja nõelravi. Osoonigeneraatorid ja Soomest saadud vahendid võimaldavad teha üld- ja lokaalseid osoonivanne, kasutada osoonitud vett joogiks ja teha sooleloputusi.

Kahe psühholoogi töökoormus on suur: abi vajavad peale somaatiliste ja kirurgiliste haigustega laste suitsiidikatseid sooritanud, mürgitustega haiged, samuti vägivalla või mõnitamise all kannatavad noored. Refleksoteraapiat (nõelravi) oleme kasutanud ja häid tulemusi saanud mitme funktsionaalse häire korral. Selle raviliigi edukus on tinginud vajaduse suurendada töömahtu selles valdkonnas.

Kuigi taastusravi komplekssus ja töömaht sõltuvad haigete arvust osakondades ja ka osakondade remondist või sulgemisest, sooja vee olemasolust, raviti 1993.

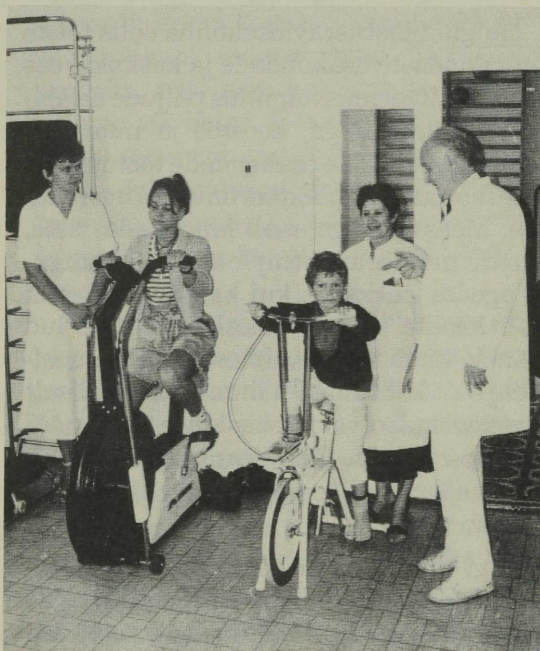


Foto. Tallinna Lastehaigla taastusraviosakonnas.

aastal 800 last enam kui 1992. aastal, sealhulgas on ambulatoorselt ravitute arv suurenenud 300 võrra. Samal ajavahemikul said lapsed vesi- ja nõelravi kolm korda rohkem. Tegeldakse laste ja vanemate õpetamise, nõustamise ja abistamisega. Koostöös Eesti Lastekaitse Liiduga oleme saanud anda lastele materiaalselt abi ja varustada puuetega lapsi abivahenditega.

Taastusravi tulemuste hindamiseks on võimalik kasutada amplipulssi, transkutaanse stimulatsiooni aparate «Century 2000», aparati «Stimul» ja «TSN Kliinikut», veloergomeetrit kardioskoobiga, välisingamise funktsiooni määramise teste ja videotehnikat. Osoonravi toime hindamiseks on peale kliinilis-laboratoorsete analüüside alustatud tiobarbituurhappiga reageerivate ühendite, glükoos-6-fosfaadi dehüdrogenaasi dimeersete vormide, antioksidatiivse aktiivsuse määramist veres. Võime konstateerida, et osoonravi on ohutu, kõrvalnähtudeta, aitab seenhaiguste ja onkohematoloogiliste haiguste korral laste üldseisundit parandada (K. Orgulas, K. Viherlahti).

Haigla taastusraviosakonna eelis teiste samalaadsete osakondade ja keskuste ees on konsulteerimisvõimalus paljude erialade spetsialistidega, koostöö ja informatsiooni edastamine osakondade töötajatele, meeskonna komplekteerimise ratsionaalsus. Meeskonnaga saab lahendada laste, perede probleeme komplekselt nii haiguse ägedas perioodis kui ka puude korral. Kahtlemata võivad meeskonna arutelud mõnele kitsa eriala inimesele mitte meeldida, sest kohtumistel ilmnevad tavaliselt diagnoosimise, ravi ja hoolduse puudujäägid, lapse huvide tähelepanuta jätmine pikema aja vältel, pereprobleemide lahendamise võimetus.

Riigi püüet kokku hoida laste, sealhulgas laste taastusravi arvelt läheb 10...20 aasta pärast väga kalliks maksuma, kui suureneb puute ja tervisehäiretega inimeste arv, kellele ei ole õigel ajal abi an-

tud. Kuigi taastusravile tehtud kulutused peaksid olema minimaalsed, muudab selle raviliigi kalliks pidevalt kallinev külma ning sooja vee hind. Osa ravimeetodeid on taastusravis siiani hoopis hinneteta, koodita.

Ei arvestata veel lapse taastusravi eripära — väikelapse ettevalmistus ja harjutamine protseduuriks, pikaajaline õpetamine, sageli personali lisatöö ja pinge. Ka vanemate õpetamine lisaks patsiendile ei tohiks olla hindamise kriteeriumide väljatöötajatel teadmata. Arsti ja õe töö muudab keeruliseks see, et igal protseduuril on sõltuvalt lapse vanusest oma raviskeem. Laste taastusravi peaks haigekassa tasustama täies ulatuses seni, kuni paraneb perede materiaalne olukord. Eespool toodud arvestades peaks tasustamine laste taastusravis olema 1,5...2 korda suurem täiskasvanute omast.

Eestis puudub ühtne taastusravisüsteem. Oleks vaja fikseerida taastusravi maht loodavatel ravitasanditel (etappidel) vastavalt võimalustele. Kahtlemata peab taastusravi olema võimalik saada lapse elukohale võimalikult lähedal. Eestis peaks olema kaks-kolm kolmanda astme taastusravikeskust, kus oleks konsultatsiooni ja õppimise võimalus.

Paljud lapsed, kellel on pikaajaline tervisehäire või puue, vajavad sageli ainult taastusravi. Nendele tuleks avada päevastatsionaarid, voodikohad osakondades.

Tallinna Lastehaigla taastusraviosakonna koostöö paljude organisatsioonidega, samuti haigla administratsiooni igakülgne toetus on võimaldanud saada piisavalt aparatuuri ja vahendeid, õppida ning käia kogemusi saamas teistes asutustes ja riikides. Töö analüüsi lihtsustamiseks, teadusuuringute tegemiseks on osakonnas moodne arvutus- ja videotehnika.

Sünnitusjärgse perioodi tähtsus ja haigest vastsündinud

Kai Torim

sünnitusjärgne periood, stress, vastsündinu, haige vastsündinu, meditsiinilis-psühholoogiline töö

Arengupsühholoogias on väikelaste uuringud kaasa toonud peaaegu teadusliku revolutsiooni. Nüüd teame, et indiviidi psüühilise elu algus on jagamatu tervik, millest lähtub tõsiasi, et kõik mõjutab kõike. Selle valguses võime öelda, et inimese elu algus sõltub suuresti tema emast ning seega kerkib päevakorraks ka ema vaimne ja füüsiline tervis.

Rasedust, sünnitust ja sünnitusjärgset aega peetakse stressitoovaks eluperioodiks. Just esimese lapse ootamise ja sünnitamise ajal toimub oluline psühholoogiline muutus, mida on peetud üheks elu arengukriisiks. Esiteks peab ema läbi elama erilaadse leinaaja oma lapsepõlve ning sõltumatu nooruse lõppemisest (2). Teiseks hakkab vastne ema ümber hindama suhet oma emaga. Tähtsaks osutuvad kogemused oma lapsepõlvest. Kolmas kaotus on seotud sünnitusega, kus ema minetab kehalise sideme oma lapsega.

Sünnitust võib pidada šokiks, mille põhjustab lapse järsk eraldumine ema kehast ning lõpuraseduse enesesepõordumine peab kiiresti asenduma teise indiviidi eest hoolitsemisega (8). Seda ümberorienteerumist raskendavad mitmed asjaolud. Näiteks see, et laps võib osutada raskesti hoitavaks või hoopis haigeks. Sellisel juhul peab naine loobuma oma ettekujutusest ja plaanidest, mis tal lapse kandmise ajal nii oma tuleviku kui ka lap-

se suhtes kujunenud olid. Mitte keegi ei unista enneaegselt sündinud või haigest lapsest, ükskõik mitmenda sünnitusega tegemist ka ei oleks.

Eelnevast saab selgemaks, miks rasedus- ja sünnitusjärgne aeg endas psüühiliste häirete kõrgeimat riski peidab.

Viimasel ajal on uuritud ka ema depressiooni ja halva meeoleolu kahjulikkust lapse varajasele arengule. On selgunud, et need emad stimuleerivad oma vastsündinuid hääle, kõne, silituste ning liigutustega tunduvalt vähem, andes seetõttu ka vähem «toitu» oma lapse arenguks. Neil läheb rohkem aega lapse signaalide tundmaõppimiseks, nad reageerivad signaalidele märgatavalt aeglasemalt ning madala sensitiivsuse tõttu ei rahuldata lapse kõiki vajadusi (5).

Eraldi peaks peatuma imetamise tähtsusest. Imetamine vahendab ema ja lapse teineteisega kohanemist, aitab teineteist tunda õppida ja kontrollida. Ta sisaldab vastastikust sünkroonsust, mis korduvuse, paratamatuse ja võimaluste poolest on tähtis ema—laps suhetele. Depressiivses seisundis emad kogevad imetamisel pidevalt rohkem raskusi ning negatiivseid tundeid, eriti siis, kui laps on nõudlik, nälgine või haige. Siit ebakindlus ja erutus suurenevad, tagajärjeks on tunduvalt lühem imetamisegaeg. Soov vabaneda imetamisest võib olla ka loomulik püüe piirata probleemide laienemist ema—laps suhetesse (10).

Et lapse aistingud ja tähelepanu ei ole algul diferentseeritud ning tema tähelepanekutest saadud kogemused on kõikehaaravad, siis jõuab ema depressiivsus lapseni väga erinevaid teid pidi, näiteks ema halva meeoleolu, tema vähenenud tundlikkuse ja puuduliku vanemlikkuse kaudu (9). Sellisel juhul väljendavad ka lapsed end tunduvalt vähem. Võiks öelda, et kuna nad on vähem stimuleeritud, on nad ka vähem arenenud. Alanenud aktiivsusega stimuleerivad lapsed omakorda

vähem oma emasid. Siit saame iselaadse kinnise ringi: kuidas ema stimuleerib last, nõnda laps stimuleerib ema, ja vastupidi. Tulemuseks on hea või halb alus meid maailma juhatavale kiindumussuhte, mida omakorda peetakse teiste suhete baasiks.

Sellisest teineteisest sõltuvusest tuleneb, et tahtes toetada vastsündinud last, peaksime toetama ta ema. Kui aga vastsündinu vajab haiglaravi, peame me aitama ka tema ema, kellest lapse areng ja heaolu nii hetkel kui ka tulevikus suuresti sõltuvad. Tallinna Lastehaigla neonataalsesse osakonda võetakse haiglaravi vajavaid vastsündinuid ainult koos emaga. A. Levini initsiatiivil tehtud uuringud on tõestanud ema olulist tähtsust raviprotsessi õnnestumisel. Mainitud osakonnas asuvaid emasid on uuritud eraldi (4). Uurimise alusel võib välja tuua järgmised enam esinevad käitumis-reaktsioonitüübid stressis:

1) eitus-katse välja tõrjuda ebameeldiv info (lapse haigusega mittenoustumine, usaldamatus ümbritseva suhtes);

2) üritamine raskustes kõrvalteid leida (alternatiivsete ravivõimaluste otsimine);

3) agressiivsus (meelepaha väljavalamine meditsiinipersonalile);

4) agressiooni ülekandmine (rahulolematus palati, naabriga);

5) olukorraga leppimine (sagedamini naistel, kes on sünnitanud enneaegse lapse ning enne seda kannatanud viljatuse all või kes on rasedust pikalt säilitanud).

Peamisteks ärevuse põhjustajateks on uurimuse alusel: 1) hirm last kaotada; 2) meelega, mis tekib oma lapse võrdlemisel teistega; 3) perekondlikud probleemid; 4) alaväärsuskompleksi tekkimine.

Meeleoludest esineb sagedamini depressiivset, düsfoorilist ja hüpohondrilist meeleolu.

Meditsiinilis-psühholoogilise töö sisu sõltub: 1) sündinud lapse ajalisusest (ajaline või enneaegne); 2) sellest, mitmenda

sünnitusega on tegemist; 3) ema staatusest haiglasse saabumisel (eelkõige kogatud muljed), mis on otsustavamad kui arstiteaduslikud seisukohad (10).

Depressiivses seisundis emadel on kalduvus käsitada imetamisel ja lapse eest hoolitsemisel tekkinud raskusi rõhutatult psühholoogilisena. See võib kergesti viia toe ja nõu liialdatult psühholoogiliseks. Soomes tehtud uuringute kohaselt vajavad need emad küll mõistvat suhtumist, kuid oluliseks osutub just konkreetne ja õpetav abi lapse eest hoolitsemisel (10).

Peab arvesse võtma, et esmase ajalise lapse ema erutus koos püüdega vabaneda alaväärsustundest (tingitud haige lapse sünnitamisest) täidab omalaadset «stimulaatori» osa. Teisest nädalast ilmneva hakkava erutus mõjub psühhosomaatilisel ema—laps suhtele hästi ning liiga visad ema ärevuse mahavõtmise katsed mõjuvad pidurdavalt lapse kaalus juurdevõtmisele (4). Niisiis, 7...20 päeva vahel peab meditsiinipersonal üles näitama erilist kannatlikkust, sest sel ajavahemikul ema psüühiline ebastabiilsus suureneb.

Haiglas on eriti tähtis haige lapse rinnaga toitmine või toitma õpetamine. Ühelt poolt võib imetamisega kompenseerida negatiivseid rasedus- ja sünnituskogemusi (3), teiselt poolt võib õnnestunud imetamist pidada oluliseks teguriks igakülgse häid tulemusi andva ravi suunas.

Individuaalselt toetava, seletava ning spetsiifiliselt õpetava ravi kõrval on tähtsad ka rühmavestlused (1, 6, 7). Need võimaldavad: 1) edastada üldisemat laadi teadmisi ning nõuandeid; 2) jagada saatuskaaslastega oma kogemusi; 3) kiirendada samastumist teiste emadega. Seega sisaldab rühmatöö olulisi momente adaptatsiooni kiirendamiseks.

Kokku võttes võib öelda, et meditsiinilis-psühholoogiline abi neonataalses osakonnas peaks tagama toetuse igale emale just talle kõige sobivamal viisil. Eesmärgiks on adaptatsiooniaja kiirendamine,

sest lapse tervenemiseks ja igakülgselt arenguks on oluline, kui kiiresti ema kriisija läbib, kui kiiresti uude rolli adapteerub ning kui kiiresti võtab «tingimusteta» omaks sünnitanud lapse. Nüüd suudab ema süveneda lapsesse, märgata tema vajadusi, võtta paremini vastu informatsiooni, samuti stimuleerida last eriõpetusest lähtudes vastavalt lapse haigusele.

Niimoodi kujuneb ema tegelus lapsega üheks lapse raviprotsessi osaks ning me võime rääkida väikese patsiendi tõeliselt komplekssest ravimisest, milles jagamatud ihu ja hing saavad oma osa.

KIRJANDUS: *Karila, I.* Siirtymä vanhemmunteen. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi. I. Jyväskylän yliopisto. Psykologian Laitos, 1988. — 2. *Kumar, R., Robson, K.M.* Brit. J. Psych., 1984, 144, 35-47. — 3. *Laufer, A.B.* Breast-feeding: Toward resolution of the unsatisfying birth experience 1990. — 4. *Listopad, T.* Medikopsihholoogitšeskije aspektõ kontakta «mat—rebjonok» v neonatologitšeskom stacionare. Avto-ref. diss. kand. psihhol. nauk. Sankt-Peterburg, 1990. — 5. *Mills, M., Puckering, C., Pound, A. a.o.* In: Recent research in the developmental psychopathology. Oxford, 1985, 11-17. — 6. *Neumann, G. L.* Beyond pregnancy and childbirth: The use of anticipatory guidance in preparing couples for postpartum stree. Dissert. Abstr. Intern, 1978, 38. — 7. *Niemelä, P.* Idealizing motherhood and later reality. VI congress of psychosomatic obstetrica and gynecology. Berlin, 1986. — 8. *Pine, F.* In: The Problem of Lossard Mourning. Psychoanalytic Perspectives. Connecticut, 1990, 159-173. — 9. *Rutter, M.* Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. Devel. Psychol., 1990, 26, 60-67. — 10. *Tamminen, T.* Acta Universitatis Tamperensis, 1990, Ser. A. vol. 304.

Vesikoureteraalse refluksi kirurgiline ravi Tallinna Lastehaigla kirurgiaosakonnas aastail 1978...1994

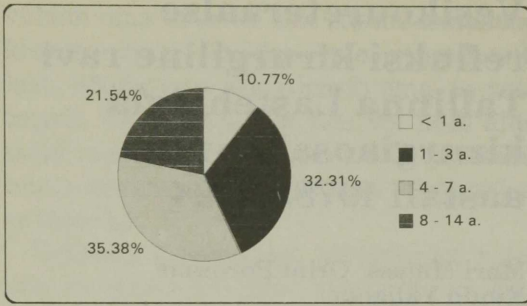
Mari Majass Orim Porosaar
Kuido Väljaots

vesikoureteraalne reflüks, urotrakti anomaliad, kirurgiline ravi

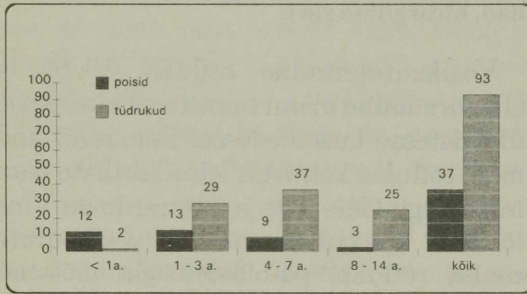
Vesikoureteraalne reflüks (VUR) on ebanormaalne uriini tagasivool kusepõiest ülemistesse kuseteedesse. Esmaseid andmeid refluksi kohta on leitud selliste teadlaste nagu Galenose ja Leonardo da Vinci töödest. Praktiline tähtsus vesikoureteraalse refluksi patofüsioloogia mõistmiseks on Hutchi (1952. aastal) uurimistöödel, mis käsitlevad refluksi diagnoosimist, ning Tanagho (1965. aastal), Ransley ja Risdoni (1975. aastal) eksperimentidel. Uuringud tõestavad vesikoureteraalse segmendi ehituse otsest osatähtsust refluksi tekkes. Ureetri põiksuunaline sisenemine kusepõide ja tema küllaldase pikkusega limaskestaalune kulg tagavad vesikoureteraalse segmendi klapimehhanismi funktsiooni.

Vesikoureteraalse refluksi kirurgilise ravi printsiibiks on ureetri submukoosse tee pikendamine. Ureetri läbimõõdu ja submukoosse osa pikkuse suhe peaks olema 1:5. Kirurgiline ravi hoogustus käesoleva sajandi 50...60-ndatel aastatel. Kirurgidest olgu mainitud sellised nimed nagu Lich-Gregoir (1961. a.), Politano-Leadbetter (1958. a.) ja Cohen (1975. a.). Esimene operatsioon tehti Tallinna lastekirurgiaosakonnas 1978. aastal. Selle töö eesmärgiks ongi analüüsida 15 aasta jooksul opereeritud primaarse lihtsa vesiko-

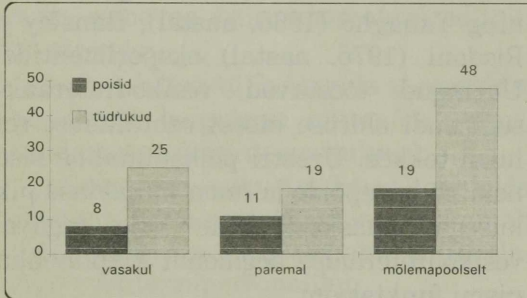
Mari Majass, Orim Porosaar, Kuido Väljaots —
Tallinna Lastehaigla kirurgiaosakond



Joonis 1. Laste vanus.



Joonis 2. Sooline jaotumus.



Joonis 3. Vesikoureteraaalse refluksi lokalisatsioon.

ureteraaalse reflüksiga haigete vanuselist ja soolist koosseisu ning operatsiooni tulemusi.

Analüüsitaval perioodil on opereeritud 130 0...14 aasta vanust haiget. Opereeritud jaotasime järgmistesse vanuserühmadesse (vt. joonis 1): alla aasta vanuseid — 14 haiget (10,77%); 1...3 aasta vanuseid — 42 haiget (32,31%); 4...7 aasta vanuseid — 46 haiget (35,38%); 8...14 aasta vanuseid — 28 haiget (21,54%).

130 haigest oli tütarlapsi 93 ja poeglapsi 37. Esimeses vanuserühmas oli poeglapsi rohkem kui tütarlapsi, vastavalt 12

ja 2. Kõigis teistes vanuserühmades valitses tütarlaste ülekaal. Seejuures vähenes poeglaste osa järk-järgult: viimases vanuserühmas oli 3 poeglast ja 25 tütarlast (vt. joonis 2). 63 juhul oli tegemist ühepoolse vesikoureteraaalse reflüksiga (30 parempoolset ja 33 vasakpoolset) ning 67 juhul kahepoolse reflüksiga (vt. joonis 3).

Operatsioonide arv vesikoureteraaalse reflüksiga korral moodustab muude ülemiste kuseteede ja neeruoperatsioonide arvust ligikaudu 1/3. Mitme printsiibi alusel, nagu operatsiooniks ettevalmistus, operatsiooni meetod, etapilisus, operatsioonijärgne ajutine uriini derivatsioon, operatsiooni tehniline teostus, võib vöideldava perioodi jaotada kaheks. Vesikoureteraaalse reflüksiga kirurgilise korrigeerimise alperioodil kasutasime urosepsise või neerufunktsiooni languse korral operatsioonieelseks kuseteede drenimiseks ureterostoomi, kokku neljal ühe kuu kuni kahe aasta vanusel poeglapsel.

Viimase 8 aasta jooksul oleme kusepöit näidustuste korral korduvalt kateteriseerinud või asetanud sinna püsikateetri, samal ajal oleme määranud antibakteriaalse ravi. Esimese 8 aasta jooksul järgiti rangelt põhimõtet neomplanteerida kahepoolse reflüksiga korral üks ureeter korraga. Kontralateraalselt refluksseeruvat ureetrit implanteeriti 3...4 kuu kuni aasta pärast, rakendades valdavalt Leadbetteri-Politano meetodit.

1987. aastast alates on kahepoolse vesikoureteraaalse reflüksiga korral üheaegselt tehtud mõlema ureetri neomplantaatsioon, kasutades valdavalt Coheni meetodikat. Muudatused operatsiooni tehnilises teostuses said võimalikuks tänu instrumentaariumi uuendamisele, sealhulgas ringrefraktori kasutuselevõtmisele, ja atraumaatilisele õmblusmaterjalile.

15 aasta jooksul oleme katsetanud mitmesuguseid operatsioonijärgseid uriini deriveerimise meetodeid, viimasel ajal oleme jäänud suprapuubilise kateetri ja ureteraldreenide juurde. Kui pärast ope-

ratsiooni túsistusi ei ole tekkinud, teeme uroloogilisi kontrolluuringuid 3...4 kuu möödumisel, edaspidi aga kord aastas vähemalt 4...5 aasta jooksul, vajaduse korral veelgi hiljem. 149 operatsioonist õnnestus 138, s.t. refluks likvideeriti ning samal ajal tagati uriini vaba äravool. 11 juhul tekkisid túsistused, mis nõudsid uuesti opereerimist. Neist 7 juhul jäi refluks püsima ja 4 juhul oli tegemist anastomoosi obstruktsiooniga.

Analüüsidest túsistuste põhjusi, leidsime, et obstruktsiooni põhjustasid paravesikaalne armkude ühel juhul, ureetri niverdumine ühel juhul, ureetri intraperitoneaalne kulg ühel juhul, diagnoosimata neurogeenne kusepõis ühel juhul. Persisteeriva vesikoureteraalse refluksi põhjusteks pidasime lühikest limaskestaalust tunnelit neljal juhul ja diagnoosimata neurogeenset kusepõit kolmel juhul.

Järeldused.

1. Vesikoureteraalse refluksi tõttu opereeritud lastest on ülekaalus tütarlapsed, välja arvatud esimeses vanuserühmas (alla aastased lapsed), kus enamiku moodustavad poeglapsed.

2. Vesikoureteraalse refluksi kirurgilise ravi edukus on suur — 149 operatsioonist õnnestus 138.

3. Ebaedu põhjuseks on operatsiooni tehnilised vead, opereerimine tsüstiidi korral või nn. neurogeensel kusepõiel.

4. Peame oluliseks kuseteede põletike väljaravimist enne operatsiooni ja kusepõie neurogeense düsfunktsiooni diagnoosimist enne refluksi kirurgilist ravi.

KIRJANDUS: 1. *Ashcraft, K. W., Holder, T. M. Pediatric Surgery. Philadelphia, 1993.* — 2. *Kelalis, P. P., King, L. R., Belman, A. B. In: Clinical Pediatric Urology. Philadelphia, 1992, 1.* — 3. *Majass, M. V. sb.: Tezís dokladov XII sjezda pediatrov Estonkoi SSR, 21.—22. maja 1985. Tallinn, 1985, t. II, 152.*

Skolioosi kirurgiline ravi Cotrel-Dubousset' instrumentaariumiga

Tiit Härma

skolioos, kirurgiline ravi, CD-instrumentaarium

Skolioosiks nimetatakse lülisamba kõverdumist külgsuunas. Frontaalatasapinnast tehtud (AP) röntgenifilmil peab lülisamm olema sirge. Antropomeetriliste uuringute andmetel on kerged külgekõverdused üsna tavalised ja neid ei peeta haiguse ilminguks, vaid inimkeha normaalseks asümmeetriaks (4).

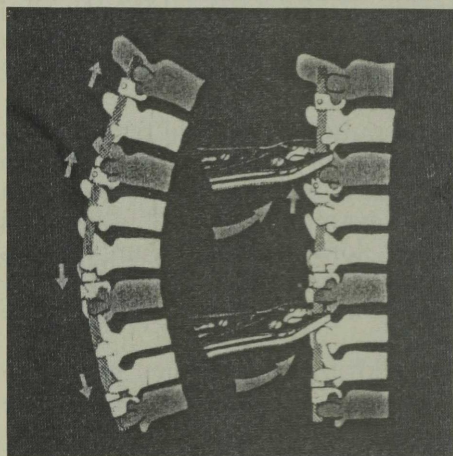
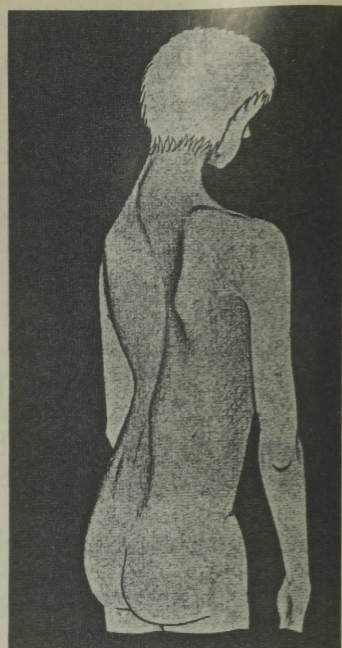
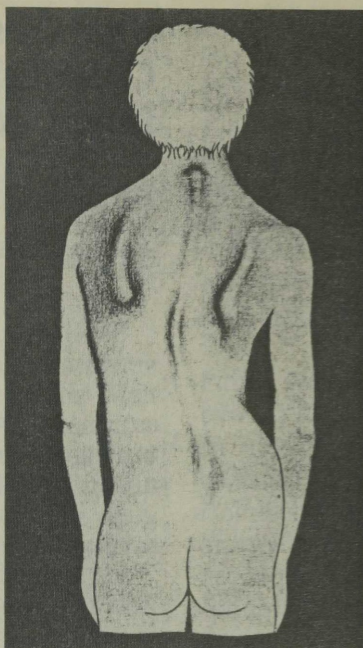
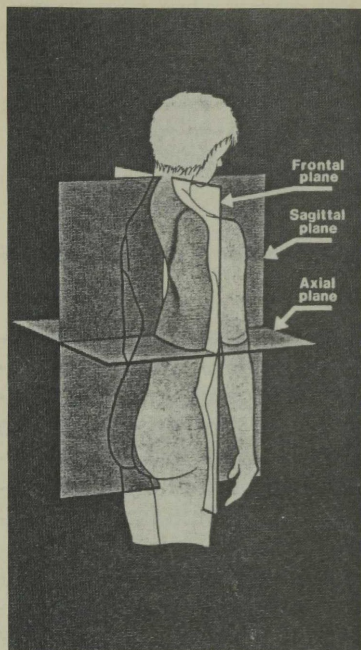
Idiopaatiline skolioos on lülisamba selline kõverdumine kolmes tasapinnas, mille põhjus ei ole teada ja mille patogenees on ebaselge. Seega tuleb skolioosi alati vaadelda kui kolmemõõtmelist struktuuri: frontaal-, sagitaal- ja aksiaalatasapinnalist (vt. joonis 1).

Skolioosi puhul on sagitaalatasapinnaline deformatsioon sama oluline või isegi olulisem kui külgsuunaline. Torakaalosa on sagitaalatasapinnas kas suhteliselt või absoluutselt lordootiline ja lumbaalosas suhteliselt või absoluutselt küfootiline (vt. joonis 2). Aksiaalatasapinnas esineb lülide torsioon (1).

Skolioosi kirurgiline ravi on näidustatud sel juhul, kui lülisamba kõverdus ületab 40...45°. Lülisamba kõverdus õgvendatakse spetsiaalse instrumentaariumi abil ning alati tehakse ka lülide luuline kokkukasvatamine — spondüloodees. Seni skolioosi korrektsiooniks kasutatud Harringtoni distraktori puuduseks on, et lülisamba rinnaosa küfoos ei taastu, samuti jääb püsima lülide torsioon. Seega ei korrigeeru oluliselt roiete küber (*gibbus*) ja pärast operatsiooni on kuus kuud vaja kanda kipskorsetti.

Cotrel-Dubousset' (CD) instrumentaarium koosneb kahest metallvardast ja

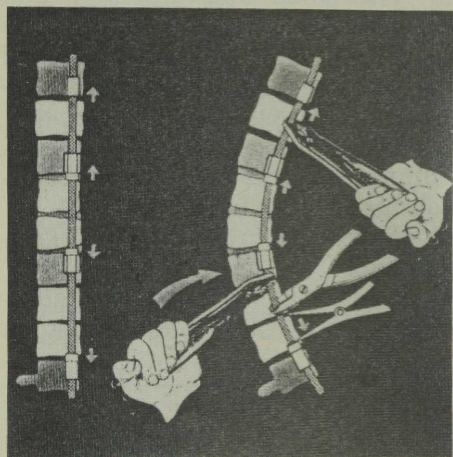
Tiit Härma — Tallinna Lastehaigla ortopeediaosakond



↑ Joonis 1. Skolioos frontaal-, sagitaal- ja aksiaaltasapinnalises vaates.

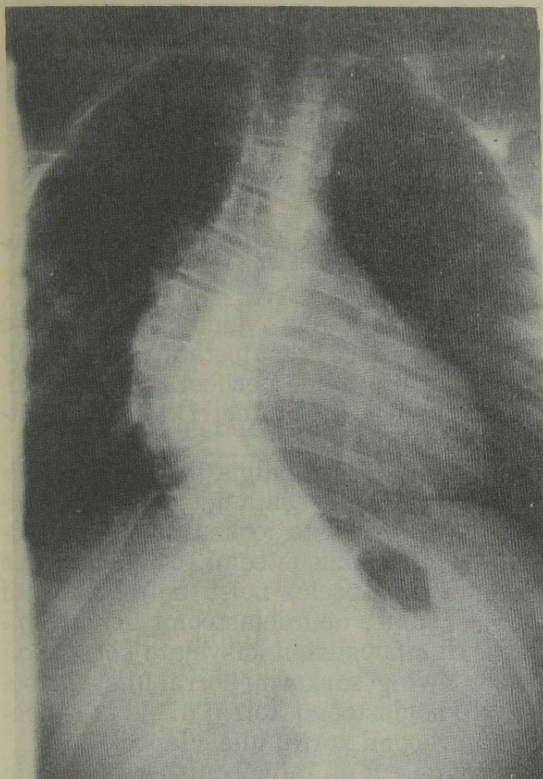
↑ Joonis 2. Skolioos frontaal- ja sagitaaltasapinnalises vaates.

← Joonis 3. Skolioosi korrigeerimiseks CD-instrumentariumiga.



Röntgenogramm 1. 14-aastase tütarlapse spondülogramm: parempoolne torakaalskolioos → T₁₁–T₅ 60° ja kompensatoorne vasakpoolne lumbaalkõvervus T₁₁–L₃ 40°.

Röntgenogrammid 2 ja 3. Operatsioonijärgne spondülogramm: skolioosi korrigeerimine CD-instrumentariumiga L₃–T₄.



konksudest, mida saab kinnitada lülিকাare aluselt (laminaarkonksud) ja interpedikulaarliigesesse (pedikulaarkonksud).

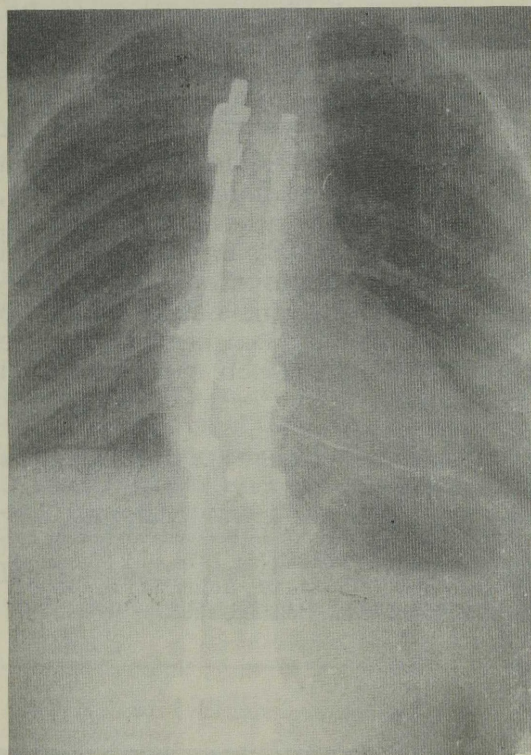
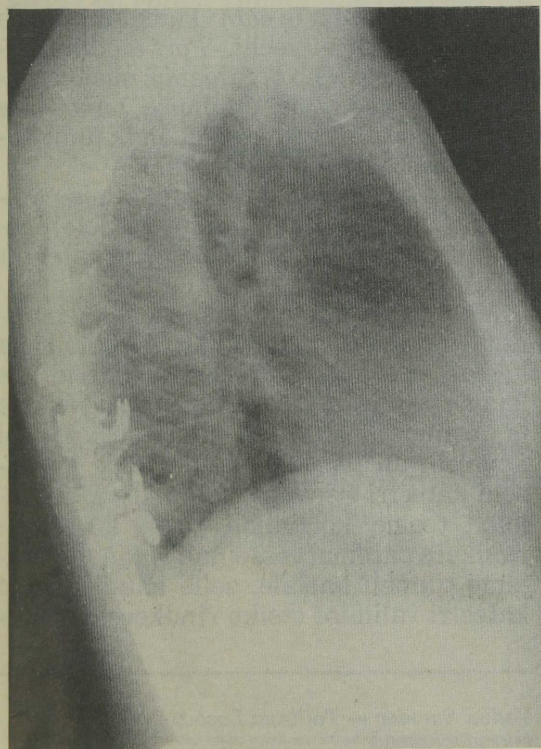
CD-instrumentarium võimaldab deformatsiooni stabiilse korrektsiooni kolmes tasapinnas, seega lisaks küljkõverdusele kõrvaldatakse lülide rotatsioon ja taastatakse lülisamba normaalne küfoos — lordoos. Deformatsiooni korrektsioon saadakse kõverdunud varda rotatsiooniga (2).

Skolioosi nõgususepoolse varda rotatsiooniga korrigeeritakse lordoos või taastatakse küfoos ja kumerusepoolse varda rotatsiooniga korrigeeritakse küfoos või taastatakse lordoos (vt. joonis 3).

Valikulise distraktsiooni või kompressiooniga korrigeeritakse segmentaaldeformatsioon ja õgvendatakse horisontaalseks kõverduse lõpplülid (1).

CD-instrumentariumiga opereeritud haigel ei ole vaja täiendavat fiksatsiooni korsetiga. Patsient võib tõusta kohe, kui haavavalu seda lubab.

Meie haigla ortopeediaosakonnas ja A.



Seppo nimelises Traumatoloogia ja Ortopedia Keskuses on skolioosi ning juveniilset küfoosi ehk Scheuermanni tõbe ravitud CD-instrumentariumiga 1993. aastast alates ja praeguseks on opereeritud 20 haiget. Opereeritute vanus on olnud 12...21 aastat. Skolioosi deformatsioon on olnud Cobbi järgi mõõdetuna 40...105°. Kõigil õnnestus deformatsiooni hästi korrigeerida. Haiglast lahkusid patsiendid 7...10 päeva pärast operatsiooni.

Neuroloogilise seisundi kontrolliks operatsiooni ajal kasutame nn. äratustesti (*wake up*) Stagnara järgi (3): vahetult pärast deformatsiooni korrigeerimist CD-instrumentariumiga viiakse patsient pindmisse narkoosi. Seejuures on haige endiselt intubeeritud ja operatsioonihaav avatud. Patsiendil palutakse liigutada jalgu. Kui see on võimalik, siis muudetakse narkoos uuesti sügavamaks ja operatsioon viiakse lõpule.

Ühel juhul lõppes skolioosi kirurgiline korrektsioon CD-meetodil tuisustusega. 14-aastaselt tütarlapsel, kellel oli skolioos 60°, tekkis esimesel operatsioonijärgsel päeval alumine spastiline parees isheemilisest seljaaju kahjustusest tingituna. Pärast taastusravi (umbes 6 kuud pärast operatsiooni) püsib osaline spastiline paraparees; põietalitluse häireid ei ole.

Siiani kasutatud Harringtoni instrumentariumiga võrreldes on operatsioon CD-instrumentariumiga aeganõudvam, keerulisem ja instrumentarium kallim, kuid meetodi eeliseks on: deformatsiooni korrektsioon kolmes tasapinnas; keskmine operatsioonijärgne haiglas viibimise aeg on umbes üks nädal; kipskorsett ei ole vajalik ja korrektsioon säilib enamasti täielikult.

KIRJANDUS: 1. *Cotrel, C. D. I.* Basic principles concepts and technique. Paris, 1990. — 2. *Cotrel, Y.* New instrumentation for surgery of the spine. London, 1990. — 3. *Moe, J. H.* Scoliosis and other spinal deformities. Philadelphia, 1978. — 4. *Poussa, M., Schlenzka, D., Ylikoski, M., Kotila, M., Hedberg, R.* Kasvuikäsen selkää. Helsingi, 1998.

Port-a-cath-infusiooni-süsteemi kasutamine lasteonkoloogias

Vadim Suvidov

lasteonkoloogia, port-a-cath-infusioonisüsteem, näidustused, vastunäidustused

Lasteonkoloogias vajadus pikaajalise ravikuuri järele ja tsütostaatiliste ravimite kahjustav toime perifeersetesse veenidesse tingivad püsikateetri kasutuselevõtmise vajaduse.

Tallinna Lastehaigla onkoloogiaosakond avati 1992. aasta detsembris ja umbes poolteise aasta jooksul oleme paigaldanud infusioonisüsteemi 16 onkoloogilise haigusega lapsele, neist nefroblastoomi korral viiele, neuroblastoomi korral kolmele, lümfisüsteemi kasvujate korral kolmele, Ewingi sarkoomi korral ühele lapsele, retinoblastoomi korral ühele ja rabdomüosarkoomi korral ühele lapsele.

Port-a-cath on infusioonisüsteem, mille puhul *port*=sadam ehk kamber implanteeritakse naha alla ja *cath*=kateeter viiakse rangluualusesse veeni. *Port-a-cath*-infusioonisüsteem võib organismis püsida umbes kaks aastat ja pindmise nahatorke kaudu saab teda kasutada ligikaudu tuhande infusiooni tegemiseks.

Port-a-cath-süsteemi paigaldamise võimalusi on mitu. Kasutatakse ka Seldingeri meetodit või siis paigaldatakse kateeter kirurgilisel teel.

Me oleme implanteerimiseks kasutanud järgmist meetodikat: nahalõikega kaelal paremal alumises kolmandikus leiame *v. jugularis externa dex.*, ligeerime ja avame ning viime sinna arkoskoobi kontrolli all teise-kolmanda roide kõrguseni kateetri sisemise otsiku. Teise nahalõike teeme kolmanda roide kõrgusele rindkere paremal eesseinal. Nahaalusi rajame tunneli kaelale, selle kaudu toome kateetri välimise otsiku rindkerele, ühen-

Vadim Suvidov — Tallinna Lastehaigla onkohematoloogiaosakond

dame kateetri kambriga ja implanteerime kambri naha alla. Sisemine kateetri otsik jääb viiduna läbi *v. jugularis externa v. subclavia vena cava*'sse. Selle meetodi eeliseks on asjaolu, et välditud on *v. jugularis externa* ja *v. subclavia* võimalik tromboos. Võimalikud on järgmised tüsistused: äratõukereaktsioon, sepsis, kateetri oklusioon, kateetri murdumine või eraldumine süsteemist, veeni perforatsioon, parema südamepoole perforatsioon, naaerosioon kateetri kohal, õhk- või tromboemboolia, pneumo- või hemotooraks, südame arütmia või tamponaad.

Meil on esinenud järgmisi tüsistusi: *v. subclavia dex.* tromboos lapsel, kellel varem oli 8 korral kanüülitud *v. subclavia*'t, ning tromboosi teke ei olnud ilmselt seotud *port-a-cath*-süsteemi kasutamisega; ühel juhul kateeter murdus; kahel juhul kateeter ei püsinud *v. cava*'s ja väljus liigutusel; ühel juhul tekkis aseptiline nahaalune nekroos, mille põhjustas nõela väljumine kambrist ravimi süstimisel.

Tüsistuste profülaktikaks on vaja silmas pidada järgmist: vältida *port-a-cath*-süsteemi kasutamist lastel, kellel *v. subclavia*'t on varem kanüülitud; esimesel kahel implantatsioonijärgsel kuul ei ole soovitatav lapsi tõsta kaenla alt; kambri punkteerimise järel tuleb nõel korralikult fikseerida; pärast protseduuri tuleb kamber ja kateeter korralikult hepariniseerida.

Laste pahaloomuliste kasvajate ravis on *port-a-cath*-süsteemi kasutamine väga vajalik, sest langeb ära perifeerse veeni igapäevase punkteerimise vajadus, nõela võib hoida kambris kogu ühe ravikuuri vältel (1...2 nädalat); verd saab analüüsiks võtta last traumeerimata; keemiaraavi ei kahjusta lapse perifeerseid veresooni; seisundi halvenemise korral on võimalik lapse vajadusi kiiresti korrigeerida infusiooniga; lapsed protseduuri ei karda; koos *port-a-cath*-süsteemiga saab last pesta ja vannitada.

Spinaalset düsrafismi põdejate ravi probleeme

Ann Paal Lauri Gustavson

spinaalne düsrafism, põhjused, esinemine, ravi

Status dysraphicus spinalis tähistab lootea arenguanomaaliat, mille korral lülisamba ühe või mitme lüli osas esineb lüliskaare sulgumise defekt (2). *Sina bifida occulta* on spinaalse düsrafismi kergeim vorm, mis avaldub enamasti üksnes lüliskaarte L5—S1 sulgumishäirena. Esinemissagedus normaalses populatsioonis on umbes 5%. Enamasti ei põhjusta see häire kaebusi, seda peetakse üheks normi variandiks. *Spina bifida aperta (cystica)* on spinaalse düsrafismi raskeima vormi tähistus. Defektsete lüliskaartega alalt eendub seljaaju koos teda katvate kudede (5, 8). Selle vormi tähistusena on levinud ka inglise keelest tulenev termin *meningo* (ajukest) *myelo* (aju) *cele* (kott e. põis), mis eestindatult oleks seljaajusong (5).

Seljaajusongaga kaasneb haigetel sageli patoloogilisi kõrvalnähte, nagu vesipäisust e. *hydrocephalus*'t (peaaju vatsakes-te laienemine), alajäsemete lõtva halvatus, urotrakti väärenguid, uriini- ja roojapidamatust, puusaliigeste kaasasündinud nihestust, komppoidasid ja muid väärenguid.

Embrüoloogia. Kesknärvisüsteem areneb viljastatud munaraku ektodermikis kihistunud rakkude tasemelt. Inimloote 18. arengupäevaks on kujunenud tulevase pea- ja seljaaju alge neuraalvaona, mis sulgub 24...26. arengupäevaks neuraaltoruks. Peapoolne osa sulgub kaudaalsest osast mõni päev varem. Neuraal-toru kraniaalse poole sulgumishäire korral ilmnevad peaaju väärestused, peaaajusongad. Kaudaalsema poole sulgumisdefektid avalduvad *spina bifida*'na. Mida puudulikum on esmasneuraal-toru normaalne areng, seda tõsisema spinaal-

Ann Paal, Lauri Gustavson — Tallinna Lastehaigla kirurgiaosakond

se düsrafismi ja kaasnevate väärarengu-
tega laps sünnib (5).

Etioloogia. Ajusongade täpsed tekke-
põhjused on seni veel tundmata. Geneeti-
listele mõjufaktoritele viitab asjaolu, et
erinevatel rahvustel on spinaalse düsra-
fismi esinemissagedus oluliselt erinev.
Näiteks Bostonisse emigreerinud iirlaste
seas oli 1000 vastsündinu kohta 1,6 *spina*
bifida juhtu, juutidel vaid 0,37 (7). On ot-
situd ja leitud seoseid aastaaegade mõju,
keskkonna saastatuse, emade sotsiaalse
kuuluvuse, perekondliku seisu, ravimite
tarvitamisega jne. (1, 3, 7, 8, 10), kuid
konkreetselt tõestust ei ole ükski põhjus
leidnud. Viimasel ajal on suurt tähelepa-
nu köitnud avaldused, et *spina bifida* te-
kitab foolhappepuudusest (3, 10).

USA Rahvuslik Tervise Keskus soovi-
tab ametlikult kõigile last planeerivatele
emadele ja rasedatele tarvitada päevas
0,4 mg foolhapet vitamiinidena või fool-
happerikka toiduna. See kogus foolhapet
on katsetes vähendanud lootel neuraalto-
ru defekti kujunemise riski ligikaudu
60%. Foolhape on B-rühma vitamiin,
mida meil müügil olevad tavapärased po-
lütamiinid ei sisalda. Eestis kättesaadava-
vaim ja odavaim foolhapperikas toiduaine
on kartul. Võib-olla oleks profülaktikana
meilgi kasulik kartulisöömisele rohkem
tähelepanu pöörata.

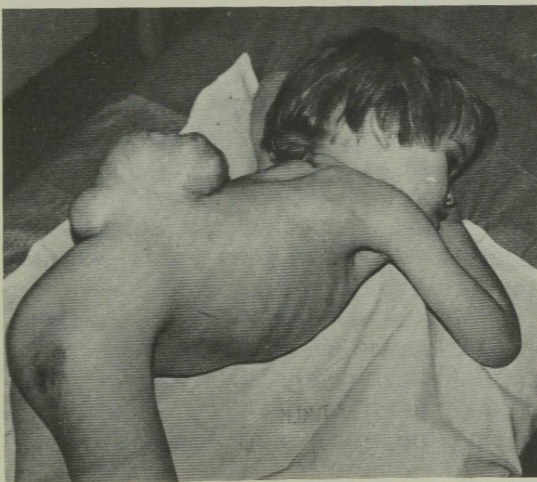


Foto 1. 7-aastane nn. perspektiivituks peetud
meningomyelocele'ga haige, sündimisest saadik
lastekodu kasvandik, normaalse vaimse aren-
guga.

Põhja-Eesti sündide statistika ja Tallin-
na Lastehaiglasse saabunud neuraalor-
tu defektidega (NTD) vastsündinute järgi oli
Eestis NTD esinemissagedus umbes 1,1
tuhande vastsündinu kohta aastail
1988...1990, võrdluseks Rootsis aastail
1964...1966 vaid 0,72 (8). On mõtlemapa-
nev, et meil ravil viibinud NTD-ga laste
emadest on lapse sünni ajal 80%-l olnud
«ebastabiilne perekondlik seis», s.t. ema
on olnud üksikema või lahkumineja või la-
hutatud, uude abiellu astuja. 74%-l NTD-
ga lapse sünnitanud emadest on anam-
neesis eelnevalt üks või mitu artefisiaal-
set aborti. Aastate lõikes on Eestis kõige
rohkem NTD-ga lapsi sündinud aprillis,
kõige vähem oktoobris. Soomes sündivat
NTD-ga lapsi rohkem augustis ja kõige
vähem novembris (8).

Ravitaktika ja põhimõtted. Nõuko-
gude Liidus oli seisukoht, et ajusongade
ja vesipeaga haiged on neurokirurgiline
kontingent. Olid kriteeriumid selle kohta,
missugust vastsündinut opereerida ja
missugust mitte. Kui lapsel esines peale
seljaajusonga ka vesipea või ortopeedilisi
väärastusi või uriinipidamatust või muid
haigusi, siis peeti teda ravimatuks. Vane-
matele soovitati lapsest loobuda ning ena-
mik haigeid suunati lastekodusse lootus-
es, et nende eluiga on seal lühike. Näili-
selt ei olnud üldmeditsiinis seejärel enam
probleeme nn. eluks sobimatu kontingen-
diga.

Vaatamata rasketele kehalistele puue-
tele, on need haiged enamasti normaalse
intellektiga, vaimselt arenemisvõimeli-
sed. Nende elulemus on osutunud arva-
tust palju suuremaks. Lastekirurgide
juurde tulid nad ravile suurte troofiliste
haavandite, sepsise, ureemia või muu sel-
lise tõttu, sest muud kohta nende vaevus-
te kergendamiseks ei olnud. Uriini- ja roo-
japidamatus tegi need lapsed ebameeldi-
vaks ja raskesti hooldatavaks.

1985. aastast hakkasime Tallinna Las-
tehaiglas süvendatult tegelema NTD-ga
haigetega. Uurisime, kuidas ja mil mää-
ral kusagil neid haigeid ravitakse, kes ra-
vivad, milline on laste hilisprognoos. Et
soomlased ja rootslased on eestlastele nii
hingelaadilt kui ka tavadelt kõige läheda-

semad, siis nende kogemused tundusid kõige usaldatavamad. Tõdesime, et meie mahajäämus arusaamades, raviseisukohades ja -vahendites oli 15...10 aastat. Seljaajusongaga haigeid ei peetud ka raskete haigusvormide korral enam ravimatuks. Otsustasime vanu eelarvamusi eirates alustada vastsündinutest, s.t. põhjanaabrite taoliselt.

Ühegi vastsündinu kohta ei tohi otsust elu perspektiivituse suhtes teha ilma eelnevat vajalikku eriabi andmata. Need haiged on multidistsiplinaarsed, s.t. samaaegselt mitme erialaspetsialisti ravi valdkonda kuuluvad. Sünnist alates ja eelkoolieas vajab enamik neist lastekirurgi abi. Ravi eesmärgiks on korrigeerida väärustusi selliselt, et ei pidurduks lapse looduse poolt määratud ealine normaalne areng ja saaksid ennetatud väärarengust tulenevad pöördumatud muutused elundisüsteemides, tuisistused.

Õigeaegselt korrigeeritud puuetega laste kohanemine on hämmastav. Pareetiliste alajäsemetega üheaastane tugiproteesidega laps suudab kõndima õppida sama osavalt kui terve eakaaslane proteesideta. Halvatud jäsemetele alles viieaastaselt tugiproteesid saanud lapse kõndima õppimine on palju vaevarikkam. NTD-ga laste väärarengut ei saa muuta olematuks, kuid õigeaegse töömahuka ravi ja abivahenditega on võimalik korrigeerida inkontinentsi, neuroloogia- ja ortopeediaprobleeme selliselt, et lapsed oleksid võimelised sotsiaalselt täisväärtuslikena integreeruma ühiskonda. Eduka ravi tingimuseks on, et NTD-ga laste ravi algab sünnist alates.

Praegu on meil ravi korraldatud järgmiselt.

— Spinaalse düsrafismiga vastsündinu tuuakse otse sünnituslaualt lastekirurgiaosakonda.

— Vaatamata kõrvalanomaaliatele ja seisundi raskusele, tehakse lapsel ajusonga plastiline operatsioon 24 esimese elutunni jooksul.

— Kaasneva hüdrokseefaluse osas toimub dünaamiline jälgimine ja vajaduse korral tehakse samaaegne või varajane šunteeriv operatsioon. Väga varajane sel-

jaajusonga ja vesipea kirurgiline ravi väldib elupuhuselt kujuneda võivat mädainfektsiooni, hüdrokseefaluse dekompensatsiooni. Ligikaudu 40% hüpertensiivse hüdrokseefalusega patsientidest on vajanud šunteerivat operatsiooni alla kolme kuu vanuses.

— Urotrakti ravi algab kusepöie kohest kateteriseerimisest. 7...60%-l meningomüelotseelega sündinud lastest esineb kongenitaalne neerude hüdronefrootiline transformeeritus, mis seljapiirkonna operatsiooni ajal tekkinud nn. spinaalse šoki tõttu võib uriinipeetuse lisandumise korral kujuneda püsivaks (4, 6).

— Ortopeediliste anomaaliate ravi on suunatud lapse tulevast käimahakkamist takistavate põhjuste varajasele korrigeer-

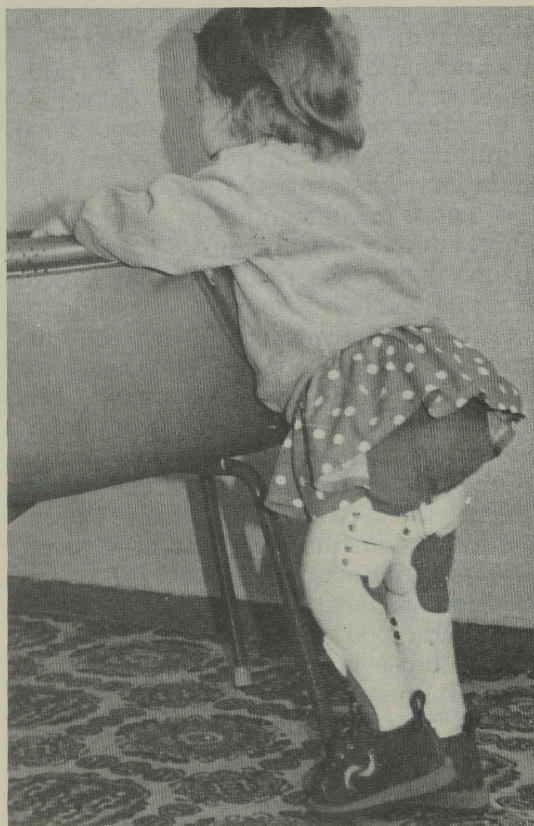
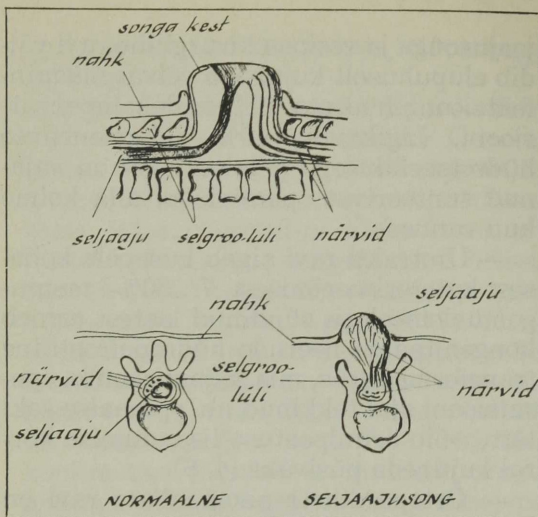


Foto 2. 3-aastane hulgianomaaliatega (lumbosakraalne ajusong, komppöiad, uriinipidamatus, alajäsemete lõtv halvatus, šundiga kompenseeritud vesipäisus) tütarlaps, keda on esimesest elupäevast alates ravitud nüüdisaegsete põhimõtete järgi. H. Maasikmetsa fotod.



Joonis. Üleval seljaajusonga pikilõige, all ristlõige.

rimisele (9). Näiteks puusaliigete nihestuse asendravi, komppöidade korrektsioon (kui on raskekujuline deformatsioon, siis opereeritakse komppöidsuse puhul 1...2. elukuul, puusaliigeseid paigaldatakse kirurgiliselt 1...2. eluaastal).

— Lapse psühhomotorset arengut jälgib ja suunab neuropatoloog. Kõik NTD-ga lapsed dispanseeritakse sünnist alates. Neid jälgivad individuaalsetele vajadustele vastavalt pidevalt lastekirurg (sealhulgas uroloog ja ortopeed) ja neuroloog. On korraldatud süsteemne taastusravi. Tallinna Proteesitööstuse abiga on lahendatud lastele vajalike nüüdisaegsete tugijalatsite ja tugiaparaatide valmistamine. Suured lootused on uriiniinkontinentsi ravi nüüdisajastamiseks, sest hiljuti saadi neurorodünaamilisi uuringuid võimaldav eriaparatuur. Oleme püüdnud korraldada tööd nii, et sünnist saadik tegelevad lapse ja ta vanematega ühed ja samad inimesed, nn. *team*. Laste arengu hindamiseks ja jälgimiseks on sisse seatud haigepassid. Haigepassis on kajastatud lapse isikuandmed, diagnoos, tehtud operatsioonid ja uuringud, saadud ravi, šunteeritudel andmed šundi kohta, lapse raviarstid.

Eestis elavate seljaajusonga ja vesipeadega laste ravi ning hoolduse parandamiseks, negatiivsete stereotüüpide ja psüh-

holoogilise barjääri murdmiseks nende haigustega laste ravi võimalikkuse kohta, aga ka nende laste vanemate, hooldajate ja meedikute ühendamiseks asutati ja registreeriti 15. detsembril 1990. aastal Eesti Seljaajusonga- ja Vesipeahaigete Selts (lühendatuna «MMC & HC» Selts). Praegu on seltsis registreeritud 90 haige lapsega peret. 1993. aastal ei loobunud esmakordselt ükski perekond oma ajusongaga sündinud lapsest.

Kokkuvõte. *Status dysraphicus spinalis* tähendab lootea arenguanomaaliat, mille korral lülisamba ühe või mitme lüli osas esineb lülিকাarte sulgumise defekt. Väärarengu raskeimaks vormiks on seljaajusong — *meningomyelocele*. Aastate eest peeti neid haigeid ravi seisukohalt perspektiivituks. Uurimis- ja ravivahendite täiustumisega, vastsündinueast alustatud nüüdisajastatud kompleksraviga on võimalik haigeid adpteerida oma puudele ja muuta ühiskonda sotsiaalselt vastuvõetavateks.

KIRJANDUS: 1. Bamforth, J., Baird, P. A. Am. J. Hum. Genet., 1989, 44, 225-232. — 2. Barson, A. J. Anat., 1970, 106, 489-497. — 3. Czeize, A. E., Dudas, I. New Engl. J. Med., 1992, 24. — 4. Erickson, D., Bartholomew, Th., Marlin, A. J. Urol., 1989, 142. — 5. James, M. C., Lassman, L. P. Spina Bifida Occulta. London, 1981. — 6. Jones, M., Reiner, I. a.o. Pediatr. Surg., 1991, 1, 1-52. — 7. Leck, I. Brit. J. Prev. Sci. Med., 1969, 23, 166-173. — 8. Lindy, M. Spina bifida cystica esiintyminen Suomessa vuosina 1963-1972. Helsinki, 1982. — 9. Michael, Th., Preisler, B. a.o. Spina bifida. Das Berliner Konzept. Der Zusammenstellung 1992 by Sozialpädiatrisches Zentrum der FU Berlin. — 10. Werler, M., Shapiro, S., Mitchell, A. JAMA, 1993, 10, 269, 10.

Monogeensete haiguste struktuur Tallinna Lastehaigla vastuvõtuosakonna andmetel aastail 1983...1993

Krista Vehm Kaja Leito Ülle Einberg

arengupeatus, mitme elundisüsteemi kahjustus

Üha enam oleme saanud teadlikumaks pärikkuse juhtivast osast haiguste tekke ja sageli meditsiini võimetusest seda muuta. Oigeaegselt avastatud haigusjuhtude korral on aga võimalik ära hoida või vähendada raskete, sageli pöördumatute kahjustuste tekkimist. Rasked, eriti kesk-närvisüsteemi kahjustusega kulgevad haigused võivad juba varajases lapseas põhjustada invaliidsust või olla otseselt surma põhjuseks. Oige diagnoos võimaldab määrata järgmise haige lapse sünni riski ning annab võimaluse kasutada antenataalset diagnoosimist.

Ühe geeni defektist tingitud ensüümpaatia, olenevalt ensüümi kvalitatiivse või kvantitatiivse puudulikkuse astmest, põhjustab organismis raskeid metaboolseid nihkeid. Sageli kaasneb mitme elundisüsteemi kahjustus.

Kirjanduse andmetel diagnoositakse neid geenihaigusi 1%-l elanikkonnast. Aastail 1983...1993 diagnoositi Tallinna Lastehaigla vastuvõtuosakonnas monogeenseid haigusi 52 lapsel. Haiguste struktuur on toodud tabelis. Monogeensete haigustega lapsed moodustasid vaid 0,6% kõikidest osakonda hospitaliseeritud lastest.

Lapsed hospitaliseeriti 14 päeva kuni 6 aasta vanuses. Hilist diagnoosimist täheldati fenüülketonuuriat ja kaasasündinud hüpoteureosiga haigetel, kellel diagnoos oli pandud vastavalt kahe ja kolme aasta

vanuses. Fenüülketonuuriaga haigetest viis olid tütarlapsed ja üks poeglaps, primaarse aminoatsiduuriaga haiged jaotusid vastavalt 4:2.

46%-l uurituist esines vaimse ja psühhomotoorse arengu peetus või taandareng, mis algas tavaliselt 2...4. elukuust. Samuti kaasnes 31%-l haigetest füüsilise arengu peetus.

35%-l uuritud lastest olid hospitaliseerimise põhjuseks korduvad krambid, mis ei allunud krambivastasele ravile. Kramptide tekkimise põhjuseks olid sagedamini hüpoglükeemia, hüpokaltseemia, millega kaasnesid rasked metaboolsed nihked: at-sidoos, ketoatsidoos või laktatsidoos.

Üllatavalt palju esines seedehäireid, nagu oksendamist või kõhulahtisust (29%-l), ning hepatomegaaliat (17%-l). 17%-l uurituist täheldati hingamishäireid. 21%-l haigetest diagnoositi rahhiitilist sündroomi, mis oli tekkinud suhteliselt hilja, s.o. esimese eluaasta lõpul või teisel eluaastal. 13%-l haigetest täheldati omapäraseid fenotüübi muutusi, mis olid sageli aluseks diagnoosi panemisel.

Väga alarmeerivaks sümptoomiks oli esimesel elupoolaastal tekkinud nüstagm, mis oli tingitud närvirakkude teisest kahjustusest organismis kuhjunud toksiliste vahemetaboliitide tõttu. Seda sümptoomi leiti uuritud lastest 4%-l ja see oli tekkinud alates neljandast elukuust.

Monogeensete haiguste diagnoosimisel olid olulised järgmised laboratoorsed uuringud: vere suhkrusisaldus; glükoosi tolerantsuse test; vere happe-leelise tasakaal; aluselise fosfataasi, kaltsiumi, fosfori, lipiidide, uurea, transaminaaside, laktaadi, püruvaadi ja aminohapete sisalduse määramine vereseerumis ning aminohapete sisaldus uriinis. Rahhiitilise sündroomiga haigetel määrati ööpäevane fosfaatide ja kaltsiumi eritus uriiniga ning tehti luustiku röntgenuurinud. Vajaduse korral määrati patoloogilisi vahemetaboliite veres ja tehti hormonaaluurinuid. Ühel haigel tehti maksabiopsia. Neljal haigel kinnitasid diagnoosi patoanatomilise uurimise tulemused.

Krista Vehm, Kaja Leito, Ülle Einberg — Tallinna Lastehaigla vastuvõtuosakond

Tabel. Monogeensete haiguste struktuur Tallinna Lastehaiglas

Diagnoos	Haigus-juhtude arv	Keskmine vanus hospita-liseerimisel	Sooline struktuur T:P	Hospitaliseerimise põhjus
Fenüülketonuuria	6	2,2 a.	5:1	Arengupeatus, krambid
Türosinoos	1	2,5 k.	0:1	Hepatiit
Tsüstiinoos	1	2,5 a.	1:0	Valgusekartus, nüstagm, füüsilise arengu peetus
Primaarne aminoatsiduuria	6	8 k.	2:4	Hingamishäired, arengupeatus
Fruktoseemia	1	8 k.	1:0	Krambid, hepatomegaalia, gastrointestinaalsed nähud
Laktaadi dehüdrogenaasi puudulikkus	2	7 k.	1:1	Krambid, hüperkineesid
Hüperlipideemia I, III tüüp	2	7 a.	1:1	Gastrointestinaalsed nähud, kõhuvalu
Leukodüstroofia (Krabbe sündroom)	1	3,4 k.	1:0	Kiiresti progresseeruv arengupeatus
(Merzbacheri-Pelizaeusi sündroom)	1	2 k.	0:1	Hüperkineesid, nüstagm
Adrenogenitaalne sündroom (soolakaotussündroom)	2	14 p.	0:2	Gastrointestinaalsed nähud, sepsis
Kaasasündinud hüpotüreoos	2	3 a.	1:1	Arengupeatus
Pseudohüpoparatüreoos	2	4 a.	0:2	Omapärane fenotüüp, arengupeatus, krambid
Hüpoparatüreoos	1	2,5 a.	0:1	Rahhiit, omapärane fenotüüp
Mukolipidoos II tüüp	1	8 k.	0:1	Omapärane fenotüüp, arengupeatus
Mukopolüsahharidoos II tüüp	2	2 a.	2:5	Omapärane fenotüüp, arengupeatus, rahhiit
Menkese sündroom	1	2 k.	0:1	Krambid
Fosfaatdiabeet	5	2,1 a.	3:2	Rahhiit
Mukovistsidoos	6	5 k.	4:2	Gastrointestinaalsed nähud, bronhiit
Tsöliaakia	7	1,2 a.	4:3	Kõhulahtisus, füüsilise arengu peetus
Mage diabeet (X-liiteline, nefrogeenne)	1	1,5 a.	0:1	Omapärane fenotüüp, polüuuria, janu, palavik, arengupeatus
Trüptofaaniainevahetuse puudulikkus, B-vitamiini-puudusest põhjustatud krambid	1	1,5 a.	0:1	Krambid, arengupeatus

T — tütarlapsed, P — poeglapsed

Järeldused.

1. Monogeensete haigustega patsiendid hospitaliseeriti pediaatrias hästi tuntud järgmiste sündroomidega: arengupeatus, krambid, hingamis- ja seedehäired, rahhiit.

2. Haiged hospitaliseeriti suhteliselt hilja, kui olid välja kujunenud juba mitme elundisüsteemi kahjustused.

3. Monogeenseid haigusi diagnoositi vaid 0,6%-l osakonda hospitaliseeritud lastest, mis lubab arvata, et palju haigusjuhte on jäänud diagnoosimata.

Lõpetuseks tahaksime rõhutada, et neil lastel, kellel sünnijärgselt või esimesel elupoolaastal tekivad ebaselged hingeldushood, toitmisraskused, seedehäired, krambid ja arengupeatus mitme elundisüsteemi kahjustusega, on näidustatud põhjalikud ainevahetuse uuringud võimalike pärilike haiguste väljaselgitamiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Badaljan, P. O., Tabolin, V. A. Nasledstvennoje bolezni u detei. M., 1971. — 2. Kozlova, S. I., Semanova, E., Demikova, K. S. i. dr. Nasledstvennoje sindromõ i mediko-genetišeskoje konsultirovanije. M., 1987. — 3. Scriver, C., Becudet, A. I. The metabolic basis of inherited disease. Boston, 1989.

Krooniline granulomatoostõbi

Kaja Leito

patogenees, kliinik, diagnoosimine, ravi, haigusjuht

Kroonilisest granulomatoostõvest ajendas kirjutama haigusjuht, mis väärib tutvustamist harva esinemise, diagnoosimise ja ravimise raskuse tõttu. Viiteid selle haiguse diagnoosimise kohta Eestis ei ole ma leidnud.

Kroonilisele granulomatoostõvele (*chronic granulomatous disease, progressive septische granulomatose*) on omane raskelt kulgevate bakteriaalsete ja seenhaiguste korduv esinemine varajases lapseast alates. Tegemist on kongenitaalse fagotsüütide defektiga, mille kohta kirjanduse andmed pärinevad 1957. aastast (3). Haigus on päritav X-liiteliselt, retsessiivselt või autosoomretsessiivselt. Praeguseks on kindlaks tehtud neli geneetilist erinevat molekulaarset defekti (3). Haigus on harva esinev, esinemissageduseks arvatakse olevat üks haigusjuht ühe miljoni inimese kohta (4).

Krooniline granulomatoostõbi on immunodefitsiitne haigus, mis on põhjustatud NADPH-oksüdaasi puudumisest töötavates fagotsüütides. Normaalselt töötavad fagotsüüdid (neutrofiidid, monotsüüdid, makrofaagid ja eosinofiilid) tarbivad mikroorganismi kohates palju hapnikku, mis NADPH-oksüdaasi toimel redutseeritakse mikrobiidideks superoksiidaniooniks. Kroonilise granulomatoostõve puhul ei tarbi fagotsüüdid rohkem hapnikku ega tooda superoksiidaniooni või toodavad nad seda väga väikeses koguses. Selle defekti tõttu ei õnnestu neil hävitada sissetunginud baktereid ega seeni (3).

Kaja Leito - Tallinna Lastehaigla

Organism ei tule toime just katalaaspositiivsete bakterite (*Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* aerobakter, *E.coli*, *Serratia marcescens*, *Pseudomonas*, *Proteus* ning *Salmonella*) ega seente hävitamisega (2). Anaeroobid, strepto- ja pneumokokid, *Haemofilus influenza* põhjustavad raskekujulist infektsiooni neil harva. Viirusinfektsioone põevad need haiged tavaliselt, kuid ohtlikuks võib see muutuda bakteriaalse tüsistuse korral (3).

Esimesed infektsioonid avalduvad tavaliselt esimesel eluaastal, mõnel juhul kohe pärast sündi püodermia. Infektsioon tekib sageli organismi sissepääsuväratis — nahal, limaskestadel, kopsudes ja mononukleaarsete fagotsüütide süsteemis (lümfisõlmed, maks, põrn, jämesool).

Tuntud põletikulised reaktsioonid, mis on iseloomulikud normaalse neutrofiilide reaktsiooniga patsientidele, selle haiguse puhul sageli puuduvad. Infektsioon võib kulgeda alagedalt või loiult.

Kroonilist granulomatoostõbe põdevad lapsed on tihti alakaalulised ning lühikest kasvu. Iseloomulik on eksematoidne dermatiit, mis lokaliseerub avauste — silmad, kõrvad, nina, suu — ümber ning areneb tihti mädaseks dermatiidiks, nahaabstsessiks või regionaarseks mädaseks lümfadeniidiks. Tservikaalne mäदानe lümfadeniit abstsesside ja fistulitega võib olla esimeseks infektsioonikoldeks.

Pneumoonia on tihti väheste kliiniliste, kuid väljendunud radioloogiliste tunnustega. Tavaline on abstsessi, empüeemi destruktsiooni tekkimine. *Aspergillus*'e põhjustatud pneumooniale on omane väheproduktiivne kõha.

Haigus võib haarata mao ja seedetrakti kogu ulatuses, suuõhnest pärasooleni. Stomatiit, ösofagiit, antrumi ahenemine põhjustatuna granulomatoosist infiltraadist maoseinas, Krohni tõbe simuleeriv granulomatoosne koliit, proktiit perianaalsete fistulitega on iseloomulikud kroonilisele granulomatoostõvele. Sageli

esinevad hematosplenomegaalia ja maksaabstsess.

Osteomüeliit võib haarata kõiki luid, kuigi iseloomulikum on põletiku lokaliseerumine metakarpaal-, metatarsaalluudes, rinnakus ja lülisambas. Kuseelundite infektsiooni tuleb ette harva (3).

Haigetel esinevate korduvate bakteriaalsete abstsesside, halvasti ravitavate pneumooniate (eriti *Aspergillus*'e põhjustatud), granuloomide või granulomatoosi korral õneselundites tuleb mõelda granulomatoostõvele, haige vanusest sõltumata. On väga oluline panna õige diagnoos haiguse varajases staadiumis, sest sellel on suur tähtsus edasises ravis.

Laboratoorses diagnostikas on kasutusel nitroblautetrasooltest (NBT-test), mis on lihtne ja kiiresti tehtav ning põhineb nitroblautetrasooli muutumisel tumesiniseks formasaaniks superoksiidaniooni toimel, mida toodab normaalselt töötav NADPH-oksüdaas normaalsetes neutrofiilides, kusjuures neutrofiilid muutuvad siniseks. Kroonilise granulomatoostõve all kannatava haige neutrofiilid ei redutseeri seda värvainet ja neutrofiilid ei muutu siniseks (1).

NBT-testiga on võimalik identifitseerida X-liitelise granulomatoostõve kandjaid. Tuleb uurida kõiki patsiendi naissoost sugulasi, samuti neid, kes on korduvalt põdenud aftooset stomatiiti, abstsesse. Neil leitakse tavaliselt nii NBT-positiivseid kui ka TBT-negatiivseid rakke. Kui esineb autosoomretsessiivne kaasasündimus või X-kromosoomi kahjustused ilmnevad lapsel esineva spontaanse mutatsiooni tagajärjel, on mõlema vanema rakkude funktsioon normaalne. Sünnieelne diagnoosimine on võimalik, tuleb teha fetaalne vereproov 20. rasedusnädalal, kasutades selleks NBT-testi (1).

Kroonilise granulomatoostõve ravi on keeruline, sest puuduvad kättesaadavad kausaalse ravi võimalused. Selle haiguse puhul on oluline ägeda infektsiooni kohe ja nn. agressiivne mikroobivastane

ravi ning pikaajaline/pidev agressiivne mikroobivastane profülaktika. Samuti on olulised kõik võtted bakteriaalse infektsiooni vältimiseks.

Kroonilise granulomatoostõve puhul on efektiivsed mikroobivastased ravimid, millel on järgmised omadused: ravim peab läbima rakumembraani, et hävitada mikroobe fagosoomide sees. Eelistatud on lipofiilsed antibiootikumid, mis kaasatakse aktiivsesse membraantransporti, hüdrofiilsete ees. Ravim peab olema bakteritsiidne, selleks et hävitada mikroob fagosoomi sees. Ravimi mikroobivastane toimespekter peab olema vastav tekitajale. Trimetopriim-sulfametoksasool, rifampiin, glindamütsiin ja fosfomütsiin on eespool nimetatud ravimite omadustega (3). Pikaajaliseks antibakteriaalseks profülaktikaks on head preparaadid trimetopriim-sulfametoksasool või sulfoonamiid-allergia korral trimetopriim ja rifampiin. Rifampiin ja glindamütsiin on toimivad grampositiivsete, fosfomütsiin gramnegatiivsete mikroobide korral (3). Häid tulemusi on andnud teikoplamiin ja asitromütsiin grampositiivsete mikroobide ning tsiprofloksatsiin gramnegatiivsete mikroobide korral (1).

Aspergillus'e põhjustatud pneumoonia raviks kasutatakse amfoteritsiin B suures annuses (1).

Aspergillusevastaseks pikaajaliseks profülaktikaks on hakatud kasutama efektiivset kolmanda põlvkonna antimükotikumit itrakonooli, suu kaudu 5 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas (3).

Üks profülaktika võimalusi on rekombinantse inim- γ -interferooni kasutamine, mis on andnud hea kliinilise efekti. Viimased andmed aga ei kinnita γ -interferooni toimet fagotsüütide oksüdatiivse aktiivsuse taastamises (1). γ -interferooniprofülaktika on pikaajaline, süste-ravimina määratakse seda kolm korda nädalas. Kõrvalnähtudena võivad haigetel tekkida peavalu ja palavik. Pidev

profülaktika maksab 10 000 naelsterlingit aastas. Seda arvestades soovitatakse preparaati kasutada ainult neil juhtudel, kui mikroobivastaste vahenditega ei ole efekti saadud (1).

Kirjanduses on andmeid luuüdi transplantatsiooni kasutamise kohta. Allogeenne luuüdi transplantatsioon tuleb arvesse ainult nende haigete korral, kellel on HLA-identseid õdesid ja vendi ning keda ei saa ravida muude vahenditega (3).

Tuleviku väljavaade kroonilise granulomatoostõve ravis on somaatiline geeniravi (3).

Haigusjuht. 2,5-aastane poeglaps J. L. (Tallinna Lastehaigla haiguslood nr-d 6330/1991, 2238/1992, 3683/1992, 1336/1993, 5730/1993, 4508/1994), sündinud esimesest rasedusest, normaalne sünnitus. Areng esimesel eluaastal eakohane, esinesid eksudatiivse diateesi nähud. Perekonnaanamnees: lapse ema peab ennast terveks, lapse isa oli surma saanud õnnetuse läbi. Emapoolne vanaema on korduvalt põdenud kaela lümfisõlmede põletikku.

11 kuu vanuselt haigestus laps esimest korda palavikuhaigusesse, millega kaasnesid ägeda respiratoorse infektsiooni tunnused. Pikaajalise palaviku tõttu osutus vajalikuks statsionaarne ravi. Vereanalüüsi põhjal oli tunduv SR-i kiirenemine.

Kahe ja poole aasta vanuselt (juunis 1991) lapsel kaela lümfisõlmed suurenesid, tekkisid põletikunähud, mis vajasisid ambulatoorset kirurgilist ravi. Lümfisõlmest saadi mäda, antibakteriaalset ravi ei määratud.

Esimest korda oli laps kahe aasta ja kümne kuu vanuselt statsionaarsel uurin-gul ja ravil (8.12.1991...2.04.1992). Laps hospitaliseeriti kõhuvalu tõttu, valu oli enamasti öösiti paremal roidekaare all. Laps oli muutunud virilaks ja isutuks. Kliinilises leius olid kaela ja aksillaarsed lümfisõlmed suurenenud. Maks oli palpeeritav 3 cm allpool roidekaart, hell. Palavikusakid kuni 38,5 °C. Laboratoorsed näitajad: SR kiirenenud kuni 55 mm/t^g, leukots. maksimaalselt kuni 15,8×10⁹,

verevalemis nihe vasakule. Punavere näitajad olid normis. Biokeemilised maksa- ja neerufunktsiooni näitajad normis; IgG 20,5 g/l, IgA 2,9 g/l, IgM 1,65 g/l.

Juba 12. detsembril 1991 leiti ultraheiliuringul maksavärati piirkonnas piirdunud tihedama ebaühtlase struktuuriga ümarvari (granuloom?). Kogu järgnev diagnoosimine oli maksagranuloomi geneesi selgitamiseks. Mõeldi tuumori, tuberkuloosi ja ehhinokoki võimaluse. Tehti rohkelt lisauuringuid, nagu maksa angiograafia, kopsude, neerude, mao, seedetrakti röntgenuuringud ja muud. Lümfi sõlmede biopsia leid: krooniline granulomatoosne lümfadeniit. Bakterioloogilises leius *Staphylococcus aureus*.

Maksapunktsiooni aspiratsioonibiopsia leid: krooniline produktiivne põletik abstsedeerumisega.

Uurimise ajal lapse seisund ei paranenud. Pärast lisandunud respiratoorset infektsiooni jäi püsima palavik, tekkis hingeldus. Röntgenoloogiliselt kopsu parempoolne kesk- ja alasagara protsess, *pleura* haaratus. Lapsel tekkis aneemia. Last raviti kui sepsisehaiget. Määrati intensiivne antibakteriaalne ravi (linkomütsiin, trihhopool, tsefameksiin, karbenitsilliin, amikatsiin, nüstatiin), korduvalt tehti vereülekandeid, süstiti stafülokokivastast γ -globuliini. Laps kirjutati haiglast välja kliiniliselt paranenuna.

1992. aasta augustis põdesid laps ja kogu perekond palaviku ja kõhulahtisusega kulgevat haigust. Arsti poole pöörduiti alles 10. haiguspäeval, sest lapsel jäid püsima palavik ja kõhuvalu. Kliiniliselt kahtlustati salmonelloosi, mis aga bakterioloogiliselt ei kinnitunud.

30. augustil 1992 oli laps hospitaliseerimisel raskes seisundis, esinesid intoksikatsiooninähtud ja kõrge palavik. Maks palpeerimisel valulik. Vaatamata kohe alustatud intensiivsele antibakteriaalsele ravile, lapse seisund halvenes. Kliinilise ja sonograafialeiu alusel diagnoositi maksaabstsessi. Selleks ajaks oli kirjanduse andmete põhjal lapsel diagnoositud kroonilist granulomatoostõbe. Laboratoorne diagnoosimine NBT-testiga ei olnud sel ajal veel võimalik. Kogu edasises ravis ar-

vestati diagnoositud haigust — kroonilist granulomatoostõbe. Lapsele tehti laparotoomia, maksaabstsessi punktsioon ja dreenaaravi. Punktsioonil saadi mäda. Bakteriaalses leius *Staphylococcus aureus*. Raviefekt saadi maksaabstsessi dreenaži ja intravenoosse antibakteriaalse raviga (tsefaleksiin, tsefobiid, fosfomütsiid). Profülaktiliseks raviks määrati sulfametaksool-trimetopriimi arvestusega 8 mg trimetopriimi kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas esialgu 7 nädalaks. Laps jäi ambulatoorsele jälgimisele.

Haigus ägenes uuesti kaks kuud pärast profülaktilise ravi katkestamist. Ilmnesid samad kliinilis-laboratoorsed nähud — palavik, SR-i kiirenemine. Tekkis tromboflebiit paremal õlevarrel veenikanüüli piirkonnas. Laps põdes samal ajal punetisi ja streptokokilist angiini.

Mädakülvis oli gramnegatiivne mikrofloora. Suus soor — *Candida albicans*. Raviefekt saadi gentamütsiini suurte annustega. Lisaks ordineeriti nüstatiini ning suu kaudu amfoteritsiini B.

Pärast hospitaliseerimist oli võimalus meie määratud kliinilist diagnoosi — krooniline granulomatoostõbi — laboratoorselt kontrollida Helsingi Ülikooli Kliiniku laboratooriumis. TBT-test oli negatiivne.

Laps sai pidevat profülaktilist trimetopriim-sulfametaksoolravi. Viie kuu jooksul ambulatoorsel kliinilis-laboratoorsel jälgimisel lapsel kaebusi ei olnud. Haigus ägenes 1993. aasta oktoobris. Sümptoomidest jälle kehatemperatuuri tõus, külmavärinad; laboratoorses leius oli SR 40 mm/t., C-reaktiivne valk 270 mg/l (norm 8 mg/l). Veenikanüüli piirkonnas tekkisid infiltraadid, mädaeritus ning mädas gramnegatiivne mikrofloora. Suures annuses fosfomütsiini 14 päeva vältel andis kliinilise efekti ning C-reaktiivse valgu sisaldus vähenes — 43 mg/l. Mõjus oli suu kaudu manustatud tsifraan (tsiproksiin).

Lapsele määrati profülaktiliselt pidevat trimetopriim-sulfametaksoolravi. Ema andis lapsele lisaks haimaksaõli kapsleid ja viimase ajani BMX luuüdi kapsleid. Samuti peeti silmas kõiki infektsiooni välti-

mise võimalusi. Nii saadi 8 kuud kestev rahuldava seisundi periood.

Viimane arsti poole pöördumine oli juulis 1994 subfebrilise kehatemperatuuri ja nahamädanike tõttu. Selgus, et ema oli omal algatusel profülaktilise ravi katkestanud. Kliinilises vereanalüüsis oli SR 10 mm/t., verevalemis keppt. 17%. C-reaktiivset valku oli 19 mg/l. Nende näitajate tõttu alustati kohe intravenoosset fosfomütsiinravi.

Selle aasta kevadest alates on Tallinna Keskhaigla immunoloogialaboris olnud võimalus teha NBT-testi. Seal uuriti haige perekonnaliikmeid. Tehtud NBT-test porboolmüristaatatsetaat-stimulatsiooni-ga näitas, et lapse ema ja emapoolne vanaema on kroonilise granulomatoostõve kandjad. Seega on diagnoos tänaseks selgunud: X-liiteline krooniline granulomatoostõbi. Haige ravimisel oleme saanud kahe uue mikroobidevastase preparaadi — fosfomütsiini ja tsiproksiini — kasutamise kogemuse. Edaspidi on tähtis kursis olla kroonilise granulomatoostõve uute ravialaste saavutustega ning neid rakendada ka meie haige ravimisel.

KIRJANDUS: 1. Fischer, A., Segal, A. W., Seger, R. a.o. Eur. J. Pediatr., 1993, 152, 896-899. — 2. von Harnack, G. A. Therapie der Krankheiten des Kindesalters, 1985, 330-331. — 3. Seger, R. A., Berthet, F., Hossle, J.-P. Pediatr. Allergy Immunol., 1992, 3, 1-10. — 4. Skibber, J. M., Lotze, M. T., Garsa, B. a.o. Surgery, 1986, 5, 626-629. — 5. Wittwer, B., Gedscold, J., Mittler, U. Kinderärztliche Praxis, 1984, 10, 470-477.

Spontaanne ajuhemorraagia lastel

Neeme Somma Merike Martinson

ajuhemorraagia, veresoonte anomaalia, lapsed

Spontaanne ajuhemorraagia on harva esinev, sageli surmaga lõppev patoloogia. Pediaatriapraktikas mõeldakse ajuhemorraagia võimalusele harva, siit tulenevad ka eksidiagnoosid ja vead haige ravis.

Enamikul juhtudel on ajuhemorraagia põhjuseks vaskulaarsed anomaaliad (7). Ajuveresoonte arenguanomaaliad jaotuvad vastavalt morfoloogilisele ehitusele angioomideks, mis võivad olla kapillaarsed, kavernoossed, venoossed või arteriovenoossed, ja arteriaalsed aneurüsmideks.

Angioomid on mõõtmetelt väga erinevad. Tegemist on pigem malformatsiooniga kui veresoone uudismoodustisega ning histoloogiliselt on arterid, veenid ja kapillaarid hästi diferentsitavad.

Arteriaalse aneurüsmi puhul esineb arteriseina keskmise kihi kaasasündinud defekt, mille kohal *intima* nõrgenemise korral tekib arteri seina kotjas väljasopitus (7).

Kui angioomid võivad lokaliseeruda nii suurajus kui ka ajutüves (1), siis arteriaalsed aneurüsmid esinevad peamiselt sisesel unearteril, Willise ringil ning eesmise, keskmise ja tagumise ajuarteri tüvel (6).

Ajuangioomide ja arteriaalsete aneurüsmide omavaheline sagedussuhe lastel on 10:1 (7). Ligikaudu 1/3-l ajuhemorraagia juhtudest ajuveresoonte anomaaliat ei leita ning haiguse patogeneesi kohta võib üksnes oletusi teha (5). Umbes pooltel juhtudel kulgevad aju vaskulaarsed anomaaliad hemorraagia tekkeni sümptoomideta. Arvatakse, et anomaalia võib avalduda ka migreenilaadsete peavaludena (4).

Neeme Somma — Tallinna Lastehaigla intensiivraviosakond

Merike Martinson — Tallinna Lastehaigla

Esmaseks arteriovenoosse angioomi avalduseks võivad olla ka fokaalset laadi krambid või tuumorile omased sümptoomid (3). Vastsündinutel võib esmaseks arteriovenoosse angioomi avalduseks olla südamepuudulikkus, mille põhjustab arteriovenoosne šunt ajus, mis põhjustab südame vasaku poole ülekoormust. Seejuures neuroloogilised sümptoomid puuduvad (3).

Spontaanne ajuhemorraagia avaldub kliiniliselt järsult tekkinud tugeva peavalu, oksendamise, kuklakangestuse ja süveneva teadvushäirena (2, 3, 5). Verejooks aneurüsmist haarab enam subarahnoidaalruumi kui aju parenhüümi ning seetõttu on neuroloogiline koldeleid suhteliselt vähe väljendunud (7). Angioomist põhjustatud hemorraagia haarab enam aju parenhüümi, moodustades hematoomi, ning lokalisatsioonist sõltuv neuroloogiline leid on selgelt väljendunud (3).

Verejooksu momendil tõuseb järsult intrakraniaalne rõhk, mis tekitab difuusse ajuturse. Verevalumi toimel kujuneb välja veresoone spasm, mis levib piki soont distaalsele. Kui arter on ahenenud üle 70%, siis tekib ajuhüpoksia ja on võimalik ajuinfarkt. Sümptomide raskusaste sõltub suuresti ahenenud arteri pikkusest. Kui selles aju piirkonnas on hästi funktsioneeriv kollateraalne verevarustus, võib haige üldseisund olla rahuldav (7).

Letaalsus spontaanse ajuhemorraagia korral on kuni 46%, korduvate hemorraagiate korral üle 50%. Surma põhjuseks on ajuvatsakese veretamponaad või ajutüve pitsumine (7). Kliiniliselt on halva prognoosi tunnuseks üle ühe ööpäeva kestev komatoosne seisund (7).

Tallinna Lastehaigla intensiivraviosakonnas viibis aastail 1982...1992 ravil 11 last, kellel diagnoositi elupuhuselt või leiti lahangul spontaanne hemorraagia. Lapsed olid vanuses 2...12 aastat, 36% lastest olid 12-aastased. Poeglapsi oli 6, tütarlapsi 5. Viis last suri (55%). Anamneesi järgi oli kahel lapsel eelnevalt poole aasta vältel olnud perioodilisi tugevaid peavaluhooget. Üheksal lapsel eelnev sümptomatoloogia puudus, neljal tekkis

verejooks ägeda respiratoorse haigestumise foonil.

Lapsed saabusid haiglasse järgmiste diagnoosidega: epilepsia 2 juhul, meningiit, peavalu, entsefaliit, krambisündroom, diabeetiline kooma, kesknärvisüsteemi trauma, mürgitus. Kahel juhul oli saatediagnoosiks spontaanne ajuhemorraagia. Kõik lapsed hospitaliseeriti elukohajärgsesse haiglasse kohe pärast teadvushäirete ilmnemist. Neil kõikidel tähelepanekuni hospitaliseerimisel erineva raskusega teadvushäireid: kaks last olid somnolentsed, viis pindmises või keskmises koomas, kaks sügavas koomas ning kahel lapsel oli juba välja kujunenud detserebratsioonisündroom. Kaheksale haigele tehti esimesel ravipäeval kompuutertomograafiline uuring, ajuhemorraagia diagnoositi neist seitsmel. Ühel juhul oli kompuutertomograafiline leid normis, kliiniliselt diagnoositi mürgitusest tingitud koomat (lahangul diagnoositi piklikaju verevalum anomaalsest veresoonest). Kolmel juhul, mil kompuutertomograafiat ei olnud võimalik teha, kinnitus diagnoosi kliinilise pildi, liikvori leiu (3 juhul) ja karioidiangiograafia alusel (ühel juhul).

Ravi oli sümptomaatiline, mis oli suunatud ajuhüpoksia ja -turse likvideerimiseks ja homöostaasi säilitamiseks. Kõigil haigetel rakendati ravinarkoosi. Üheksal haigel kasutati kopsude kunstlikku ventileerimist (2 tundi kuni 7 päeva). Kolmel haigel tehti koljutrepanatsioon ning ajusene hematoom eemaldati. Vaskulaarse anomaalia eemaldamine ei olnud haiguse ägedal perioodil võimalik. Viis haiget paranes. Nad olid haiglasse saabunud kohe pärast mõõdukat teadvushäire teket. Seisundi stabiliseerumisel 2...8. ravipäeval viidi lapsed üle neurokirurgiaosakonda kirurgiliseks raviks. Mõõdukas hemiparees jäi püsima neljal lapsel, ühel aga intrakraniaalne hüpertensioon.

Surmaga lõppenud haigusjuhtude korral toodi neli last haiglasse sügavas koomas, üks somnolentses seisundis, kellel 12 tunni pärast, tõenäoliselt pärast korduvat hemorraagiat, kujunes detserebratsioonisündroom. Patoanatomiline uuring tehti viiel juhul. Ühel juhul leiti kaver-

noosne hemangioom, ühel piklikaju anomaalne veresoone, kolmel arteriovenoosne malformatsioon, mis põhjustasid surmaga lõppenud verevalumi aju. Lahkamata juhul määrati diagnoos elupuhuselt kompuutertomograafilise leiu alusel (parema parietaalpiirkonna spontaanne hemorraagia).

Kokku diagnoositi arteriovenoosseid malformatsioone seitsmel (63%), ajuveresoonte aneurüsme kahel haigel (18%), ühel lapsel kavernoosne hemangioom ning ühel piklikaju veresoone anomaalia.

Meie kirjeldatud haigusjuhtude alusel ei saa teha prognostilisi järeldusi hospitaliseerimise ja diagnoosimise kiirusest ega ravist sõltuvalt. Prognoosi määrab teadvushäire raskusaste. See omakorda on seotud ajuhemorraagia lokaliseerimise ja ulatusega.

KIRJANDUS: 1. *Bebin, J., Smith, E. E.* In: *Vascular Malformations and Fistulas of the Brain*. New York, 1982. — 2. *Henderson, W. R., Gomez, R. de R. L.*, *Brit. Med. J.*, 1967, 4, 571. — 3. *Kelly, J. J., Mellinger, J. F., Sundt, I. M.* *Ann. Neurol.*, 1978, 3, 338. — 4. *Patel, A. N., Richardson, A. E. J.* *Neurosurg.*, 1971, 35, 571. — 5. *Pool, J. L., Potts, D. G.* *Aneurysms and Arteriovenous Anomalies of the Brain*. New York, 1965. — 6. *Read, D., Esiri, M. M.* *Neurology*, 1979, 29, 1045. — 7. *Schoenberg, B. S., Mellinger, J. F., Schoenberg, D. C.* *Neurology*, 1978, 28, 763.

Varajane kaasasündinud süüfilis

Haide Pöder Anna Potapova

nakatumine, kliiniline pilt, haigusjuhud

Varajane kaasasündinud süüfilis on Eestis taas päevakorraks tõusnud. Pooledaastase intervalli (1993...1994) jooksul on nimetatud haigust Tallinna Lastehaiglas diagnoositud kolmel korral: ühel juhul oli tegemist vastsündinuga, teistel juhtudel nelja kuu ja kuue kuu vanuste imikutega, kellel haiguse kulgu ja kliiniline pilt olid sarnased. Kaasasündinud süüfilise esinemissageduses võib oletada järgmist põhjuslikku seost: 1) süüfilisse haigestumise üldist sagenemist täiskasvanute seas ning 2) alates 1992. aasta märtsist rasedate kohustusliku uurimise lõpetamist süüfilise suhtes raseduse II poolel.

Kaasasündinud süüfilise puhul on nakusallikaks haige ema ning nakkuse ülekande toimub platsentaarvereringe kaudu (1, 4, 5). Mida varem on ema haigus, seda suurem on tõenäosus loote nakatumiseks (4, 5). Varajase kaasasündinud süüfilise tunnused võivad ilmuda alates sünnist kuni 5. eluaastani (5), kuid umbes 3/4-l juhtudest manifesteerub haigus esimestel elukuudel (4). Kliiniline pilt võib olla muutlik (1, 2, 4, 5).

Vastsündinutel võib süüfilise tunnuseks esineda persisteriv ikterus ning nahakahjustusena hele punakasroosa lööve näol, kehatüve dorsaalpinnal, peopesadel, jalataldadel (4). Imikueas võib haigus kulgeda ainult üldsümptomidega, nagu kehakaalu seiskus, aneemia (4), kuid harilikult on haigusest tabandunud mitu elundit või elundisüsteemi (5). Kõige sagedam on polümorfne nahalööve, kusjuures viimastel aastatel on prevaleerinud villiline lööve (2). Algne lokaliseerimine on jalataldadel, peopesadel, põlveõndlates, tuharatel, genitaalidel (1, 2, 5).

Limaskestast kahjustusena on 1/3...2/3-l nakatunud imikutest süfiliitiline nohu, mis ilmneb esimestest elunädalatest või

Haide Pöder, Anna Potapova — Tallinna Lastehaigla enneaegsete ja vastsündinute patoloogia osakond

elukuudest (4), kusjuures ninakõhre- ja luukahjustust tänapäeval praktiliselt ei täheldata (3). Spetsiifilist larüingiiti esineb harva (3). Lümfisõlmede generaliseerunud suurenemist esineb 1/3...2/3-l infitseerunud imikutest (4). Siseelundite kahjustusest on sagedamini hepato- ja splenomegaaliat, eri autorite andmeil 30...80%-l juhtudest (3, 4).

Luukahjustust täheldatakse paralleelselt teiste sümptomidega, kuid see võib olla ka üksikult selle haiguse kliiniliseks väljenduseks (3). Pikkade toruluude süfiililise osteokondriidi tõttu on jäsemete liigutamine valulik ning imik jätab haige mulje, kellel on paralüüs (Parrot' pseudoparalüüs) (4, 5). Kesknärvisüsteemi sümptomidena võivad ilmned erutavuse tõus ja unehäired (3). On täheldatud meningiiti, meningoentsefaliiti ning hüdrotseefalust (5). Vereanalüüsis on iseloomulik SR kiirenemine, aneemia, leukotsütoos; trombotsütoopenia (3), maksa ensüümide aktiivsuse tõus (1). Röntgenoloogiliselt täheldatakse patoloogilisi muutusi pikkades toruluudes (osteokondriit, periostiit) (3, 4).

Diagnoosi kinnituseks on vaja teha süüfilisele iseloomulikud standardsed seroloogilised reaktsioonid paralleelselt spetsiifiliste RIF- ja RIT- reaktsioonidega (3, 5).

Eeltoodu illustreerimiseks esitame kahe haigusjuhu kirjelduse.

Haigusjuht 1. Vastsündinu, tütarlaps R.S. (Tallinna Lastehaigla haiguslugu nr. 4652/1993), sündinud esimesest rasedusest 16-aastaselt emalt, kes 30...32. rasedusnädalal viibis statsionaaris ravil allergilise (?) lööbe tõttu. 35...36. rasedusnädalal esinesid kehatemperatuuri tõus 39,0 °C, korduv nahalööve. Sünnitus 36. rasedusnädalal. Laps sündis hüpoksias, sünnikaal 2490 g. Kuue tunni vanusena viidi laps ülraskes seisundis lastehaigla intensiivraviosakonda. Diagnoos: hemorraagiline sündroom, hingamishäirete sündroom. 14 päeva vanuselt jätkati ravi vastsündinute patoloogia osakonnas.

Objektiivselt: sünnil nahal täppverevalumid, eriti kehatüvel. Köht ette võlvunud, hepatosplenomegaalia, süstekohad veritised. Intensiivraviosakonda saabumisel hemorraagiline sündroom, hepa-

tosplenomegaalia, kujunes ikterus, mis tugevalt väljendus teiseks elupäevaks. Vastsündinute patoloogia osakonda üleviimisel oli lapse seisund keskmise raskusega, kaaluive puudus. Ikterus püsis, hepatomegaalia.

Uuringud: leukots. ↑ (23,5 → 17,3 x 10⁹/l; trombots. ↓ (70 → 50 x 10⁹/l; bilirubiini ↑ (otsese arvel), [447,2 (otsene 314,2) → 113,0 (otsene 112,0) μmol/l]; γ-glutamül- transferaas ↑ 286 ü/l; ALT ↑ 1,32 → 2,0 mmol/l. Sünnitusmajas oli emal tehtud WAR ++++ (tiitris 1:40) ja lapsel ++++ (tiitris 1:20); RIF- ja RIT- reaktsioonid positiivsed. Kõrva-, nina- ja kurguarst ning silma- ja närviarst spetsiifilisi patoloogilisi muutusi ei leidnud. Röntgenogrammidel pikkadest toruluudest väljendunud muutusi ei olnud. Esines sääreluude diafüüsi kortikaalkihi paksenemine.

Epidemioloogiline anamnees. Lapse isa põdes süüfilist, mida meditsiinipersonal lapse sündimise ajal ei teadnud. Emal diagnoositi pärast sünnitust teisene värske süüfilis. Lapsel diagnoositi varajane kaasasündinud süüfilis. Spetsiifiline ravi kuur lõpetati Merimetsa Haiglas. Laps kirjutati haiglast koju paranenuna.

Haigusjuht 2. Neljakuune tütarlaps K. V. (Tallinna Lastehaigla haiguslugu nr. 6479/1993) hospitaliseeriti uuringuteks hepatosplenomegaalia tõttu.

Anamnees. Laps oli sündinud esimesest rasedusest 19 aasta vanuselt emalt. Ema oli lapseast alates põdenud põlonefriiti, mis oli raseduse ajal korduvalt ägenenud. Raseduse lõpul oli lisandunud aneemia. Sünnituse kulg iseärasusteta. Sündis ajaline laps, sünnikaal 3200 g. Sünnitusmajas peeti last terveks.

Ambulatoorse kaardi andmed: poolteise kuu vanuselt kahvatu jume; kahekuuselt nohu, periooditi subfebriliteet; kahe ja poole kuu vanuselt kare punetav lööve tuharatel ja reitel (diagnoositi dermatiiti); kahe kuu ja kolme nädala vanuselt nahal (lokalisatsioon täpsustamata) pruunikad paapulid (peeti allergiaks), ilmes erutavuse tõus, alates kolmandast elukuust kehakaalu seiskus.

Objektiivselt. Üldseisund keskmise raskusega, laps väga rahutu. Nahk kahvatu, marmoreeritud. Jäsemete pareetiline hoiak (Parrot' pseudoparalüüs). Köht

tugevalt ette võlvunud. Hepatosplenomegalia. *Mons pubis* ja häbememokad turselised, ingvinaalselt palpeeritavad lümfi-sõlmed.

Uuringud. Kliiniline vereanalüüs: SR kiirenenud (55...65 mm/t.), kergekujuline aneemia (hgb. 99 g/l, erütrots. $2,8 \times 10^{12}/l$), trombots. ↓ ($180 \times 10^9/l$), leukots. ↑ ($10,6 \rightarrow 13,4 \times 10^9/l$, verevalemis mōnts. 8...14%). Biokeemiline uuring: ALT ja γ -glutamüül-transferaasi sisaldus oli tõusnud, liikvor normis. Ultraheli kõhuõõnest: hematosplenomegalia. Kõrva-, nina- ja kurguarst ning silma- ja närviarst spetsiifilisi patoloogilisi muutusi ei leidnud. Röntgenogrammidel pikkadest toruluudest oli mõlema kodar- ja sääreluu proksimaalse metadiafüüsi mediaalosa destruktsioon, nn. mõõgatupe fenomen. Lapsel oli WAR positiivne (++++) ning tiiter (1:80) korduvalt. Emal WAR positiivne (++++), tiiter (1:20).

Epidemioloogiline anamnees. Lapse isal oli WAR positiivne ning ta oli hoidunud kõrvale uuringutest ja ravist Nahahaiguste Kliinikus. Emal oli seitsmendal raseduskuul anonüümkabinetis tehtud WAR negatiivne. Veneroloogi diagnoos: ema põeb teisest retsidiveeruvat süüfilist ning laps varajast kaasasündinud süüfilist. Alustati penitsilliinkuuri. Ravi tulemusena võttis laps kehakaalus juurde, kliinilis-laboratoorsed näitajad paranesid. Ravikuur lõpetati Tallinna Nahahaiguste Kliinikus, kust laps paranenuna koju kirjutati.

Eespool toodut kokku võttes võime öelda, et varajane kaasasündinud süüfilis on ravitav haigus, kusjuures oluline on selle õigeaegne diagnoosimine ning epidemioloogilist situatsiooni arvestades on vajalik kaasasündinud süüfilise ennetamiseks rasedate kohustuslik uuring süüfilise suhtes raseduse I ja II poolel.

KIRJANDUS: 1. Avery, G. B. In: Neonatology: pathophysiology and management of the newborn. Philadelphia, 1981, 778-785. — 2. Shaparenko, M. V., Antonyev, A. A., Milich, M. V. Vest. dermatol. venerol., 1990, 6, 16-19. — 3. Shaparenko, M. V., Antonyev, A. A., Milich, M. V. Vest. dermatol. venerol., 1990, 7, 16-20. — 4. Sumitt, R. L. Comprehensive Pediatrics. St. Louis — Baltimore — Philadelphia — Toronto, 1990, 851-855, 989. — 5. Vahter, H. Rmt.: Dermatoloogia ja veneroloogia. Tallinn, 1976, 91-94.

Contents

M. Martinson — 15 years of Tallinn Children's Hospital **435**

A. Levin — Neonatal medical: technicism or humanism **439**

L. Tamm, R. Kallaste — Rehabilitation in Tallinn Children's Hospital: possibilities and problems **442**

K. Torim — The importance of post partum period and sick newborns **445**

M. Majass, O. Porosaar, K. Väljaots — Surgical treatment of vesicoureteral reflux in the department of surgery at Tallinn Children's Hospital during 1978...1994 **447**

T. Härma — The surgical treatment of scolioses with the Cotrel-Dubousset instruments **449**

V. Suvidov — The use of port-a-cath infusionsystem in children oncology **452**

A. Paal, L. Gustavson — The problem of treatment of the patient with spinal dysraphism **453**

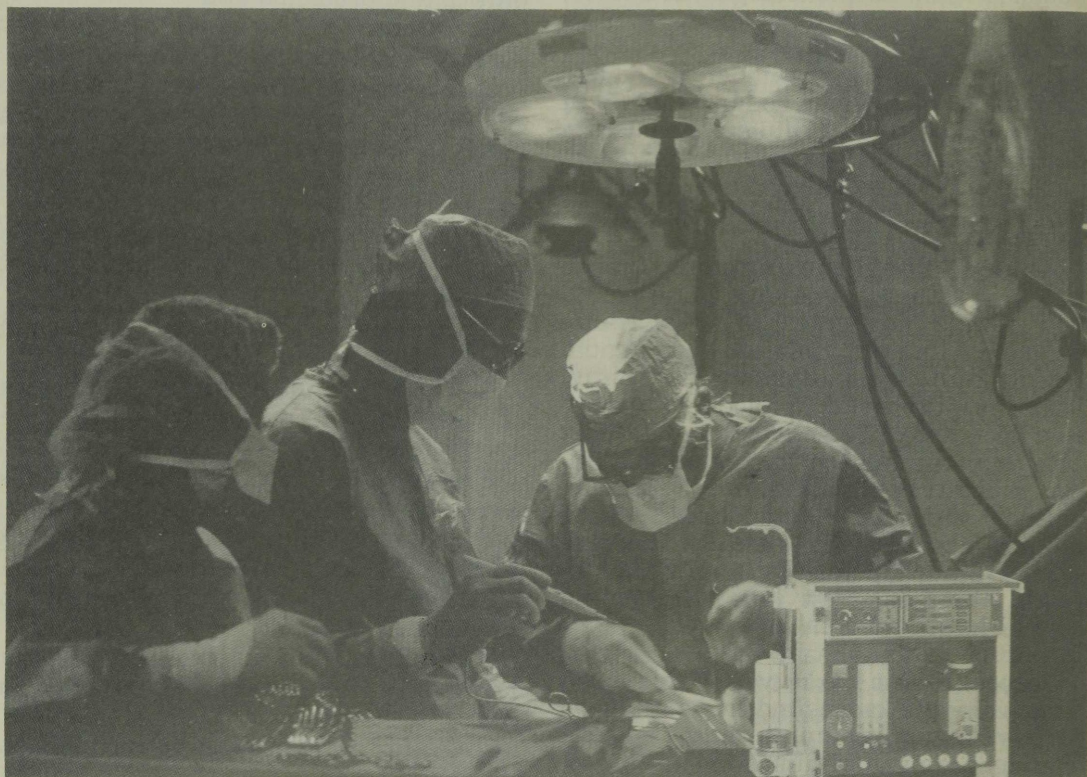
K. Vehm, K. Leito, Ü. Einberg — The structure of monogenic diseases according to the data of Tallinn Children's Hospital during 1983...1993 **457**

K. Leito — X-linked chronic granulomatous disease **459**

N. Somma, M. Martinson — Spontaneous brain hemorrhage among children **463**

H. Pöder, A. Potapova — Early congenital syphilis **465**

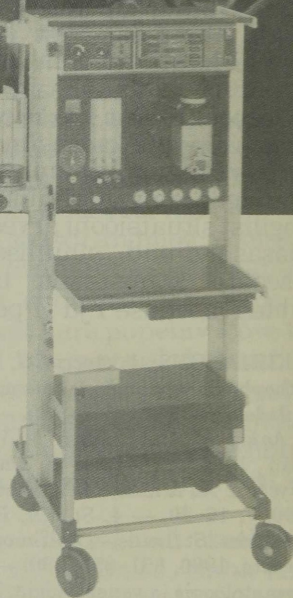
Dameca Anaesthesia Apparatus



Dameca

+ MRE AS **MEDITSIINITEHNIKA**

VEINE 19 EE-0001 TALLINN tel (22) 449 507 faks (22) 443 686



TEOORIA JA PRAKTIKA

Koronaarangioplastika Eestis: muutused kaheksa viimase aasta jooksul

Jaan Eha Margus Peeba Tarmo Serka

südame isheemiatõbi, koronaarangioplastika, kontingent, näidustused, tulemused

Perkutaanne transluminaalne koronaarangioplastika (PTKA) on tänapäeval kõige sagedamini kasutatav isheemilise müokardi revaskulariseerimise meetod, mida maailmas on rakendatud 1977. aastast ja Eestis 1982. aastast alates.

Leiame, et 12-aastane kogemus peaks olema piisav seni tehtu analüüsimiseks ning arengutendentside hindamiseks. Sel eesmärgil võrdlesime kahe aasta tulemusi. Analüüsiks valisime 1985. aasta, mis oli esimene n.-ö. täismahus töötamise aasta, ning viimase, 1993. aasta.

Et tänaseni on Mustamäe Haigla ainus keskus Eestis, kus PTKA-d on rakendatud, siis on meie kogemus ühtlasi ka kogu Eesti sellealane kogemus.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Analüüsi aluseks olid kõigi haigete haiguslood ja angiogrammid, kellele oli 1985. ja 1993. aastal tehtud PTKA. Koronaarangioplastikat peeti edukaks, kui jääkstenooos pärast laiendamist oli alla 50% ning ei esinenud olulisi tüsistusi — müokardiinfarkti, erakorralist aortokoronaarset šunteerimist (AKŠ) ega haige surma. Andmebaasi loomisel ning andmetöötlusel kasutati arvutit *Tigma 486 SX* ja tabelarvutus-

süsteemi *Microsoft Excel 4.0*. Keskmised näitajad on toodud kujul $x \pm \sigma$. Erinevusi peeti statistiliselt olulisteks, kui $P < 0,05$.

Uurimistulemused ja arutelu.

PTKA-ks valitud haigete kontingendi ning PTKA tulemuste võrdlus on esitatud tabelis.

Nagu selgub, on tunduvalt suurenenud angioplastika teel ravitud haigete vanus, seda eeskätt 65-aastaste ja vanemate arvel. Kui 1985. aastal sellises vanuses haigetel PTKA-d ette ei võetud, siis eelmisel aastal oli juba 15% sel viisil ravituist 65-aastased või vanemad ($P < 0,001$). Kaks korda on suurenenud ka naiste osatähtsus haigete hulgas, kellele on tehtud PTKA. Samas aga on teada, et nii haigete kõrge vanus kui ka naissugu seostuvad tunduvalt halvemate PTKA tulemustega — väiksema edukuse ning suurema tüsistuste esinemissagedusega (1, 2, 3, 9).

Tunduvalt rohkem on koronaardilatatsioon ette võetud ka müokardiinfarkti põdenuil. Mõnevõrra on suurenenud hüpertooniatõbe põdejate osatähtsus haigete kontingendis, kuid see erinevus ei ole statistiliselt usaldusväärne.

Tähelepanuväärne on, et sagedamini on hakatud tegema täielikult okluseerunud pärgarterite angioplastikat: kui 1985. aastal rekanaliseeriti ja dilateeriti vaid viis okluseerunud koronaararterit, siis 1993. aastal juba 37 ($P < 0,01$). Põhiliselt selle arvel on suurenenud ka PTKA-ks valitud stenooside keskmine diameeter. Samas on teada, et okluseerunud pärgarterite angioplastika õnnestub tehniliselt harvem kui stenoosiga arterite PTKA (7, 11).

Oluliselt on suurenenud ka selliste protseduuride arv, kus ühes etapis on laiendatud mitut stenoosi või oklusiooni. Mitme pärgarteri kahjustusega haiged moodustavad olulise kontingendi, kelle arvel PTKA näidustused on märgatavalt laienenud.

Võrreldes dilateeritud stenooside asukohti, selgub, et tunduvalt sagedamini on hakatud PTKA-d rakendama vasaku pärgarteri ümbritsevas harus lokaliseeru-

Jaan Eha — Tartu Ülikool

Jaan Eha, Margus Peeba, Tarmo Serka — Tallinna Mustamäe Haigla kardioangioloogiaosakond

vate stenooside korral. Tuleb arvata, et anatoomiliste iseärasuste tõttu peetakse just ümbritsevat haru suhteliselt raske-
mini dilateeritavaks.

Seega on PTKA näidustused kaheksa aasta jooksul oluliselt laienenud ning valitud kontingent keerukamaks muutunud. Selgub aga, et sellele vaatamata ei ole protseduuri tulemused halvenenud. Kui üldine edukuse protsent on jäänud tegelikult samale tasemele, siis mõnevõrra on suurenenud nii stenoosi kui ka oklusiooniga pärgarterite laiendamise edukus. Üldine edukus ei ole paranenud seetõttu, et okluseerunud arterite PTKA osatähtsus on märgatavalt suurenenud. Paljudes tunnustatud keskustes aga on oklusioonide angioplastika edukus küllalt madal — 47..62% (5, 7, 10, 11).

Võrreldes PTKA tüsistusi, selgub, et oluliselt on vähenenud erakorralise AKŠ vajadus. Kui algusaastatel arvati, et ägeda oklusiooni tekkimisel PTKA käigus tuleb haige otsekohe saata erakorralisele koronaarlõikusele, siis tänapäeval tuntakse mitmeid interventsionaalse ravi võtteid, mida rakendades õnnestub enamikul juhtudel verevool arteris taastada ilma kirurgilise vahelesekkumiseta. Nagu selgub, on selline taktika ennast õigustanud, kuna müokardiinfarktide tekkesageduses on tendents hoopis vähenemise suunas.

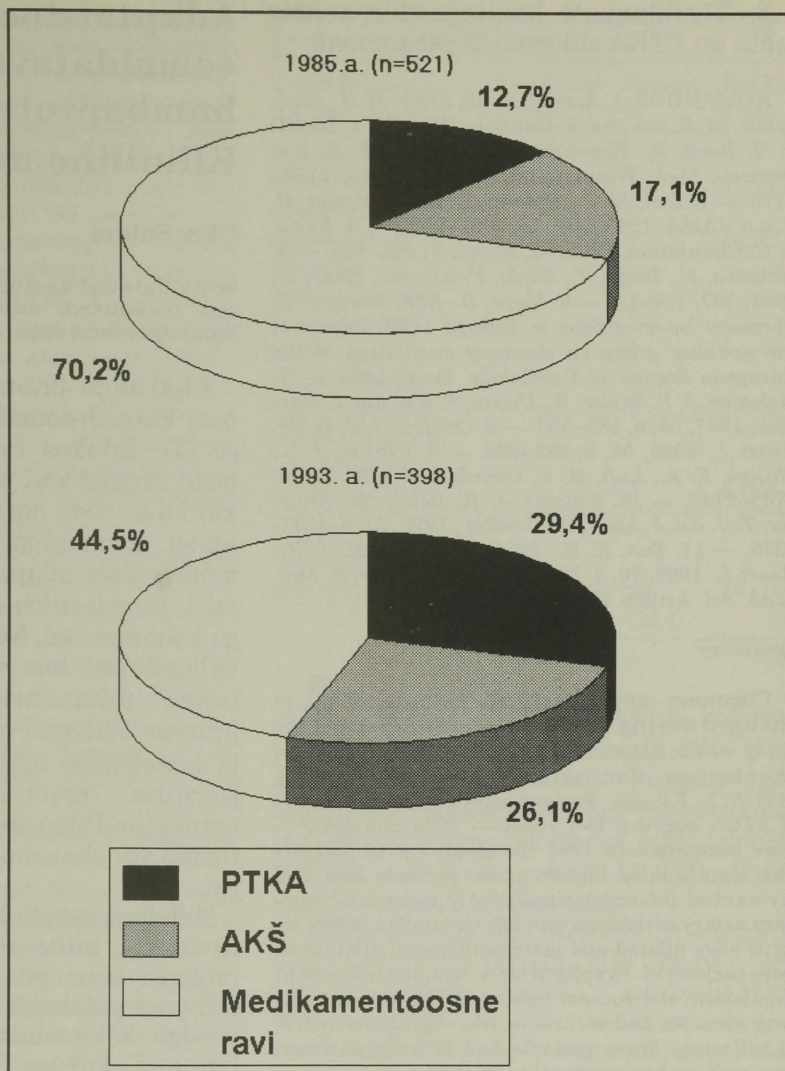
Samasugust arengut, et vaatamata keerulisemaks muutunud kontingendile, PTKA tulemused hoopis paranevad, on kirjeldanud enamik interventsionaalse kardioloogiaga tegelevaid keskusi ning see on seletatav kaht liiki põhjustega. Ühelt poolt on tähelepanuväärse progressi läbi teinud angioplastika instrumetaarium (balloonkateetrid, juhtetraadid, giidsonid) ning teiselt poolt on suurenenud invasiivkardioloogide kogemus, nii üldise *know-how* kui ka individuaalse tehnilise kogemuse osas (4, 8).

Joonisel on võrreldud 1985. ja 1993. aastal Mustamäe Haiglas koronarograferitud haigete ravi taktikat. Nagu selgub, on koronaarangioplastika osatähtsus nende aastate jooksul suurenenud pea-aegu kaks ja pool korda. 1993. aasta oli

Tabel. PTKA-ks valitud haigete kontingendi ja PTKA tulemuste võrdlus

Parameeter	Aasta		
	1985	1993	P
Protseduuride arv	66	117	
Stenooside arv	74	159	
Stenoose ühe protseduuri kohta	1,12±0,37	1,36±0,84	<0,05
Kontingent			
Keskmine vanus (aastates)	51±8	54±9	<0,05
65-aastasi ja vanemaid haigeid (%)	0	15	<0,001
Naispatsiente (%)	9	18	
Erakorralisi protseduure (%)	27	29	
Kaasnevad haigused			
arteriaalne hüpertensioon	21	29	
diabeet	1,5	1,7	
Müokardiinfarkt anamneesis (%)	26	41	<0,05
Vasaku vatsakese väljutusfraktsioon (%)	58±10	57±11	
Kahe või enama pärgarteri kahjustus (%)			
Korduv PTKA (%)	14	19	
Operatsioonijärgne PTKA (%)	4,5	4,3	
Täieliku oklusiooni PTKA (%)	7	23	<0,01
Mitme stenoosi PTKA (%)	11	24	<0,05
Dilateeritud pärgarter (%)			
vasaku pärgarteri peatüvi	0	1	
eesmine vatsakestevaheline haru	65	57	
ümbritsev haru	8	18	<0,05
parem pärgarter	23	22	
aortokoronaarne šunt	4	3	
PTKA tulemused			
Edukus (%)	91	90	
sealhulgas stenoosidel	93	96	
oklusioonidel	60	70	
Stenoosi diameeter enne PTKA-d (%)	76±13	86±11	<0,001
Stenoosi diameeter pärast PTKA-d (%)	32±18	32±22	
Tüsistused (%)			
äge müokardiinfarkt	6,1	2,6	
erakorraline AKŠ	6,1	0,9	<0,05
surm	1,5	0,9	

esimene, mil meie haiglas koronaardilataatsioonide arv ületas koronaarlõikuste arvu (117 PTKA-d ja 104 AKŠ-d). Erinevate uurimuste kohaselt rakendatakse



Joonis. 1985. ja 1993. aastal koronarografeeritud haigete ravitaktika võrdlus.

Euroopas PTKA-d südame isheemiatõvega haigetel keskmiselt 1,2 kuni 1,7 korda sagedamini kui AKŠ-d (6, 12).

Samalt jooniselt selgub teinegi tendents: vähenenud on juhtude arv, mil koronarograafiale ei järgnenud müokardi revaskulariseerimist. Lisaks PTKA ja AKŠ näidustuste laiendamisele peegeldab taoline muutus ka seda, et paranenud on haigete valik invasiivseks uuringuks ning küsitava näidustusega angiograafiaid võetakse ette tunduvalt harvem. Sellele vaatamata tehakse Eestis miljoni elaniku kohta südame sondeerimist 2,8 korda vä-

hem ning koronaarangioplastikat 5 korda vähem kui Euroopas keskmiselt (12).

Järeldused.

1. Koronaarangioplastika näidustused on kaheksa aasta jooksul oluliselt avardu- nud, mille tulemusena on PTKA muutun- nud kõige sagedamini kasutatavaks müo- kardi revaskulariseerimise meetodiks.

2. PTKA-ks valitud haigete kontingent on keerulisemaks muutunud — sageda- mini dilateeritakse täielikult okluseeru- nud pärgartereid, korruga mitut arterit, eakamaid ja kaasneva haigusega patsien- te.

3. Tüsilikumale kontingendile vaata-mata on PTKA tulemused paranenud.

KIRJANDUS: 1. *Arnold, A. M., Mick, M. J., Piedmonte, M. R. a.o. Am. J. Cardiol.*, 1994, 74, 1, 18–21. — 2. *Bach, R., Espinola-Klein, C., Ozbek, C. a.o. Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1993, 118, 46, 1169–1176. — 3. *Bell, M. R., Holmes, D. R. Jr., Berger, P. B. a.o. JAMA*, 1993, 269, 16, 2091–2095. — 4. *Block, P. C. Circulation*, 1985, 72, Suppl. V, 161–165. — 5. *Ishizaka, N., Issiki, T., Saeki, F. a.o. Am. Heart J.*, 1994, 127, 1, 8–12. — 6. *Meier, B., Röthlisberger, C. Coronary interventions in Europe 1992. Report of the working group on coronary circulation of the European Society of Cardiology. Bern, 1994.* — 7. *Melchior, J. P., Meier, B., Urban, P. a.o. Am. J. Cardiol.*, 1987, 59, 6, 535–538. — 8. *Oakley, G. D. G. Br. Heart J.*, 1986, 55, 3, 221–222. — 9. *Ritchie, J. L., Philips, K. A., Luft, H. S. Circulation*, 1993, 88, 6, 2735–2743. — 10. *Stewart, J. T., Denne, L., Browker, T. J. a.o. J. Am. Coll. Cardiol.*, 1993, 21, 6, 1371–1376. — 11. *Tan, K. H., Sukle, N., Taub, N. A. Br. Heart J.*, 1993, 70, 2, 126–131. — 12. *Unger, F. Ann. Acad. Sci. Artium Eur.*, 1993, 6, 30–62.

Summary

Coronary angioplasty in Estonia: What is changed during last eight years. The aim of the study was to estimate the trends of development of percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) in Estonia. Patient populations and results of PTCA between two years — 1985 and 1993 — were compared. In 1993 the mean age of patients was significantly higher, more patients had had myocardial infarction, significantly more total coronary artery occlusions and left circumflex artery lesions were dilated and more multivessel dilatations were performed. In spite of more complicated patient population, the success rate of PTCA of both coronary stenoses and occlusions has slightly impaired. Significantly fewer patients had to undergo emergency artery bypass grafting in 1993.

Adaptatsioon eemaldatavate hambaproteesidega. I. Kliiniline uuring

Olev Salum

eemaldatavad hambaproteesid, biomehhaanilised omadused, adaptatsioon eemaldatavate hambaproteesidega, suu limaskesta epiteel

Ligikaudu 40% täiskasvanud elanikkonnast kannab eemaldatavaid hambaproteese (7). Edukas ravi nendega eeldab nii head funktsiooni ja esteetilisuse tagamist kui ka kudede normaalse morfoloogia säilimist. Proteesiga hea adapteerumise all mõistetakse adaptatsioonihäirete puudumist. Sageli tuleb ette raskusi proteesidega kohanemisel. Need kohanemiskeskused väljenduvad kas suulage katva proteesi baasise talumatuses, raskustes söömisel, proteesi halvasti suus püsimises söömise ja kõnelemise ajal, häädushäiretes, süljeerituse muutustes, valuaistingutes, maitsetundlikkuse häiretes, söögiisu muutustes või ebarahuldavas esteetilises küljes.

Patsient räägib kõige enam proteesi «istuvusest», mille all ta mõistab põhiliselt proteesi suus püsimist mälumisel. Selle tähtsust patsiendi üldhinnangu järgi proteesiga kohanemisel on näidanud nii P. Laine (5) kui ka T. Magnusson (6). Arsti arusaam proteesi funktsionaalsusest põhineb selle biomehhaanilistel omadustel ega lange sageli kokku patsiendi arvamusega.

Käesoleva uurimuse eesmärk on kliiniliselt määratleda proteeside biomehhaanilisi omadusi ja seostada neid subjektiivsete adaptatsiooniraskuste esinemisega. Lõppkokkuvõttes on püütud leida proteesi mehhaanilise mõju osatähtsust krooniliste limaskesta muutuste tekkes.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Ajavahe-mikul 1990...1993 uuriti kliiniliselt 48 30...65

Olev Salum — Tartu Ülikooli Stomatoloogia Kliinik

aasta vanust patsienti, kes 12 kuud tagasi olid esmakordselt saanud suulage katva baasise ga hambaproteesi. Tegemist oli viie suust eemaldatava hambutuse-proteesi tüübiga: ainult ülemine totaalprotees; ülemine totaal- koos alumine totaal- või partsiaalproteesiga; ainult ülemine partsiaalprotees; ülemine partsiaalprotees koos alumise totaal- või partsiaalproteesiga; ainult ülemine partsiaalprotees kahepoolse toetusega defekti piiravatele hammastele kui kontrollrühm (vt. tabel 1).

Kliiniliselt hinnati proteesi üldstabiilsust, retentsiooni ja oklusaalset stabiilsust Kordneri-Markeni meetodika järgi (4). Üldstabiilsus hinnati heaks, kui protees ei liikunud vastu allasetsevaid kudesid nn. kallutusproovi ajal, s.t. kui proteesi püüti kallutada ja roteerida; rahuldavaks, kui liikuvus oli väike; halvaks, kui esines tunduv liikuvus.

Retentsiooni peeti heaks, kui proteesil oli hea fikatsioon vertikaalsuunalise tõmbe puhul; rahuldavaks, kui ilmn es kerge passiivne allavajumine, kuid aktiivsel lõualuude liikumisel püsis protees siiski paigal; halvaks, kui aktiivsel alalõua liikumisel ka protees liikus.

Oklusaalne stabiilsus hinnati heaks, kui tegemist oli ühtlase grupilise oklusiooniga; rahuldavaks, kui mõni hammas ei osalenud grupilises kontaktis; halvaks, kui esinesid enneaegsed kontaktid või kõrvalekalded alalõua liikumises suu sulgemisel.

Hinnati ka tehishammaste kulumist, alveolaarjätke seisundit ja limaskesta vetruvust Magnussoni järgi (6). Põletikulisi limaskesta muutusi hinnati Bergendali kriteeriumide alusel (1). Suu hügieeni hindamiseks registreeriti baasil esinevat katu hulka Budtz-Jørgenseni ja Milton-Knudseni meetodika järgi (2). Fikseeriti ka proteesi kandmise harjumused. Patsiendi üldhinnagu saamiseks tehti Laine adaptatsiooniraskuste analüüs: registreeriti 15 enam levinud adaptatsiooniraskust (5). Veel kolme olemasolul peeti proteesi üldiselt rahuldavaks.

Andmete analüüsimisel kasutati nii lihtstatistikat kui ka korrelatsioonanalüüsi Kendalli-Tau järgi. Statistiliselt oluliseks peeti, kui $P < 0,05$; oletatav, kui $0,1 < P < 0,05$; mitteoluline, kui $P > 0,1$.

Uurimistulemused ja arutelu. Kliinilisel uurimisel selgus, et 79,2% patsientidest oli rahul nii proteesi üldise funktsionaalsuse kui ka esteetilise küljega. Üle

Tabel 1. Proteeside esinemissagedus sõltuvalt hambutuseproteesi tüübist ja soost

Hambutuse-proteesi tüüp	Mehed n	Naised n	Kokku n (%)
Ülemine totaalprotees koos alumise proteesiga	6	9	15 (30)
Ainult ülemine totaalprotees	3	5	8 (17)
Ülemine partsiaalprotees koos alumise proteesiga	4	4	8 (17)
Ainult ülemine partsiaalprotees	4	7	11 (23)
Hammastele toetuv ülemine partsiaalprotees	2	4	6 (13)
Kokku eemaldatavaid proteese	19 (39,6)	29 (59,4)	48 (100)

poole ei olnud pärast proteesiga kohanemise algperioodi ning kontrolli (üks kuu) proteesiarsti külastanud. Peamine abi andmise põhjus vahepealsel perioodil olid dekubitaalhaavandid (seitse juhtu) ja proteesimurrud (kolm juhtu). 64,6% eelistas kanda proteesi ööpäev läbi.

Adaptatsiooni raskustest olid ülekaalus toidu sattumine baasise alla (85,4%), mälumisraskused (14,5%), suulae baasise häiriv mõju (12,5%), hääldusraskused (10,4%), proteesi halb suus püsimine söömisel (10,4%). Üksikjuhtudena esinesid maitsehäired, püsiv limaskesta valulikkus, halb püsivus kõnelemisel, neelamishäired, temperatuuritundlikkuse häire ja neelu ärritav toime. Kaebusi söögiisu muutuste, süljevooluse, liigsileda baasise ja lihaste väsimuse üle patsientidel ei olnud.

Objektiivsel proteesi biomehhaaniliste omaduste hindamisel ilmn es, et enamikul ülalõuaproteesidel oli stabiilsus ja retentsioon hea või rahuldav (vt. tabel 2). Kui kallutusproovil hinnati proteesi stabiilsust heaks või rahuldavaks võrdsetl ja halvaks vaid kolmel juhul, siis retentsiooni osas oli ülekaalus rahuldav hinnang.

Tabel 2. Katu ja biomehhaaniliste omaduste lihtsagedus ja kumulatiivne sagedus nähtavate haiguslike muutusteta patsientide rühmas (n=34) ning erüteeminähtudega patsientide rühmas (n=14, toodud sulgudes)

Kliiniline näitaja	Hinnang	Sagedus	Protsent	Kumulatiivne sagedus	Protsent
Katuga	0	4	11,8	4	11,8
haaratuse	1/3	21	61,8	25	73,5
ulatus	2/3	8(7)	23,5(50)	33(7)	97,1(50,0)
	3/3	1(7)	2,9(50)	34(7)	100,0(100,0)
Üldstabiilsus	Hea	23(1)	67,6(7,1)	23(1)	67,6(7,1)
	Rahuldav	11(10)	32,4(71,4)	34(11)	100,0(78,6)
	Halb	(3)	(21,4)	(14)	(100,0)
Retentsioon	Hea	7	20,6	7	20,6
	Rahuldav	25(9)	73,5(64,3)	32(9)	94,1(64,3)
	Halb	2(5)	5,9(35,5)	34(14)	100,0(100,0)
Oklusaalne stabiilsus	Hea	19(1)	55,9(7,1)	19(1)	55,9(7,1)
	Rahuldav	13(9)	38,2(64,3)	32(10)	94,1(71,4)
	Halb	2(4)	5,9(28,6)	34(14)	100,0(100,0)

Retentsioon oli halb seitsmel juhul, neist kahel koos halva üldstabiilsusega ning kolmel juhul koos mainitud halva oklusaalse stabiilsusega ühel ja samal patsiendil. Halba oklusaalset stabiilsust üldse täheldati kuuel patsiendil. Kui enamikul oli akrüülist tehishammaste kulumus kas vähene või mõõdukas, siis neljal oli kulumus tugev. Kahel neist sedastati ka normaalsest väiksemat puhkeseisu. Alveooljätketel ei täheldatud märgatavat resorptsiooni progresseerumist vahepealset perioodil. Samuti puudusid palpeerimisel sedastatavad muutused limaskestavetruvuses.

Kliiniliselt konstateeriti kroonilistest limaskestast muutustest üksnes erineva ulatusega erüteemi — lokaalset 8-l ja difusset 7 juhul, kuid ei täheldatud hüperplastilisi muutusi. Kõigil mainitud juhtudel oli tegemist ülalõuaproteesiga. Erüteeminähtudega proteesikandjate rühmas domineerisid enam-vähem võrdse sagedusega patsiendid, kelle hügieeni-nõuete järgimine oli kas rahuldav või halb. Viimaste puhul olid ka biomehhaanilised omadused halvemad.

Korrelatsioonanalüüsil ilmnes, et patsiendi hinnang korreleerub eelkõige mä-

lumisraskuste puudumisega ($r=-0,48$; $P < 0,04$). Proteesi biomehhaanikat iseloomustavate tunnuste (üldstabiilsus, oklusaalne stabiilsus, retentsioon) omavahelistest seostest ilmnes, et retentsioon seotub proteesi oklusaalse stabiilsusega ($r=0,399$; $P < 0,016$). Mälumisraskuste puudumine oli statistiliselt mitteoluliselt seotud oklusaalse stabiilsusega.

Biomehhaaniliste omaduste korrelatsioonist krooniliste muutustega ei olnud ükski seos statistiliselt oluline. Hambutuse tüübist tulenevaid sõltuvusi otsides ilmnes, et enam mälumisraskusi tuli ette alumise proteesi kandmisel. Statistiliselt olulisi seoseid sõltuvalt hambutuse tüübist ei esinenud.

Arutelu. Patsiendi arusaam hea funktsionaalsusega ehk hästi istuvast proteesist piirdub söömise ajal hästi paigalpäsi-va proteesiga, seda on tõestanud ka T. Magnusson (6). Sisuliselt tähendab see mälumisraskuste puudumist. Oluline on ka proteesi paigalpäsimine nii söömise kui ka kõnelemise ajal. Küsitlusel fikseeritud kohanemisraskuste kohta mõisteti gi mälumisraskuste all peamiselt toime-tulekut toidu peenestamisega. Retent-

sioon tähendab aga proteesi paigalpüsimist.

Objektiivsel uuringul korreleerus mälumiskuste puudumine proteesi üldstabiilsusega. Seepärast on oklusiooni kontrolliks kasutatav kallutusproov hammaste proovi etapis eriti tähtis eespool mainitud adaptatsiooniraskuse ärahoidmiseks. Retentsiooni ja oklusaalse stabiilsuse omavahelist korrelatsiooni võib tõlgendada kui toetust bilateraalselt tasakaalustatud oklusiooniteooriale lahtiselt lõppevate sadulatega proteeside oklusiooni konstrueerimisel. See aitab ära hoida retentsiooniomaduste halvenemise. Samas ei peeta vajalikuks ära hammustava funktsiooni taastamist täies ulatuses, s.o. eeshammaste osas.

Mis puutub patsiendi ja arsti arusaama erinevusse hästi adapteeritud proteesist, siis tuleb kriitilisem olla arsti seisukohalt, sest vaatlus põhineb ikkagi arsti subjektiivsel biomehhaaniliste omaduste tõlgendamisel. Kui aluseks võtta kolmest fikseeritud biomehhaanilisest omadusest lubatavaks ühe halb hinnang, siis oli 91,7%-l patsientidest rahuldavate biomehhaaniliste omadustega protees; kui aga arvesse võtta iga äärmuslik hinnang, siis 77,1%-l. Selle põhjal langevad arsti ja patsiendi arvamusel ühte ning see asjaolu viitab Laine adaptatsiooni üldhinnangu kriteeriumi (lubatud kolm äärmuslikku negatiivset hinnangut) sobivusele adaptatsiooni üldisel hindamisel (5).

Teistest biomehhaanilisi omadusi puudutavatest seostest on kirjanduse andmeil leitud otsene seos proteesi stabiilsuse ning alveolaarluu resorptsiooni astme ja limaskestast komprimeeritavuse vahel (6). Samuti on proteesi oklusaalne stabiilsus parem vähem komprimeeritava limaskestaga alveolaarjätkeile toetuva proteesi korral (6). Oodatult osutus hea «istuvusega» proteeside esteetiline hinnang kõrgeks, sest esineb omavaheline korrelatsioon (5). Seepärast ei põhjusta väikesed möödalaskmised esteetiliselt seisukohalt erilisi patsiendipoolseid vastuväiteid.

Käesolevas töös on aga arvestamata

proteesivälised adaptatsioonifaktorid, nagu patsiendi vanus, elukoht, üldine häälestus eemaldatava proteesi kandmiseks, sealhulgas neurotilisus (5). Patsiendi vanus ei tule üheaastasel vaatlusperioodil arvesse, sest adaptatsiooniraskused üle 50-aastastel on seotud üksnes adaptatsiooniperioodi pikenemisega, mitte aga adaptatsioonivõime alanemisega (5).

Kokkuvõte. Osa vaadeldud adaptatsiooniraskusi on püsivat laadi, vaatamata suhteliselt pikale adaptatsiooniperioodile. Esineb raskusi, mis patsiendi omapoolses üldhinnangus on ülekaalus, nagu mälumiskused, baasise ärritav mõju suulaele, häälde raskused. Muudele raskustele pöörab patsient vähem tähelepanu juhul, kui eespool mainitud raskused teda väga ei häiri.

Biomehhaaniliste omaduste seos adaptatsiooniraskustega ilmneb üksnes üldstabiilsuse ja nn. istuvuse vahel, s.t. mälumiskuste puudumisel. Täheldatud oklusiooni stabiilsuse ja retentsiooni sõltuvust võib tõlgendada kui vajadust konstrueerida bilateraalselt tasakaalustatud oklusioon lahtiselt lõppevate hambare defektide korral. See oleks retentsiooniomaduste säilimise eelduseks. Halvemate hügieenitingimuste esinemise seos erüteeminähtudega patsientide rühmas viitab küll seosele, kuid mitte statistiliselt olulisele. Proteesitüüpide seos sama patsientide rühmaga on ilmselt tingitud proteeside erinevast hügieenilisusest, mitte aga konstruktsioonilistest erinevustest.

KIRJANDUS: 1. Bergendal, T. Treatment of Denture Stomatitis. A clinical, microbiological and histological evaluation. 1982, Stockholm. — 2. Budtz-Jørgensen, E., Milton-Knudsen, A. Acta Odontol. Scand., 1978, 36, 83–87. — 3. Budtz-Jørgensen, E. J. Oral Pathol., 1981, 10, 65–80. — 4. Korduner, G., Marken, K.-E. Acta Odontol. Scand., 1967, 25, 361–371. — 5. Laine, P. Academic dissertation. Helsinki, 1982. — 6. Magnusson, T. Swed. Dent. J., 1986, 10, 29–35. — 7. Mikkonen, M. a.o. Community Dent. Oral Epidemiol., 1984, 12, 191–194. — 8. Mikkonen, M. a.o. Community Dent. Oral Epidemiol., 1984, 12, 402–405.

Summary

Adaption with removable dentures: the clinical study. An investigation of removable dentures (RD) wearers with protheses covering of hard palate after one year using period were examined clinically, including biomechanical parameters and adaptional difficulties. Only correlation between above mentioned sign groups, the negative relation of general stability of denture to shewing ability was found. Correlation between occlusal stability and retention would be interpreted as the necessity to the construct of bilaterally balanced occlusion for dentures with free-end saddles, for preservation of retention ability. The relation of patients with signs of erythema in some type of edentulism/denture is caused rather by denture design with worse hygien condition then construction difference.

Teade

«Eesti Arsti» 1994. aasta 4. numbris ilmus Tartu Ülikooli Füüsilise Antropoloogia Keskuse teade jaoskonnaarstidele (perearstidele), et TÜ Arstide ja Proviisorite Täienduskeskuse kaudu hakkab Füüsilise Antropoloogia Keskus korraldama täienduskursusi «Meditsiinilise ja antropomeetrilise andmestiku töötlus arvutil».

Nüüd on koostatud TÜ Arstide ja Proviisorite Täienduskeskuse tööplaan järgmiseks aastaks. Need kursused toimuvad 6...10. märtsini 1995 (I tsükkel) ja 6...10. novembrini 1995 (II tsükkel) Tartus. Sellel kursusel saadakse kogemusi igapäevase arstitöö andmete töötlemiseks, antropomeetrilisteks mõõtmisteks ja arvu kasutamiseks.

ÜLEVAATED

Mao kartsinogenees

Andrus Arak Karl Kull

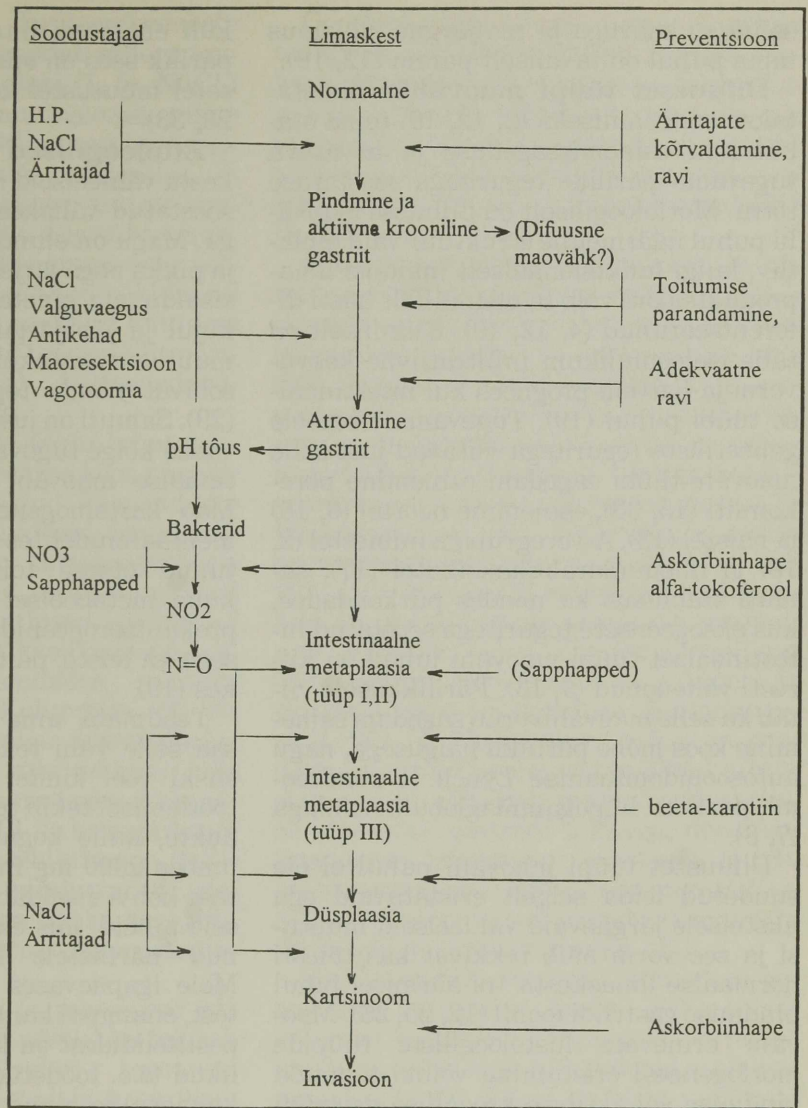
intestinaalne ja difuusne maovähk, etioloogilised tegurid, limaskestast vähieelsed muutused, preventatsioon

1980-ndate aastateni oli maovähk üks sagedamini esinevaid pahaloomulisi kasvajaid maailmas, andes igal aastal ligikaudu 700 000 uut juhtu (3). Viimastel aastakümnetel on selle kasvaja esinemissagedus kõikjal pidevalt vähenenud, kuigi selle languse kiirus on piirkonniti olnud väga erinev. Jaapani kui erandi kõrval on maovähi esinemissagedus jäänud suhteliselt suureks madala sotsiaal-majandusliku standardiga riikides, selle kiire vähenemine on aga olnud üldise heaolu järkjärgulise paranemise peegelduseks (3, 13).

Ka Eestis on maovähi esinemissagedus viimastel aastakümnetel pidevalt vähenenud, jäädes aga kiiruselt märgatavalt alla meie läänepoolsetele naaberriikidele (9, 13, 34). Samal ajal on mitme rikka ühiskonna statistika näidanud, et maovähi esinemissageduse vähenemine ei ole piiramatut. Nii on maovähijuhtude absoluutarv Ameerika Ühendriikides viimastel aastatel pidevalt suurenenud ja seni ei ole lõplikult selgunud, kas selle peamiseks põhjuseks on elanikkonna vananemine, kõrge maovähiriskiga piirkondadest pärit immigrandide arvu suurenemine või kardiovähi sagenemine (3).

Intestinaalne ja difuusne maovähk. Epidemioloogilistes uuringutes on mao-

Andrus Arak, Karl Kull — Tartu Ülikooli Radioloogia ja Onkoloogia Kliinik



Joonis. Intestinaalset tüüpi maovähi tekkes osalevad keskkonnategurid ning limaskesta muutused. Koostatud P. Correa (3, 4, 6), M. E. Craaneni (7), L.-E. Hanssoni (11), P. Sipponeni (31) ja G. M. Sobala (35) järgi.

vähk jaotatud kaheks peamiseks histoloogiliseks tüübiks — intestinaalseks ja difuusseks — enamasti Laureni klassifikatsiooni järgi (11). Lisaks morfoloogilistele omadustele on selline jaotus õigustatud ka kliinilise ja epidemioloogilise laadi tõttu, mis viitavad nende kahe tüübi pato- ja histogeneesi võimalikule erinevusele (12). Kõikjal, kus on täheldatud maovähihaigestumuse kiiret vähenemist, on see toimunud peamiselt intestinaalse tüübi arvel. Difuusne tüüp on jäänud nendest muutustest peaaegu puutumata ja tema

suhtosa on seetõttu pidevalt suurenenud (5, 13).

Intestinaalset tüüpi maovähki on nimetatud ka epideemiliseks (2) tema tiheda seose tõttu eksogeensete kantserogeensete teguritega ja märgatavate esinemissageduse muutuste tõttu. Oma sarnasuse tõttu jämesoolevähi morfoloogilise ehitusega on seda ka diferentseerunuks nimetatud (19). Kliiniliselt esineb intestinaalset maovähki rohkem vanematel meestel, ta on sagedamini ek-

sofütse kasvuga ja ravijärgne elulemus tema puhul on tavaliselt parem (12, 19).

Difuusset tüüpi maovähki nimetatakse endeemiliseks (2, 12, 19) tema stabiilsema esinemissageduse ja arvatava tugevama pärilike teguritega seostatuse tõttu. Morfoloogiliselt on difuusse maovähi puhul näarmeline struktuur vaid aimatav, kuigi funktsionaalselt (näiteks lima-produktsioon) võib ta olla küllalt hästi diferentseerunud (4, 12, 19). Kliiniliselt on talle iseloomulikum infiltratiivne kasvuvorm ja halvem prognoos kui intestinaalse tüübi puhul (19). Tugevamale seosele geneetiliste teguritega viitavad just selle maovähi-tüübi sagedam esinemine perekonniti (15, 33), esinemine noortel (9, 18) ja naistel (13), A-veregrupiga inimestel (2, 18) ja ühemunarakukaksikutel (17), samuti stabiilsus ka nendes piirkondades, kus eksogeensete teguritega seostatud intestinaalset tüüpi maovähi juhud on kiiresti vähenenud (9, 13). Pärilikkusele viitab ka selle maovähivormi sagedam esinemine koos mõne päriliku haigusega, nagu autosoomdominantse Lynch II sündroomi, päriliku hüpopogammaglobulineemiaga (7, 8).

Difuusset tüüpi maovähi puhul ei ole suudetud leida selgelt eristatavaid ega üksteisele järgnevatid vähieelseid muutusi ja see vorm näib tekkivat kas täiesti normaalse limaskestast või äärmisel juhul pindmise gastriidi foonil (12, 25, 26). Maovähi erinevate histoloogiliste tüüpide morfogeneesi eristumine võibki toimuda pindmise või aktiivse kroonilise gastriidi vältel — difuusne maovähk saab alguse atroofiliste muutusteta limaskestast, kuna intestinaalne vorm peab läbi tegema mitmed eelastmed (26).

Kindlasti ei saa ka difuusse maovähi korral välistada eksogeensete kantserogeensete faktorite ja intestinaalse maovähi korral geneetiliste tegurite soodustavat osa. Siiski, kui on näiteks püütud maovähi sagedamat perekondlikku esinemist seostada sarnaste eksogeensete teguritega, ei ole enamasti tehtud vahet selle kahe histoloogilise tüübi vahel; pärilike teguritega seotud autoimmuunsele atroofilisele gastriidile järgnev maovähk on

küll enamasti intestinaalset tüüpi, kuid pärilik seos on siin pigem prekantseroosetel muutustel kui vähil endal (14, 15, 23, 33).

Etioloogilised faktorid. Mao limaskestast vähieelseid muutusi on ikka ja jälle seostatud väliskeskkonna tegurite mõjuga. Magu on elund, mis esimesena, sageli ja pikka aega järjest puutub kokku toidus sisalduvate ainete nendega muutumatul kujul ja järkjärguliste progresseeruvate muutuste aastakümneid kestev jada näib sobivat nende tegurite pideva toimega (29). Samuti on just muutused toitumistavadades kõige tugevamini mõjutanud intestinaalse maovähi esinemissagedust (3). Mao kartsinogeneesi uurimise eksperimentaaludelitel on efektiivsemaks osutunud otseste toimega kantseroogenid, kuna metaboolset aktivatsiooni vajavad prekantseroogenid on sarnase efektiivsusega ka teiste, näiteks jämesoolevähi tekkes (19).

Teadmata aine toimemehhanismi, ei saa selle vähi teket soodustavas toimes siiski veel kindel olla. Toidu termilisel töötlemisel tekib tuhandeid pürolüüsiprodukte, mille koguhulk arvatakse olevat umbes 2000 mg inimese kohta päevas ja tass kohvi sisaldab vähemalt 10 mg selliseid aineid, mis eksperimendis on osutunud närilistele kantseroogeneeks (1). Meie igapäevases taimses toidus olevatest, enamasti kantseroogeenseteks peetud pestitsiididest on kaaluliselt 99% looduslikud (s.o. toodetud taimede poolt enesekaitseks) ja olnud inimese toidu koostisosadeks aastatuhandeid (1). Võib oletada, et looduslikus olulusvõitluses looma- ja taimeriigi vahel on muu hulgas ka inimese mao limaskestast omandanud mingisuguseid kaitsemehhanisme selliste ainete vastu.

Keedusool (NaCl) on üks olulisemaid maovähi tekkes osalevaid eksogeenseid tegureid, mille ülemäärane tarvitamine põhjustab limaskestast kahjustust ja esialgu pindmise põletiku teket. Pikaajaline soola liigtarvitamine aga viib juba kroonilise gastriidini koos hilisemate atroofiliste muutuste lisandumisega (5). Põletiku kaasnev hoogne rakustiku uuening

kergendab ka teiste kantserogeensete ainete toimimist ja suurendab sellega mutatsioonide tekke võimalust (1, 5). NaCl-i lämmastikuühendite mutageense toime potentseerimine on tähtis mao kartsinogeneesiahela hilisemates etappides — düsplaasia ja ka invasiivse kartsinoomi tekkes (5). Intestinaalse maovähi esinemissageduse kiiret vähenemist oma sotsiaalset seisundit parandanud riikides on suuresti seostatud just soolatud toitudest loobumise ja toiduainete teiste säilitamisvõimaluste (külmikud) kättesaadavaks muutumisega (13).

Ka nitraadid on meie toidu lahutamatu koostisosad, mida saame koos juurvilja, säilitamiseks töödeldud lihasaaduste ja joogiveega. Kuigi andmed lämmastikuühendite osast mao kartsinogeneesis on kohati vasturääkivad, on siiski mitmed epidemioloogilised vaatlused näidanud nende ainete rohkemat kasutamist kõrge maovähiriskiga piirkondades, näiteks Kostariikas, Hiinas, Kolumbias (3, 5). Nende toime viib esialgu intestinaalse metaplaasia ja hiljem vähi tekkeni. Nitroühendite kantsero- ja mutageensust potentseerivad lisaks NaCl-ile ka sapphappe lisandumine ja askorbiinhappe defitsiit; nende teke on soodustatud alahappelises maos, mis on heaks keskkonnaks reduktaase tootvatele anaeroobsetele mikroobidele (3, 5).

Limaskestas atroofia ja maosisese pH tõusuni viivat kroonilist põletikku tekitab peale *Helicobacter pylori* tegevuse, autoimmuunse reaktsiooni ja keemiliste põletikutekitajate ka toimunud vagotoomia või maoreseksioon (31). 15...20 aastat pärast neid manipulatsioone, eriti Billroth II-tüüpi reseksiooni, suureneb vähirisk 7...8 korda: duodenogastriline refluks võib põhjustada limaskesta erosioonideni ulatuva kahjustuse ja sellega kaasnev proliferatsiooniprotsess võib muutunud tingimustes lõppeda intestinaalse metaplaasia tekkega (19, 30, 31). Kartsinogeensete nitrosoühendite moodustamisest vahetult limaskestal võtavad osa ka põletikulise infiltraadi rakulised elemendid, nagu aktiveeritud makrofaagid, polümorftuumsed leukotsüüdid (5).

Geenitoksiliste ainete toime ei piirdu tavaliselt ühe kindla elundi kasvaja tekkega. Maovähi põhjustajatena geneetiliste häirete kaudu võiksid arvesse tulla nitroühendid, loomsete valkude pürolüüsil tekkivad heterotsükliilised amiinid, vähem mükotoksiinid või taimsed alkaloidid (5, 32).

Helicobacter pylori infektsiooni on täheldatud kõikjal üle kogu maailma mõnesuguste variatsioonidega geograafilises esinemissageduses ja nakatumise eas (29). Arenenud tööstusriikides on ta lapseas harva esinev, kuid sageneb koos vanusega ja vanuses üle 60 aasta on nakatunud üle 50% inimestest. Arengumaades seevastu on nakatunud pooled lastest ja täiskasvanutel võib *Helicobacter pylori* esinemissagedus olla väga suur — üle 90% (16). Sarnaseid erinevusi on ilmnenud ka ühe piirkonna erinevate sotsiaalsete klasside vahel. Epidemioloogilised uuringud on näidanud selle mikroobi ja maovähi esinemissageduse kokkulangevust (26). Et *Helicobacter pylori* on peaaegu ilma kahtluseta umbes 80%-l juhtudest seotud vähemalt pindmise ja aktiivse kroonilise gastriidi tekkega, need aga limaskestas järgnevate muutuste kaudu intestinaalse maovähiga, siis ongi *Helicobacter pylori*'t püütud paigutada maovähi etioloogiliste faktorite hulka (25).

Kirjeldatud on maovähi mõnevõrra sagedamat esinemist varem *Helicobacter pylori*'ga nakatunud inimestel võrreldes nendega, kellel seda infektsiooni ei ole esinenud (21, 22). Siiski on need uuringud tehtud piirkondades, kus *Helicobacter pylori* nakkus on väga sage ka neil inimestel, kes maovähki kunagi ei haigestu. Leitud on ka *Helicobacter pylori* infektsiooni võrdselt nii intestinaalse kui ka difuusse maovähi ümbrusest (21, 22), kuigi viimase teket eelnevate limaskestas muutustega ei seostata. Kõige sagedamini on seda mikroobi leitud koos (antrumi) pindmise gastriidiga, vähem aktiivse kroonilise gastriidiga, atroofiliste muutuste lisandumisel tema esinemissagedus järsult väheneb ja intestinaalse metaplaasiaga epiteelis puudub ta enamasti täielikult (6, 28, 38). Arvatakse, et limaskestas muutus-

tega kaasnev mao sisekeskkonna muutus (peamiselt pH tõus) võib olla *Helicobacter pylori* elutegevuseks ebasoodne, kuigi H₂-blokaatorite tekitatud hüpoklorhüüdrüa suhtes on ta resistentne (28).

Spontaanset *Helicobacter pylori* infektsiooni paranemist ei ole kirjeldatud ja saanud alguse lapseas, on ta üks pikema ekspositsioonijaga etioloogilisi tegureid (22). Arvestades *Helicobacter pylori* teadaolevaid toimemehhanisme, võib ta aastakümneid maos püsides tõesti vähi tekkeni viia. Mao kartsinogeneesiga seotud *Helicobacter pylori* võimalike toimemehhanismidena on kirjeldatud: 1) tsütotoksiliste või põletikumediaatorite ultseroogenset kaskaadi käivitava toimega ainete (atseetaldehüüd, fosfolipaas-A₂ jt.) produktsiooni; 2) kõrget ureaasi aktiivsust, mis ureaga reageerides annab tugeva mukolüütilise toimega ammoniaagi kontsentratsiooni tõusu maos; 3) hüperproliferatsiooni indutseerimist põletikukoldes, mis soosib epiteeli metaplastilist progressiooni ja võimalik, et ka maliignsete rakuliinide teket; 4) üldise ja lokaalse immuunreaktsiooni stimuleerimist, mille tagajärjeks võib muu hulgas olla ka ristreaktsioon mao limaskestast vastu; 5) epidermaalse kasvufaktori stimuleerimist; 6) askorbiinhappe kontsentratsiooni vähendamist maoõõnes (9, 20, 26, 36). Otseste kantseroogensete ainete tootmist *Helicobacter pylori* poolt ei ole leitud. Lisaks sellele on põletikuline limaskest ise tundlik kantseroogensete ainete toime suhtes, näiteks vabade radikaalide põhjustatud oksüdatiivse stressi suhtes, alludes kergemini mutatsioonidele ja maliignesele transformatsioonile (22). Peab aga ütleva, et suur osa eespool nimetatud mehhanismidest on kindlaks tehtud *in vitro* ja seostub ka haavandi tekkega. Mainitud mikroobi osa maovähi tekkes saab tõestada vaid siis, kui on näidatud, et selle infektsiooni raviga on võimalik vähki haigestumist vältida (4, 25).

Väliskeskkonna tegurid toimivad enamasti kindlal vähitekke etapil, vastavat limaskesta muutust kas soodustades, takistades või regressioonile viies. Arvatakse, et kantseroogenide ekspositsiooniaeg

peab olema pikk — kogu kartsinogeneesiprotsess saab alguse juba inimese elu esimesel veerandil ja kestab aastakümneid (9).

Prekantseroosne protsess maos. Intestinaalse vähiga lõppev protsess mao limaskestas arvatakse üldjoontes kulgevat järgmise skeemi järgi: pindmine gastriit — aktiivne krooniline gastriit — krooniline atroofiline gastriit — intestinaalne metaplaasia — (III tüüpi intestinaalne metaplaasia) — düsplaasia — (võimalik vähk) — vähk — invasioon (vt. joonis) (2, 3, 5, 6, 27). Sellise skeemi paikapidavust kinnitavad vaatluse tulemused, kus on leitud gastriidi raskusastmete korreleerumine intestinaalse metaplaasia sagedusega ja viimase erinevate raskusastmete korreleerumine düsplastiliste muutuste esinemissagedusega (2). Eestis kui küllalt suure maovähihaigestumusega riigis on vaatlused näidanud progresseeruvate muutustega gastriidi väga sagedat esinemist ja seda ka noortel (37).

Teistest maohaigustest on kõrget vähiriski seostatud adenomatoosse polüübiga, mao limaskesta limarakulise hüperplaasia — Menetrier' tõvega. Kroonilise maohaavandi korral ei ole vähi esinemissagedus oluliselt suurem kui kahjustamata maos; eksperimendis on kroonilise haavandiga mao limaskest küll vastuvõtlikum kantseroogensete ainete toimele, mõned haavandi tekkes olulised faktorid (näiteks maohape) aga kaitsevad magu pahaloomulise kasvaja tekke eest (19, 22, 24).

Pikaajalist ja progresseeruvat **gastriiti** peetakse intestinaalse maovähi tekke eelduseks (3). Varajasemad arvukad gastriidi klassifikatsioonid on ühendatud nn. Sydney süsteemi, kus eristatakse ägedat ja kroonilist põletikku, kusjuures viimane jaotatakse omakorda aktiivseks ja atroofiliseks (27). Selline jaotus sobib hästi ka maovähi prekantseroositeooriaga. Topograafiliselt võib gastriit Sydney klassifikatsiooni järgi esineda antraalse, korpuse või pangastriidina (27). P. Correa on neid gastriite nimetanud hüpersekretoorseteks, autoimmuunseteks ja keskkonnateguritest tingitud vormideks (3). Neist esi-

mesele on iseloomulik krooniline (pindmine) põletik enamasti mao antraalosas (ka nn. difuusne antraalne gastriit), maohappe ja pepsiini suurenenud sekretsioon ning ta on seotud peamiselt duodeenumi või pülooruse piirkonna peptilise haavandi tekkega, kuna tema vähirisk on väike (27). Hüpersekretoorne gastriit on 80...90%-l juhtudest seotud *Helicobacter pylori* infektsiooniga (3).

Mõnevõrra suurema maovähiriskiga autoimmuunne gastriit on seotud parietaalrakkudevastaste antikehade ja pernitsioosse aneemia sündroomiga. See gastriit lokaliseerub tavaliselt mao korpusosas, temaga kaasnev näärmekoeatroofia on difuusne ja põhjustab aklorhüüdrüa teket (23, 27). Peamiselt keskkonna toksilistest teguritest põhjustatud mitmekoldeline metaplastiline gastriit algab pindmise põletikuna maokorpuse ja -antrumi piiril ja levib hiljem mõlemas suunas (27). Põletikule lisanduvad esialgu koldelised ja hiljem omavahel laatuavad atroofilised muutused. Näärmekoeatroofia ei ole siin täielik, kuid tekkivast hüpoklorhüüdrüast piisab nitraate redutseerivate bakterite elutegevuseks (14). Just see gastriidivorm arvatakse olevat peamine maovähi eelkäija (3, 29).

Kroonilistele atroofilistele muutustele lisanduva **intestinaalse metaplaasia** korral asendub mao limaskest vastavat tüüpi soole omaga, saades kaasa ka selle omadused (19). Peensoole tüüpi intestinalset metaplaasiat nimetatakse ka täielikuks ja I tüüpi intestinalseks metaplaasiaks, millele on iseloomulik peensoole tüüpi rakustiku ja sialomutsiinide produktsioon, lisanduda võib ka peensoole limaskestale iseloomulik alkaalse fosfaasi ja mõne seedeensüümi (disahhariidaas, peptidaas) produktsioon (3, 19). Jämesoole tüüpi metaplaasiat aga nimetatakse mittetäielikuks ja ka III tüüpi metaplaasiaks, millele on omane vastav ehitus ja sulfomutsiinide produktsioon (19). Nende kahe tüübi kõrvale jääb veel üks — II tüüpi ehk ka karikrakuline, olles ehituselt lähedane jämesooleepiteelile, kuid produtseerides peaaesjalikult sialomutsiini (29).

Neid mao limaskesta muutuste vorme peetakse üksteisele järgnevateks lülideks intestinalse maovähi tekke ahelas. Samas on aga leitud (peamiselt I ja II tüüpi) intestinalset metaplaasiat ka suuremal osal mao kroonilise haavandiga haigetel ja vaid III tüüp seostub maovähiga kindlamalt kui teiste maohaigustega (6). Nii ongi avaldatud arvamust, et III tüüpi intestinalne metaplaasia võib olla hoopiski paraneoplastiline muutus ja peensoole tüüpi metaplaasia on vanemas eas niivõrd sage muutus, et kliiniliselt on tema prekantseroosne potentsiaal võrdne kroonilise atroofilise gastriidi omaga (19).

Kõikide eespool nimetatud mao limaskesta patoloogiliste muutuste puhul võib nende vähieelsuses kahelda nende suure esinemissageduse ja väikese vähiriski tõttu. Düsplaasia on juba niisugune muutus, millel on maovähiga kindel seos. Raske astme düsplaasiat on enamasti leitud koos kasvajaga või küllalt lühikest aega (aasta) enne varajase vähi avastamist.

Kui düsplaasia laiemas mõttes tähendab abnormset kasvu üldse, siis vähi teke protsessis on ta premaliignsuse sünonüümiks ja teda on defineeritud kui koe niisugust patoloogilist seisundit, mille puhul rakulised ja struktuursed muutused näitavad ilmekalt kalduvust pahaloomulisusele (19). Düsplastiliste rakkude DNA polü- ja aneuploidsus, rakutsükli pikene mine ja rakkude eluea lühenemine, kartsinoembrüonaalse antigeeni ja teiste onkogeneesiproduktide esinemine viitavad kindlale seosele maliignsete rakkudega. Tihti ongi piiri tõmbamine düsplaasia ja vähi vahele võimatu, mille tõttu on ka kasutusel mõiste «võimalik vähk» (19). Taaspöördumine arvatakse olevat võimalik kuni kergetest düsplastilistest muutustest (3, 19, 21).

Preventsioon. Primaarse maovähi preventsioon sisaldab kontrolli selle tekkes oluliste faktorite üle. Suitsetamisest, kangetest alkoholsetest jookidest ja kantserogeeniderikastest toitudest loobumine ning rohke toores taimne toit seostuvad intestinalse maovähi esinemissageduse kiire vähenemisega (13). Maovähi primaarse preventsiooniga seostub ka

suur hulk keskkonnakaitseprobleeme, kuigi näiteks pestitsiidide osas on väeldud selle üle, kas mitte neist saadav kasu taimse toidu rohkusena ei kaalu üles arvatavat vähiriski (1).

Arvestades aklorhüüdria ja hüpoklorhüüdria olulisust mao kartsinogeneesis, peaks üks maovähi vältimise võimalusi olema normaalse happesuse säilitamine atroofilise gastriidi tekkepõhjuste kontrolli ja haavandtõve adekvaatse ravi kaudu (24). *Helicobacter pylori* infektsiooni puhul on oluline silmas pidada üldist hügieenitaset ja kindlaks määrata selle ravi näidustused ja otstarbekus (5, 16).

Vähivastasteks aineteks peetakse värskes taimetoidus sisalduvat askorbiinhapet, β -karotiini, α -tokoferooli, samuti mikroelemente (seleen), mis kui tugevad antioksidandid pärsivad hapniku vabade radikaalide (siin peamiselt nitrosoühendite) mao limaskestast kahjustavat toimet, seejuures üksteist potentseerides (3, 35). Lisaks sellele osaleb askorbiinhape stresshormoonide tootmises, aitab immuunsüsteemi stimuleerimisega tõsta organismi resistentsust mikroobide (ka HP) ja kasvajate suhtes, takistab nitritite amiinimist maos, aitab kõrvaldada mitme (näiteks tubakasuitsus sisalduvate) kantserogeense aine toimet (9). Tubakasuitsu sisaldab lisaks paljudele muudele kantserogeensetele ainetele ka hulgaliselt vabu radikaale, mis võivad olla oksüdatiivse stressi indutseerijateks suitsetajatel, ja nii on suitsetajatel täheldatud tunduvalt suuremat vitamiinivajadust mitesuitsetajatega võrreldes (35). C-vitamiin on vajalik ka sidekoevalgu kollageeni sünteesi juures, osaledes nii juba tekkinud vähi mikrokollete piiramises ja progresseerumise pidurdamises (3, 35).

Sekundaarne maovähi preventatsioon peaks seisnema kõikide kartsinogeneesi-protsessist hõlmatud haigete praktiliselt ebareaalses väljaselgitamises, jälgimises ja ravimises. Varajase maovähi avastamise suur sagedus Jaapanis näitab söeluuringute efektiivsust suure riskiga piirkondades küll vähi puhul (3), kuid prekantseroosete muutuste suure esinemissageduse tõttu tuleb siin, erinevate tegu-

rite koosmõju arvestades, uuritavaid selekteerida. Määratavad on mao limaskestast muutustele viitavad bioloogilised markerid: pepsinogeenid, intestinaalse metaplaasiaga kaasnevad limaproduktiooni muutused ja soolestiku ensüümide esinemine maos, anomaalse Lewis-A-antigeeni ilmumine mao limaskestas jt. (2, 5, 10, 29). Düsplastiliste muutuste korral leitavad ja malignisatsioonile viitavad markerid (CEA jt.) ei ole enam maovähispetsiifilised (19).

Kokkuvõte. Esitatud ülevaates on tähelepanu pööratud viimastel aastatel esitatud täiendustele maovähi tekke etioloogiliste ja patomorfoloogiliste aspektide osas. Intestinaalset tüüpi maovähi esinemissageduse kiire vähenemine kõrge sotsiaal-majandusliku standardiga riikides on arengumaadega võrreldes andnud võimaluse selgitada nende muutuste põhjusti. Üldine hügieenitase ja toitumisharjumused seostuvad kindlalt suurema osa teadaolevate etioloogiliste teguritega, millest praegu peetakse olulisemaks *Helicobacter pylori* infektsiooni, ülemäärast soola tarbimist ja mao kartsinogeneesi pidurdavate antioksidantse toimega A-, C- ja E-vitamiini defitsiiti.

Nagu sellise multifaktorilise põhjuslikuse puhul ikka, arvatakse siingi välistele soodustajatele lisanduvat geenitoksiliste kantserogeensete ainete toime ja pärilik eelsoodumus. Viimase osa eksogeensete tegurite nõrgema toime kõrval peetakse oluliseks difuusse maovähi puhul, mille geneesi selgitamisele hakatakse lähitulevikus ilmselt tunduvalt suuremat tähtsust omistama. Seal aga, kus maovähi esinemissagedus on veel küllalt suur just intestinaalse vähitüübi arvel, on võimalik teiste kogemustest omandatud teadmisi haigestumise vähendamise eesmärgil ära kasutada. Intestinaalse maovähi tekkeks peavad väliskeskonna tegurite pideval toimel arenema mao limaskestast järjestikused progresseeruvad muutused pindmise ja aktiivse kroonilise pangastriidi ning atroofiliste, metaplastiliste ja düsplastiliste muutustena, kuna difuusse vähi tekkeks atroofia eelnemise olulisust ei ole leitud.

KIRJANDUS: 1. Ames, B. N., *Gold, L. S.* Science, 1990, 249, 4972, 970—971. — 2. Correa, P. Cancer Res., 1988, 48, 13, 3554—3560. — 3. Correa, P. World J. Surg. 1991, 15, 2, 228—234. — 4. Correa, P. New Eng. J. Med., 1991, 325, 16, 1170—1171. — 5. Correa, P. Cancer Res., 1992, 52, 24, 6735—6740. — 6. Craanen, M. E., Blok, P., Dekker, W. a. o. Gut, 1992, 33, 5, 597—600. — 7. den Hartog, G., Jansen, J. B. J. M., van der Meer, J. W. M. a. o. Scand. J. Gastroenterol., 1992, 27, Suppl. 194, 38—40. — 8. Fitzgibbons, R. J., Lynch, H. T., Stanislav, G. V. a. o. Ann. Surg., 1987, 206, 3, 289—295. — 9. Hansson, L.-E. In: Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine 430. Uppsala, 1993. — 10. Kobayashi, K., Sakamoto, J., Kito, T. a. o. Am. J. Gastroenterol., 1993, 88, 6, 919—924. — 11. Lauren, P. Acta Pathol. Microbiol. Scand., 1965, 64, 1, 31—49. — 12. Lauren, P. Scand. J. Gastroenterol., 1991, 26, Suppl. 180, 160—164. — 13. Lauren, P., Nevalainen, T. J. Cancer, 1993, 71, 10, 2926—2933. — 14. Lechago, J., Correa, P. Gastroenterology, 1993, 104, 5, 1554—1557. — 15. Lehtola, J. Scand. J. Gastroenterol., 1978, 13, Suppl. 50, 1—54. — 16. Malfertheiner, P., Pieramico, O. In: Gustavson, S., Kumar, D., Graham, D. Y. The stomach. London, 1992, 297—311. — 17. Matsukura, N., Onda, M., Tokunga, A. a. o. Cancer, 1988, 62, 11, 2430—2435. — 18. Mecklin, J.-P., Nordling, S., Saario, I. Scand. J. Gastroenterol., 1988, 23, 3, 307—311. — 19. Ming, S.-C., Goldman, H. Pathology of the gastrointestinal tract. Philadelphia, 1992, 570—600. — 20. Negrini, R., Lisato, L., Zanella, I. a. o. Gastroenterology, 1991, 101, 2, 437—445. — 21. Nomura, A., Stemmermann, G. N., Chyou, P.-H. a. o. New Engl. J. Med., 1991, 325, 16, 1132—1136. — 22. Parsonnet, J., Friedmann, G. D., Vandersteen, D. P. a. o. New Engl. J. Med., 1991, 325, 16, 1127—1131. — 23. Ponten, J. A. B. Acta Chir. Scand., 1988, Suppl. 541, 7—9. — 24. Seery, J. P. Lancet, 1991, 338, 8781, 1508—1509. — 25. Sipponen, P. Endoscopy, 1992, 24, 5, 424—427. — 26. Sipponen, P., Kosunen, T. U., Valle, J. a. o. J. Clin. Pathol., 1992, 45, 4, 319—323. — 27. Sipponen, P., Price, A., Kekki, M. a. o. In: Gustavson, S., Kumar, D., Graham, D. Y. The stomach. London, 1992, 313—339. — 28. Siurala, M., Sipponen, P., Kekki, M. Gut, 1988, 29, 7, 909—915. — 29. Sleisenger, M. H., Fordtran, J. S. In: Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management. Philadelphia, 1993, 545—557, 763—777. — 30. Sobala, G. M., O'Connor, H. J., Dewar, E. P. a. o. J. Clin. Pathol., 1993, 46, 3, 235—240. — 31. Stalnikowicz, R., Benbassat, J. Arch. Inter. Med., 1990, 150, 10, 2022—2026. — 32. Sugimura, T. Science, 1992, 258, 5082, 603—607. — 33. Zanghieri, G., Di Gregorio, C., Sacchetti, C. a. o. Cancer, 190, 66, 9, 2047—2051. — 34. Tekkel, M. Eesti Arst, 1992, 4, 248—253. — 35. Tolonen, M. In: Vitamins and minerals in health and nutrition. London, 1990, 106—122. — 36. Vaira, D., Holton, J., Miglioli, M. a. o. Curr. Opin. Gastroenterol., 1992, 8, 6, 918—926. — 37. Villako, K., Kekki, M., Maaros, H.-I. a. o. Scand. J. Gastroenterol.,

1991, 26, Suppl. 186, 135—141. — 38. Wee, A., Kang, J. Y. Teh, M. Gut, 1992, 33, 8, 1029—1032.

Summary

Gastric Carcinogenesis. In this article a review of publications of recent years about the morphological and aetiological aspects of gastric cancer is presented. The incidence of the gastric cancer has been declining, more rapidly in affluent societies than in developing countries. The decline has been observed mainly for the so-called intestinal type, when the incidence of the other, diffuse type has been changed less notoriously. The latter type seems to have a more obvious relationship to the hereditary aetiology and a little is known about the precancerous process of it. The intestinal type is considered to be the end result of a prolonged precancerous process in which superficial gastritis, atrophy, intestinal metaplasia and dysplasia appear in sequential steps. This changes are chiefly caused by the environmental factors (*Helicobacter pylori*, different carcinogenic and genotoxic chemical agents) in combination with hereditary and acquired genetic alterations. So the cause of this disease is almost certainly multifactorial and the multidisciplinary approach is needed to resolve the problem of gastric cancer. Screening of the gastric precancerous changes in high risk areas, anti-*Helicobacter* and adequate anti-ulcer therapy, use of micronutrient antioxidants with low salt intake are possible measures of prevention of this malignance.



Meditsiinitehnika
Ehitajate tee 137
EE0035 Tallinn
tel.+faks 22 598 548
22598547

Tallinna mnt. 51
EE3500 Rapla
Tel. 248 55 490
Faks 248 55 548



OPTIMATCH

Parim süsteem terava kujutise saamiseks röntgenifilmil.

Kõrge kvaliteediline haruldaste leelismuldmetallide tehnoloogia firmalt Dupont.

Filmi-/fooliasüsteemid
Päeva valgussüsteemid
Ilmutusautomaadid
Kemikaalid
Elektrooniline pilditöötlus
Mammograafia
Spetsiaalfilmid

Röntgenifilmid:

Cronex 4 Cronex 105 Cronex 10L

Fooliad:

Quanta detail
Quanta fast detail
Quanta rapid
Quanta super rapid

Filmi-/fooliakombinatsioonide kiirusklassid
60 • 120 • 200 • 400 • 600 • 1200

Alati Teie usaldusväärne partner — SEMETRON!

UNICAP®

3 naist põlvkonda vitamiini

UNICAP Sr.

Vitamiinide ja mineraalainete preparaat beeta-karotiiniga. Spetsiaalselt mõeldud küpses eas inimestele üle 50 aasta vanuses.

Suhkruvaba. Naatriumivaba.

UNICAP Jr.

Heamaitseised, apelsini-lõhnalised, näritavad tabletid, spetsiaalselt väljatöötatud laste vajaduste rahuldamiseks.

UNICAP PLUS IRON

Spetsiaalselt väljatöötatud NAISTELE. Suurema raua ja kaltsiumi sisaldusega.

Suhkruvaba. Naatriumivaba.



Upjohn

Primaarne biliaarne tsirroos

Triin Remmel

primaarne biliaarne tsirroos, autoimmuunhaigused, kolestaatilised maksahaigused, maksa-tsirroos

Primaarne biliaarne tsirroos on progresseeruv, kolestaasiga kulgev krooniline maksahaigus, mille põhjus on siiani olnud teadmata. Et haigetel on leitud nihkeid nii rakulises kui ka humoraalses immuunsuses, siis arvatakse, et tegemist on autoimmuunhaigusega (16).

Esmakordselt kirjeldasid haigust Thomas Addison ja William Gull 1851. aastal. Nad kirjeldasid kuut haiget, kellel olid nahakollasus, vitiliigo ja ksantoomid. Samuti oletasid nad, et kahjustus lokaliseerub maksas. Termin «primaarne biliaarne tsirroos» võttis esmalt kasutusele E. Ahrens 1950. aastal (2). See mõiste on teatud määral ekslik, sest tsirrootilised muutused maksas tekivad primaarse biliaarse tsirroosi korral alles haiguse lõppstaadiumis. Seetõttu on kirjanduses soovitatud kasutada ka sellist nimetust nagu krooniline mittemädane granulomatoosne kolangiit (20).

Haiguse tekkepõhjus ei ole siiani teada. On uuritud erinevaid baktereid (*Enterobacteriaceae*, *E. coli*, *Mycobacteriaceae*), kuid otsest seost kindla haigusetkitajaga ei ole õnnestunud leida (13, 25). Siiski on võimalik, et primaarse biliaarse tsirroosi tekkes on oluline mingi bakteri- või viirusevastaste antikehade ristreaktsioon maksa mitokondrite erinevate komponentidega struktuuride sarnasuse tõttu, mis põhjustab sapikapillaari rakkude molekulaarse koostise muutust ja immuunsüsteemi hüperergilist reaktsiooni.

Keskkonnafaktorite võimalikkusele haiguse tekkes viitab D. Trigeri töö 1980. aastast (27). Autor leidis, et primaarse biliaarse tsirroosi haigestumus erines ühe linna piires kümnekordselt. Seda seletas

ta veevarustuspiirkondade erinevusega, kuid ühte konkreetset faktorit, mis viiks primaarse biliaarse tsirroosi tekkeni, ei õnnestunud tal leida.

Haiguse tekkes on oluline ka geneetiline foon. Neil haigetel on populatsioonis sagedamini HLA-DR8-DQB1*0402 haplotüüp (29). Geneetiliste faktorite osatähtsusele haiguse tekkes viitab ka haigusjuhtude olemasolu perekonniti. Ühes uurimuses oli see 2,4% (17).

Primaarset biliaarset tsirroosi põdejad moodustavad maksatsirroosi haigestunutest ligikaudu 2% (11). Naised haigestuvad 6...10 korda sagedamini kui mehed ja moodustavad ümmarguselt 90% haigestunutest (23). Kõige sagedamini haigestuvad 40...60-aastased, kuid vanusepiir on väga varieeruv, ulatudes 20...80. eluaastani.

Primaarset biliaarset tsirroosi on diagnoositud üle maailma. Üldhaigestumus 100000 inimese kohta varieerub 3,7...14,4 juhuni ja aastas diagnoositakse keskmiselt 5,8...15 uut haigusjuhtu ühe miljoni inimese kohta. Primaarse biliaarse tsirroosi haigestumus varieerub piirkonniti, olles madalaim Jaapanis ja Austraalias ning kõrgeim Rootsis ja Inglismaal (7, 17, 21, 28). Maa- ja linnaelanike vahel erinevust haigestumussageduses ei ole (7). Arvatakse, et Inglismaal on umbes 7000 primaarse biliaarse tsirroosi põdejat (17).

Kui varem oletati, et haigus on suhteliselt harva esinev, siis viimasel ajal on seda haigust maailmas diagnoositud aina rohkem. Haigestumise sagenemise põhjused ei ole täpselt teada. Võimalik, et haigestumus on realselt suurenenud, kuid arvestama peab ka järgnevate faktorite koosmõju võimalikkust: haiguse diagnoosimist rohkem asümptomaatilises staadiumis, arstiabi ja diagnoosimeetodite paremat kättesaadavust (eelkõige mitokondritevastaste antikehade määramine) ning täiuslikumate haigusregistririte olemasolu (7).

Kahel kolmandikul haigetest on esmasteks sümptomideks nahasügelus ja väsimus (23). Nahasügelus võib algul olla lokaalne, kuid hiljem hõlmab kogu keha. Nahasügelus on väga piinav, haiged ei saa

sageli öösel magada ja võivad seetõttu kõigepealt pöörduda dermatoloogi, psühhiaatri, neuroloogi, allergoloogi või terapeudi poole. Hiljem lisanduvad nahasügelusele nahakollasus ja naha hüerpigmentatsioon (*melanoderma*). Harvem tekivad kollasus ja nahasügelus üheaegselt (20%-l) või nahakollasus on esmaseks sümptomiks (8%-l) (23). Üksikutel haigetel manifesteerub haigus esimest korda kas verejooksuna söögitoru veenilaienditest, astsiidi või entsefalopaatiana (11).

Tänapäeval on primaarset biliaarset tsirroosi üha rohkem diagnoositud asümptomaatilises staadiumis (7,17), mil haigetel nahasügelus, ikterus, portaalhüpertensioonisündroom või muud maksa-haigusele viitavad nähud veel puuduvad. Nendel haigetel leitakse aga mitokondritevastaseid antikehi ja alkaalse fosfataasi või gamma-glutamültranspeptidaasi aktiivsuse tõusu vereseerumis. Eriti varajases haigusstaadiumis võib ensüümide aktiivsus olla normis, kuid mitokondriaalsed antikehad on kindlasti olemas.

Haiguse diagnoosimisel kliiniliselt selgelt avalduvas staadiumis võib haigel leida ksantoome, ksantelasme, *melanoderma*'t, verevalumeid ja hepatomegaaliat, harvem splenomegaaliat ja astsiiti. Kolestaasist tingituna tekib malabsorptsioonisündroom, mis väljendub eelkõige steatorröa (rasvade rohke eritumine väljaheitega) ja rasvlahustuvate vitamiinide imendumise puudulikkusena (A-, D-, E-, K-vitamiin). Väga tõsiseks probleemiks haigetel on lülisamba osteoporoosist tingitud lülidemurrud koos tugeva valusümptomiga (10). Lisaks malabsorptsioonisündroomist tingitud D-vitamiini- ja Ca-defitsiidile on osteoporoosi tekkes oluline ka osteoblastide vähenenud aktiivsus, haigete vanus ja sugu. Enamik haigeid on naised pärast menopausi (12).

30...80%-l haigetest on peale primaarse biliaarse tsirroosi kaasnevana ka mõni muu immunogeneesiga haigus või sündroom. Kirjanduse põhjal on sagedasemaks Sjögreni sündroom, reumatoidartriit, sklerodermia, autoimmuunne türeoidiit

ja fibroseeriv alveoliit. Harvem on leitud tsöliaakiat, bullooset pemfigoidi, lame-sammaspoolt, vaskuliiti, süsteemset erütematooset luupust, membranooset glomerulonefriiti, ultserooset koliiti, polümüosiiti, difuusset toksilist struumat, sarkoidoosi ja autoimmuunset trombotsütopeeniat (24).

Sapieritushäireist, haigete soost ja vanusest tingituna leitakse neil haigeil sagedamini sapikivitõbe (23, 24). Kivid on tavaliselt nn. vaiksed kivid (sapipõies) ja vajadust kirurgilise ravi järele ei ole. Küll aga võib kivide avastamine viia selleni, et nahasügelust ja ikterust ning teisi sümptomide tõlgendatakse sapikivitõve sümptomidena ning haiget opereeritakse. Pärast operatsiooni haigetel maksafunktsioon tavaliselt halveneb. Ravi on vajalik juhul, kui kivi paikneb ühissapijuhas, sel juhul peetakse eelistatavaks meetodiks papillotoomiat.

Laboratoorselt on primaarsele biliaarsele tsirroosile iseloomulik eelkõige kolestaasi tähised, s.o. alkaalse fosfataasi ja gammaglutamültranspeptidaasi aktiivsuse 3...10-kordne tõus vereseerumis. Haiguse diagnoosimise ajal on bilirubiini kontsentratsioon tihti normis, kuid haiguse progresseerumisel bilirubiini kontsentratsioon vereseerumis enamikul haigeil suureneb, seda nii konjugeeritud kui ka konjugeerimata fraktsiooni arvel. Transaminaaside aktiivsuse tõus (tsütolüüs) ei ole nii tugevalt väljendunud.

Suurel osal haigetest esinevad hüperlipideemia ja hüperkolesteroleemia, mis on refraktaarne medikamentoosle ravile. Maksahaiguse progresseerumisel tekivad hüpoalbumineemia ja koagulopaatia. Osal haigetel puudub seos haiguse kliinilise pildi, laboratoorsete näitajate ja maksa bioptaadi histoloogilise leiu staadiumi vahel.

Primaarse biliaarse tsirroosi diagnoosimisel peetakse eriti vajalikuks mitokondritevastaste antikehade määramist vereseerumis. Mitokondritevastaseid antikehi on leitud 93...98%-l haigetest (7, 23, 28). On avastatud neli mitokondritevastast

antikeha, mis reageerivad mitokondrite membraani erinevate antigeenidega. Olu- lisemad neist on M2-tüüpi antikehad, mis on suunatud kolme ensüümi vastu mito- kondrite sisemembraanil (30). Nendeks ensüümideks on püruvaadi dehüdroge- naasi E2 kompleks (15), 2-oksohappe de- hüdrogenaas ja kõrvalahelaga 2-oksohap- pe dehüdrogenaas (9).

M4 antikehi leitakse sellise primaarse biliarise tsirroosi variandi puhul, millel on sarnaseid jooni kroonilise aktiivse autoimmuunse hepatiidiga. Anti-M2 koos anti-M8-ga näitab haiguse halba prognoo- si, anti-M9 leidumine vereseerumis on seevastu iseloomulik healoomulise kuluga haigusele (5). Anti-M9 võib leida ka hai- gete sugulastel ning arstide ja laboritö- tajate vereseerumist, kes on töötanud pri- maarset biliarset tsirroosi põdejate vere- seerumitega (5).

Ehkki enamiku haigete vereseerumis on M2-tüüpi antikehade kõrge tiiter, ar- vatakse, et mitokondritevastased antike- had on haiguse tagajärg, mitte põhjus. Haiguse tekkeks on vajalik HLA II klassi molekulide ekspressioon sapikapillaaride epiteelile (normaalses maksas ekspres- seeruvad HLA I klassi antigeenid), mis viivad abistajarakkude aktiveerumisele ja T-lümfotsüütide tsütotoksilise toime tek- kele sapikapillaaride vastu (3).

Mitokondritevastaste antikehade kõr- val võib primaarse biliarise tsirroosi kor- ral leida ka muid antikehi (tuuma-, sileli- haskoe-, kilpnäärme mikrosoomidevasta- sed jm.), kuid nende olemasolu ei ole primaarsele biliarsele tsirroosile pato- gnostiline (16, 28). Peale eespool toodu on neil haigetel vereseerumis leitud kõrget IgM-i kontsentratsiooni, hüpergammaglo- bulineemiat, hüpokomplementeemiat ja immuunkomplekse (16). Rakulise im- muunsuse häiretele viitavad granuloomi- de olemasolu maksas ja defektne T-lüm- fotsüütide funktsioon nii perifeerses veres kui ka sapikapillaaride ümber (16).

Histoloogiliselt jaotatakse primaarne biliarne tsirroos nelja staadiumi. Esime- sele staadiumile on omane väikese ja keskmise suurusega sapijuhade destrukt-

sioon, teisele sapikapillaaride proliferat- sioon, kolmandale fibroos ja neljas on nn. tõelise tsirroosi staadium, mil sapikapil- laare histoloogilises preparaadis on väga vähe (22). Haiguse varajasemates staa- diumides (esimeses ja teises) võib prepa- raadis leida ka granuloomi. Alati tuleb aga arvestada seda, et maksakahjustus ei ole täiesti difuusne ning seetõttu võib maksa eri osades olla erinevatesse histo- loogilistesse staadiumidesse kuuluvaid muutusi.

Haiguse kulg primaarset biliarset tsir- roosi põdejail on väga varieeruv, sageli raskesti prognoositav. Sümptomide puu- dumise korral on haigete elulemus sama- sugune kui vanuselisel ja sooliselt repre- sentatiivsetel inimestel üldpopulatsioonis selle hetkeni, kuni neil tekivad sümpto- mid. Haigus muutub aga kliiniliselt aval- duvaks suuremal osal sümptomideta haigetest, kuid selleks võib aega kuluda kuni 30 aastat.

Kliiniliselt sümptomideta haigetel näi- tavad halba prognoosi, s.t. haiguse kiiret muutumist kliiniliselt väljendunuks, hep- atomegaalia olemasolu, kaasneva auto- immuunse haiguse olemasolu ja histoloog- iliselt III...IV staadiumile iseloomulike muutuste leidmine maksas (18). Kliinili- selt avaldunud haigusstaadiumis on hai- gete eluprognos tavaliselt halb, keskmi- ne elulemus diagnoosimise momendist on 10 aastat. Prognoos on eriti halb sellisel juhul, kui haigel on ikterus, astsiit, hüpo- albumineemia, tsirrootilised muutused maksas ja anamneesis hiljutine verejooks söögitoru veenikomudest (19). Kõige täht- samaks prognostiliseks markeriks pee- takse bilirubiini.

Primaarset biliarset tsirroosi põdejate ravi on probleemiks kogu maailmas. Prae- gu puudub efektiivne medikamentoosne ravi. Medikamentoosse raviga võib saavu- tada küll sümptomide kadumise, labora- torsete analüüside teatava paranemise (normaliseerumist tavaliselt ei toimu), kuid muutused maksas progresseeruvad ja eluea pikenemist ei ole täheldatud.

Medikamentoosne ravi on oma olemu- selt eelkõige immuunsupressiivne ja anti- fibrootiline. Haigete ravimisel on kasuta-

tud D-penitsillamiini, prednisolooni, asatiopriini, kolhitsiini, tsüklosporiini, metotreksaati, kloorambutsiili ja ursodeoksükoolhapet (4).

D-penitsillamiini ja asatiopriini kasutamine monoteraapiana on kliiniliste ravimitega tehtud katsete tulemusena tunnistatud mittetoimivaks (6, 14). Enamiku muude ravimite kasutamist piirab pikaajalise ravi korral kõrvaltoimete teke (prednisoloon ja osteoporoos, tsüklosporiin ja neerukahjustus, metotreksaat ja vereloomekahjustus, asatiopriin ja vereloomekahjustus). Viimasel ajal on saadud kõige paremaid tulemusi ursodeoksükoolhappega (13...15 mg kehakaalu kilogrammi kohta päevas), mille täpset toimemehhanismi ei ole veel selgitatud. Arvatakse, et primaarse biliaarse tsirroosi puhuse maksakahjustuse tekkes on peale immuunmehhanismide oluline ka sekundaarne, endogeensete sapphapete kuhjumine maksa ja nende toksiline toime maksarakkudesse.

On teada, et ursodeoksükoolhape vähendab endogeensete, toksiliste sapphapete hulka maksas, kuna ta imendub paremini peensoolest (endogeensete, toksiliste sapphapete kontsentratsioon väljaheites suureneb, enterohepaatilises tsirkulatsioonis väheneb), parandab sapiiritust maksas ning on immuunmoduleeriva ja hepatoprotektiivse toimega (1, 26). Kuid ka siin on võrdlevad kahekordsed pimekatsed ravimitega oma kestvusest olnud liialt lühikesed, et saaks lõplikult deklareerida, et ainuõige ravim on lõpuks leitud.

Selleks, et vähendada ravimite kõrvaltoimet, on tulevik tõenäoliselt polüteraapia päralt, kusjuures parimad mõeldavad kombinatsioonid oleksid järgmised: prednisoloon ja asatiopriin, prednisoloon ja tsüklosporiin, tsüklosporiin ja kolhitsiin ning muud. Sümptomaatilise ravimina kasutatakse nahasügeluse puhul kolestüramiini ja D-hüpvitaminoosi puhul 25-hüdroksüvitamiini D süstetena.

Primaarset biliaarset tsirroosi põdejad on see haigete kontingent, kelle puhul maksa transplanteerimisel on saadud kõige paremaid lähi- ja hilistulemusi. Nii

ilmnes Ameerika Ühendriikides Pittsburghis tehtud uurimusest, et primaarset biliaarset tsirroosi põdejaist, kellel oli tehtud maksatransplantatsioon, elas 70% üle viie aasta ja enam (8). Enamik surmajuhete registreeriti esimese 6 kuu jooksul. Ei ole leitud ka seda, et haigus tekiks transplanteeritud maksas uuesti, kuigi mitokondriaalsed antikehad jäävad verre tsirkuleerima (8). Muidugi piiravad maksa transplanteerimise laialdast kasutamist sobivate doonorite vähesus ja operatsiooni kallidus. Sellepärast jätkuvad uurinud ka uute ravimeetodite leidmiseks.

Kokkuvõtteks võib öelda, et primaarne biliaarne tsirroos on haigus, millesse haigestuvad töövõimelises eas inimesed. Väga oluline on haiguse varajane, juba asümptomaatilises staadiumis diagnoosimine ja nende haigete pidev jälgimine ning ravi korrigeerimine tüsistuste tekki- mise korral. Et praeguseks on Tartu Ülikooli Sisekliinikul pikaajaline kogemus primaarse biliaarse tsirroosi diagnoosimise, ravi ja jälgimise alal (80 haiget on olnud ravil ajavahemikul 1973...1993) ning abiks on ka tõhus koostöö Tartu Ülikooli Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi immunoloogialaboriga (mitokondritevastaste antikehade määramine), siis on ülimalt soovitatav, et haiged, kellel kahtlustatakse primaarset biliaarset tsirroosi, suunataks uuringuteks ja ravi alustamiseks Tartu Ülikooli Sisekliinikusse.

KIRJANDUS: 1. Abe, K., Nakadate, I., Shimotono, H. *Gastroenterology*, 1992, 102, A770. — 2. Ahrens, E. H., Rayne, M. A., Kunkle, H. G. *a. o. Medicine*, 1950, 29, 299—364. — 3. Ballardini, G., Mirakhan, R., Bianchi, F. B. *a. o. Lancet*, 1984, 11, 1009—1013. — 4. Berg, C. L., Gollan, J. L. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1992, 27, Suppl. 192, 43—49. — 5. Berg, P. A., Klein, A. *Clinical and prognostic relevance of different mitochondrial antibody profiles in primary biliary cirrhosis. Mol. Aspects. Med.*, 1985, 8, 235—247. — 6. Crowe, J., Christensen, E., Smith, M. *Gastroenterology*, 1980, 78, 1005—1010. — 7. Daniellson, A., Boquist, L., Uddenfeldt, P. *Hepatology*, 1990, 11, 195—200. — 8. Esquivel, C. O., van Thiel, D. H., Demetris, A. J. *Gastroenterology*, 1988, 94, 1207—1216. — 9. Fussey, S. P. M., Ali, S. T., Guest, J. R. *a. o. Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1990, 87, 3987—3991. — 10. Guanabens, N., Peres, A., Marinosa, L. *Am. J. Gastroenterol.*, 1990, 85, 1356—

ARSTITEADUSE AJALOOST

Kuidas meie kodus «Eesti Arsti» tehti

Vello Valdes

«Eesti Arsti» toimetuse aadress Tartus oli aastail 1929...1932 Jakobi t. 34, 1932...1935 Gustav Adolfi t. 44 (tänav nimetati ümber), 1935...1940 Päeva t. 1–1, 1941...1944 Riia t. 29–2. Kõik need olid professor Albert Valdese kodu-aadressid. Talituse aadress Väike-Tähe t. 1 oli toimetuse sekretäri professor Herbert Normanini kodu-aadress. Ajakirja tehti oma kodus, see oli osa igapäevasest koduelust, sellega puutusid kokku kõik pereliikmed. Ajakirja iga number lõppes reaga: «Vastutav ning tegev toimetaja: Prof. A. Valdes. Väljaandja: Eesti Arstideseltside Liit.» Õigem oleks olnud — tegelik toimetaja. Tema teha oli käsikirjade sisuline ja keeleline korrektuur, vajaduse korral käsikirjade ümbertrükkimine, ajakirja tehniline kujundamine vahetus kontaktis «Postimehe» trükikoja ladujate ja tsinkograafidega, numbri vastuvõtmine laialisaatmiseks.

Professor H. Normann tegeles esmajoonelise ajakirja majandusajade ja kirjavahe- tuse korraldamisega. Sisulises osas olid tema hoole all Eesti tervishoiu seaduslikud ja jooksvad probleemid, meditsiinialase kroonika pidamine koos arstidepäevade protokollide trükivalmis seadmisega, kuid ka suurem osa välisajakirjade refereeringutest oli tema sulest.

Kahe mehe koostöö oli väga tihe, paari- tunnised pärastlõunased ühisarutlused toimusid mitu korda nädalas A. Valdese

1362. — 11. Hamlyn, A. N., Sherlock, S. Gut, 1974, 15, 473–479. — 12. Hodgson, S. F., Dickson, E. S., Wahner, H. W. a. o. Ann Intern. Med., 1985, 103, 855–860. — 13. Hopf, U., Moller, B., Stemerowicz, R. Lancet, 1989, 11, 1419–1422. — 14. James, O. F. W. Gut, 1985, 26, 109–113. — 15. James, O. F. W., Yeaman, S. J., Bassendine, M. F. Hepatology, 1989, 10, 247–251. — 16. James, S. P., Hoofnagle, J. H., Strober, W. a. o. Ann. Intern. Med., 1983, 99, 500–512. — 17. Myszor, M., James, O. F. W. Q. J. Med., 1990, 75, 377–385. — 18. Neuberger, J. M., Gut, 1990, 30, 1069–1072. — 19. Roll, J., Boyer, J. L., Barry, D. a. o. New Engl. J. Med., 1983, 308, 1–7. — 20. Rubin, E., Schaffner, F., Popper, H. Am. J. Pathol. 1965, 46, 387–407. — 21. Sasaki, H., Oinoue, K., Higuchi, K. a. o. Gastroenterol. Jpn., 1985, 20, 476–485. — 22. Scheuer, P. J. Proc. R. Soc. Med., 1967, 60, 1267–1270. — 23. Sherlock, S., Scheuer, P. J. New Engl. J. Med., 1973, 289, 674–678. — 24. Sherlock, S. In: Diseases of the liver and biliary system. London, 1990, 180–187. — 25. Stemerowicz, R., Hopf, U., Moller, B. Lancet, 1988, 11, 1166–1170. — 26. Stiehl, A., Raedsh, R., Rudolph, G. Gastroenterology, 1990, 98, 424–428. — 27. Trigger, D. R. B. M. J. 1980, 281, 772–775. — 28. Trigger, D. R. Liver, 1984, 4, 195–200. — 29. Undrehill, J., Donaldson, P., Bray, G. a. o. Hepatology, 1992, 16, 1404–1408. — 30. Walker, J. G., Doniach, D., Roitt, I. M. a. o. Lancet, 1965, 1, 827–831.

Summary

About the Primary Biliary Cirrhosis. Primary Biliary Cirrhosis is a cholestatic, progressive liver disease of unknown etiology which occurs predominantly in middle age females. Although the disorder is rare, it is diagnosed more frequently nowadays. The contemporary points of view about Primary Biliary Cirrhosis have been described in this paper.

Vello Valdes — Tallinna Keskhaigla

kodu-töökabinetis. Tehniliseks korrekto-riks oli dr. Maria Valdes. Tema pidada oli tellijate register ja postiaadresside kirju-tusmasinal paljundamine (kleebiti trüki-kojas panderolliümbrisele) ja uue numbri tegelik laialisaatmine. Trükikojast koju toodud värske number (aadressid regist-reerimisraamatu järjekorras) märgiti ükshaaval regis- tris ning seejärel jaotati postiasutuste kaupa. See toimus söögi- toas, registreerimine suurel söögilaul, jaotamine toolidel ja põrandal. Kui see oli valmis, kutsuti ekspres- s, kes kogu saade- tise oma ekspres- si-kanderihmaga selga võttis ja postkontorisse viis.

«Eesti Arsti» tegemistest ei jäänud kõr- vale lapsed Avo, Heli ja Vello, viimastel aastatel ka Viiu. Kui lastel oli tarvis krit- seldamiseks-joonistamiseks paberit, siis oli selleks tavaliselt üle- aruste korrek- tuurilehtede tagakül- g. Kui võimed juba küündisid, olid nad käskjalaks kodu (toi- metuse!) ja trükikoja vahel. «Postimehe» trükikojast hr. Niglasega olid neil sõbral- lik suhted. Mõnigi kord tuli suvel suvi- tuskohast Peedult üksi rongiga Tartus korrek- tuuri viimas käia. Laialisaatmisel oli laste osaks numbrite jaotamine posti- asutuste järgi ja siis ekspres- si kutsumine; ametimütsi ja kanderihmaga ekspres- sid istusid Barclay platsi ääres, Küüni täna- va nurgal.

Kogu selle töö juures said tasu M. Val- des korrek- tuuri lugemise eest, ekspres- s ja



Foto. Professor Albert Valdese perekond suvel 1942. Vasakult: Vello (1925), Heli (1923—1946), Albert Valdes (1884—1971), Maria Valdes (1888—1983), Viiu (Sillastu) (1929), Avo (1921—1950).

väikest taskuraha ekspres- si kutsuja. Suu- remat taskuraha saadi hilinenud tellijate arvel. Neile oleks tulnud saamata numb- rid lähetada margistatud postina, Tartu piirides olid postiljonideks lapsed ja saa- tekulu oli nende oma. Et paljud hilinenud tellijad olid üliõpilased, kes elasid mööda linna laiali üuritubades (majanduslikul kaalutlusel ka kehvades äärelinna maja- ades), siis ei olnud Tartus pea ühtegi täna- vat, mida poleks teadnud. Vahel anti suu- rematele lastele kirjatööd — käsikirja ük- siklehekülgede ümbertrükkimine. See võttis aega, algul ka kõvasti paberit, kuid lõpuks pani aluse kirjutusmasina kasuta- mise oskusele.

«Eesti Arst» ilmus endise kujundusega 1940. aasta lõpuni, kuigi ajakirja üle- minekuga RK «Teaduslik Kirjandus» allu- vusse kodune toimetamine lõppes.

Albert Valdese kodu Päeva t. 1 hävis Tartu sõjatules juulis 1941. Et ilmumata käsikirju oli A. Valdese töökohas Uues Anatoomikumis ja H. Normanni kodus, siis juba 25. oktoobril 1941 ilmus XX aastakäigu 1. number, toimetuse aadressiga Riia 29—2 — Valdeste kodu sõja ajal (hä- vis sõjatules augustis 1944). Viimane A. Valdese toimetatud «Eesti Arsti» number oli XXIII aastakäigu 3/4 number 30. aprilil 1944, enamat kujunenud sõjaolukord enam ei võimaldanud.

Kolme inimese — A. Valdes, H. Nor- mann ja M. Valdes — töö viljana ilmus «Eesti Arst» 15 aastat, reeglipäraselt iga kuu (välja arvatud 1941. a. 9 kuud). Oli ka «Eesti Arsti» toimkond, viimane koos- seis V. Hiie, S. Lind, A. Lüüs, H. Normann (sekretär), E. Saareste, A. Valdes (toime- taja), W. Wadi. Toimkond käis koos kord aastas arutamas üldisemaid probleeme, rahalist külge ja andmas kinnitust tehtud tööle. Saksa okupatsiooni aegne «Eesti Arsti» toimetamine oli piisav süü, et A. Valdest ja H. Normanni enam ajakirja toi- metama ei usaldatud.

Täpsustus. (Vt. «Eesti Arst», 1994, 5, lk. 401).

Albert Valdes sündis 1. detsembril 1884. aastal Järvakandi mõisas. Teisest eluaastast sai tema ko- dukohaks Kuusiku mõisa Altveski.

MAGNUM

M E D I C A L
S O O V I T A B



... ja Sa tunned
end kindlalt!

Inkontinentsimähkmed firmalt Hartmann!

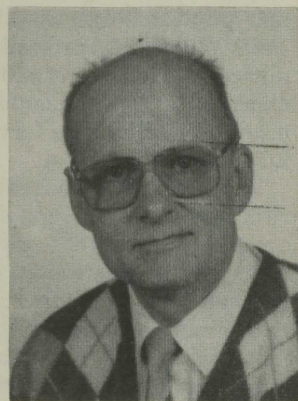
EESTI ARSTIDE LIIDUS

Tervishoiupoliitika ja turumajandus — eetilisi seisukohti

6...8. septembrini 1994 olid Tartus Eesti Arstide Liidu korraldatud esimesed pärast sõjaegsed Eesti arstide päevad. Kolmel päeval oli kavas multidistsiplinaarne loenguprogramm arstidele, seega oli see üritus ka arstide täienduskoolituseks. Ettekanded olid kavandatud selliselt, et kitsamast erialast sõltumata saadi teavet kogu meditsiini aktuaalsete probleemide kohta.

Kõigil kolmel päeval oli «Vanemuise» fuajees avatud rahvusvaheline näitus *Medicina '94*. See oli esinduslik näitus, kus umbes 35 väga nimekat Euroopa firmat eksponeerisid oma toodangut. Näituse korraldajad olid andnud ka Eestis tegutsevatele meditsiini- ja farmaatsiafirmadele võimaluse end esitleda. Seega oli võimalus valida firma, kes pakub parimaid ja odavamaid ravimeid, meditsiiniaparatuuri ja -vahendeid.

Mitmes ettekandes oli tähelepanu keskmes tervishoiusüsteemi ja arstiabikorralduse reformimine, meditsiiniökonomika ning raha üldse. Selle teemaga haakus ning leidis kuulajates huvi Eesti Arstide Seltsi Rootsis esimehe Ants Andersoni ettekanne «Tervishoiupoliitika ja turumajandus — eetilisi seisukohti», mille me ka alljärgnevalt avaldame.



Ants Andersoni ettekanne Eesti arstide päevadel Tartus 6. septembril 1994

Arstioskus tugineb kahele alusele — teadusele ja eetikale. Mõlemad on olulised ja arstile olemuslikud. Haige inimene on kliinilise arstietika tuumikuks. Arstietika üksikasjadesse me siin ei tungi.

Tervishoid ehk siin täpsemalt meditsiiniabi on aegade vältel suuresti kasvanud. Patsient ja arst ei ole enam kahekesi (välja arvatud kit-



Foto. Pilk näituse-saali. M. Loki foto.

samas erapraksises), arstile on appi tulnud õed ja põetajad. On ehitatud suuri haiglaid üha kallima sisustuse ja aparatuuriga. Arsti vahendid diagnostika, meditsiinilise ja kirurgilise ravi alal on tohutult arenenud. Võib ütelda, et sellele arengule vastavalt on arstietika suurelt osalt kujunenud meditsiineetikaks, mis puudutab iga meditsiinitöötajat. Teatavasti püütakse meditsiineetikas lahendada mitmesuguseid raskeid probleeme, nagu abort, eutanaasia, geenide muutmine ja palju muud. Veelgi laiema tervishoiuasutuse eetika juurde tuleme allpool.

Vajaliku statsionaarse ravi eest ei suuda harilik patsient ise tasuda. Ühiskond, s.t. riik või omavalitsus, on juba mõni sajand tagasi võtnud meditsiinasutuste kulud enda kanda. Enamasti on haiglatevõrgust kujunenud süsteem, mis veel üsna hiljuti mahtus rahuldavalt riigi majandusse. Abi sai see, kes abi paluma tuli, ja tervishoid tohtis riigile maksma minna nii palju, kui ta maksma läks.

Meditsiiniabi kvantitatiivne ja kvalitatiivne kasv on jätkunud ning on viimastel aastakümnetel hakanud muutuma mitmele riigile liiga kulukaks. Üldine maksustamine on jõudnud poliitiliselt võimaliku koormamise laeni, mis on vallandanud teatud pikaldase kriisi. On osutatud muuseas sellele, et piiramatult vastutulelik suund patsienditöös ning tervishoiu majanduse bürokratiseerumine käivad maksumaksjatele üle jõu.

Kui tuua näitena Rootsi, siis on tervishoiu majanduskriis päevakorrale toonud üldise kokkuhoiuaktsiooni, koduse tohterdamise, haiglatöö ratsionaliseerimise, majandusliku vastutuse detsentraliseerimise ja ühendamise osakonnajuhataja meditsiinilise vastutusega, haiglate arvu vähendamise ja ka üldise tervishoiuökonomika debati. Meditsiiniabisüsteemi juurdekasv on peatatud. On tekkinud ka esimesed pärastsojaaegsed töötud arstid.

Debatis, mis on pulbitsenud ka paljudes teistes riikides, on peetud vajalikuks tervishoiutööd tõhustada. Riiklikku keskadministratsiooni ja tervishoiuorganisatsiooni monopolset seisundit on muidugi nähtud ebaefektiivsena. On peetud vajalikuks administratiivne asendada hoopis majandusliku juhtimisega, seega majandus-teadusliku mõtlemisega. On loodetud efektiivset mõju saada turumajanduslikest mehhanismidest. Meditsiiniabi on vaadeldud teenuste tarbimisena, kusjuures pakkumine tuleb kohandada nõudlusele. Et patsient ise ei suuda

tervishoiuteenuste eest maksta, on tarvis kindlaks määrata nende teenuste tellija. Seejärel on tarbimismudeli rakendamisel tahtud selget vahetegemist ühelt poolt meditsiiniabi tellija — finantseerija — ja teiselt poolt tootja vahel.

Plaanimist on soovitatud asendada ostumüügi-lepingutega tellija ja tootja vahel, seejärel on ka püütud haiglaosakonna tasustamine viia tükitöö alusele. Mitmel pool on ravi töö «tükkidena» proovitud algselt USA-st pärinevat nn. DRG-süsteemi (*Diagnosis-Related Groups*), aga need kogemused ei ole päris rahuldavad.

Ei ole võimatu, et pikapeale saavutataksegi niiviisi odavam, mõistuspärasem ja püsivam tervishoiusüsteem. Praegu aga on ilmselt veel tegemist keeruliste teoreetiliste segamudelite loomise ja mitmesuguse tundliku optimeerimisega.

Eesti tervishoid on asunud mõneti samale arenguteele. Kindlustussüsteemi loomiseks on toimunud jagunemine kolmeks osaliseks: 1) patsient, 2) meditsiiniabi tellija, s.t. haigekassa, ja 3) meditsiiniabi tootja, s.t. avalik meditsiiniabisüsteem. Kindlustusmeditsiinile omase toimingute hindamise ja põetusaja jaotamise on Eesti haigekassad lahendanud punktisüsteemiga, mis kahjuks veel ei ole rahuldavalt välja kujundatud.

Oluline on, et ökonoomilisi argumente ei lastaks täielikult domineerida inimlike ja eetiliste argumentide üle. Kuidas üldse eetilistest küljest vaadata turumajanduslike põhimõtete rakendamisele tervishoiutöös?

Kui turumajandulikud mehhanismid tõesti annavad meile parema meditsiiniabi, on nende rakendamine muidugi õigustatud, ka eetiliselt.

Turumajandus kui niisugune aga on oma aluste poolest midagi üsna vastupidist arstietikale. Konkurents tähendab võistlust, mis meenutab armutut darvinistlikku olemusvõitlust. Tugevam võidab, peabki võitma ja veelgi tugevamaks saama. Turg soovib elujõulisi ettevõtteid. Nõrgem on alaväärne, ta mingi pankrotti ja kadugu, mida varem, seda parem. Arstietika nurgakiviks aga on, vastupidi, haige kui nõrgema inimese kannatlik aitamine.

Selge on, et puhtakujulist turumajandust tervishoius ei saa soovitada. Haiged enamasti ei ole rahamehed. Haiged ei ole ka võimelised õiget valikut tegema, näiteks eri oskustasemega arstide vahel, eri ravimeetodite vahel jne.

Vaba turg ei saa parandada kõige abiturientide haigete olukorda ega suuda luua tänapäevast tervishoiusüsteemi. Seepärast ei olegi tervishoiu ratsionaliseerijad tõsiselt pakkunud puh-takujulist vabaturgu.

Võib-olla on tähtsamgi tõdeda, et ka osaline turumajandusprintsipi rakendamine on eetilises seisukohast ohtlik või vähemalt kahtlane. Majanduslikul juhtimissüsteemil on ilmseid puudusi. Statsionaarsete diagnostiliste ja ravitoimingute hindamine läbilõikeliste tükitöö-ühikutena tähendab standardiseerimist, ent iga patsient on ja tahabki olla ainulaadne. Humaansus seisneb tähelepanelikus individualiseerimises. Standardiseerimise ohtlikkus seisneb eriti selles, et just raskesti haiged või kroonilisi haigusi põdejad ning vanurid, kes vajavad kõige rohkem abi, võivad osutada kaotajateks, keda haigla ei taha üldse vastu võtta või ei taha küllalt kaua põeta-da.

Tervishoid võib tükitöö-arvestuse tõttu kergesti libiseda ka sohiteele, näiteks kergemini haigestunute sihiliku ülediagnoosimise ning üleliigsete toimingutega.

Majanduslik tervishoiujuhtimine võib tähendada veel muid pahesid, mis kaudselt puutuvad eetikasse. Ühekülgset kvantitatiivse efektiivsusjahi tõttu võivad kannatada muu hulgas ravitöö inimlik ning tehniline kvaliteet, arstide ja muu personali töörahuldus ning eeldused kliiniliseks teadustöök.

Tervishoiuasutustes ei suhelda ainult patsientidega. Leidub ka mitmesuguseid koostöö, lojaalsuse, aususe ja ühiskondliku vastutuse küsimusi. Vaadeldes tervishoiusüsteemi üldist efektiivsust ja eetilist Eestis, ei saa vaikides mõnda minna ka mitte meditsiinilistest pahedest. Eriti sageli esineb ebademokraatlikku suhtumist sisekoostöös ja mitmesugust korruptsiooni. Nende tõsiste väärnähtuste vastu tuleb võidelda pidevalt ja energiliselt.

Seepärast püüan siin mõne lausega täpsustada tervishoiuasutuse ja tervishoiutöötajate üldisi eetilisi põhimõtteid, arvestades peale meditsiinieetika nii turumajanduslike mehhanismide ohtusid kui ka koostööprobleeme.

Tervishoiuasutuste ja tervishoiutöötajate üldisi eetilisi põhimõtteid.

- Laske arstid jääda truuks arstieetikale!
- Laiendage arstieetika põhimõtteid üldise meditsiinieetika raamidesse!
- Püüelge meditsiiniabi üldise ja õiglase kättesaadavuse poole!

— Töötage üldiste tervishoiutöö küsimuste poolest avalikult, informeerige üldsust heast ja halvast!

— Valvake aususe järele: rangelt kontrollides majanduskäivet, välistades igasugust korruptsiooni, korrektselt registreerides diagnoose ja meditsiinitoiminguid!

— Hoiduge jäikade põetuskorrektsioonide kehtestamisest, mis võivad majandusargumentidega mõjutada arsti langetama ebaeetilisi otsuseid!

— Tervishoiutöötajana püüdke kaitsta inimlike argumente, maadeldes majandusnõuetega!

— Kontrollige patsientide rahulolu!

— Toetage või sallige patsientide liitumist ühinguks või surverühmituseks!

— Nõudke lepinguid töötajate esmavajaduste rahuldamiseks!

— Nõudke endale või andke teistele kaasarääkimisvõimalusi!

— Otsustage demokraatlikult: süsteemi kohta, eelarve kohta, vastutavate juhatajate valimisel või kinnitamisel!

— Astuge energiliselt vahele võimukoondamistendentside esinemise korral!

— Kasutage kehtiva süsteemi võimalusi optimaalseks patsientitööks ja konstruktiivseks sisekoostööks!

— Avaldage vahetevahel arvamust tervishoiusüsteemi funktsionaalsuse kohta!

— Varuge võimalusi ravitegevuse teaduslikuks töötlemiseks ja arendamiseks!

— Korraldage aktuaalseid eetilisi arutelusid!

Võtaksin endale liiga ränga vastutuse, kui püüaksin Eesti tervishoiupoliitikutele anda kindla soovitus süsteemivaliku kohta. See valik toimugu demokraatliku protsessina. Aga võib-olla on juba mu ettekande ridade vahelt niikuinii paistnud, et kahtlen turumajanduslike jõudude ülesehitavas võimes tervishoiu.

Kolm aastat pärast Eesti Vabariigi taasiseisvumist on tervishoid üks neid alasid, kus jätkuvalt töötatakse eriti ebasoodsates tingimustes. Kriisimaiguline madalalpalgapoliitika võib õnnestada usaldust ja lojaalsust tööandja suhtes, mis on eduka reformitöö eelduseks. Eesti riik peab meditsiinitöötajatele kõigepealt tagama hoopis kõrgema palgataseme. Esmavajalik ratsionaliseerimine ja tõhustamine peaksid seejuures toimuma ka keskadmi-nistratiivsel juhtimisel, ilma turumajandusliku võitluseta.

ratiopharm®

Väga tõhusad külmetushaiguste ravimid

Ambroxol - ratiopharm® Saft

100 ml siirupit pruunis klaaspudelis. 5 ml siirupit sisaldab 15 mg ambroksoolhüdrokloriidi.

Ambroxol-ratiopharm® 7,5

100 ml lahust pruunis klaaspudelis. 1 ml lahust (14 tilka) sisaldab 7,5 mg ambroksoolhüdrokloriidi.

Ambroxol-ratiopharm® 30

20 tabletti pakendis. Tablett sisaldab 30 mg ambroksoolhüdrokloriidi.

Kasutatakse rögalahtistina.

Bromhexin-ratiopharm®

100 ml siirupit pruunis klaaspudelis. 5 ml siirupit sisaldab 4 mg broomheksiinvesinikkloriidi.

Kasutatakse rögalahtistina.

NasenSpray E-ratiopharm® — ninasprei, mille üks aerosooliannus (0,09 ml) sisaldab 0,09 mg ksülometasoliinvesinikkloriidi; konservandina 0,018 mg bensalkooniumkloriidi.

NasenSpray K-ratiopharm® — ninasprei, mille üks aerosooliannus (0,09 ml) sisaldab 0,045 mg ksülometasoliinvesinikkloriidi; konservandina 0,018 mg bensalkooniumkloriidi.

NasenTropfen E-ratiopharm® — ninatilgad, mille 1 ml sisaldab 1 mg ksülometasoliinvesinikkloriidi; konservandina 0,2 mg bensalkooniumkloriidi.

NasenTropfen K-ratiopharm® — ninatilgad, mille 1 ml sisaldab 0,5 mg ksülometasoliinvesinikkloriidi; konservandina 0,2 mg bensalkooniumkloriidi.

Kasutatakse nohu korral nina limaskestade turse vähendamiseks.



Maaletooja ja
turustaja:

AS MEDIPHARM

Regati pst. 1 Tallinn

EE0019

Tel. 238046/6398529

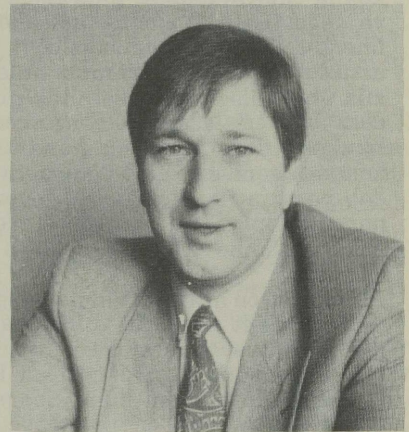
Arvestades üldist rahanappust peaks ka Eesti tervishoiu edaspidine ülesehitustöö toimuma ministeeriumi plaanide järgi. Küsimustes, mis puudutavad rahvatervishoidu, meditsiiniabi nõudlust ja raviüksuste suurust, peavad kaasa rääkima ka haigekassad, mis tuleks koondada neljaks keskhaigekassaks asukohaga näiteks Tartus, Pärnus, Rakveres ja Tallinas. Eesti tervishoid vajabki eelkõige rohkem planeerimist, mis ju iseenesest ei tohiks takistada erapraksise ja väiksemate erakliinikute avamist. On vaja kaugemaid sihte ja rahuliku arengukäiku koostöös arstkonnaga. Selleks on vaja ka tugevamat Sotsiaalministeeriumi pädevate spetsialistidega. Avaldan need isiklikud seisukohad teadlikus vastuolus Eesti tänapäevapoliitika vabamajandusliku peasuunaga.

Turumajanduslikku piitsa võib Eesti tervishoiuasutustele anda kunagi edaspidi, kui asjaosalistel on algavaks võistluseks normaalne lähteseisund.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. *Anell, A.* Sjukhusens kontrakt, Från anslag till intäkter. Stockholm, 1994. — 2. *Bengtsson, G., Lönnberg A., Reizenstein, P.* Etik och ekonomi i vården. Stockholm, 1994. — 3. *Gustafsson, R. Å.* Socialmedicinsk Tidskrift, 1994, 71, 4, 198-204. — 4. *Kaldaru, H., Kuuse, V., Müür, H.* Eesti Arst, 1993, 3, 203-205. — 5. *Kaldaru, H., Müür, H., Kuuse, V.* Eesti Arst, 1993, 6, 443-446. — 6. *Parsons, T.* The Social System. Glencoe, III. Free Press, 1951.

Eesti Arstide Liidu uus president Indrek Oro tutvustab end ning arstide liidu tegevusprogrammi

Olen sündinud 23. juulil 1960. aastal Kilingi-Nõmmel arstide perekonnas. Vanemate töökohta muutumiseiga seoses olen 1965. aastast alates elanud Tallinnas. 1978. aastal lõpetasin Tallinna 37. Keskkooli ning samal aastal alustasin õpinguid Tartu Ülikoolis. Pärast ülikooli



lõpetamist 1984. aastal olin aasta üldarsti internatuuris Tallinna raviasutustes. Alates 1985. aastast olen töötanud Eesti Onkoloogiakeskuse radioloogiasakonnas. 1986. aastal lõpetasin pool aastat kestnud erialase spetsialiseerumiskursuse Kiievi Arstide Täiendusinstituudis ning 1990. aastal stažeerisin kuu aega Berliinis Moabidi Kliinikus.

Olen üks Eesti Arstide Liidu asutajaliikmeid ning Eesti Noorarstide Ühenduse esimene president. Ajavahemikul 1991...1993 osalesin Euroopa Nooremärstide Alalise Töörühma tegevuses. Viimasel kahel aastal olen kuulunud noorarstide esindajana arstide liidu eestseisusesse.

Minu abikaasa on ka arst ning meie peres kasvab kaks last.

Eesti Arstide Liidu ees seisvatest ülesannetest näen ennekõike juba alustatud tegevuse hoogustamist tervishoiureformi kujundamisel. Ei ole arstkonna huvides üles näidata arenenud kriitikameelt juba vastuvõetud tervishoiualaste seaduste analüüsimisel ning süüdistada poliitikutuid ebakompetentsuses. Vajalik on arstide liidu esindajate lähetamine vastavatesse töörühmadesse ja osalemine asjakohaste eelnoude arutelus seadusloome protsessis. Seni on

sageli olnud häirivaks teguriks informatsiooni vähesus või selle väga aeglane liikumine. Ilmselt ei ole sellest puudusest võimalik täielikult vabaneda, kuid oluliselt vähendada küll. Selleks on põhiliselt vaja olla õigel ajal õiges kohas. Ükski eestseisuse liige ei ole arstide liidu palgal. Sellest tuleneb vajadus n.-õ. täidesaatva jõu järele, kes tegeleks liidu asjadega igapäevaselt. Mida laialdasemalt tegevus käivitub, seda enam on vaja tegijaid.

Küllaldane ei ole seni olnud ka arstide liidu sisene info levik. Tingimata on vaja, et lisaks ajakirjale «Eesti Arst» hakkaks ilmuma oma häälekandja. «Eesti Arsti» hakkab uuest aastast tasuta saama iga arstide liidu liige.

Arstide liidust ei saa rääkida kui Eesti arstkonna omavalitsusest ilma tema koordineeriva tegevuseta. Vajadus arstlike seltside ja ühenduste katusorganisatsiooni järele tingis arstide liidu põhikirjas muudatuste tegemise, mis ühehäälselt viimasel üldkogul heaks kiideti. Just erialaseltsidele üheskoos (piirkondliku) arstide liiduga on pandud eelseisva arstkonna litsentseerimise põhivastutus. See eeldab head ja kooskõlastatud tegevust, samuti nagu ka kvaliteedi tagamise mehhanismide väljatöötamine Eestis viljeldavatel arstlikel erialadel.

Suur töö on ära teha valdkonnas, mis on traditsiooniliselt olnud arstkonna rahvusliku organiseerumise üks esmaseid ajendeid. See on eetika valdkond. Eetikakoodeksi (taas)loomine on arstide liidu auküsimus. See peaks hõlma nii arsti ja patsiendi vahelise, kollegiaalse kui ka eksistentsiaalse käitumise norme.

Olen seisukohal, et arstide liidu edukas tegevus mis tahes valdkonnas ei ole mõeldav kogu arstkonna toetuseta. See on otseselt kollegiaalsuse probleem.

Eesti Arstide Liidu üldkogu otsused

8. septembril 1994 peeti Eesti arstide päeva lõpuüritusena EAL-i üldkogu koosolek.

EAL-i presidendikandidaatideks olid esitatud senine president Väino Sinisalu ja Tallinna Onkoloogiakeskuse arst Indrek Oro. Häälte suhtega 91:87 valiti uueks presidendiks Indrek Oro.

Võeti vastu EAL-i põhikirja uus redaktsioon, mis võimaldab liituda EAL-iga ka kollektiivliikmetel — arstide teadusseltsidel ja muudel arstide ühendustel. Liitumistingimused sätestatakse erilepingutega EAL-i ja kollektiivliikmetete vahel.

Üldkogu otsuse kohaselt lähtub EAL oma tegevuses lähiajal järgmisest:

1. EAL taotleb, et arstilitseansi saamiseks Eestis oleks soovitus piirkondlikult arstide liidult.

2. Piirkondlikel liitudel tuleb arutada võimalust loobuda riiklikust palgaastmikust ja määrata see läbirääkimistel raviasutuste paarstide ühendusega. See on võimalik siis, kui ravi-asutuste põhifinantseerimise lepingud haigekassadega on sõlmitud terveks aastaks.

Tulenevalt piirkondlike liitude arvamustest ja eelläbirääkimistest paarstide ühendusega (peaarstidega) kohustati EAL-i volikogu otsustama 1994. aasta oktoobris, kas jätkata palga üle läbirääkimisi paarstide või Sotsiaalministeeriumiga. Lähtepunktiks on seisukoht, et töö-



Foto. Eesti Arstide Liidu maja Pepleri t. 32

tajate palgaks kulub 60% raviasutuste eelarvest.

3. EAL-il on Sotsiaalministeeriumile ettepanek kokku kutsuda Sotsiaalministeeriumi, Rahandusministeeriumi, Kultuuri- ja Haridusministeeriumi, Tartu Ülikooli ja EAL-i esindajate nõupidamine, et täpsustada internatuuri ja residentuuri organisatsiooni ja finantseerimist ning lahendada doktorantide ja õppekoosseisude ravitasude probleemid.

4. EAL alustab eeltööd, et 1995. aastast oleks võimalik hakata arstidele andma täiendavat tööandja pensioni. See aitaks mõnevõrra leevendada pingeid arstide tööhoives ja looks ka internatuuri lõpetajatele soodsamad võimalused tööks arstina.

5. EAL peab üles näitama seadusandlikku initsiatiivi, et

5.1. arstide töölepinguid oleks võimalik sõlmida tähtajalisena (viieks aastaks) avatud konkursi alusel;

5.2. haiguslehe väljamaksmisse kaasata ka tööandja.

Üldkogu volitas prof. A.-E. Kaasikut pöörduma Eesti Posti poole, et vahendada Rootsi kolleegide ettepanek (täiendatud üldkogu poolt) välja anda margiseeria Eesti kuulsamatest arstidest.

Kuigi oli arutusel vajadus välja arendada EAL-i tööorgan — sekretariaat — ja tõhustada selle tööd, ei hääletanud üldkogu selle poolt, et EAL-i eestseisuse kasutusse läheks piirkondlike liitude liikmemaksudest senise 30% asemel 50%.

Tartus Pepleri t. 32 asuva EAL-i maja remontimiseks oodatakse toetust Eesti raviasutustelt. Raha palume üle kanda ERA pank kood 741 a/a 012310638.

Selleks, et säilitada presidendi ja eestseisuse volituste üheaastast nihet, pikendas üldkogu eestseisuse volitusi 1995. aastani.

Revisjonikomisjoni aruannet selles osas, mis käsitleb Eesti arstide päevade tulusid ja kulusid, volitati ära kuulama ja kinnitama EAL-i volikogu 1994. aasta oktoobris.

Jaan Kelk

EESTI NOORARSTIDE ÜHENDUS

Euroopa Nooremarstide Organisatsiooni (*Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors — PWG*) 1994. aasta kevadkoosolek toimus 13...15. maini Ljubljanas. Kohal olid kõikide suuremate Euroopa riikide nooremarstide delegatsioonid, välja arvatud Itaalia. Endisest idablokist oli esindatud täisliikmena Eesti, liikmekandidaadina Läti ning vaatlejana Ungari.

Kõige aktuaalsemad teemad olid seotud Europarlamendis vastuvõetud seadusega arstide ja nooremarstide ning residentide töötundide ja arstide täiendõppe kohta. Mis puutub esimesse, siis on PWG seisukohal, et nooremarstidel ja residentidel on õigus olla kaitstud liiga pika tööaja eest. Levinud arvamusele, et mida rohkem arst (resident) haiglas viibib, seda rohkem ta näeb, õpib ja oskab, seatakse vastu oma seisukoht, mille järgi ei ole tähtis mitte haiglas veedetud tundide arv, vaid see, kui intensiivselt seda aega kasutatakse. Ilmnes, et Euroopaski ei ole haiglaterminoloogia täiesti ühtne. Näiteks mõistetakse erinevates riikides küllaltki omamoodi terminit «kodune valve» (ingl. k. *home call*).

Arutleti ka residentuuri lõpueksamite üle. PWG on seisukohal, et see eksam näitab ainult arsti hetketeadmisi, mitte tegelikke oskusi. Samuti sisaldab eksam (eriti suuline eksam) endas alati subjektiivset, mis võib mõjutada eksami sooritamise tulemust. PWG arvates ei ole spetsialisti koolitamisel oluline mitte kontrollida tema hetketeadmisi, vaid see, et kogu õppeprotsess ise välistaks puudulike teadmistega arsti saamist spetsialistiks.

Täiendõppe (ingl. k. *continuous medical education*) osas rõhutati eelkõige selle vajalikkust, olulisust ning arstidele kättesaadavust. Sel teemal otsustati korraldada konverents 1995. aasta kevadel Londonis.

PWG täisliikmeteks võeti vastu Läti Arstide Liidu noorteseksioon.

Ahti Virkus

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Oivi Uibo kaitses doktoriväitekirja

11. mail 1994 kaitses Tartu Ülikoolis doktoriväitekirja «Laste tsöliaakia Eestis — esine-mine, sõeluuringud, diagnoosimine ja kliiniline iseloomustus» Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastekliiniku doktorant **Oivi Uibo**. Töö juhenda-

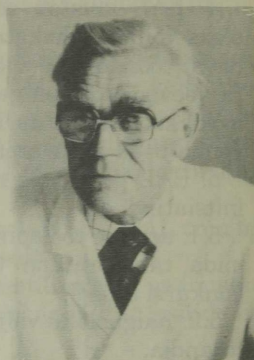


jaks oli prof. Heidi-Ingrid Maaros (Tartu Ülikooli Kliinikumi polikliiniku ja perearstiteaduse õppetool). Oponendid olid prof. V. Salupere Tartu Ülikooli Sisekliinikust ning dotsent Erkki Savilahti Helsingi Ülikooli Lastekliinikust.

O. Uibo on oma doktoriväitekirjas käsitlenud tsöliaakia, lastel tõsiseid ainevahetus- ja arenguhäireid põhjustava haiguse diagnoosimist. Suurt osa tsöliaakia tekkes etendavad immunoloogilised nihked. O. Uibo töös on põhiorhk uutel immunoloogilistel sõeltestidel tsöliaakia varajaseks diagnoosimiseks — IgA- ja IgG-tüüpi gliadiini- ja retikuliinantikehade määramisel.

Uurimistööst on selgunud, et tsöliaakia esi-

TÄHTPÄEVAD



JAAN RIIV, Tartu Ülikooli emeriitprofessor, sai 24. septembril 1994 75-aastaseks.

nemissagedus Eestis on olnud suurem, kui seda seni on arvatud. Tsöliaakia sõeltestiks sobib lastel IgA-tüüpi gliadiinantikehade määramine vereseerumis (test on nüüd rutiinsel kasutusel Tartu Ülikooli ÜMPI immunoloogia-laboris).

Populatsiooniuuring Karksi-Nuias (1461 täiskasvanut) näitas, et erinevalt lastest ei sobi eelnimetatud meetod tsöliaakia sõeltestiks täiskasvanutel selle madala spetsiifilisuse tõttu tsöliaakia suhtes. 100%-lise spetsiifilisusega on aga retikuliinantikehade määramine. Gliadiini- ja retikuliinantikehade olemasolu korral vereseerumis on vaja teha peensoolebiopsia.

O. Uibo on sündinud 1962. aastal Tartus. 1981. aastal lõpetas ta Jõgeva Keskkooli, 1987. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna pediatraiaosakonna *cum laude*. Pärast internatuuri aastail 1987...1988 oli O. Uibo Tartu Ülikooli pediatraia kateedri stažöör ja aastail 1990...1994 doktorant.

Heli Grünberg

KONVERENTSID JA NOUPIDAMISED

XXXII kurortoloogia maailmakongress toimus 24. aprillist 1. maini 1994 Saksamaal. Korraldajaks oli *International Society of Medical Hydrology and Climatology* (ISMH). Kongressist võttis osa kurortolooge 21 riigist. Kongressi põhitöö tehti 24...27. aprillini Bad Wörishofenis, kus oli kavas 121 teadusettekannet.

Kongressi avatseremoonia toimus 25. aprillil. Sellesse mahtus peale tervituste ja lühike-se kontserdi ka Saksa Kuurortraviakadeemia direktori prof. M. Steinbachi programmloeng «Kuurortide tervishoiupoliitiline osa Euroopas aastani 2000». Ta analüüsis kuurordimedit-siini tähtsust haiguste profülaktikas ja ravis.

Esimene teadusessioon, mis järgnes kongressi avamisele, kandis nimetust «Kuurordimedit-siin». Siin kuulati ära USA, Saksa, Prantsuse ja Jaapani teadlastelt kuus pikemat ettekannet. Nendest väärib märkimist ISMH presidendi prof. H. G. Pratzeli ettekanne «Kuurordimedit-siin kui tervisekaitsesüsteemi üks osa». Selles käsitleti looduslike kuurortra-vitegurite (raviminaalveed, kliimaelemen-did jt.) kasutamist mitmesuguste haiguste väl-timiseks, eriti aga taastusraviks, näidates, et kompleksne kuurortravi on paljude haiguste kroonilises faasis haigla- või ambulatoorsest ravist efektiivsem. J.P. De Vierville (USA) andis ajaloolise ülevaate Ameerikas leiduvatest raviminaalvetest, nende kasutamise meeto-ditest ja kõrgelt hinnatavast osast tervishoius.

Huvitava ettekande esitas B. Uehleke (Sak-samaa) maailmakuulsa vesi- ja taimravientu-siasti Sebastian Kneippi ravimeetoditest. S. Kneipp elas möödunud sajandil (1821...1897) ja töötas Bad Wörishofenis. Põhiametilt oli ta pastor, kuid tegeles väga intensiivselt ka vesi- ja taimraviga. Ka tänapäeval on S. Kneippi vesi- ja taimravimeetodid laialdaselt kasutu-sel, eriti Saksamaal. Bad Wörishofenis tööta-vad praegu temanimeline kliiniline õppeasu-tus ja suur moodne mitmesuguseid taimravi-

preparaate valmistav tehas. Neid mõlemaid oli kongressist osavõtjail võimalus ka külas-tada.

Samal päeval toimus kaks reumaatiliste haiguste kuurortravile pühendatud istungit, kus mitmes ettekandes oli vaatluse all radoonivannide toime tugi- ja liikumiselundite hai-guste korral. Randomiseeritud kahekordse pi-mekatse tingimustes tehtud uurimise tulemu-sed on kinnitanud radoonivannide head raviefekti näiteks reumatoidartriidi, lülisam-ba osteondroosi ning muude haiguste korral. Häid tulemusi oli nimetatud haigusi põdejail saadud ka muude balneoteraapia meetoditega.

Allakirjutanu käsitles ettekandes reuma-toidartriidi kompleksset mudaravi koos mit-testeroidsete antiflogistiliste preparaatidega (atsetüülsalitsüülhape, brufeen või buta-dioon). Need preparaadid kasutatuna väikes-tes annustes vähendavad haige organismi vas-tusreaktsiooni mudaravile ning tõestavad olu-liselt selle ravi efektiivsust.

Esimese tööpäeva õhtul toimus ISMH liik-mete koosolek, kus arutati mitmeid organisat-sioonilise töö küsimusi. Kahjuks on Eesti ku-rortoloogia esindatud selles maailmaorgani-satsioonis allakirjutanu näol ainult ühe üksikliikmega. Lähemal ajal tuleb astuda samme praegu varjusurmas oleva Eesti Kurortoloogide Seltsi töö elustamiseks ja liitumiseks ISMH-ga, mis annab võimaluse kuurordime-ditsiini alal maailmas toimuvaga kursis olla ja oma uurimis- ning ravitöö tulemusi laiemale tutvustada.

Teise päeva ühel istungil vaadeldi uroloogi-liste ja gastroenteroloogiliste haiguste kuu-rortravi. Mitmes ettekandes näidati ravimine-raalvete head kliinilist efekti neeru- ja sapiki-vitõve korral. Järgmise istungi teemaks oli preventatsioon. Siin selgusid hüdro-, helio- ja ta-lassoteraapia ning muude kuurortravi liikide kasutamise soodsad tulemused mitmesuguste haiguste ennetamisel.

Kahel istungil käsitleti günekoloogiliste hai-guste balneoteraapiat. Mitmes ettekandes analüüsiiti mudaravi toimemehhanisme nime-tatud haiguste korral. Selgus, et mudaravi toi-me realiseerub haigetel peamiselt endokriin- ja immuunsüsteemide vahendusel. Krooniliste günekoloogiliste põletike puhul on muda vagi-naaltampooneid üldplikatsioonidest efektiiv-semad.

Kongressi selle tööpäeva lõpetas istung, kus vaadeldi hingamisteede haiguste (bronhiaalastma, kroonilised bronhiidid jt.) kuurortravi. Nii loomkatsed kui ka kliinilised uuringud on kinnitanud nende haiguste kliimaraavi häid tulemusi.

Kolmas tööpäev algas ainevahetushaiguste kuurortravi käsitlemisega. Enamik ettekan- deid käsitles ravimineraalvete toimet organis- mi mitmesuguste ainevahetushäirete kõrval- damisel.

Südame- ja vereringehaiguste istungil sel- gus, et talasso-, hüdro- ning balneoteraapial, samuti muudel kuurortravi liikidel on täna- päeva meditsiinis oluline osa nii nende haigus- te ennetamisel kui ka ravimisel.

Nahahaiguste (psoriaas jm.) ravis häid tule- musi andnud kuurortravi liikidest jäi kõlama talassoteraapia.

Kongressist osavõtjatele korraldati ekskursion kuude suuremasse Saksamaa kuurorti (Bad Bögging, Bad Kissingen, Bad Wildungen jt.). Nendes ravipaikades on igas mitu tuhat haigevoodikohta. Tegutsevad taastusravihaig- lad, sanatooriumid, pansionaadid, muda- ja vesiravilad. Domineeriv on ravi turbamuda ja väävliühendeid sisaldavate mineraalvetega. Kuurortraviasutusi finantseeritakse mitmest allikast — taastusravihaiglaid riigieelarvest, sanatoorset ja ambulatoorset ravi haigekassa- de, asutuste, kus haiged töötavad, või haige enda poolt.

Kongress lõppes Bad Nenndorffis, kus toi- mus sümposium «Väävel kuurordimeditsiin- nis». Sümposiumi programmis oli 37 ettekan- net, mille põhjal arutleti väävliühendeid sisal- davate ravimineraalvete toime, nende kasutamise meetodite ja terapeutilise efektiiv- suse üle väga mitmesuguste haiguste korral. Selgus, et vann- ja inhalatsioonravi nende ve- tega mõjutab organismi ainevahetuslikke, hormonaalseid ja immunoloogilisi protsesse. Head efekti annab väävli sisaldavate mineraalvete kasutamine mitmesuguste reumaatiliste (näi- teks reumatoidartriit ja artroos) ning nahahai- guste (psoriaas) ravis.

Kokkuvõtlikult võib kongressil kuuldu ja nähtu põhjal väita, et kuurortravil on oma kindel koht tänapäeva meditsiinis, eriti haiguste ennetamisel ja taastusravis.

Endel Veinpalu

27. maist 4. juunini toimus Lillehammeris **rahvusvaheline reumanädal 1994**, mille üks osa oli 1...4. juunini toimunud XXV Skandinaa- viamaade reumatoloogiakongress. Osa võttis li- gikaudu 600 reumatoloogi 30 riigist. Eestist võtsid kongressist osa Sotsiaalministeeriumi reumanõunik O. Aakre ja allakirjutanu.

Põhilised arutlusteemad olid reumaatiliste haiguste epidemioloogia, geneetiline ja kliinili- ne immunoloogia, põletiku mediaatorid, reu- matoidartriit ja juveniilne krooniline artriit, süsteemsed sidekoehaigused, infektsioosne ja reaktiivne artriit, metaboolsed luu- ja liigese- haigused ning farmakoteraapia ja reumokirur- gia probleemid.

Põletikuliste reumaatiliste haiguste patoge- neesis peetakse oluliseks proinflammatoorseid tsütokiine. Nendel polüpeptiididel on tähtsus immuunvastuse ja põletiku puhul retseptorite- na ning inhibiitoritena. Ägeda põletiku stimu- leerijateks on interleukiinid IL-1, IL-6, IL-8 ja α -TNF. Immunogeneetiliselt peetakse autoim- muunseks haplotüübiks HLA-A1-B8-DR3- DQ2, mida esineb sageli süsteemset luupust ja sklerodermiat, diabeeti, tsöliaakiat ning raske- kujulist müasteeniat põdejatel.

Diskussioonobjektiks oli artriidi varajane staadium. Selleks peetakse esimest kolme hai- guskuud, mida iseloomustavad väga muutuvad sümptoomid.

Esitati küsimus: mis on reumatoidartriit? Kas on tegemist kahe haigusega või kahe hai- gustüübiga, mille tagajärjed on väga erinevad. Lahendamata on reumatoidartriidi seni tund- matu vallandaja küsimus ja tsütokiinide osa selle haiguse indutseerimisel. Prof. M. Ivanova (Moskva) tõi välja reumatoidartriidi kulu kolm varianti: kerge (13%), mõõdukas (72%) ja raske (15%). Prof. J. Smolen (Viin) eristas reumatoid- artriidi patogeneesis initsiaalfaasi, varajast in- fektsoonifaasi, destruktioonifaasi ja kestva, lakkamatu põletiku faasi. Prof. R. Williams (Florida) esitas reumatoidfaktori koostises ole- vate üksikute peptiidide ja aminohapete uuri- mise tulemused.

Reumatoidartriidi varajases prognoosis pee- takse oluliseks seisundi muutumist mitteste- roidsete põletikuvastaste ravimite toimele 30, 60 jne. päeva jooksul. Haiguse algul on headeks indikaatoriteks liigeste turse ja valulikkuse muutused, hiljem röntgenoloogiline leid, defor- matsioonide olemasolu ja liikuvuse puudulik-

kus. P. Emery (Birmingham) pidas reumatoidartriidi prognoosiliseks näitajaks haiguse algul põletiku aktiivsust, selle püsivust, põletikust haaratud liigete hulka, kehakaalu langust ja varajast luu tiheduse kadu.

Reumatoloogilist abi analüüsidest leidsid J. Listing ja kaasautorid (Berliin), et 60% reumatoidartriiti põdejatest pöördus reumatoloogi poole esimesel haigusaastal ja 70% esimesel kahel aastal. Reumatoidartriidi ja osteoartriooni ravi osas käsitles 12 ettekannet uut mittesteroidset põletikuvastast ravimit *Meloxicam*'i, mis on enoolhappe derivaat. Eraldi sümposionil tutvustati *Fenidap*'i, mida võrreldi mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite ja haiguskulgu modifitseerivate ravimite kombinatsiooniga. Preparaat on ka kondroprotektor ja kasutatav osteoartriooni raviks. Glükokortikosteroidide väikeste annuste kasutamise korral (5...7,5 mg päevas) ei täheldanud M. Banciu (Rumeenia) 20 aasta vältel hormoonsõltumuse teket. M. Nenonen ja kaasautorite (Kuopio) andmetel oli neil reumatoidartriiti põdejatel, kes olid tarvitanud ekstreemset toortaimetoitu vähemalt ühe aasta vältel, tekkinud palju kõrvalnähte. Osa haigeid aga tundis end subjektiivselt paremini ja jätkas dieeti. Oluline oli psüühiline sättumus, erinev suhtumine ravimitesse ja alternatiivsesse ravisse.

Suurt tähelepanu äratasid reaktiivset artriiti käsitlevad ettekanded. Prof. H. Zeidleri (Hannover) arvates ei ole veel selge, miks üks teisest väga erinevad mikroorganismid põhjustavad ühesugust reaktiivset artriiti sündroomi. On tõestatud, et seda haigust põdejatel on persisteriv bakteriaalne infektsioon intestinaalses või urogenitaalsfääri mukoosas ja/või mesenteriaallümfisõlmedes ning antigeen aktiveerib liigestes põletikukaskaadi. Sama autori arvates kuulub gonoroiiline artriit nii septiliste kui ka reaktiivsete artriitide hulka. Prof. M. Leirisalo-Repo ja kaasautorite (Helsingi) andmeil on HLA-B27-positiivsetel reaktiivne artriit raskemate põletikutunnuste ja pikaajalise ma kuluga. Uroartriiti põdejatel on haigus komplitseeritum kui enteroartriiti põdejatel, retsidiive on vastavalt 38%-l ja 10%-l ning sakroiliiti diagnoositakse röntgenoloogiliselt 42%-l ja 24%-l.

Eraldi sümposionil oli arutlusel anküloseeriva spondülartriidi epidemioloogia. Selle haiguse esinemissagedus on väga erinev: Hollan-

di elanikel 0,1%-l, Tšukotka eskimotel aga 2,8%-l. Levik on sage neis populatsioonides, kellel esineb sageli HLA-B27 fenotüüpi. M. Dougadosi (Pariis) andmetel võib röntgenoloogiliselt sedastatav sakroiliit olla kliinilistelt nähtudeta, sakroiliidi olemasolu ei ole spondülartriidi diagnoosimiseks alati vajalik.

Huvipakkuv oli M.-L. Chenoufi ja kaasautorite (Kopenhaagen) uurimus luumassi muutustest naistel enne ja pärast menopausi. Luude mineraalne koostis ja tihedus olid käsivare skanneerimisel (*Gammatec* GT 50) suuremad neil naistel, kes tegid kehalisi harjutusi üle ühe tunni nädalas ja jõid ööpäevas 125...1000 ml piima.

Eesti reumatoloogidelt oli neli ettekannet, mis käsitlesid järgmist: reumatoidartriidi ja diferentseerumata artriidi algstaadium; reumatoidartriidi kulu tüübid ja reumatoidartriiti põdejate müotonomeetriselised uuringud.

Reinhold Birkenfeldt

III rahvusvaheline turvaliste kogukondade konverents (*The Third International Conference on Safe Communities*) toimus Põhja-Norras Harstadis 6...8. juunini 1994. Konverentsist osavõtjateks lülitati kõik turvaliste kogukondade neljandast rändseminarist osavõtjad, neid oli 24, enamikus arstid. Esindatud oli 12 riiki. Eestist olid kohal Reine Kadastik Rapla Tervisekeskusest ja allakirjutanu.

Rändseminar algas 24. mail Karolinska Instituudi Rahvusvahelises Tervise- ja Sotsiaalmeditsiinosakonnas Stockholmis ja Rootsi Rahvatervise Riiklikus Instituudis, kus arutati turvalise keskkonna, ühiskonna ja võrdsete võimaluste kontseptsioone ning tutvuti Rootsi riikliku turvalise keskkonna programmiga. Edasi reisiti Scaraborgi maakonda, kus külastati Lidköpingi ja Falköpingi haiglaid, koole, hooldusasutusi, tutvuti nii programmide kui ka praktilise tegevusega turvalisuse kindlustamisel. Töö jätkus Uddevallas, kus võeti osa ka rahvuslikust turvalise kogukonna konverentsist ning käidi Uddevalla ja Kungälv haiglates. Göteborgist sõideti rongi ja bussiga Põhja-Norrassa, Harstadisse, kus lisaks seminaridest osavõtule külastati ka koole ja haiglaid. Kogu rändseminari kulminatsiooniks oli rahvusvaheline konverents.

Konverents toimus fjordi-äärses hotellis. Osalejaid oli 300 ringis. Esindatud oli enamik, kui mitte kõik maailma riigid. Konverentsi tähtsust tõstis Norra kuninganna osavõtt meeleolurikkast avatseremooniast. Plenaaristungid vaheldusid töörühma-sessioonidega (*workshop sessions*). Allakirjutanu esitas plenaaristungil ettekande «Turvalisus Ida-Euroopas». Ettekanne andis võrdleva ülevaate rahva tervisenäitajatest, vigastuste ja mürgituste, sealhulgas liiklustraumade esinemissagedusest ja trendidest Euroopa postkommunistlikes riikides ja teistes Euroopa riikides, millest järelalus loogiliselt ohutu keskkonnaprogrammi kiire väljatöötamise ja ellurakendamise vajadus nendes riikides. Turvalise keskkonna loomise strateegiat arutati töörühmades.

Mina juhatasin Ida-Euroopa töörühma istungit, milles osalesid Eesti, Läti, Leedu, Tšehhi ja Sloveenia esindajad. Üheski neist riikidest ei eksisteeri spetsiaalset ohutu ühiskonna loomise jaoks organiseeritud tegevust. Strateegias peeti esmatahtsaks riigi ja kohalike valitsuste poliitika muutmist inimesekeskselt, tema tervise huvisid arvestavaks. Grupitöö kokkuvõtteid kuulati ja need arutati läbi järgneval plenaaristungil. Karolinska Instituudi Rahvusvahelise Tervise- ja Sotsiaalmeditsiini osakonna juhataja prof. Leif Svanström esitas lõpp-plenaaristungil kokkuvõtte kogu konverentsi töö tulemustest, mida hindas heaks.

Järgmine konverents toimub 1995. aastal Kanadas.

Taie Kaasik

Kroonilist kardiovaskulaarpuudulikkust ja südame rütmihäireid käsitlev konverents «Heart Failure: Therapeutic Targets» toimus 9...11. juunini Glasgow's.

Kroonilise südamepuudulikkuse epidemioloogiat käsitlevate ettekannete põhjal on selle esinemissagedus eeldatavast suurem. T. McDonaghi (Suurbritannia) andmetel oli juba Framinghami uuringu ajal avastatud subkliiniline vasaku vatsakese laienemine (lõppdiastoolne diameeter > 5,6 cm) 11,4%-l uuritustest. Samasugused olid ka hilisemate epidemioloogiliste uuringute tulemused — nii näiteks oli SAVE uuringus registreeritud alanenud (<40%) vasaku vatsakese väljutusfraktsioon

39%-l müokardiinfarkti põdenud haigetest, MONICA uuringu andmetel oli väljutusfraktsioon 35% ja väiksem 4%-l kuni 25-aastastest ja 14%-l üle 70-aastastest uuritavatest.

M. di Bari ja kaasautorite (Itaalia) uurimistulemuste põhjal on kroonilise kardiovaskulaarpuudulikkuse põhiliseks riskifaktoriks arteriaalne hüpertensioon. Z. T. Bilinska kaasautoritega (Poola) oli uurinud kongestiivset kardiomüopaatiat põdejate esimese ja teise astme sugulasi ning leidnud neist 37,5%-l, sagedamini meestel, vasaku vatsakese laienemise. R. J. Rodeheffer kaasautoritega (USA) oli jälginud kahte kongestiivset kardiomüopaatiat põdejate rühma, kellest ühtedel oli haigus avastatud juhuslikult, teised olid pöördunud arsti poole kroonilise kardiovaskulaarpuudulikkuse I astme nähtudega. Prognoos elu suhtes osutus mõlemas rühmas ühesuguseks, moodustades 100% kahe ning vastavalt 53% ja 54% seitsme aasta möödudes.

J. C. Burnetti (USA) ettekanne käsitles vasaku vatsakese düsfunktsiooni ning südamepuudulikkuse neuroendokriinseid markereid — natriureetilisi peptiide. Uuring selgitas kodadespetsiifilise ANP ja vatsakesespetsiifilise BNP ja CNP erinevat dünaamikat kardiovaskulaarpuudulikkuse süvenemisel. ANP kontsentratsiooni suurenemine oli seotud südamepuudulikkuse varajase staadiumiga ning iseloomulik oli ANP erinevate fraktsioonide vahekorra muutus. Tervetel moodustab α -ANP kuni 100% üld-ANP-st, seevastu südamepuudulikkuse korral suureneb β -ANP osatähtsus 60%-ni ning β -ANP/ α -ANP suhe muutub nullist 1,6-ni. J. C. Burnetti arvates on peptiidide määramine perspektiivne meetod müokardi hüpertroofiaga ning müokardiinfarkti põdenud haigete eluprognoosi hindamisel, eriti kui võtta arvesse seda, et ehhokardiograafilisest uuringust on see märgatavalt odavam.

C. M. Wei ja kaasautorite ettekandes (USA) märgiti, et erinevalt ANP-st ja BNP-st ei tõuse CNP kontsentratsioon kardiovaskulaarpuudulikkuse süvenemisel mitte plasmas, vaid müokardis. M. M. H. Marijjanowski kaasautoritega (Holland) oli uurinud I (rigidsust tagav) ning II (elastsust tagav) tüüpi kollageeni suhte muutust kroonilise kardiovaskulaarpuudulikkuse süvenemise korral kongestiivset kardiomüopaatiat ja isheemilist kardioopaatiat põdejal. Mõlemal juhul suurenes ennekõike I tüüpi kollageeni hulk, mis põhjustas I tüüp/III tüüp suhte muutuse 0,6...1,27-ni kongestiivse

kardiomüopaatia ja 1,06-ni isheemilise kardiopaatia puhul. J. McMurray (Suurbritannia) andmetel kulutati Euroopa riikides kardiovaskulaarpuudulikkuse ravile 1,2..2% tervishoiule üldse ning kümnendik kardioloogiale eraldatavast rahast. Statsionaarse ravi maksumus moodustas sellest summast 60...70%, mistõttu J. McMurray, tuginedes SAVE, SOLVD ja CONSENSUS I uuringute tulemusel, usub, et püsiravi ACE inhibiitoritega vähendab hospitaliseerimise vajadust 30%, säästes sellega ligikaudu 750 dollarit haige kohta aastas.

Digoksiini efektiivsust mõõduka kardiovaskulaarpuudulikkusega (keskmine väljutusfraktsioon 29%) ning siinusrütmiga haigetel oli uurinud D. J. van Veldhuisen kaasautoritega (Holland). Nende patsientide koormustaluvus, keda oli kuus kuud ravitud digoksiiniga, osutus oluliselt kõrgemaks platseebot saanud haigete omast. E. P. Walma kaasautoritega (Holland) oli jälginud, kuidas mõjub diureetikumide ärajätmine kuueks kuuks üle 65-aastaste kardiovaskulaarpuudulikkusega patsientidele. Seisund halvenes 51 patsiendil 102-st, kellel diureetikumid olid asendatud platseeboga, ning 13 patsiendil sajast, kelle endine ravi jätkus. J. T. Walsh kaasautoritega (Suurbritannia) oli uurinud unehäirete esinemissageduse muutust mõõduka südamepuudulikkusega haigetel, kui neile peale diureetikumravi määrati lisaks kaptopriili. Polüsonnograafia andmetel suurenes oluliselt REM-une osatähtsus ning vähenes öise ärkamise sagedus.

Mitu ettekanne käsitles β -blokaatorite kasutamist kroonilise südamepuudulikkuse raviks. P. Lechat kaasautoritega (Prantsusmaa) oli ravinud bisoprolooliga (päevane annus 5 mg) 320 patsienti, kellel oli III — IV staadiumi kardiovaskulaarpuudulikkus. Üldsuremust ravi oluliselt ei mõjutanud, kuid müokardiinfarkti mittepõdenud patsientide alarühmas vähenes suremus märgatavalt ning kõikidel patsientidel vähenes hospitaliseerimise sagedus. H. Persson kaasautoritega (Rootsi) oli saavutanud südamepuudulikkuse I — III staadiumi müokardiinfarkti põdenud patsientidel aastase metoproloolraviga (päevane annus 50...100 mg) olulise koormustaluvuse suurenemise.

C. S. Barr kaasautoritega (Suurbritannia) oli selgitanud QT-intervalli dispersiooni ulatuse seost äkksurma esinemissagedusega II —

IV staadiumi kardiovaskulaarpuudulikkusega haigetel. Müokardi elektrilist mittehomogeensust peegeldav QT-intervalli dispersioon ($QT_{Cmax} - QT_{Cmin}$) oli äkksurmast tabandunuil suurem ülejäänutega võrreldes, vastavalt 99 ja 54 msek. Ilmnes dispersiooni laienemise tendents koronaarpuudulikkuse süvenemisel; see oli keskmiselt 54 msek., kahjustamata pärgarteritega patsientidel ning 197 msek. difuusse koronaarskleroosiga haigetel. Sealjuures oli äkksurma sagedus 18% esimese ja 40% teise rühma haigetel.

A. A. Amadi (Suurbritannia) oli jälginud kroonilise südamepuudulikkuse ja ventrikulaarsete rütmihäiretega haigeid 12 kuu jooksul. Äkksurmast tabandunutel olid olnud ellujäänute omast erinevad pulsisageduse variabluse parameetrite muutused, ennekõike parasümpaatilise närvisüsteemi alatoonusele viitavad näitajad, seevastu oluliselt ei olnud erinenud puudulikkuse klass, väljutusfraktsiooni suurus ega Holteri monitooringu tulemused. B. M. Szabo kaasautoritega (Holland) oli kahe aasta jooksul jälginud kroonilise kardiovaskulaarpuudulikkusega (väljutusfraktsioon keskmiselt 28%) ja dokumenteeritud ventrikulaarse tahhükardia ning vatsakeste fibrillatsiooni paroksüsmidega haigeid. Soodne prognoos korreleerus kõige tihedamalt β -blokaatorite püsiraviga, halb prognoos äkksurma suhtes seostus ennekõike Holteri monitooringul registreeritava ventrikulaarse tahhükardia suure (≥ 144 lööki minutis) sagedusega.

W. K. Goldmani ja kaasautorite (Suurbritannia) uuringu andmetel on äkksurmast ohustatud kongestiivset kardiomüopaatiat põdejatel kõige spetsiifilisem tunnus mittepüsiva ventrikulaarse tahhükardia paroksüsmide suur sagedus ööpäeva jooksul (keskmiselt 125 ohustava äkksurma puhul ning 11 haiguse stabiilse kulu puhul). F. M. Fruhwald kaasautoritega (Austria) oli jälginud kahte kongestiivset kardiomüopaatiat põdejate rühma, kellest ühel esinesid teadvuska hood ning teisel mitte. Kahe ja poole aasta jooksul oli suremus mõlemas rühmas enam-vähem võrdne, vastavalt 22% ja 20%, kuid esimese rühma haigetel moodustasid äkksurmajuhud 4/5 surmajuhtude üldarvust.

Allakirjutanu (kaasautorid R. Rimmel ja V. Kaik) ettekanne käsitles ventrikulaarsete rütmihäirete ravi β -blokaatoritega müokardiinfarkti põdenutel.

Jüri Kaik

Daivonex®

(Calcipotriol)



Ravib edukalt psoriaasi

- Efektiivne (efektiivsem kui kortikosteroidid)
- Ohutu (kortikosteroididele omase kõrvaltoimeta)
- Patsiendisõbralik (ainult kaks korda päevas kasutada)

Kogu maailmas eelistatuim psoriaasi ravim

Fucidin®

(fusidiinhape)

Ravib edukalt nahainfektsioone (impetiigot, põletikulisi haavu, küünevallipõletikku, mädapaiseid, aknet jne.)

- Efektiivne (peaaegu 100%–line kliiniline efekt)
- Ohutu (süsteemsete kõrvalmõjudeta ja hästi talutav)
- Patsiendisõbralik (ei ole vaja kärna eemaldada)

Kogu maailmas eelistatuim ravim
nahainfektsioonide puhul

Hulgimüük Eestis: Magnum Medical ja Oriola A/S



MediNet
INTERNATIONAL LTD

Ainuõigusega esindaja Eestis, Lätis ja Leedus

IX rahvusvaheline südame elektrofüsioloogia- ja elekterstimulatsiooniravi alane kongress *Cardiostim '94* toimus 15...18. juunini 1994 Nice'is. Seni kõige mahukam teadusprogramm (ligikaudu 1500 ettekannet) esitati mitmekümnel sümposiumil ning arvukatel sektsiooniistungitel.

G. V. Naccarelli (USA) andis ülevaate neljast põhilisest mitte-*re-entry* tüüpi ventrikulaarsest rütmihäirest: kiirenenud idioventrikulaarsest rütmist, *torsade de pointes*'ist, pidevalt retsidiveeruvast monomorfsest ventrikulaarsest tahhükardiast ning kahesuunalisest ventrikulaarsest tahhükardiast. Tema andmetel on kolm nendest neljast rütmihäirest ravitavad üksnes neid põhjustavate tegurite (koronaarperfusioon, elektrolüütide düsbalans, digitaalisintoksikatsioon) kõrvaldamisega. Parema vatsakese väljutustraktist pärinev pidevalt retsidiveeruv ventrikulaarne tahhükardia on aga sageli tundlik adensiini, verapamiili, β -blokaatorite suhtes.

M. Eslam ja kaasautorid (Prantsusmaa) kirjeldasid verapamiilitundlikku ventrikulaarset tahhükardiat, mille elektrokardiograafiline pilt vastas Hisi kimbu parema sääre blokaadile, kusjuures QRS-telg oli samal ajal nihkunud vasakule. Endokardiaalse mäpingu andmetel asus selle tahhükardia tekkekoht vatsakestevahelise vaheseina vasakpoolses alaosas.

Mitte-*re-entry* tüüpi rütmihäiretest on kõige olulisem *torsade de pointes*, mis tekib kaasasündinud või omandatud pikenenud QT-intervalli sündroomi foonil. Esitatud ettekannete põhjal on kaasasündinud sündroomid seotud 11. kromosoomis paikneva geenimutatsiooniga, mille olemasolu ka normaalse QT-intervalliga haigetel tähendab kõrge riski äkksurma suhtes (M. Keating, USA). Omandatud pikenenud QT-intervalli sündroom võib peale arütmia- ja depressioonivastaste ravimite tarvitamise tekkida ka erütromütsiini (M. L. Pressler kaasautoritega, USA) ja H1-blokaatoritega (R. L. Woosley, USA) ravimisel. I_K -kanalite blokeerimise kaudu pikendavad need preparaadid aktsioonipotentsiaali kestust ning põhjustavad 2. ja 3. faasi varajasi järedepolarisatsioone, mis realiseeruvad *torsade de pointes*'ina.

Seevastu C. Antzelevitch (USA) peab nimetatud rütmihäire võimalikuks tekkemehhanismiks aktsioonipotentsiaali kestust pikendavate preparaatide (kinidiin, sotalool) valikulist toimet südamelihase M-tsoonisse, mille aktsioonipotentsiaali pikenedamine on võrreldes

epi- ja endokardiaalse tsooniga enam väljendunud. Nii tekkiv müokardi elektriline mittehomogeensus võib olla *re-entry*'l põhineva *torsade de pointes*'i tüüpi rütmihäirete aluseks.

R. J. Cohen (USA) oli uurinud repolarisatsioonifaasi muutusi mõnesajas järjestikuses ventrikulaarses kompleksis mikrovoldi tasemel, kasutades selleks koormusproovide tegemiseks mõeldud aparatuuri lülitatud lisaplokki. Registreeritud muutused osutusid küllalt tundlikuks (89%-l) ja spetsiifiliseks (89%-l) elektrofüsioloogilisel uuringul provotseeritava ventrikulaarse tahhükardia suhtes.

Mitu ettekannet käsitles EKG 12 lülituses või Holteri monitooringul määratud QT-intervalli dispersiooni ($QT_{cmax} - QT_{cmin}$) diagnostilist ja prognostilist tähendust. P. Uppali ja kaasautorite (USA) andmetel oli dispersioon märgatavalt ulatuslikum eesseinainfarktiga haigetel. A. Lubinski kaasautoritega (Poola) ei täheldanud dispersiooni ulatuse sõltuvust müokardiinfarkti lokalisatsioonist, küll aga ilmnes selle näitaja progresseeruv vähenemine infarkti ägeda staadiumi taandumisel ala-ägedaks ning krooniliseks. L. Karolyi kaasautoritega (Saksamaa) oli uurinud 24 implanteeritud defibrillaator-kardioverteritega haiget, kellel keskmine QT-dispersioon oli 60 ± 20 msek. ning QT_c -intervall 453 ± 48 msek. Kahekümne kahe kuu jooksul tekkisid ventrikulaarse fibrillatsiooni paroksüsmid märgatavalt sagedamini pikenenud QT_c -intervalliga (496 ± 43 msek.) ja ulatuslikuma (>75 msek.) QT-dispersiooniga patsientidel. Lü Fei kaasautoritega (Suurbritannia) ei olnud äkksurma lõppenud juhtudel registreerinud mitte QT_c -intervalli, vaid QT- ja sellele eelneva RR-intervalli suhte pikenedamist.

R. M. Robertson kaasautoritega (USA) oli uurinud Bradbury-Egglestoni ja Shy-Drageni sündroomidega, s.o. teadaolevalt vegetatiivse düsbalansiga haigeid ning leidnud neil suurenenud eelsoodumuse eluohtlike rütmihäirete tekkeks. M. T. La Rovere kaasautoritega (Itaalia) oli hinnatud vagaalse toonuse languse ulatust baroreflekside tundlikkuse alanemise taseme põhjal. 78 esmast müokardiinfarkti põdenud haige uurimisel ilmnes äkksurmaohu 15-kordne suurenemine patsientidel, kellel oli registreeritud barorefleksitundlikkuse alanemine 3 msek/mm Hg või rohkem. See näitaja osutus kõige spetsiifilisemaks ka elektrofüsioloogilisel uuringul ventrikulaarse tahhükardia provotseerimise suhtes. M. T. La Rovere ja kaasautorid peavad barorefleksitundlikkuse

langust pulsisageduse variaabluse vähenemisega võrreldes tundlikumaks meetodiks äkksurmast ohustatud kontingendi väljaselgitamisel. Vegetatiivse düsbalansi üks harva esinevaid väljendusi on J. Ponsonaille ja kaasautorite (Prantsusmaa) kirjeldatud haigusjuht, mille puhul karotiidsiinuse massaaži ajal tekkis äkksurm vatsakeste fibrillatsiooni tagajärjel.

Kui vahetult pärast CAST-uuringu tulemuste avaldamist 1992. aastal ei peetud heaks tooniks mainida I_c klassi arütmiaavastaseid preparaate, siis nüüd esitatud andmete põhjal on need ravimid endiselt asendamatud supra-ventrikulaarsete arütmiate vältimisel ning monomorfse ventrikulaarse tahhükardia kuperimisel (D. M. Roden, USA). Y. Nakazato ja kaasautorite (Jaapan) andmetel ületavad selle klassi preparaadid oma võimelt ära hoida virvendusarütmia paroksüsme kõiki teisi teadaolevaid ravimeid.

B. Belhassen kaasautoritega (Iisrael) on saavutanud Ia klassi preparaate kasutades eluohutlike rütmihäirete 100%-lise vältimise 21-l ühe või rohkema äkksurma episoodiga patsiendil, kellest 17-l oli vatsakeste programmeeritaval elekterstimulatsioonil provotseeritav polümorfne ventrikulaarne tahhükardia. J. M. Fontaine kaasautoritega (USA) oli kuperinud ventrikulaarse tahhükardia 21 koel, manustades neile etanooli parema koronaarteri või *a. circumflexa* kaudu.

Vaatamata implanteeritavate defibrillaatorite-kardioverterite laialdasele rakendamisele, peab J. Lekieffre kaasautoritega (Prantsusmaa) vasaku vatsakese aneurüsmi ja ventrikulaarse tahhükardiaga haigetel endiselt ravi valikmeetodiks endokardiaalset resektsiooni kombineerituna krüoablatsiooniga. Püsiv arütmiaavastane efekt saavutati nende uurinud 85%-l juhtudest, kusjuures operatsiooniaegne suremus oli 6...10%.

J. D. Fisher kaasautoritega (USA) ei leidnud olulist erinevust suhteliselt keerulise ja aeganõudva vatsakeste programmeeritava elekterstimulatsiooni ning sagedase stimulatsiooni 1000 ning rohkem msek. kestva nn. valangu resultatiivsuses ventrikulaarse tahhükardia provotseerimisel. Huvitavad tulemused esitas oma ettekandes Y. Wakida kaasautoritega (Jaapan), kes oli Holteri monitooringul uurinud 31 saja-aastast ja vanemat patsienti. Kõige sagedamini registreeriti atrioventrikulaarblokaadi (26%-l) ja Hisi kimbu parema sääre täielikku blokaadi (5%-l), seevastu vent-

rikulaarne ekstrasüstoolia esines üksikutel ning virvendusarütmia haigeid ei olnud üldse. Y. Wakida ja kaasautorid järeldasid, et ilmselt on viimati mainitud rütmihäiretega patsientidel tõenäosus elada saja-aastaseks minimaalne.

Nüüdisaegsete uurimis- ja diagnoosimismeetodite toimet implanteeritud elekterkardiostimulaatorite funktsioneerimisse käsitles mitu ettekannet. L. Jordaens (Belgia) oli registreerinud implanteeritud stimulatsioonisüsteemi (4 juhul DDD, 3-l VVI, ühel defibrillaator-kardioverter) düsfunktsiooni pooltel atrioventrikulaarühenduse raadiosagedusablatsioonil juhtudel. G. Altamura kaasautoritega (Itaalia) oli 45%-l püsistimulaatoriga patsientidest leidnud aparadi talitluse häireid transtorakaalse kardioversiooni puhul, mille võib olla kliiniline tähendus stimulaatorsõltuvate patsientide puhul. A. von Smekali ja kaasautorite (Saksamaa) andmetel lülitusid stimulaatorid tuumamagnetresonantsi (0,5...1,5 T) rakendamise toimet asünkroonsesse stimulatsioonirežiimi, kuid muus osas nende funktsioneerimine säilis, mistõttu nad peavad võimalikuks selle uuringu tegemist haigetel, kellel on püsistimulaator.

Allakirjutanu kaasautoritega käsitles oma ettekandes ventrikulaarsete rütmihäirete diagnoosimist mitraalprolapsiga haigetel.

Jüri Kaik

XII rahvusvaheline farmakoloogiakongress toimus 24...30. juulini 1994 Montrealis. Ajakirjas «Canadian Journal of Physiology & Pharmacology» on avaldatud 3650 ettekande referaadid farmakoloogia, kliinilise farmakoloogia ja toksikoloogia alalt. Eestist esitasid ettekande professorid Eero Vasar ja Aleksandr Žarkovski ning vanemteadur Agu Rinke ja allakirjutanu. Kongressi ajal toimunud IUPHAR-i (*International Union of Pharmacology*) täiskogu istungil võeti ka Eesti Farmakoloogia Selts IUPHAR-i liikmeks.

Plenaaristungite ja sümposiumide põhiteema oli seotud neuromediaatorite ja muude bioregulaatorite retseptorite iseloomustamisega. Serotoniini (5-HT) retseptoreid on praeguseks identifitseeritud vähemalt 14 alatuüpi — 5-HT_{1...7}, omakorda 5-HT_{1A...D}, $\alpha... \beta$ jne. —, millele on leitud nii agoniste kui ka an-

tagoniste. Paljud neist leiavad kliinilist rakedust kas depressiooni, hirmuseisundite, agressiivsuse, migreeni, seedekulglä või muude patoloogiliste seisundite korral.

Laialdast käsitlust leidsid glutamaadi, dopamiini, histamiini, lämmastikoksiidi, gamma-aminovõihappe, muskariini, puriini (adenosiini), steroidide, aga ka peptiidide angiotensiini, koletsütokiniini, tahükiniinide (substantsi P neurokiniinid A ja B), tsütokiniinide retseptorite struktuur, iseloomustus, kloonimine ja alatüüpide farmakoloogiline mõjutamine. Mitu retseptorite klassifikatsiooni käsitlevat loengut on avaldatud ajakirja «Pharmacological Reviews» 1994. aasta juuninumbriks.

Farmakokineetika alal oli põhiohk ravimeid metaboliseeriva ensüümide rühma tsütokroom P-450 (üle 300 alatüübi) iseloomustamisel, nende bioloogilisel tähendusel, individuaalsete ja etniliste erinevuste selgitamisel.

Farmakoterapiaprobleemidest käsitleti põhjalikumalt bronhiaalastma, hüpertensiooni, arütmia, skisofreenia, depressiivsete seisundite, alkoholismi ja muude narkomaaniate ravi, samuti valu, haavanditõve, immuunsüsteemi häirete ravi, ka kasvajate kemoterapiat. Oluline edasiminekuks on kaltsiumi-, kaaliumi- ja naatriumikanalite retseptorite selgitamisel, agonistide ja antagonistide kliinilises praktikas rakendamisel, samuti rakkude membraanis olevate monoamiinide transportensüümide (nn. transporterite) iseloomustamisel ja nende farmakoloogilise mõjutamise alal.

Ühel sümposiumil olid vaatluse all farmakoloogia õpetamine ülikoolides ja erialane kraadiharidus.

Valiti ka uus IUPHAR-i president, kelleks sai belglane T. Godfraind. Senine president, jaapanlane Setsuro Ebashi, oli selles ametis olnud 10 aastat. Kongressi puhuks avaldatud ajakirja «Trends in Pharmacological Sciences» 1994. aasta juuninumber käsitleb farmakoloogia suundi Kanadas, samuti on selles Kanada farmakoloogide ülevaateid aktuaalsetest farmakoloogiavaldkondadest.

Kogu kongressi info edastati kahes keeles — prantsuse ja inglise keeles, ka avakõnes alustati prantsuse ja lõpetati inglise keeles. Kongressi töökeel oli inglise keel.

Rahvusvaheline farmakoloogiakongress peetakse iga nelja aasta järel, järgmine toimub 1988. aastal Münchenis.

Lembit Allikmets

1...3. septembrini 1994 toimus Lausanne'is **rahvusvaheline konverents «Noorem murdeiga: teadusuuringud ja kliinik»**, millest võttis osa 350 teadlast paljudest Euroopa riikidest, USA-st ja Indiast.

Toimus viis plenaaristungit, 19 seksiooniistungit ja kolm stendiettekanne sessiooni. Ettekanded käsitlesid lapsea psüühiliste haiguste epidemioloogiat, sealhulgas toksikomaaniat ja alkoholismi, koolistressi ja -tõdemust, toitumishäireid, arenguprobleeme murdeas, laste ja vanemate vahelisi suhteid, keha ja psüühika vahekorda, sotsiaalsesse keskkonda integreerumist, enesehinnangu probleeme, psühhoanalüütilist ja analüütilist ravi, kuritegelikkust ja suitsidaalset käitumist ning nende ennetamist, elukutsevaliku probleeme ja isiksuse osa sobiva elukutse valikul.

Esinesid tuntud teadlased S. Harter, A. Petersen (USA), J. C. Coleman, Ph. Graham (Inglismaa), W. Bettschart, O. Halfon ja M. Bolognini (Šveits).

Kajastust leidsid ka nüüdisaja aktuaalsed teemad — nagu noorukite seksuaalne kuritarvitamine ja seksuaalpedagoogika. Ka sellisel arenenud maal nagu Inglismaa on probleeme sobiva õpetajatekaadri komplekteerimisega ja selle tõttu kannatab õppetöö kvaliteet.

Eestit esindasid konverentsil professor T. Jürimäe Tartu Ülikooli kehakultuuriteaduskonnast ja M. Lintsi Tartu Ülikooli arstiteaduskonnast. Nad esitasid ettekanded psüühiliste, bioloogiliste ja sotsiaalsete tegurite seksioonis, need käsitlesid motoorse võimekuse ja enesehinnangu vahelisi seoseid. Ettekanded põhjustasid elava diskussiooni.

*Mart Lintsi
Toivo Jürimäe*

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (MTO) II Euroopa keskkonna ja tervise konverents (WHO Second European Conference on Environment and Health) toimus 20...22. juunini Helsingis. Esimesest konverentsist, mis toimus 1989. aastal Frankfurdis, kus võeti vastu Euroopa Keskkonna ja Tervise Harta, möödunud viie aasta jooksul on Euroopa poliitiline, majanduslik, keskkonna ja rahvatervise ning keskkonnatervise (s.o. rahvatervis sõltuvalt keskkonnateguritest) olukord põhjalikult muutunud. Konverentside vahepeal töötati energiliselt, et teadvustada olukorda eeskätt Kesk- ja Ida-Euroopas ning uutest sõltumatutes riikides.

Tihendada koostööd ning partnerlust keskkonna- ja tervise-sektorite vahel oli konverentsi kokkukutsumise üks eesmärke. MTO Euroopa regiooni 47 liikmesriigist tuli Helsingisse üle 60 ministri, et leida abinõud elanike tervisliku ja produktiivse elu kindlustamiseks harmoonilises keskkonnas. Selleks valmis hulgaliselt dokumente, mis ilmuvad 1994. aasta jooksul. Konverentsi organiseerija MTO Euroopa Regionaalbüroo (direktor J. E. Asvall) oli koostöös Soome Vabariigi valitsuse ja muude organisatsioonidega konverentsi õnnestumiseks ära teinud suure töö. Palju tegid selles osas Soome sotsiaal- ja terviseminister J. Huuhtanen ning keskkonnaminister S. Pietikäinen.

Konverentsi avas Marina kongressikeskuses Soome Vabariigi president M. Ahtisaari. Eesti kuueliikmelisse delegatsiooni kuulusid sotsiaalminister M. Lauristin ja keskkonnaminister A. Tarand. Esimesena mainitu esitas ka nende ühisettekande. Delegatsiooni kuulusid veel A. Saava, A. Gromov ja allakirjutanu, samuti P. Saluri Eesti saatkonnast Soomes.

Konverents oli jaotatud 9 istungiks, millel esitasid ettekande veerandsada kutsutud põhiesinejat. Lühiettekanne oli iga riigi keskkonna või tervishoiuga tegelevalt ministrilt. Istungite põhitemaatika oli järgmine: ÜRO ja MTO globaalse arengu strateegia (W. Kreisel, MTO peakorter; Y. Pallokrassas, Euroopa komisjon jt.); keskkonna ja tervise seisund ning arenguperspektiivid Euroopas (S. Tarkowski, Euroopa Regionaalbüroo; Sir D. Acheson, Euroopa Keskkonna ja Tervise Keskus jt.); keskkond ja tervis linnades; Tšernobõli õppe-

tunnid; sõjaliste konfliktide mõju keskkonnatervisele (ettekanded Bosniast ja Hertsegoviinast ning Horvaatiast jt.); keskkonnatervis üleminekuriikides; õnnetused ja hädaolukorrad; edaspidise tegevusplaani realiseerimise võimalused (seitse ettekannet, sealhulgas R. Wilczynski (Maailmapank) ettekanne finantseerimise võimaluste kohta jt.).

Heakskiidetud dokumendid (deklaratsioon, tegevusplaan ja olukorra kokkuvõte Euroopas) laiendavad rahva tervisekaitse tõhustamise võimalusi kahjustavate keskkonnategurite eest (sealhulgas liiklustrauumatism, tööohutus, tuumakatastroofid) ning Euroopa muutmiseks elukõlblikumaks.

Kavandatud ulatuslik rahvusvaheline koostöö, loodavad uued Euroopa-asutused (Euroopa Keskkonnatervise Komitee), aktiivne tegevus riikides rahvuslikul tasandil peavad keskkonnatervisele kindla aluse rajama.

Rakendatavatest abinõudest märkigem loodavaid või olemasolevatest esmajoones toetatavaid järgmisi olulisi süsteeme: vastastikuse informatsiooni süsteem, varajase hoiatamise ning riski hindamise ja juhtimise süsteem, erialase õpetamise süsteem ning rahva teadlikkuse ja aktiivse osavõtu, samuti teadustöö koordineerimise süsteemid.

Tegevusplaani realiseerimine järgmise viie aasta jooksul on kulukas, oma toetuse selleks on lubanud mitmed fondid ja organisatsioonid.

Raiot Silla



Foto. Konverentsi juhatus (istuvad paremalt): W. Kreisel (MTO Peakorteri täitevdirktor), J. Huuhtanen (Soome sotsiaal- ja terviseminister), J. E. Asvall (MTO Euroopa Regionaalbüroo direktor), S. Pietikäinen (Soome keskkonnaminister), S. Tarkowski (MTO Euroopa Regionaalbüroo keskkonna- ja tervisedirektor).

25...29. juunini 1994 toimus Oslos III Euroopa gastroenteroloogianädal (3rd United European Gastroenterology Week). Nädala korraldamisest võtsid osa kõik seitse Euroopa gastroenteroloogiaorganisatsiooni, mis moodustavad alates 1991. aastast Ühinenud Euroopa Gastroenteroloogia Föderatsiooni (UEGF — United European Gastroenterology Federation). Nimetatud föderatsiooni üks ülesandeid ongi iga-aastase gastroenteroloogianädala korraldamine.

Gastroenteroloogianädal oli esinduslik ning sellest osavõtjaid oli üle 3500. Esitati 192 ettekannet ja 919 stendiettekannet. Loengud, sümposiumid, uusi diagnoosimis- ja ravivõimalusi käsitlevad sessioonid toimusid üheaegselt kuues Sjölysty kongressikeskuse auditooriumis.

Eraldi peab mainima loenguid. De la Chapel-

le (Soome) loeng oli uuematest saavutustest seedetraktivähi geneetikas. P. Brandtzaeg (Norra) rääkis soolest kui olulisest immunoloogilisest elundist, H. Bismuth (Prantsusmaa) healoomuliste maksahaiguste operatsiooni näidustustest ja tulemustest.

Kolestaasisümposionil käsitleti kolestaasi patogeneesi, kliinilisi sümptome ja diferentsiaaldiagnoosimist, kolestaasiga kulgevate haiguste ravi. Sümpoosionid olid veel seedetrakti immunoloogiast, elukvaliteedist seedetraktihaiguste puhul, seedetraktihormoonidest, maksatransplantatsioonist, parenteraalsest ja enteraalset toitumisest, põletikulisest soolehaigusest, psühhosomaatilistest probleemidest, intensiivravist, proktoloogiast, *Helicobacter pylori*'st, kõhunäärmehaigustest, seedetrakti motoorikast, AIDS-ist.

Nn. uue tehnika sessioonidel käsitleti arvuti kasutamist endoskoopiatulemuste registreerimisel, laparoskoopilist kirurgiat, raviendoskoopiat (striktuuride, kroonilise pankreatiidi ja verejooksu ravi), endoskoopilist sonograafiat.

Ravistrateegia sessioonidel käsitleti kartsinoidtuumorite ravi; soolevähi profülaktikat põletikulise soolehaiguse puhul; fissuuride, hemorroidide ja fistulite ravi; haavandtõve ravi ja operatsiooni näidustusi.

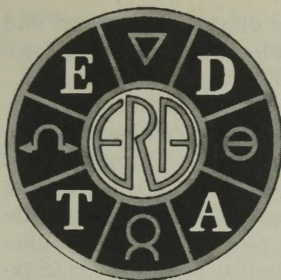
Lisaks eeltoodule kuulati veel ettekandeid, vaadati stendiettekankeid, peeti videosessioone ja *workshop*'e (näiteks gastroenteroloogi väljaõpet käsitlev).

Eestist esitati R. Salupere, V. Salupere ettekanne «Põletikulise soolehaiguse ja maksakahjustuse epidemioloogia» ning koostöös Soome kolleegidega M. Uddi, A. Palmu, J. Soplemanni ja A. Peetsalu stendiettekanne «Seedetrakti ülaosa verejooks — ravi tulemused Soomes ja Eestis».

Gastroenteroloogia nädala raames toimus I gastroenteroloogia-õdede kokkutulek (*1st United European Gastroenterology Meeting Gastro-Nurses*). Peeti kaks sessiooniistungit, millel käsitleti väga erinevaid õe töö aspekte. Tartu Ülikooli Sisekliiniku gastroenteroloogiaosakonna õde Anneli Truupõld esitas ettekande endoskoopiaõe ettevalmistuse kohta Eestis.

III Euroopa gastroenteroloogia nädala korralduskomitee eesotsas prof. Erik Schrupfiga oli kogu nädala suurepäraselt korraldanud. Järgmine gastroenteroloogia nädal toimub 17...21. septembrini 1995 Berliinis.

Riina Salupere



3...6. juulini 1994 toimus Viinis XXXI Euroopa Neeruassotsiatsiooni ja Euroopa Dialüüsi ja Transplantatsiooni Assotsiatsiooni kongress. Kolme Balti riigi nefroloogid olid samuti kutsutud sel-

lest foorumist osa võtma. Eestist käisid Viinis M. Luman ja M. Ilmoja Tallinna Pelgulinna Haigla nefroloogiaosakonnast ning A. Auerbach, A. Lõhmus, P. Dimitriev ja allakirjutanu Tartu Ülikooli Kliinikumist.

F. Valderrabano ja N. Mallick esitasid avapäeval iga-aastase EDTA-ERA registri aruande, mis käsitles neerupuudulikkust Euroopas 1993. aastal. Selles analüüsi Euroopa riikide praegust seisut neerupuudulikkust põhjustanud haiguste, ravivaliku, teadustöö osas ja muud. Rõhutati diabeeti ja neeru vaskulaarhaigust põdejate arvu suurenemist.

R. Margeiter käsitles neeru transplanteerimist. Euroopas on enamikus riikides peetud optimaalseks ühte transplantatsioonikeskust 1...2 miljoni elaniku kohta. Peaegu kõik kirurgid, kes teevad neeru transplantatsioone, teevad ka muid operatsioone, eriti üld- või vaskulaarkirurgilisi operatsioone. Pärast neeru transplanteerimist tegelevad haigega nefroloogid. Transplantatsioonikeskustes peetakse vajalikuks nii kliinilist kui ka eksperimentaalset teadustööd (vastavalt 97% ja 70% Euroopa keskustes). Pediaatrite aruanne (J. H. H. Ehrich) käsitles peamiselt hemolüütilis-ureemilist sündroomi ja ennetustransplantatsiooni (transplantatsioon neeru hüpo- või düsplaasia korral).

Kongressi programm oli väga mahukas, haarates erinevaid baas- ja kliinilise nefroloogia teemasid. Arutlusel olid geneetikaprobleemid (B. Jordani ettekanne oli inimese genoomi projektist). Immuunsupressiivravi-alane sümpoosion peeti G. Opelzi juhtimisel. Antihüpertensiivset ravi käsitleti G. Bianchi juhitud sümpoosionil. Kaltsitrioolravi alustamise õigest ajastamisest pidas loengu J. Cunningham. Erütropoetiinteraapiast rääkis F. Kokot. Hemo- ja peritoneaaldialüüsi käsitles oma loengus R. Gokal ja sümpoosionil arutati seda M. J. M. De Vriesi ning A. Santoro eesistumisel. Diabeetilise nefropaatia ja muude glomerulopaatiate patogeneesi ja patomorfoloogiat käsitleti C. Grönhagen-Riska juhtimisel. Nee-

ru siirdamisega seoses olevad küsimused olid vaatluse all J. M. Moralese loengus ja sümposiumil, mis toimus G. Tufvesoni eesistumisel.

Transplantatsioonijärgse immuunsupressiivravi tulevikku nähakse monokloonsete antikehade kasutamises. H. Kreis (Prantsusmaa) esitas sümposiumil andmeid haigete kohta, keda oli ravitud sel meetodil, ja võrreldes tavaliselt ravitutega oli neil haigetel äratõukereaktsioone vähem. Huvitav oli G. Opelzi (Saksamaa) ettekanne kroonilise äratõukereaktsiooni vältimise strateegiast. Võrreldi erinevat ravi saanud (tsüklosporiin+asatiopriin+steroidpreparaat, tsüklosporiin+asatiopriin, tsüklosporiin üksi, asatiopriin+steroidpreparaat) haigete rühmi. Selgus, et kõige paremaid tulemusi saadi glükokortikoidideta ravitute rühmas, kuigi tsüklosporiini annus oli suurem kui teistes rühmades. Kokkuvõttes soovitas ta kasutada sellist ravi, mille puhul steroidide kasutamisest hoidutakse.

Lisaks loengutele võis valida mitmesuguste koosolekute vahel. Kolmel päeval esitati üle 180 ettekande ja 200 stendiettekande. Nendel koosolekutel arutati kindlate uurimisvaldkondade kitsamaid probleeme. Näiteks J. Bartunkova oli leidnud, et kasutades võrdlevalt kahete seerumit granuloosüütide fagotsütaarse aktiivsuse hindamiseks: 1) ANCA-positiivset (ANCA — *anti-neutrophil cytoplasmic auto-antibodies*, s.o. autoantikehad neutrofiilide tsütoplasma vastu) ja 2) ANCA-negatiivset, oli esimesel juhul fagotsütaarne aktiivsus vähenenud *Candida albicans*'i neutraliseerimisel. See fenomen võib olla seoses infektsioonide osalemisega süsteemse vaskuliidi patogeneesis.

Omapärased olid nn. *educational courses*: kuulajatele esitati küsimusi kindla valdkonna kohta ja hiljem kommenteeris juhataja vastuseid. Süsteemse luupuse alasel kursusel esitati näiteks üle 20 küsimuse selle haiguse patomorfoloogia, serodiagnostika ja ravi kohta.

Kongressist osavõtt võimaldas saada ülevaate nüüdisaja nefroloogia olulisematest probleemidest ja tutvuda väljapaistvate spetsialistidega.

Mai Ots

Progress kliinilises viroloogias, sellise nimetusega konverents toimus 14...18. augustini 1994 Stockholmis. Korraldajaks oli Euroopa Viirushaiguste Vastase Ühingu ja Viirusinfektsioonide Kiirdiagnostika Rühma ühis-

toimkond ning kohalikuks põhiorganisatoriks Monica Grandien Rootsi Infektsioonhaiguste Kontrolli Instituudist. Konverentsist võttis osa nii Euroopa kui ka ülemaailmses viirusnakkuste uurimise programmides osalevaid teadlasi, kokku ligikaudu 40 riigist. Eestist osales 8 inimest.

Eesti delegaadid esitasid neli stendiettekanne (K. Subi, M.-K. Sultsman, V. Ustina, V. Vassilenko), kusjuures ülejäänud (T. Krispin, K. Kermes ja allakirjutanud) osalesid vaatelejana. Eesti sedavõrd arvukas esindatus sellisel praktilise suunitlusega viirusnakkuste konverentsil viitab organisatorite algatusele püüda edendada Eestis viirusnakkuste igapäevast diagnoosimist. Teiselt poolt näitab see ka soovi parandada Tartu Ülikooli õppejõudude kaudu arstide ja üliõpilaste informeeritust viirushaiguste diagnoosimise, ravi ning profülaktika uutest suundadest.

Konverentsil peeti seitse sessiooni ja kaks stendiettekanne sessiooni.

Avasesioonil käsitleti ohtlikumat viirusnakkust — HIV-tõbe (AIDS-i). Kahjuks selgus, et vaatamata mitme riigi teadlaste poolt välja kuulutatud HIV-vaktsiini leiutamisele, ei ole veel siiski praktikas rakendamiseks usaldusväärset preparaati. Vaktsiini saamist raskendab eeskätt HIV-i geneetilise stabiilsuse puudumine (H. Wigzell, Rootsi). Paljulubavaks aga võiks pidada Rootsi viroloogide (töörühma juht B. Wahren) kliinilisel aprobeerimisel olevat rekombinantset HIV-1 gp 160 vaktsiini. 30-kuulise jälgimise järel on selgunud, et selle vaktsiini toimel on 20-l HIV-i asümptomaatilisel kandjal 39-st oluliselt suurenenud CD4 T-lümfotsüütide hulk, võrreldes kontrollrühmaga.

Üks olulisemaid sessioone oli kahtlemata viirusnakkuste diagnoosimise alane. Selle sessiooni ettekannetes võrreldi väga erinevate (hepatiidi-, parvo-, retro-, adeno-, entero-, Hanta jt.) viiruste põhjustatud infektsioonide kiirdiagnoosimise meetodeid. Selgus, et peaaegu iga ettekande puhul oli osa andmeid saadud molekulaarmedetoditega. Üldlevinud meetodiks on muutunud polümeraasi ahelreaktsioon (ingl. k. *polymerase chain reaction* — PCR). See reaktsioon võimaldab haigelt saadud uuritavas materjalis vähem kui kuue tunniga leida oletatava haigusetkitaja geneetilist informatsiooni kandva DNA või RNA osakese paljude teiste geneetiliste elementide seast. Polümeraasi abil valmistatakse temast miljoneid koopiaid selleks, et «DNA proovi» (ingl. k. *DNA probe*) abil need identifitseerida. 1989. aastal märkis USA ajakiri «Science», et nimetatud reaktsioon on

1980-ndate aastate tähtsaim teadussaavutuse rakendamine meditsiinis. Eestis on seni seda meetodit meditsiinis kasutatud piiratud ulatuses, nimelt AIDS-i ja mõne geneetilise haiguse diagnoosimiseks.

PCR avastati 1980-ndate aastate keskpaiku USA-s ja 1989. aastal omandasid ROCHE Molekulaarsed Süsteemid ainuõiguse tema turustamiseks meditsiinilise diagnostika jaoks. Selline monopoolne seisund on lubanud ROCHE-l dikteerida väga kõrgeid turuhindu. Kuigi PCR-i abil on võimalik tänapäeval kiiresti määrata uuritavas materjalis ligikaudu 30 infektsioonitekitajat, kaheldi selle kalli meetodi kasutamise otstarbekuses kliinikus viirusnakkuste puhul. J. Peters (USA) seadis PCR-i kasutamise otsesesse sõltuvusse klinitsisti huvist, mis omakorda on seotud võimalusega rakendada diagnoosijärgset efektiivset viirusvastast ravi. Selles suhtes oli eriti huvipakkuv M. Forsgreni (Rootsi) ettekanne vastündinute *Herpes simplex*'ist, kusjuures ta leidis, et kiirdiagnoosimise andmete põhjal on võimalik alustada varajast ravi ka sel juhul, kui ei emal ega lapsel ei esine villilist löövet.

Peab märkima, et PCR-i kasutusele võtmine on paljudel teadlastel aidanud selgitada ka teoreetilisi aspekte viroloogias, nagu mitme haiguse patogeneesi, aga ka ravimiresistentuse tekkemehhanisme.

«Eesti Arsti» lugejatele võiks huvi pakkuda H. K. Akerblomi (Soome) juhitud tööühma avastus, et lapseas põetud enteroviirusinfektsioon suurendab oluliselt riski haigestuda insuliinsõltuvasse suhkurtõppe, isegi kui see infektsioon on esinenud mitu aastat enne suhkurtõve avaldumist. Perspektiivne tundub olevat P. Alleni (USA) soovitus ravida viirusliku müokardiidiga patsiente haiguse varajases staadiumis T-lümfotsüütide indutseeritud immuunmodulaatori (tuumori nekroosi faktor — TNF) vastaste antikehadega, selleks et vähendada TNF-i südamelihast kahjustavat toimet. Siiski aitab selline ravi vaid haiguse algjärgus, kui T-raku retseptorid ei ole veel kinnistunud müosiini ligandidele. Müokardiidi teket või puudumist viirusinfektsiooni ajal määravad P. Alleni järgi inimese ko sobivusantigeenide (HLA) tüübid. See seletab usutavalt ära, miks ühel inimesel viirusinfektsioon põhjustab müokardiiti, teisel aga mitte.

J. Balzarin (Belgia) esitas oma loengus uusi andmeid viirusvastaste ravimite kohta. On kurb tõsiasi, et enamiku viiruste vastu ra-

vimpreparaate ei ole. Herpeseviiruste pärssimiseks on tänaseks peale *Acyclovir*'i, *Ganciclovir*'i ja *Foscarnet*'i olemas uusi vähem toksilisi ühendeid. Need preparaadid on oma keemilise koostise poolest kas atsüklilised, karbotsüklilised nukleosiidide analoogid, nagu *Valciclovir*, *Sorivudine* ja *Vistide*. Enamik neid preparaate fosforüülib herpeseviiruste spetsiifilisi ensüüme, toimides kas DNA polümeraasisse või tümidiinikinaasisse. Uusima mittenukleosiidse herpeseviiruse inhibiitori *Lidako*'i toimemehhanism on seni veel ebaselge. Retroviirusinfektsioonide (incl. AIDS) ravis on kasutusel uuema preparaadina AZT (*Zidovudine*).

Rahvatervise seisukohalt olid väga olulised need sessioonid, millel käsitleti viirusnakkuste epidemioloogiat ja uuriti vaktsineerimisprogramme. Eriti tahaksime siin esile tuua Maailma Tervishoiuassamblee (*World Health Assembly*) poolt 1988. aastal heaks kiidetud poliümüeliidi globaalse väljajuurimise (*eradication*) programmi käsitlemist. Sellest probleemist oli ka A. M. van Looni (Holland) sissejuhatav loeng. Ta rõhutas, et nüüd, mil poliümüeliidihagigestumus on intensiivse vaktsineerimiskampaania tulemusena kogu maailmas järsult langenud ning ulatuslikud alad (näiteks kogu Ameerika) juba täiesti poliümüeliidivabad, on suur tähtsus epidemioloogilisel järelevalvel (*surveillance*).

Olulist osa peavad siin etendama viroologia-laboratooriumid, mis tagavad veel esinevate haigusjuhtude kiire avastamise, samuti polioviiruste ringluse ja poliümüeliidi immuunsusfooni pideva jälgimise. Ka 1962. aastast saadik poliümüeliidivabas Eestis on tõhusa järelevalvesüsteemi töölerakendamine praegu esmatähtsaks ülesandeks. Teatavasti näeb kõne all olev programm ette poliümüeliidi likvideerimise 2000. aastaks. Kuid konverentsil kostis ka häält, mis põhjendatult kahtlesid selle ülesande täitmise võimalikkuses (T. A. Swarts, Iisrael jt.). Ka arvati, et poliümüeliidist ei õnnestu vabaneda ainult elusvaktsiini abil. Nii väitis I. Dömök, et Ungaris lõppes haigestumine poliümüeliiti alles pärast üleminekut kombineeritud (inaktiveeritud vaktsiin + elusvaktsiin) kaitsepookimistele.

Konverentsile järgnenud päeval toimus arvukatele asjast huvitatuile seminar, millel üksikasjaliselt käsitleti PCR-i kasutamist viirushaiguste diagnoosimisel ja selle meetodi rakendamiseiga seotud tehnilisi probleeme.

Marika Mikelsaar, Silver Jõks

LYSOFORM



Kas te usute, et ma olen juba üheksakümneaastane; ja nüüd ma töötan *Magnum Medical* 'is!

Lysoform'i desovahendid tuntud headuses nüüd *Magnum Medical* 'ist

Täpsem info ja tellimine telefonil 8 27 433 607

MAGNUM
M E D I C A L

Tervis ja meditsiin uues Euroopas — see oli Meditsiinisotsioloogia Euroopa Nõukogu V biennaalkonverentsi deviisiks. Konverents toimus Viinis 16...18. septembrini 1994.

Meditsiinisotsioloogia Euroopa Nõukogu (ESMS) asutati 1993. aastal, et ühendada ja koordineerida meditsiinisotsioloogiaalaseid uuringuid ja tegevust erinevates riikides. Iga kahe aasta järel on toimunud konverents.

TÜ arstiteaduskonna õppekavasse lülitati meditsiinisotsioloogia 1991. aastal ning selle õpetamise ülesanne anti allakirjutanule, kellele juba 1992. aastal õnnestus Eesti ainuesindajana osa võtta ESMS-i ja Briti Sotsioloogia Assotsiatsiooni Meditsiinisotsioloogia Grupi ühis-konverentsist Edinburghis. Viini konverentsil oli Eesti esindus kolmeliikmeline — Merilaid Saava Kardioloogia Instituudist, doktorant Meris Tammik ja allakirjutanu TÜ Tervishoiu Instituudist.

Konverents toimus Viini Üldhaigla konverentsikorpuses. Paralleelselt töötas kaheksa sektsiooni. Arutati tervishoiu organisatoorseid küsimusi, sotsiaalset ebavõrdsust tervises, haiglate arengut, samuti tervisedenduse, meditsiinisotsioloogia õpetamise, naiste ja noorte tervise, patsientide õiguste jms. probleeme. Kohal oli palju silmapaistvaid teadlasi, eriti Euroopa riikidest, aga ka Ameerika Ühendriikidest ja Kanadast. Enne lõunavaheaega toimusid loengud ja paneeldiskussioon. Maailma Tervishoiuorganisatsiooni esindaja Ilona Kickbusch rääkis riigi finantspoliitika võimalikust positiivsest ja negatiivsest mõjust rahvatervisele.

TÜ Tervishoiu Instituudi esindajate ettekanded käsitlesid tervishoiu reorganiseerimisega seotud probleeme ja raskusi Eestis. M. Saava esitas sektsioonis «Eluviis ja tervis» kokkuvõtte oma uurimistöö tulemustest kooliõpilaste ateroskleroosi riskifaktorite seoste kohta mõningate sotsiaal-demograafiliste näitajatega. Ettekanded olid juba eelnevalt saadetud sektsiooni juhatajatele ja nn. oponentidele, mistõttu nende ümber tekkis elav sisuline arutelu.

Allakirjutanul oli võimalus külastada ka 900-voodikohalist tervisedenduse mudelhaiglat Viinis.

Taie Kaasik

6...8. oktoobrini 1994 toimus Firenzes **Lasteanestesioloogide Assotsiatsiooni ning Itaalia Lasteanestesioloogide ja Lastereanimatoloogide Ühingu (APA — GARP)** ühis-konverents. Konverentsi põhiteemaks oli anesteesia lastel. Esitati mitme probleemiasetusega ettekandeid uutest anesteesiavahenditest ja meetoditest, kusjuures enam tähelepanu oli pööratud regionaalneesteesiale. Konverentsist osavõtjaid oli 260, kusjuures esindatud olid paljude riikide nii endised kui ka praegused juhtivad lasteanestesioloogid.

Konverentsi viimasel päeval oli Euroopa Lasteanestesioloogide Föderatsiooni Nõuandjate Grupi töökoosolek, kus kavandati järgmise aasta tööplaani. Planeeritud on korraldada konverents Bukarestis ning täienduskursus ja konverents Brüsselis.

Eesti esindaja osavõtt sai võimalikuks tänu A/S *Instrumentarium* toetusele. Konverentsist osavõtu tulemuseks on koostöö intensiivistumine Eesti ja teiste riikide anestesioloogide vahel, kirjanduse vahendamine, Eesti anestesioloogide osavõtu võimalus eelseisvatest üritustest ning võimalik lühiajaline lasteanesteesiakursus Eestis, mida juhivad nimekad Inglismaa anestesioloogid.

Merike Martinson



Foto. Lasteanesteesia rajajaid Toivo Suutari-
nen Soomest ja Jack Rees Inglismaalt.

MEDICINA

Eesti Arstide Liidu kirjastusel
"Medicina" on ilmunud:

- * HINGAMISTEEDE NAKKUSED
hind 45 krooni
- * VAKTSINEERIJA KÄSIRAAMAT
hind 45 krooni
- * VÄLTIMATU ABI KÄSIRAAMAT
hind 125 krooni

* Ilmub :

Kalendermärkmik "Medicina 1995"
orienteeriv hind 15-20 krooni

Tellimused: AS Medicina, reg. nr. 01262883

Gonsiori 29 EE0100 Tallinn

Tel. (22) 421 474, fax (22) 425 098

a/a 22-116256 Hansapank, kood 767

Raamatute postikulud tasub AS Medicina,

Raamatu hind sisaldab käibemaksu.

* *1995 aastal ilmuvad:*

* *RADIOLOOGIA*

* *ÜLDARSTI KÄSIRAAMAT*

* *MEDITSIIINITERMINID*

INTERVJUU

Polikliinik peab kujunema profülaktilise suunaga esmatasandi tervisekeskuseks

Üks Eesti teenekamaid tervishoiujuhte, Lasnamäe Polikliiniku peaarst **Madis Martinson**, on aastakümneid teinud hinge ja mõistusega tänuväärset tööd haige inimese heaks. Käesolevaga analüüsib paljukogenud arst Eesti tervishoiu tänapäevaprobleeme.



Rahvatervise näitajad olenevad eeskätt laste ning noorte täiskasvanute terviskäitumisest ja eluviisist. Kas Teie kogemuste põhjal on selles valdkonnas viimasel ajal olnud märgata nihet paremuse poole?

Lapse tervise näitajaid Lasnamäe Polikliiniku lasteosakondade töö põhjal iseloomustavad järgmised tendentsid.

A. Sagenenud on registreeritud uute haigusjuhtude arv. Näitaja teeninduspiirkonna 100 lapse kohta oli: 1990. aastal 139, 1991. aastal 154, 1992. aastal 149, 1993. aastal 176. Seega haigestumine on sagenenud.

B. Analüüsides haigusrühmade ja haiguste kaupa, võib öelda järgmist. 1. Sagenenud on

närvi- ja tundeelundite haigustesse haigestumine. Näitaja 100 lapse kohta: 1990. aastal 9,3; 1991. aastal 10,1; 1992. aastal 11,2; 1993. aastal 18,9. Selles haigusterühmas on suurenenud nii silma- kui ka kõrvahaiguste osatähtsus (kuulmishäired esineb 5%-l arsti juurde pöördunuist). 2. Suurenenud on nahahaiguste, eeskätt allergiliste dermatiitide ja atoopiliste dermatiitide esinemine lastel. Näitaja 100 lapse kohta: 1990. aastal 6,34; 1991. aastal 7,03; 1992. aastal 8,39; 1993. aastal 13,03. 3. Nakkushaiguste osas ilmnes tõus 1993. aastal, mis seostus punetiste ja tuulerõugete sageda esinemisega. Näitaja 100 lapse kohta: 1990. aastal 9,3; 1991. aastal 8,09; 1992. aastal 5,47; 1993. aastal 16,48.

C. Sagenenud on lastetraumad.

D. Bronhiaalastmat esines 1992. aastal kolm korda rohkem kui 1986. aastal ja sapiteede põletikke 20 korda rohkem kui 1986. aastal.

Samas leian, et noorte täiskasvanute terviskäitumises ja eluviisid ei ole olulist nihet paremuse poole toimunud. Uus aeg on meie ellu toonud uued stressorid: hirm tööpuuduse ees, majanduslik ebakindlus, kuritegevuse kasv ja muud. Toimunud on sotsiaalsete gruppide diferentseerumine. Nende käitumine ja eluviis erinevad ka tervise seisukohalt. Vähekindlustatud noor pere vaevleb olmemurede küüsis. Samal ajal ei ole ka uusriikaste eluviis alati tervislik: vähene kehaline koormus, rafineeritud toit, hirm maffia ees. Ühiskonnas toimunud kiirete muutuste keerises on tervislikud eluviisid jäänud tagaplaanile. Seetõttu tuleb suurendada profülaktilise meditsiini tähtsust.

«Eesti Vabariigi tervishoiukorralduse seaduses» puudub väga tähtis mõiste «tervisedendus». Missugune tähtsus on Teie kui kauaaegse arstibikorraldaja arvates tervisedendusel?

«Eesti Vabariigi tervishoiukorralduse seadus» pidavat sätestama tervishoiuasutuste õigusliku seisundi ja finantseerimise aluseid. Omavalitsuste tervishoiuülesannetest on esikohal tervishoiupoliitika kujundamine. Seaduses ei leia tervisedenduse kohta tõepoolest konkreetset midagi. Seadus on seadus, ju ta peab siis nii olema. Tervishoiumudelist ei ole juttugi. Vähemalt on prof. H. Kahn koostanud töötervishoiukorralduse mudeli.

Järk-järgult süveneb Eestis konkurents arstiabi valdkonnas. Selle pinnal on üha rohkem selgunud, et meie arstiabi kvaliteet on küllalt ebaühtlane. Millest tulene-

vad teie arvates seda põhjustavad peamised asjaolud: kas arsti kogemuste ülehindamine, objektiivsete seaduspärasuste eiramine või isegi ebakompetentsus ning vähiklikkus?

Haigekassasüsteemi rakendamisel on meditsiiniline dokument muutunud rahaliseks dokumendiks ning seetõttu on arstide vastutus suurenenud. Harva tuleb ette, et mõni dokument oleks kaotsi läinud; sissekanded on korrektsemad, põhjalikum on haigete uurimine. Arstiabi kvaliteet on tõepoolest suuresti erinev, ajakirjanduses leidub viiteid, et Eestis ei saa kompetentset arstiabi. Kahjuks tuleb rohkem vigu ette kõrgemas etapis kui reapolikliinikutes. Arstide ettevalmistus on erinev. Omal ajal töötas Tallinnas ligikaudu 80 endise NSV Liidu meditsiiniinstituudi lõpetanut, osal neist oli isegi retsepti vormistamisega raskusi.

Suuremal osal arstidest puudub oskus kasutada kõrgetasemelist meditsiinitehnikat, kui seda tehnikat üldse ongi, samuti ka oskus seal saadud infot hinnata. Oma osa etendavad kindlasti ka aastaid kestnud terve konkurentsi puudumine, äärmiselt vildak töötasutamissüsteem ja on mitmeid muidki põhjusi. Üldiselt on rahvas ise kõik arstid atesteerinud.

Missugusena Te näete erameditsiini lähitulevikku ja tema tegevusvaldkonda?

Erameditsiin on teatud piires ja vormides kogu aeg eksisteerinud. Alati on leidunud inimesi, kellele meeldib ja kellel on võimalusi kasutada eraarsti teenuseid. Erameditsiinil on kindel koht ühiskonnas, eriti ambulatoorses ravis (hambaravi, günekoloogia, kosmeetiline kirurgia) ning neil erialadel, kus spetsialiste on vähe. Üksikud erameditsiiniastutused on paljudele takistustele vaatamata juba kindla rütmi saavutanud. Osa arste, kes hurraaga alustas, ei ole aga leidnud kindlat klientuuri ja paluvad uuesti tööd riigiasutustes. Erameditsiin võitleb palju rohkem enda eest kui riigimeditsiin, kes on hakanud konkurentidesse veidi üleolevalt suhtuma.

Lasnamäe piirkonnas oli erameditsiini maht 1993. aasta andmetel 12,8% Lasnamäe Polikliiniku aastasesst külastatavusest. Lasnamäel töötab erapraksises 32 arsti, neist 8 stomatoloogi. Kokku on Lasnamäel 11 litsentsi omavat arstipunkti ja arsti. Erapraksisega tegeleva arsti koormus on poole väiksem kui linna polikliinikus töötaval arstil.

Peame oma tervishoiusüsteemi ümber korraldama. Kas jagate seisukohta, et

mida kiiremini ja radikaalsemalt seda teha, seda valutum see on?

Ümberkorraldamise vajadus on ilmselge, valutut teed aga ei ole. Kõik oleneb sellest, kui radikaalselt seda teha julgetakse. Tervishoiu kiire ja lõpuni läbimõtlemata ümberkorraldamine on mõtlemisainet andnud. Ainult selleks annavad ka haigestumuse ja suremuse suurenemine, arsti poole pöördumiste sagemine pikaleveninud ja raskete haigusseisundite korral, preventiivmeditsiini lähenemine nullile. Suur osa arste ei jaga seisukohta, et tervishoidu saab kiiresti ja radikaalselt ümber korraldada. Esialgu varjatud vead võivad hiljem määravaks osutuda. Inimese suhtumine ümberkorraldustesse ei ole alati sünkroonne protsessi kiirusega.

Aga kes teab? Arvestades näiteks Lasnamäe Polikliiniku arengut ja töö mahtu, on ümberkorraldused mõjunud soodsalt. Omal ajal tulid nõuandjad ja kontrollijad Moskvast, nüüd mujalt, kes küllalt pealiskaudsel tutvumisel tervishoiuga annavad oma hinnangu ja nõu. Eesti tervishoiujuhtidel tuleb minna oma teed, arvestades kõiki asjaolusid ja arstide kogemusi.

Kuidas edeneb perearstiabisüsteemi rakendamine Lasnamäe Polikliinikus?

Lasnamäe Polikliinikus on avatud kaks perearstikeskust. Sel aastal valmistati ette kaks perearsti, pooled jaoskonnaarstidest on saanud erialase täiendväljaõppe. Kõigil soovijail ei ole võimalik saada väljaõpet korruga. Aasta tagasi korraldasime 20 arstile õppereisi Taani, kus tutvusime perearstide tööga kohapeal. Veidi hiljem avasime teise perearstikeskuse, leidsime sobivad ruumid ja hea tasemega diagnostika- ja raviaparatuuri. Kasutusel on enda koostatud arvutiprogramm. Keskuse avamine ja sisustamine läks maksma 300 082 krooni. Tartu soovitatud perearstikabineti sisustuse kohta (maksumus umbes 44 000 krooni) võiks öelda, et see on puudulik ja vastab keskmise jaoskonnaarsti võimalustele; raviaparatuuri ei ole selles üldse ette nähtud.

Perearstikeskuse esialgsed kogemused on järgmised: koormus on 1/3 väiksem kui polikliinikus; haigete uurimisega tegeldakse rohkem; osa haigetest eelistab endiselt suurt polikliinikut, kus kõik on käepärast; probleeme on väikelastele abi andmisega. 1994. aasta seitsme kuu majanduslikud töötulemused on järgmised: tulud 151157 ja kulud 300082 krooni, millest inventarile, meditsiiniaparatuurile ja remondile kulus 223482 krooni.

Perearsti ettevalmistust on meie polikliini-

kus soovitud kõik jaoskonnaarstid, erapraksise avamiseks ei ole aga keegi soovi avaldanud.

Kuidas suhtute a) polikliinikute muutmisse tervisekeskusteks, kus töötaksid eeskätt perearstid, aga ka psühholoog ja sotsiaaltöötaja; b) polikliinikute ja haiglate ühendamise ühise juhtimise alla, et vältida dubleerimist ambulatoorses arstibis?

Polikliinikut ei saa muuta tervisekeskuseks ainult ümbernimetamisega, ta muutub selleks töö pideva ümberkorraldamisega, tehniliste vahendite ja instrumentaalsete uurimisvõimaluste parandamisega. Väga tähtis on preventiivmeditsiini kasutuselevõtt, psühholoogia-teenistuse, sotsiaalabi ja meditsiini õigusabi loomine. Meil on juba pikemat aega töötanud psühhoterapiakabinet ja kavas on kaasata sotsiaaltöötajaid.

Polikliinikute ja haiglate ühendamine ühise juhtimise alla end ei õigusta, sest mõlemal raviasutusel on erinevad ülesanded: polikliinikust peab kujunema profülaktilise suunaga igale inimesele kättesaadav esmatasandi tervisekeskus; haiglad osutavad II ja III etapi raviteenuseid. Praeguse punktisüsteemi juures ei ole haiglate poolt ravile tehtavad kulutused kompenseeritud, polikliinikud, kuigi läbi raskuste, aga «elavad ära». Seetõttu tuleb punktisüsteem nii haiglas kui ka polikliinikus viia vastavusse tegelike kulutustega, selleks kulub kindlasti veel aega. Ei ole õige hakata haiglate halba olukorda parandama polikliinikute arvelt, mis viiks pankrotti ka polikliinikud ja halvendaks oluliselt esmatasandi arstiabi andmist elanikkonnale.

Arstiabi parandamiseks tuleks polikliinikutel sõlmida haiglagale lepingud, kusjuures polikliinikule jääks õigus valida parim haigla ja vajaduse korral leping üles öelda ning sõlmida uus leping sobivama haiglagaga, kellega koostöö ja vastastikune informatsioonivahetus ning majandamine paremini sobiks. Seejuures ei tohi unustada, et polikliiniline ravi on tunduvalt odavam.

Ajakirjanduses on ilmunud viiteid selle kohta, et arstid määravad punktide ja raha teenimise eesmärgil objektiivselt mittevajalikke uuringuid ega saada haigeid õigel ajal edasi järgmisse ravitappi. Kas on võimalik, et arst ei ole huvitatud haige otstarbekohasest ravimisest?

Lasnamäe Polikliinik annab abi umbes 1/4-le tallinlastest, haigeid on niigi palju, ei ole vajadust juurdekirjutusi teha. Sotsiaalministee-

riumi kantsleri sõnul on Eestis juurdekirjutusi umbes 20%. Meil nii täpseid andmeid ei ole.

Arst võib olla huvitatud uuringute määramisest rahateenimise eesmärgil juhul, kui tema vastuvõtt ei ole väärtustatud haige tegelekule uurimisele kulutatud aja, oskuste ja preventiivnõuannetele kulunud energiale vastava punktisummaga.

Üks haigla esitas tehtud uuringute eest meile 30 000-kroonise arve, millest pärast kontrollimist jäi järele umbes 1/3.

Kas peate vajalikuks sellist ravikindlustusseadust, mis sätestaks ravi osaliselt tasuliseks muutmise? Kui palju peaks haige tasuma, missuguste raviliikide puhul ja kes tuleks sellest täielikult vabastada?

Jah, osaliselt kindlasti. Kui inimene saaks korralikku palka, pensionär pensioni, mida ta väärt on, siis ei tuleks kedagi vabastada. Võib-olla ainult invaliidid ja tõelised veteranid, sest nad on oma riigile ja rahvale rohkem andnud.

Kas raviteenuste eest osaline tasumine sunniks inimest rohkem huvi tundma oma tervise säilitamise vastu, ka selle vastu, kuidas teda ravitakse ja kas määratavad uuringud on talle vajalikud?

Lasnamäe Polikliiniku palgafond pärast lisatatu kehtestamist suurenes ligikaudu 600 000 krooni. Kes teeb paremini ja rohkem, saab ka suuremat tasu.

Suurem osa inimesi tunneb kindlasti huvi oma tervise vastu, ei ole aga teada inimeste maksuvõimalused.

See, kuidas haiget ravitakse ja kas määratud uuringud on vajalikud, lasub paljude, neist arsti, haigekassa inspektorite, ravikindlustusnõukogude ja paljude teiste südametunnistusel.

Millised on olnud teie arstitöö ilusamad aastad?

Arstitöö ilusamad aastad olid Kullamaal jaoskonnaarstina töötades. See oli pärast ülikooli lõpetamist. Lõpetasime haigla poolelioleva remondi, voodikohtade arv suurenes 25-ni, muretsetesime tagasihoidliku röntgeniparaatuuri; tööle hakkas ka laboratoorium, haigla hakkas saama elektrit oma jõujaamast, mis aeg-ajalt andis valgust ka loomaairstile, kirikule jt. Õnneks hakkas varsti tööle ka riiklik energiasüsteem.

1962. aastal suunati mind Haapsalu Haigla pearstiks, kus töötasin ligikaudu 20 aastat. Reorganiseerisime Haapsalu rajooni tervis-

hoiuvõrgu. Tähtsaim ettevõtmine oli sõjaväe valduses olnud ja põhjalikult lagunenud hoonest kaasaegse polikliiniku valmishitamine. 1979. aastal valmis rajoonihaigla juurdeehitis koos operatsiooniplokiga ning põhjalikult remonditi mitu maahaiglat.

Haapsalu perioodil oli võimalik põhitöö kõrvalt tegelda ka kuurordi ajaloo uurimisega. 1975. aastal ilmus väljaanne «Haapsalu kuurort» eesti ja vene keeles. Pikemat aega uurisin mudaravi toimet kroonilist dermatiiti põdevatel haigetel, mille tulemusena koostasin 1977. aastal tervishoiuministeeriumi metoodilise juhendi «Haapsalu ravimuda kasutamine krooniliste dermatoosidega haigete ravis». Haapsalu ravimuda kasutamine ravi otstarbel annab häid tulemusi, seda on näidanud nii lähi- kui ka hilistulemuste analüüs. Probleem on aktuaalne ka tänapäeval.

Tegelesin päris tõsiselt ka teadustööga, uurides Haapsalu meremuda toimet ja omadusi kroonilist ekseemi, psoriaasi, neurodermiiti põdejail, krooniliste haavandite ravis. Selgus, et ravitulemused olid üllatavalt head. Uurimistöö põhines ligemale 800 allikal. Kahjuks ei jõudnud ma seda vormistada kandidaadiväetikirjaks.

Praegune töö ühes Eesti suuremas polikliinikus pakub samuti rahuldust. Paari viimase aasta jooksul oleme suutnud hankida tänapäevase aparatuuri, tänu millele on haigete ravi ja uurimise maht tunduvalt paranenud. Seejuures ei ole me unustanud ka rahvameditsiini ravivõtteid ega mudaravi.

*Madis Martinsoni on küsitlenud
Kuulo Kutsar*

IN MEMORIAM

Aino Saare

24. juulil 1994. aastal lahkus pärast lühiajalist rasket haigust manalateele kirurg Aino Saare.

A. Saare sündis 28. detsembril 1929. aastal Tallinnas teenistujate perekonnas. Ta lõpetas 1948. aastal Tallinna 10. Keskkooli kuldmedaliga, 1954. aastal Tartu Ülikooli

arstiteaduskonna *cum laude*. Samal aastal astus ta aspirantuuri kirurgia alal, mille lõpetas 1957. aastal prof. Artur Linkbergi juhendamisel. 1957. aastal alustas rajooniarstina tööd Nõmme Haiglas, 1958. aastal kirurgina Tallinna Tõnismäe Haiglas. Seal töötas ta kirurgi ja traumatoloogina 1964. aastani. Aastail 1964...1976 oli A. Saare Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla (Maarjamõisa Haigla) kirurg ja traumatoloog ning juhendas samal ajal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilasi.

Ta täiendas end Kiievi Ülikooli arstiteaduskonnas ning Riia Traumatoloogia Instituudis.

1976. aastal töötas A. Saare lühikest aega kirurgina Harju Rajooni Keskkpolikliinikus Keilas. 1976. aastal, kui avati Tervishoiuministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla (Magdaleena haigla) Lohusalu taastusraviosakond, määrati A. Saare selle juhatajaks ning ta töötas sellel ametikohal kuni 1991. aasta 1. maini, mil osakond suleti.

Mälestus Aino Saarest kui delikaatsest inimesest ja abivalmis arstist jääb püsima tema kolleegide, õpilaste ja patsientide südameis.

Sit tibi terra levis!

Kolleegid

Ulita Nigesen



Eesti lastearstid on kaotanud oma perest ühe kauaaegse kolleegi. 20. augustil 1994 lahkus meie hulgast lühikese raske haiguse järel Ulita Nigesen.

U. Nigesen sündis 19. augustil 1926. aastal Tallinnas. Lõpetanud Tallinna 7. Keskkooli ja 1951. aastal Tartu Ülikooli, asus ta tööle lastearstina Tal-

linnas. Oma esimestel tööaastatel ravis U. Nigesen tuberkuloosihageid lapsi ja laste kopsuhaigused jäidki tema erialaks, kui ta töötas Kose-Lükati Sanatoorses Metsakoolis ja Keskhäigla Konsultatiivpolikliinikus.

Olles 1972. aastast Tervishoiuministeeriumi Emade ja Laste Profülaktilise Abi Valitsuse inspektor ja 1976. aastast selle osakonna juhataja, pühendas U. Nigesen end tõeliselt lastekaitsele. Kõik lastega seonduv, alates toidust, riietusest kuni tunniplaani, koolisusside ja koolirantsani olid tema mured, mille lahendamise võimalikkust nägi ta ikka vaid koostöös teiste ametkondadega. U. Nigesen oli küll väike, kuid visa, ja oma töökspidamiste eest võitles ta lõpuni. Täna võib öelda, et U. Nigesen oli ka üks esimesi laste tervisekasvatuse alustajaid Eestis.

Ulita Nigeseni lähemad kolleegid ja kaastöötajad mäletavad teda alati rõõmsameelse ja optimistliku, huumorimeelse ja südamliku inimesena. Tema alustatud jätkavad täna juba paljud.

Eesti Lastearstide Selts

Heino Tiivel

28. augustil 1994 varises äkki manalasse üks Eesti vanimaid onkolooge dotsent Heino Tiivel.

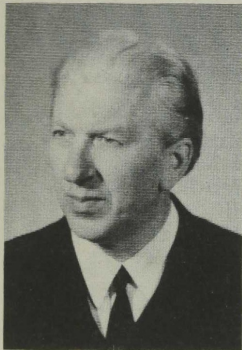
Ta sündis 15. märtsil 1922. aastal Valgemaal kooliõpetaja perekonnas. Tema noorusaega mõjutasid keerulised sõja-aastad, mil tavalised tööriivad tuli vahetada ka sõdurisinel vastu. Tartu Ülikoolis alustas H.

Tiivel õppimist 1940. aastal, algul filoloogiateaduskonnas, 1949. aastal lõpetas ta aga arsti-teaduskonna.

Nii keskkoolis õppimise ajal kui ka üliõpilaspõlves tuli tal õppimise kõrval töötada. Tema esimeseks töökohaks arstina kujuneski alates 1948. aastast tollase Tartu Linna Kliinilise Häigla kirurgiaosakond. 1952. aastal oli ta lühikest aega ka peaarstiks. Seejärel aga oli ta aastal 1952...1957 arstiks Nõukogude armee meditsiiniteenistuses.

Peale mitmel täienduskursusel viibimise õppis H. Tiivel aastail 1959...1962 aspirantuuris Leningradi Onkoloogia Instituudis. Edasi järgnes töö nooremteadurina Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis ning vanemteadurina-osakonnajuhatajana Kirgiasias, sealses Onkoloogia ja Radioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis.

Alates 1968. aastast oli H. Tiivel Tartu Onkoloogiadispanseri osakonnajuhataja ning aastail 1971...1974 Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dotsent onkoloogia alal. Tema viimane töökoht ajavahemikul 1974...1993 oli nüüdses



Eesti Onkoloogiakeskuses. Algul oli ta peaarsti asetäitja ravi alal ja hiljem polikliiniku onkokiirurg.

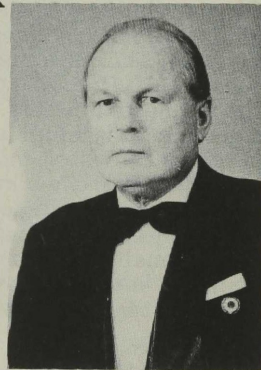
Nii tema kandidaaditöö kui ka paljud teaduspublikatsioonid ja populaarteaduslikud artiklid olid seotud onkoloogiaga, kusjuures eriti viimastel aastatel osales ta aktiivselt vähivastases võitluses. Ta sai tuntuks kui sihikindel suitsetamisvastase võitluse propageerija Eestis.

Oma aktiivse eluhoiaku, tervete eluviiside propageerijana ja mitmekülgse spetsialistina on Heino Tiivel jätnud märgatava jälje Eesti onkoloogia arengusse. Teda mälestavad kui hinnatud arsti, suurepärase inimest ja abivalmis kolleegi paljud abivajajad ja kaastöötajad.

Kolleegid

Kalju Nestrik

Lahkunud sõpra,
vaikunud
südant sõber kalliks
peab
Meeles püsib, mida
jõudsid elus
teha head ...
(K. Korsen)



Meie keskel lahkus 8. oktoobril 1994. aastal tunnustatud tervisekaitse spetsialist Kalju Nestrik.

K. Nestrik sündis 7. novembril 1927. aastal. Ta õppis Tallinna 1. Keskkoolis ja Tallinna Meditsiinilises Keskkoolis. Hambatehniku diplomi omandas ta 1948. aastal kiitusega. Tööaastad möödusid põhiliselt infektsioonitõrje ja bakterioloogia valdkonnas Tallinna Sanitaar- ja Epidemioloogia-jaamas ning Tallinna Desinfektsioonitalituses, kus ta töötas elu viimaste päevadeni kamberdesinfektsiooni osakonnas. Oma tööülesandeid täitis ta vastavalt heale praktikale ja professionaalsele eetikale.

K. Nestriku mitmekülgse töö hulgas paistab eriti silma tegevus, mis oli suunatud meditsiini-personali professionaalsuse edendamisele. See avaldus Eesti Tervisekaitse Seltsi juhtimisel, mille esimeheks ta oli 1989. aastast.

Saavutuseks tuleb pidada tervisekaitse spetsialistide häid atesteerimise tulemusi. Ta arendas koostöös Soome kutsekaaslastega, korraldas kogemuste vahetamist Leedu ja Venemaa kolleegidega. K. Nestrik on teinud palju rahvatervise probleemide lahendamiseks Eestis. Ta oli mitmekülgsete huvidega ning oli tuntud ka kui koorilaulu harrastaja.

Hea spetsialisti, abivalmis kolleegi ja sõbrana jääb mälestus Kalju Nestrikust meie mällu ja südamesse.

*Eesti Tervisekaitse Selts
Kolleegid*

KROONIKA

19. septembril 1994 korraldas Taani A/S *Ferrosan* vitamiinide *Multi-tabs*® presentatsiooni. *Multi-tabs*®-vitamiine tutvustas dr. Leonard Mervyn Suurbritanniast. Dr. L. Mervyn on maailmakuulus teadlane, kes saavutas tuntuise B₁₂-vitamiini koensüümide ja koensüümi ubikvinoon Q₁₀ kaasavastajana.

Multi-tabs®-tabletid sisaldavad kvaliteetset vitamiinide ja mineraalide komplekti, millel on lisaks meeldiv looduslike puuviljade maitse. L. Mervyn rõhutas tõsiasja, et lapseeas esinev vitamiini- ja mineraalidepuudus põhjustab nõrka tervist täiskasvanueas. Seetõttu on oluline alustada *Multi-tabs*®-vitamiinide tarvitamist juba varajases lapseeas. L. Mervyn väitis, et allergiat ei ole vitamiini tarvitamisel täheldatud. Ta rääkis ka sellest, miks mõned inimesed vajavad vitamiine enam kui teised ning selle põhjuse näitena tõi suitsetamise, stressifaktorid ning elamise ja töötamise saastatud keskkonnas. Pikemalt rääkis L. Mervyn *Multi-tabs*®-vitamiinide koostises oleva foolhappe ja antioksidantide osatähtsusest organismis.

12...15. oktoobrini 1994 toimus Tallinnas rahvusvaheline meditsiinitehnika ja farmaatsiatoodete mess *Medifar '94*. Näitusel sai tutvuda meditsiinitehnika ja ravimitööstuse uusima toodanguga. Nelja päeva jooksul tutvustasid oma toodangut 78 firmat 13 riigist.

Esindatud olid Soome, Saksamaa, Läti, Leedu, Ungari, Šveitsi, Austria, Sloveenia, Poola, Ukraina, Rootsi ja Belgia firmad. Palju oli messil ka maailmanimega meditsiinfirmade Eesti-poolseid partnereid. Esindatud olid *Nycomed*, *GEA*, *Upjohn*, *Orion*, *Carl Zeiss*, *Sandoz*, *Semtron*, *Zeneca* jt.

Sotsiaalminister T. Vilosius ütles näitust avades, et Eesti tervishoid on võtnud suuna turumajandusele ja selline rohkearvuline messist osavõtt näitab, et välisfirmadel on tekkinud usk nii Eesti tervishoidu kui ka majanduse arengusse.

Messi võib pidada meie seni suurimaks meditsiinalaseks ürituseks. Messil osalevate firmade eesmärk on leida endale müügikontakte Baltimaades.

Meditsiinitööstus areneb maailmas väga kiiresti ja seetõttu kavatakse hakata näitust korraldama igal aastal.

Anne Tallo

- Abina, J. 108, 359
 Allikmets, L. 331, 348, 417, 508
 Allmann, A. 15
 Anderson, A. 493
 Andres, K. 56, 119, 162
 Arak, A. 45, 476
 Asser, K. 18
- Baikov, N. 185
 Beltšikov, J. 80
 Birkenfeldt, R. 179, 238, 502
- Eha, J. 469
 Ehrenberg, A. 114
 Einberg, U. 457
 Einre, L. 380
 Elberg, E. 297
 Ellamaa, A. 374
 Ellamaa, M. 220
 Everaus, H. 163
- Galperina, T. 108, 359
 Gross, J. 371, 373
 Grünberg, H. 500
 Gustavson, L. 453
- Haavel, A. 316, 417
 Haavel, H. 316
 Hallikka, H. 108
 Hendrikson, E. 397
 Hiis, G. 145
 Härm, T. 73
 Härma, T. 449
- Ignatjeva, N. 363
 Ilisson, P. 114
 Ilmoja, V. 241
 Ilus, T. 114
- Jögi, R. 397
 Jögiste, A. 22, 130, 287
 Jõks, S. 141, 513
 Jürimäe, T. 509
- Kaarma, H. 347
 Kaasik, A.-E. 52, 243
 Kaasik, T. 226, 503, 515
 Kaik, J. 164, 504, 507
 Kalda, A. 52
 Kaljuste, T. 359
 Kallaste, R. 442
 Kangur, A. 367
 Karu, E. 133
 Kasemaa, E. 40
 Kask, J. 82
 Kask, V. 15
 Kasmel, A. 60
 Kaude, J. V. 105
 Kaup, R. 108
- Kaur, S. 297
 Kelk, H. 76
 Kelk, J. 323, 498
 Kingisepp, P.-H. 74, 334, 397
 Kivastik, J. 334, 397
 Koha, R. 394
 Kolle, R. 423
 Koort, M. 197
 Kronk, V. 322
 Kull, I. 197, 219
 Kull, K. 45, 56, 119, 476
 Kullisaar, T. 275
 Kurvinen, E. 280, 292
 Kutsar, K. 65, 89, 257, 262, 310, 322, 326, 341, 401, 414, 517
 Kutsar, T. 386
 Kuuse, K. 114
 Kuusma, M. 154, 174, 330, 349, 493, 522
 Kõiv, L. 11
- Laan, Ilmar 171, 252, 332, 344
 Laan, Ingrid 332
 Laan, M. 194
 Laane, P. 125, 205
 Labotkin, K. 386
 Lamp, J. 334
 Landör, A. 363
 Larina, S. 125, 205
 Lasn, L. 40
 Leesment, L. 24
 Leito, K. 457, 459
 Lember, M. 146
 Lember, S. 220
 Lenzner, A. 419, 421, 423
 Levin, A. 80, 439
 Lilleorg, A. 277
 Lintsi, M. 509
 Lipand, A. 60
 Lipping-Sitska, M. 114
 Listopad, D. 108
 Luiga, E. 111, 194, 292
 Lövi-Kalnin, M. 168
 Lüdimois, S. 421
- Maaroos, H.-I. 138, 268
 Maimets, M. 122, 210
 Majass, Mari 447
 Majass, Mati 367
 Martinson, M. 435, 463, 515
 Mehilane, L. 304
 Merila-Lattik, H. 234
 Merisalu, E. 11
 Mesikepp, A. 156

Mikelsaar, M.72, 122,
210, 513
Mägi, M. 167
Mändar, R. 72
Märtn, J. 24

Naaber, P. 122, 210
Neiman, R. 190
Nikitina, A. 92
Nurk, A. 169

Ojassalu, E. 179
Oro, I. 77, 160, 247,
497
Ots, M. 511
Otter, K. 74
Otter, M. 74

Paal, A. 453
Pahla, K. 38
Paju, A. 11
Pavlovski, G. 99
Peeba, M., 469
Peetso, R. 190, 282
Pehk, R. 20
Pella, M. 265
Petuhhov, M. 114
Pihl, E. 421
Pirožkova, L. 190
Porosaar, O. 447
Potapova, A. 465
Pšenitšnikov, I. 125
Purde, M. 102
Pöder, H. 465
Pölluste, K. 226
Päi, L. 237
Päts, E. 346

Raal, A. 416
Rahu, M. 249, 427
Raie, R. 40
Rajangu, H. 297
Rannamäe, R. 38
Rannula, U. 194, 292
Raud, R. 24
Raven, I. 56
Remmel, T. 486
Remmelgas, A. 414
Riisalo, R. 31
Riispere, M. 386
Rikas, P. 259, 338
Rosental, K. 182
Rätsep, V. 51

Saarma, J. 255
Saava, A. 39, 226
Salum, O. 472
Salupere, R. 197, 386,
510
Salupere, V. 197, 213,
230, 386
Sarap, V. 24, 28
Sarv, A.-A. 405

Savi, T. 363
Serka, T. 469
Silla, R. 509
Silm, H. 297
Solodkaja, E. 108, 359
Somma, N. 463
Stroinovskaja, S. 99
Sudakova, R. 190, 282
Sultsmann, M. 423
Suurorg, L. 14, 165,
194, 292
Suvidov, V. 452

Špilova, T. 125
Šljapnikova, L. 190

Zilmer, K. 11, 15, 190,
275, 282
Zilmer, M. 15, 275
Zolotuhhina, I. 190
Zupping, R. 70, 167,
374, 420

Žordania, R. 194, 280

Tallo, A. 330, 348, 522
Talts, J. 397
Tamm, A. 418
Tamm, L. 350, 442
Tammik, M. 226
Tasa, E. 60
Tedrema, H. 239
Tedremaa, M. 422
Tempel, E. 91
Thomson, H. 335
Tikk, A. 40
Torim, K. 80, 445
Trei, T. 287
Tšerednitšenko, S. 40
Tur, I. 111, 194, 292
Tuulik, V. 31
Täll, S. 363

Uibu, J. 300
Uusküla, A. 297
Uusmaa, P. 84, 153,
259, 338

Valdes, V. 317, 401,
490
Valgma, K. 201
Vanakesa, T. 157
Vassiljev, V. 156
Vehm, K. 457
Veinpalu, E. 501
Velbri, S. 277
Veski, R. 150
Vihalemm, T. 275
Viigimaa, M. 166
Virkus, A. 499
Voloč, O. 108, 167,
348, 359
Väljaots, K. 477

Aastasisukord 1994

Eha, J., Ellamaa, A., Haavel, A., Kaasik, A.-
E., Kõöbi, U., Leibur, M., Martinson, M.,
Rebane, L., Tooming, A., Truve, R. — Mis
aitaks Eesti tervishoiu välja madalseisust? . . .

3

TEOORIA JA PRAKTIKA

Abina, J., Voloč, O., Solodkaja, E., Galpe-
rina, T., Listopad, D., Kaup, R., Hallika, H.
— Arteriaalse hüpertensiooni profülaktika
tööstusettevõtete töötajatel 108
Asser, K. — Eesti vastsündinute üsasise
kasvu kõverad 18
Baikov, N. — Stressoorse uriiniinkontinentsi
diagnoosimine ja kirurgiline ravi naistel 185
Eha, J., Peeba, M., Serka, T. — Koronaaran-
gioplastika Eestis: muutused kaheksa viimase
aasta jooksul 469
Gross, J. — Arstiabi kvaliteet ägeda bakte-
riaalse pneumoonia ravimisel Eesti haiglates
Jõgiste, A. — Kooleratekitaja leiud Eestis
Jõgiste, A., Trei, T. — Leetrite profülaktika
hilitulemusi 287
Kangur, A., Majass, M. — *Calcipotriol (Dai-
vonex)* psoriaasi raviv 367
Kaude, J. V. — Ultrahelidiagnostika parasoo-
levähi lokaalse leviku avastamisel 105
Kurvinen, E., Žordania, R. — Mittenakus-
like haiguste riskitegurid rasedatel ja nende
mõju vastsündinu tervisele 280
Lasn, L., Raie, R., Tikk, A., Tšerednitšen-
ko, S. — Lihaskoe eluvõimelisuse määramine
eksperimentis 40
Leesment, L., Raud, R., Sarap, V., Märtn,
J. — Enteroviiruste sedastamine veeproovides
ja haigete diagnostilistes proovides 24
Lilleorg, A., Velbri, S. — Kasvajamarkerite
kasutamise võimalusi kliinilises onkoloogias
Lipping-Sitska, M., Petuhhov, M., Ilisson,
P., Ilus, T., Kuuse, K., Ehrenberg, A. — Pä-
rilike haiguste sünneelse diagnoosimise koge-
mus Eestis 114
Luiga, E., Tur, I., Suurorg, L., Kurvinen,
E., Rannula, U. — Mittenakuslike haiguste
riskitegurite esinemissagedus Eesti eri piir-
kondade õpilastel 292
Merisalu, E., Paju, A., Kõiv, L., Zilmer, K.
— Hormoonide kontsentratsiooni muutused
peaajutraumaga haigete vereplasmas 11
Ojassalu, E., Birkenfeldt, R. — Liigesesünd-
roomide nosoloogiline määratlemine ja dife-
rentsiaaldiagnostika 179
Pehk, R. — Toksoplasmooisuuringud Tartus
Purde, M. — Rinnavähi perekondlik eelsoodu-
mus Eesti Onkoloogiakeskuse arhiivimaterjali
põhjal aastaist 1980...1990 102
Rannamäe, R., Pahla, K. — Koolide õppe-
žiimi hügieeniline hinnang 38
Rosental, K. — Neurootiliste häirete somaat-
tilised sümptoomid 182
Salum, O. — Adaptatsioon eemaldatavate
hambaproteesidega. I. Kliiniline uuring 472
Salupere, R., Salupere, V., Kull, I., Koort,
M. — Pöletikulise soolehaiguse epidemioloogia
Tartu linnas ja maakonnas 197
Sarap, V. — Enteroviirusnakkuste levik Ees-
tis aastail 1980...1990 28
Silm, H., Elberg, E., Kaur, S., Rajangu, H.,

Uusküla, A. — Lokaalselt kasutatavad D-vitamiini derivaadid psoriaasi ravis
Solodkaja, E., Volož, O., Galperina, T., Abina, J., Kaljuste, T. — Uued südame isheemiatõve juhud 30...54 aasta vanustel meestel sees põhiliste riskifaktoritega (prospektiivne epidemioloogiline uuring)
Stroinovskaja, S., Pavlovski, G. — B-hepatiidi-viiruse pinnaantigeeni HB_sAG määramine inimese sülgjes
Sudakova, R., Peetso, R., Zilmer, K. — Perrekond *Klebsiella* osatähtsus ägedate soolenakkuste tekkes esimesel eluaastal
Suurorg, L., Luiga, E., Tur, I. — Laste mittenakkuslike haiguste profülaktika programm **Sljapnikova, L., Pirožkova, R., Peetso, R., Sudakova, R., Zolotuhhina, I., Zilmer, K., Neiman, R.** — Kriptosporidioos kõhulahtisuse sündroomiga lastel
Zilmer, K., Kullisaar, T., Vihalemm, T., Zilmer, M. — Oksüdatiivse stressi hindamise meetodid ja parameetrite kompleksne esmasuuring Eesti elanikkonnal. II
Zilmer, M., Zilmer, K., Kask, V., Allmann, A. — Oksüdatiivse stressi hindamise meetodid ja parameetrite kompleksne esmasuuring Eesti elanikkonnal. I
Thomson, H. — Vähihaigestumus Eestis läbi Euroopa prisma
Tur, I., Luiga, E., Suurorg, L., Laan, M., Žordania, R., Rannula, U. — Mittenakkuslike haiguste profülaktika (CINDI-programm) Tallinna õpilastel
Tuulik, V., Riisalo, R. — Unehäired tööstusmürkidega kokkupuutuvatel töölistel
Täll, S., Ignatjeva, N., Savi, T., Landör, A. — Kehalise aktiivsuse ja funktsionaalse seisundi analüüs Eesti naistel
Uibu, J. — Arstiteaduse ja tervishoiu põhi-valdkonnad

15 AASTAT TALLINNA LASTEHAIGLAT

Härma, T. — Skolioosi kirurgiline ravi Cotreli-Dubousse'i instrumentaariumiga
Leito, K. — Krooniline granulomatoositõbi **Levin, A.** — Neonataalne meditsiin: tehniksism või humanism
Majass, M., Porosaar, O., Väljaots, K. — Vesikoureteraaalse refluksi kirurgiline ravi Tallinna Lastehaigla kirurgiaosakonnas aastail 1978...1994
Martinson, M. — 15 aastat Tallinna Lastehaiglat
Paal, A., Gustavson, L. — Spinaalsel düsrafismi põdejate ravi probleeme
Pöder, H., Potapova, A. — Varajane kaasasündinud süüfilis
Somma, N., Martinson, M. — Spontaanne ajuhemorraagia lastel
Suvidov, V. — *Port-a-cath* infusioonisüsteemi kasutamine lasteonkoloogias
Tamm, L., Kallaste, R. — Taastusravi Lastehaiglas: võimalused ja probleemid
Torim, K. — Sünnitusjärgse perioodi tähtsus ja haiged vastsündinud
Vehm, K., Leito, K., Einberg, Ü. — Mono-geensete haiguste struktuur Tallinna Lastehaigla vastuvõtuosakonna andmeil aastail 1983...1993

ÜLEVAATED

Andres, K., Kull, K. — Väike pankreasevähk **Arak, A., Kull, K.** — Laiendatud lümfadenektoomia maovähi kirurgilises ravis
Arak, A., Kull, K. — Mao kartsinogenees
Einre, L. — Gastroösofageaalne refluks ja selle ravi lastel
Kalda, A., Kaasik, A.-E. — Peaaju vereringe neurogeenne regulatsioon
Kutsar, K. — Inimese immuunpuudulikkuse viiruse evolutsioon, elutsükkel ja bioloogilised omadused
Laane, P., Larina, S. — Ventrikulaarsed rütmihäired müokardiinfarkti hilisprognosis
Mehilane, L. — Ülevaade uuematest psühho-farmakonidest
Naaber, P., Maimets, M., Mikelsaar, M. — *Clostridium difficile* põhjustatud diarröa. I. Etioloogia, patogeenes ja kliiniline pilt
Naaber, P., Maimets, M., Mikelsaar, M. — *Clostridium difficile* põhjustatud diarröa. II. Diagnostimine, ravi ja profülaktika
Remmel, T. — Primaarne biliaarne tsirroos **Salupere, V.** — Gastroenteroloogia arengust Eestis: spetsialistide ettevalmistamise ja atesteerimise probleemid
Zupping, R., Ellamaa, A. — Arstiabi kvaliteedi hindamine ja tagamine
Valgma, K. — Dilatatiivne kardiomiopaatia

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUIS-TIKA

Andres, K., Raven, I., Kull, K. — Pankrease pseudotsüsti ravimine korduva punktsiooni teel
Ellamaa, M., Lember, S. — Ohutu vereülekanne
Haavel, A., Haavel, H. — Minikoletsüstektomia
Koha, R. — Rasvglobuleemia liigesevedelikes **Kull, I.** — Kaksteistsõrmikuhaavandi ja hüpertooniatõve koosinemine
Laane, P., Sipilova, T., Larina, S., Pšenitšnikov, I. — Hilispotentsiaalid kardioloogiliste haigete uurimisel
Salupere, R., Labotkin, K., Riispere, M., Kutsar, T., Salupere, V. — Primaarse skleroseeriva kolangiidi ja Crohni tõve koosinemine
Valdes, V. — Polüendokriinne autoimmuunhaigus

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Eestis 1993. aasta III kvartalis registreeritud nakkushaigused
Eestis 1993. aastal registreeritud nakkushaigused
Eestis 1994. aasta I poolaastal registreeritud nakkushaigused
Ilmoja, V. — Tervishoiu põhisuunad aastail 1991...1993
Jögiste, A. — 1993. aasta epidemioloogiline ülevaade
Kaasik, A.-E. — Tervishoiukorralduse seadus (kommentaari)
Kronk, V., Kutsar, K. — Eesti kaitseväälaste haigestumine ja selle struktuur 1993. aastal **Lipand, A., Kasmel, A., Tasa, E.** — Tervise peegel Eestis

ARSTITEADUSE AJALOOST

Karu, E. — Tallinna Sõjaväe Haigla uue hoonne pidulik avamine 1925. aasta 12. detsembril	133
Kutsar, K. — Uheksakümend aastat ajakirja «Tervis» ilmumisest	65
Kutsar, K. — Eesti Punase Risti tegevuse algus. Eesti Punane Rist 75-aastane	326
Merila-Lattik, H. — Tallinna arstide saatus aastail 1939...1949	234
Päi, L. — Tartu Ülikooli Sisekliiniku reumatoloogiasakond 30-aastane	237
Sarv, A.-A. — 90 aastat Audaku Leprosooriumi asutamisest	405
110 aastat professor Albert Valdese sünnist	401
Valdes, A. — Minu esimene linnaskäik	402
Valdes, V. — Mõnda Albert Valdese kohta	401
Valdes, V. — Kuidas meie kodus «Eesti Arsti» tehti	490

MÕTTEVAHETUS

Lember, M. — Perearsti töö tasustamine	146
Saava, A., Kaasik, T., Põlluste, K., Tammik, M. — Rahvatervise strateegia Eestis	226

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Grünberg, H. — Oivi Uiibo kaitses doktoriväitekirja	500
Maarros, H.-I. — Perearst akadeemilise erialana	138
Tallinna Meditsiinikooli 1994. aasta lõpetajad	409
Tartu Meditsiinikooli 1994. aasta lõpetajad	239, 411

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1994. aasta lõpetajad	408
---	-----

Tedrema, H. — Viimased Tartu Meditsiinikooli velskrikutsega lõpetajad	239
---	-----

VÄLISMAALT

Hiis, G. — Rootsi arstide järjekordne suurkokkutulek	145
Jöks, S. — Külmas Rootsi viroloogidel	141
Kutsar, K., Remmelgas, A. — Parameedikute ettevalmistamisest meil ja mujal	414
Salupere, V. — Eesti endoskoopistide gastrointestinaalse endoskoopia alase täiendusest	230
Huddinge Ülikoolihaiglas Rootsis	230
Zupping, R. — Neuroloogiliste haigete seltside tegevusest Euroopas	70

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Allikmets, L. — Põhjamaade Arstiteaduskondade Föderatsiooni üldkogu konverents	331
Allikmets, L. — XII rahvusvaheline farmakoloogikongress	508
Andres, K. — XXXV Rahvusvaheline Kirurgide Liidu maailmakongress	162
Birkenfeldt, R. — Rahvusvaheline Balti reumatoloogide seminar «Reumaatiliste haiguste patofüsioloogia, diagnoosimise ja ravi uued aspektid»	238
Birkenfeldt, R. — Rahvusvaheline reumanädal 1994	502
Everaus, H. — XII Rahvusvahelise Hematoloogia Assotsiatsiooni kongress	163
Härm, T. — III rahvusvaheline Kõrg-Tatrate tervisesümposioon	73
Kaasik, T. — III turvaliste kogukondade rahvusvaheline konverents	503

Kaasik, T. — Tervis ja meditsiin uues Euroopas	515
Kaik, J. — IV rahvusvaheline kardiostimulatsioon- ja elektrofüsioloogiaalane kongress	164
Kaik, J. — Kroonilist kardiovaskulaarpuudulikkust ja südame rütmihäireid käsitlev konverents	504
Kaik, J. — IX rahvusvaheline südame elektrofüsioloogia- ja elekterstimulatsioonravi-alane kongress <i>Cardiostim'94.</i>	507
Kingisepp, P.-H. — Tartu ja Kuopio füsioloogide nõupidamine	74
Kolle, R., Sultsmann, M. — XXIII Rahvusvahelise Vereülekanne Seltsi kongress	423
Kuusma, M. — Perinataalabi seminar	330
Laan, I. — XIV Eesti lastearstide kongress	332
Lenzner, A. — IV Euroopa Sünnitusabi ja Ginekoloogiaalaste Nakkushaigustega Tegeleva Assotsiatsiooni konverents	419
Lenzner, A. — VIII Vana Herborni Ülikooli seminar «Probiotikumid: kasutamise tulevikuväljavaated oportunistlike infektsioonide puhul»	421
Lenzner, A. — Rahvusvahelise Mikrobioloogia Seltside Liidu bakterioloogia ning rakendusmikrobioloogia ja mükoloogia osakondade VII rahvusvaheline kongress	423
Lintsi, M., Jürimäe, T. — Rahvusvaheline konverents «Noorem murdeiga: teadusuuringud ja kliinik»	509
Lõvi-Kalnin, M. — II Eesti Stomatoloogide Seltsi kongress	168
Lüdimois, S. — Euroopa Perearstide Assotsiatsiooni aastakongress	421
Martinson, M. — Lasteanestesioloogide Assotsiatsiooni ning Itaalia Lasteanestesioloogide ja Lastereanimatoloogide Ühingu ühiskonverents	515
Mikelsaar, M., Mändar, R. — XVIII Ülemaailmse Mikrobiökoloogia Ühingu aasta-konverents	72
Mikelsaar, M., Jöks, S. — Progress kliinilises viroloogias	512
Mägi, M., Zupping, R. — Euroopa Neuroloogiaseltside Föderatsiooni konverents	167
Ots, M. — XXXI Euroopa Neeruassotsiatsiooni ja Euroopa Dialüüsi ja Transplantatsiooni Assotsiatsiooni kongress	511
Otter, K. — Arstiteaduskonna üliõpilaste teaduskonverents	74
Otter, M. — Balti riikide farmakoloogide kongress	74
Pihl, E. — VIII rahvusvaheline lipoproteiini- ja ateroskleroosi sümposioon	421
Salupere, R. — III Euroopa gastroenteroloogianädal	510
Silla, R. — Maailma Tervishoiuorganisatsiooni II Euroopa keskkonna ja tervise konverents	509
Suurorg, L. — XV Euroopa Regionii Rahvatervisekoolide Assotsiatsiooni Peaassamblee	165
Zupping, R. — XI Rahvusvahelise Tervishoiu Kvaliteedi Seltsi konverents	420
Tallo, A. — Korraline Eesti Punase Risti kongress	330
Tamm, A. — II Balti mere maade laborimeditsiini kongress	418
Tedremaa, M. — IV Euroopa meditsiini- ja terviseramatukogude konverents	422
Veinpalu, E. — XXXII kurortoloogia maailmakongress	501
Viigimaa, M. — II rahvusvaheline angioloogiakongress	166

Volož, O. — Nõupidamine CINDI-programmi arengupoliitika väljakujundamiseks Eestis . . .	167	Esmatähtis on ennetusmeditsiin (Arno Erik Kivi)	262
EESTI ARSTIDE LIIDUS		Kutsar, K. — Tervishoiuseadus on õigussuhe arsti ja patsiendi vahel (S. Oviir)	89
Anderson, A. — Tervishoiupoliitika ja turumajandus — eetilisi seisukohti	493	Polikliinik peab kujunema profülaktilise suunaga esmatasandi tervisekeskuseks (M. Martinson)	517
Eesti Arstide Liidu uus president Indrek Oro	497	QUAESTIONES LINQUAE ESTONICAE IN MEDICINA	
Kelk, H. — Tartu Arstide Liidus	76	Laan, I. — Meditsiini terminoloogia komisjoni tööst	171
Kelk, J. — Tartu Arstide Liidu üldkogu otsus	323	Laan, I. — Tervise ja tervishoiuga seotud oskussõnu	252, 344
Kelk, J. — Eesti Arstide Liidu üldkogu	498	Rahu, M. — Moodsa epidemioloogia oskussõnu	249, 427
Kuusma, M. — Eesti Arstide Liidu üldkogu koosolek	154	JURIIDILINE NÕUANNE	
Oro, I. — Arstide liitude ja Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa foorum	247	Pella, M. — Uuendatud lastetoetuste seadus	265
EESTI NOORARSTIDE ÜHENDUS		Päts, E. — Täiendused ja muudatused pensionide maksimisel	346
Oro, I. — Euroopa Nooremartide Ühenduse sügiskoosolek Portugalis	77	Tempel, E. — Kohustusliku ravikindlustuse hüvitise arutamise ja maksimise kord	91
Oro, I. — Eesti noorte arstide koolitus Taanis	160	KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA	
Vanakesa, T. — Täiendusel Taanis Bispebjergi Haiglas	157	Raal, A. — Ilmus <i>Pharmaca Estica</i> esimene väljaanne	416
Virkus, A. — Euroopa Nooremartide Organisatsiooni kevadkoosolek	499	TÄHTPÄEVAD	
ARSTIDE SELTSIDES		Pavel Bogovski 75-aastane	171
Allikmets, L. — I Vene Farmakoloogide Seltsi pleenum	417	Inga Freiberg 70-aastane	339
Beltšikov, J. — Saksa-Balti Arstide Seltsi tegevus	80	Andres Ellamaa 50-aastane	424
Haavel, A. — III Uusimaa Lääni Arstide Ühingu ja Saaremaa Arstide Seltsi sümposium	417	Tatjana Jarunina 55-aastane	171
Mesikepp, A., Vassiljev, V. — Eesti sisearstid võeti vastu Rahvusvahelise Sisearstide Seltsi liikmeks	156	Professor Ain-Elmar Kaasik 60-aastane	339
MITMESUGUST		Madis Martinson 60-aastane	339
Kask, J. — Käomardi rannajärv (laht) — kas uus ravimuda leiukoht?	82	Jaani Riiu 75-aastane	500
Kingisepp, P.-H., Kivastik, J., Lamp, J. — Kopsude funktsionaalse seisundi hindamine lastel	334	Heinar Tedrema 60-aastane	239
Kingisepp, P.-H., Talts, J., Jõgi, R., Kivastik, J., Hendrikson, E. — Spiroanalüsaatori UT-8911 sidestamine personaalarvutiga ja voolu-mahu lingu parameetrite sõltuvus nende leidmise meetoditest	397	Kaljo Villako 75-aastane	424
Kutsar, K. — Esmaabi on vigade parandamine ja uute vigade vältimine	257	IN MEMORIAM	
Levin, A., Torim, K. — Rinnapiimaga toitmine on rahva füüsiline, bioloogiline ja vaimne tervis	80	Heino Kreek 7. I 1925...28. I 1994	172
Rikas, P., Uusmaa, P. — Kasulikke nõuandeid KODAK-i röntgenifilmide kasutajaile	259, 338	Kalju Nestrik 7. XI 1927...8. X 1994	521
Saarma, J. — Enesetunde miniskaala patsiendi meeoleolu hindamiseks	255	Ulita Nigesen 19. VIII 1926...20. VIII 1994	520
Uusmaa, P. — Kasulikke nõuandeid KODAK-i röntgenifilmide kasutajaile	84, 153	Veinart Põkk 30. VIII 1908...24. I 1994	264
Veski, R. — Ravimudade koht füsioloogiliselt aktiivsete mõjurite geneetilises klassifikatsioonis	150	Aino Saare 28. XII 1929...24. VII 1994	520
INTERVJUU		Valeri Schwarz 30. I 1939...27. XI 1993	264
Doonorlus — eetilisus ja vabatahtlikkus (R. Kolle)	341	Heino Tiivel 15. III 1922...28. VIII 1994	521
		TARTU ÜLIKOOLIS	
		92, 268, 347	
		KROONIKA	
		94, 173, 270, 348, 430, 522	
		Autoriregister	
		522	

KUIDAS SUHKRUVABA NÄRIMISKUMMI AITAB VÕIDELDA KAARIESE TEKKE VASTU?

Paljud suupisted ja toidud sisaldavad käärimisvõimelisi süsivesikuid, mis

põhjustavad hambavaaba pH taseme langust allapoole ohutuspiiri.

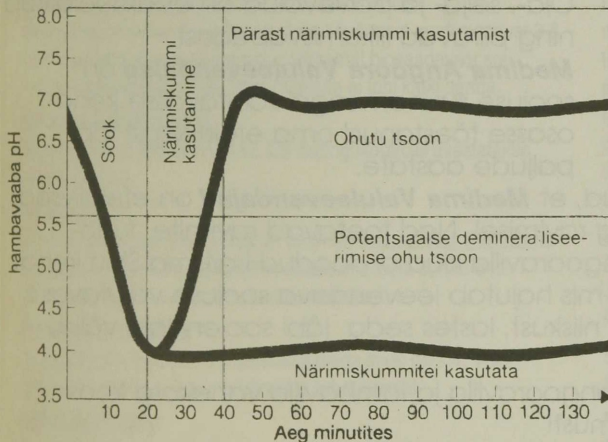
Sülg küll taastab pH normaalsele tasemele, kuid kulub kaks tundi või enam, enne kui hammaste emaili demineralisatsiooni oht möödub.

Närिमiskummi suurendab süljevoolu tavalisega võrreldes vähemalt kolmekordseks. Hiljutised hambaravialased uuringud, milles kasutati Orbiti suhkruvaba närिमiskummi 20 minuti jooksul pärast sööki, näitasid, et tavaline pH tase taastub närिमisaja jooksul.



Et Orbiti suhkruvaba närिमiskummi kasutamine lühendab tunduvalt aega, mille jooksul hambaid ohustab happerünnak, siis tuleb seda närिमiskummi pidada väärtuslikuks abivahendiks hammaste tervishoius.

Lisaks regulaarsele kontrollile hambaarsti juures, hammaste pesemisele ja suuõõne puhastamisele soovitame kasutada Orbiti suhkruvaba närिमiskummi pärast sööki, et neutraliseerida tekkivaid happeid ja soodustada mineraalide taastumist hambavaabas.



Näide pH muutuse kohta reageerimisel tüüpilisele toidule koos närिमiskummiga

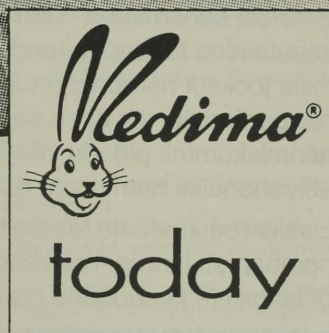
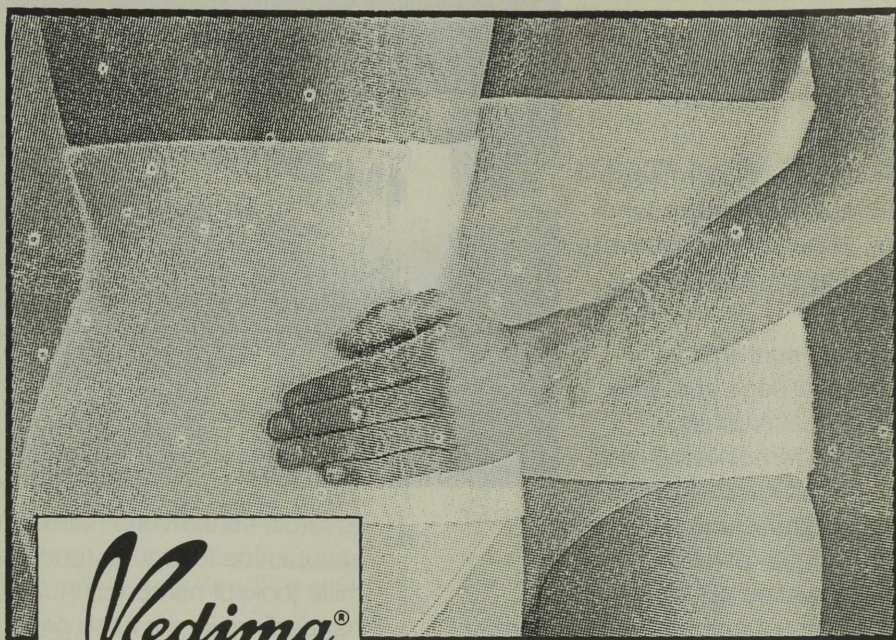
Närिमiskummi kasutamine
— profülaktilise hambaravi abinõu



WRIGLEY
DENTAL PROGRAMS

Brunieku 29/31
tuba 42
Rīga LV-1001
Latvia

ANGOORAVILLAST VALULEEVENDAJAD



Õla-, selja- ja põlvevalud on ebameeldivad ning piiravad liikumisvabadust.

Medima Angoora Valuleevendajad on soojuse suunamisega valutavasse kehaosasse tõestanud oma efektiivsust läbi paljude aastate.

Meditsiinilised testid on näidanud, et **Medima Valuleevendajad** on efektiivsed valude ja vaevuste ärahoidmisel ning ravimisel. Nad toetavad ravimite, füsioteraapia ja liikumisravi kasutamist. Angooravilla kiud on loodud kaitsma Sinu keha. Peen angooravill tekitab õhupadja, mis hajutab leevendava soojuse valutavas piirkonnas, eemaldades ülemäärast niiskust, lastes seda läbi soojendaja välja.

Mis on selle saladus? - Õige angooravilla ja lambavilla vahekord koos sünteetiliste kiududega. Naudi kogemust!



Telli Medima hinnakiri siit:

TERVIS-KESKUS, Suur-Karja 4, EE0001 Tallinn

Tel. 22-44 51 52 Fax. 22-631 32 32

DOLTARD Morphinum

Opiatagonist.

RAVIMVORM

Kilekattega depootabletid, mis sisaldavad 10, 30, 60 või 100 mg morfiinsulfaati. Tabletid sisaldavad laktoosi. Värvainena on lisatud indigotiin E 132 (60 mg-sed depootabletid), raudoksiide ja raudhüdrosiide E 172 (100 mg-sed depootabletid), riboflaviini E 101 (30 mg-sed depootabletid) ja titaanoksiidi E 171 (10, 30 ja 60 mg-sed depootabletid).

FARMAKOKINEETIKA

Morfiini biosaadavus suu kaudu manustamisel on 20-60%. Poolväärtusaeg vereseerumis on 2-3 tundi. Depootablettide (monodepoo) valmistamisel on kasutatud erilist farmatseutilist tehnoloogiat, mille tõttu imendumine toimub pikema aja jooksul. Morfiini maksimaalne kontsentratsioon vereseerumis saabub umbes neli tundi pärast sissevõtmist. Toime kestab umbes 12 tundi.

NÄIDUSTUSED

Tugev valu.

ANNUSTAMINE

Valitakse individuaalne valuaistingut kontrolliv annus. Depoopreparaat ei toimi ägedate valude ega krooniliste taastuvate valude korral. Patsientidele, kes ei ole varem morfiinravi saanud, 30 mg ööpäevas, vajaduse korral rohkem. Üleminekul kiire toimega suu kaudu manustatavalt preparaadilt depoopreparaadile, jäetakse ööpäevane morfiiniannus muutmata. Depoopreparaati manustatakse võrdsetes kogustes kaks korda ööpäevas. Üleminekul parenteraalselt manustatavalt morfiinilt depoopreparaadile soovitatakse tõsta ööpäevast morfiiniannust 2-6 korda selleks, et kompenseerida väiksemat biosaadavust suu kaudu manustamisel. NB! Depootablette ei tohi katki närida.

VASTUNÄIDUSTUSED

Sportlane diskvalifitseeritakse, kui dopingukontrollil avastatakse uriinis morfiini.

RASEDUS

Morfiini teratogeensuse kohta on andmed vastukäivad. Eksisteerib vastündinu abstsinentisündroomi tekke ja loote surma oht. Võimaluse korral vältida kasutamist rasedatel.

RINNAGA TOITMINE

Rinnapiima ja seerumi kontsentratsioonide suhe on 1:4. Võib põhjustada imikul hingamishäireid ja bradükardiat.

KÕRVALTOIMED

liveldus, oksendamise, segasus, vertiigo, eufooria, urineerimishäired, kõhukinnisus. Manustamisel patsientidele, kellel ei ole kujunenud tolerantsust morfiini suhtes (operatsioonijärgsete valude kupeerimine), on kirjeldatud hingamisdepressiooni

juhte (bradüpnoe, apnoe). Selliseid patsiente tuleb jälgida 12 tundi pärast morfiini manustamist. Hingamisdepressiooni võib ravida naloksooniga. Väikesed naloksooni annused (0,02-0,04 mg) elimineerivad tihti kõrvaltoimed, näiteks sügelamise, mõjutamata analgeesiaid.

KOOSTOIMED

Opiatide ja monoaminooksüdaasi inhibiitorite koos manustamisel on kirjeldatud erutus seisundit, hüperpüreksiat, krampe, hüper- ja hüpotensiooni. Opiaadid potentseerivad neuroleptikumide ja bensodiasepiinide toimet. Alkohol ja barbituurhappe derivaadid potentseerivad opiaatide poolt esilekutsutud teadvushäireid ja hingamisdepressiooni.

ETTEVAATUSABINÕUD

Ei eksisteeri absoluutseid vastunäidustusi opiaatide kasutamisel. Erilist jälgimist vajavad hingamishäiretega patsiendid, sest opiaadid vähendavad hingamiskeskuse tundlikkust ning hüpoksia ja hüperkapania võivad süveneda. Raske maksa- ja neerukahjustuse korral aeglustub opiaatide eliminatsioon, pikeneb poolväärtusaeg ja võib tekkida toksiline kontsentratsioon vereseerumis. Morfiini aktiivne metaboliit 6-glükuroniid eritub neerude kaudu. Neerupuudulikkuse korral morfiin kumuleerub. Opiatide ordineerimisel vanuritele tuleb arvestada ealist neerukiirensi vähenemist. Vaatamata sellele võib piisav valuvaigistav annus olla sama suur kui noorematel patsientidel. Opiatide kasutamine lastel on vajalik väga harva ja selle üle otsustab erialaspetsialist. Psüühilise sõltuvuse risk opiaatide kasutamisel meditsiinilistel näidustustel on väike ja lühiajalise ravi puhul puudub. Sõltuvuse teke ei ole oluline haiguse lõppstaadiumis. Hea prognoosiga patsientide opiaatravi alustamine nõuab hoolikat läbimõtet ja head koostööd haige ja arsti/õe vahel. Ebapiisav valu vaigistamine psüühilise sõltuvuse tekke kartuses on ebakorrekne. Kui sõltuvus tekib, on see pöördumatu. NB! Ettevaatust autot juhtivate ja mehhanismidega töötavate patsientide ravimisel!

MÜRGISTUSNÄHUD

Teadvushäired kuni sügava koomani, hingamisdepressioon ja, ägeda mürgituse korral, apnoe. Pupillide ahenemine (mioos). Raviks kasutatakse naloksooni ja intensiivravivõtteid.

SÄILIVUSAEG

Säilivusaeg 2 aastat. Säilitada toatemperatuuril.

PAKENDID

Depootabletid 10 mg, 20 tk.
Depootabletid 30 mg, 20 tk.
Depootabletid 60 mg, 20 tk.
Depootabletid 100 mg, 20 tk.

Hulgimüüja:

AS TAMDA EESTI

Pärnu mnt. 232, EE0100, Tallinn.

Tel: (2) 6392 342, (22) 557 689 Fax: (2) 6392 343



NYCOMED
SEFA

Stay fit with APOV

B
1875
1994,6
222242

Vitamiinide ja mineraalainete puudus võib vähendada vastupidavust haigustele, põhjustada väsimust ning töövõime langust.

"APOVIT sisaldab kõike, mida sa iganes vajad"



©Purac / Marketing & Communication / Business Development / Moscow / Riga / Tallinn / Copenhagen

APOVIT on müügil apteekides, saadaval nii lastele kui ka täiskasvanutele

 **NYCOMED
SEFA**

Nycomed SEFA A/S
Jaama 55B, EE-2600 Põlva

Telefonid: 279 90088
279 96555

Fax: 279 97315

