



ISSN 0134—2320

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

2 · 1982



KENALOG 40 AMPULLID

Kenalog 40 (Triamcinolon acetoniid) on fluoreeritud sünteetiline kortikosteroid.

Mõjus mitmesuguste allergiliste, reumaatiliste ja nahahaiguste raviks. Hea toime bronhiaalastma ja allergilise riniidi korral.

Toime kestab ühekordse manustamise järel keskmiselt 30 päeva.

Originaalpakendis 5 ampulli á 1 ml (40 mg toimeainet).

Toodetakse Jugoslaavia FSV-s.

KENACORT

Sünonüümid: Polcortolon, Triamcinolone

Põletiku-, allergia- ja reumavastase toimega ravim.

Pakendis 50 tabletti á 4 mg.

Toodetakse Saksa DV-s.

UNG. PREDNISOLONI

Mõjus ravim mittemikroobse etioloogiaga põletikulistele ja allergilistele nahahaigustele korral (ekseemid, dermatiidid, kihelus jm.).

Pakendis 20 g 0,5%-list salvi.

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

L. Leesment, R. Raud, V. Sarap — Enteroviiruste leidumine vees 83

V. Sarap — Enteroviiruslike haiguste laboratoorne diagnoosimine aastail 1979 ... 1980 85

K. Subi, G. Kasesalu, J. Ruut, K. Kutsar, L. Hannus, A. Lember, E. Laja, N. Truškina — Respiratoorsed viirusnakkused 1980/1981. aasta haigestumissuhtel 87

L. Priimägi, V. Seibil, I. Sarv, L. Malõškina — Humoraalne immuunsus poliomieliidi suhtes Tallinna koolieelikutel 89

R. Sudakova, R. Peetso, E. Väärt — Shigella perekonna manniitnegatiivse A-alarühma esinemine Eesti NSV-s 90

U. Keis, A. Planken, R. Masso, R. Teesalu, R. Lai, U. Linn — Hüpotermilise kardiopleegia mõju müokardi energaetilise seisundile ja ultrastruktuurile 93

T. Sipilova — Vere lipiidide sisaldus ja südame isheemiatõve kulg dünaamilise uurimise andmeid 96

J. Paulson — Ekspositsioonitest kutsetegurite väljaselgitamiseks kroonilise bronhiidi ja bronhiaalastma etioloogias 99

350-AASTANE TARTU ÜLIKOOL

E. Sepp, A. Möttus — Nikolai Pirogov kirurgilise anatoomia rajaja 101

K. Kõrge — Tartu Ülikooli vanim kliinik 105

OLEVAATED

V. Salupere — Haavandi paranemise ja ratsidiveerumise probleem 110

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

I. Piiv, A. Tellmann — Jaoskonnapeediaatri töö korraldus ja selle parendamine 118

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

N. Loogna, T. Tatar — Põlevkivitoode te sensibiliseeriv toime 121

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

E. Rattasep, L. Sildver — Diabeetiline fetopaatia vastsündinul 123

B. Heifets-Tetelbaum, V. Djatsenko, S. Rapoport — Pertubatsioonist põhjustatud õhkemboolia baroterapia koos hüperbaarilise oksügenatsiooniga 125

KAADRI ETTEVALMISTAMINE 126

UUSI TERVISHOIUASUTUSI 128

SANITAARHARIDUSTÖÖ

A. Talihärm — Koronaarklubi Tallinna Kiirabihaiglas 129

ARSTITEADUSE AJALOOST

H. Gustavson — Statsionaarsed ravi-asutused praeguses Rapla rajoonis kuni 1917. aastani 130

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

V. Laos — TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri ja kliiniku 100. aastapäeva konverents 132

L. Priimägi, J. Reinaru, S. Umanski — Teaduskonverents «Infektsiooni immunoloogilised aspektid» 133

J. Beltsikov — V Balti liiduvabariikide onkoloogide konverents 134

M. Saava — Üleliiduline toitumishügieenikonverents 134

E. Hint — Üleliiduline sümposioon 134

I. Veldre — Keskonna kantserogeen-sete ainetega saastumise alane laiendatud pleenum 135

A. Haavel — Üleliiduline sapikivitõbe käsitlev sümposioon 135

J. Karusoo — III üleliiduline refleks-ravi konverents 135

J. Kelk — II üleliiduline endokrinoloogide kongress 136

A. Jannus — NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi keskkonnakaitse ja looduslike ressursside ratsionaalse kasutamise sektsiooni üldkoosolek 136

V. Kallasmaa — XVIII akustikaalane konverents 137

A. Jannus — Sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni alane õppemetoodika konverents 137

U. Sibul — Eesti NSV ja Soome kirurgide nõupidamine 137

A. Luts — XII ülemaailmne otorinolaringoloogide kongress 138

ARSTIDE SELTSIDES 139

MEIE JUUBILARE 142

Boriss Pšenitšnikov, Helle Lipp, Luule Teras

INTERVJU

Polikliiniline arstiabi olgu eelkõige profülaktiline 143

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Oksütselodeks 144

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA 145

IN MEMORIAM

Buma Melamed 20. II 1921 ... 17. IX 1981 146

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

Valik stomatoloogiatermineid (järg) 147

TOIMETUSE VEERG 150

KROONIKA 151

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

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

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 18. 02. 1982. Trükkimisele antud 24. 03. 1982. Trükiarv 5850. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 8,96. Tell. nr. 675. MB-02101. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисьхой» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5850. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,96. Заказ № 675. MB-02101. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, 200090, Таллин, Пярну маantee, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Toimetuse ei tagasta fotosid ja jooniseid ning avaldamisele tulevate artiklite käsitirju.

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

Teooria ja praktika

UDK 616-022.6:614.777

ENTEROVIIRUSTE LEIDUMINE VEES

LIIDIA LEESMENT RIINA RAUD VIIVI SARAP
TALLINN

enteroviirused, rekreatsioonivee uurimine, enteroviiruste isoleerimine, meetodika, viirusinfektsioonid

Inimene kasutab veekogusid joogivee ja tehnilise vee saamiseks ning kultuurilis-tervislikel eesmärkidel. Vee kasutamisel on vaja arvestada selles leiduvat mikrofloorat, sest veekogude ja vähe kaitstud põhjavee kihtide saastumine on tervisele ohtlik.

Veel viimase ajani on siseveekogude ning rannikulähedase merevee mikrofloorat kohati mõjutanud puhastamata või puudulikult puhastatud elukondliku ja tööstusliku heitvee juhtimine veekogudesse, samuti asulate tööstusettevõtete ning puhketsoonide lähedus ja suurus.

Mis juhtub veekogudesse sattunud reovee ja selle mikroflooraga? Veekogu hüdroloogiliste tingimuste ja hüdraulikaseaduste kohaselt reovesi eelvoolus seguneb ning lahjendub kas vähemal või suuremal määral. Veekeskonna tingimused avaldavad allohtoonsetele mikroorganismidele üldiselt ebasoodsat mõju. Füüsilikest teguritest mõjuvad kahjustavalt eeskätt hüdrostaatiline rõhk, lahjendusaste, päikesekiirgus jms.; keemilistest teguritest vee rikastamine hapnikuga (aeratsioon), soolad, halogeeneid jt.; bioloogilistest antagonistlik mikrofloora.

Enteroviiruste reoveest isoleerimine.

Enteroviiruste esinemist reovees, basseinide ja joogivees on uuritud viimasel kolmel aastakümnel (7). Reovees enteroviiruste leviku selgitamiseks ja haigestumisega võimalike seoste leidmiseks alustati Eesti NSV-s uurimisi 1970-ndail aastail (9, 10).

Reoveest enteroviiruste isoleerimiseks kasutas K. Kutsar (1973. a.) W. Beliani ja B. Bõthigi (1) poolt kirjeldatud meetodit, mis seisneb viiruse kontsentreerimises tampoonide abil.

T. Kuslapi (8) andmeil ilmnes Eesti NSV-s enteroviiruste leviku osas väljakujunenud sesoonsus. Jaanuaris ja veebruaris enteroviirusi ei leitud, alates märtsist isoleeriti neid üha sagedamini. Maksimaalselt oli reovesi viirustega saastatud septembris, vähemal määral aga oktoobrist alates kuni aasta lõpuni. Aastaringne viiruste leid Tallinna Mustamäe kollektori reovees oli näiteks 29,6%. Viiruste esinemissagedus sõltus otseselt elanike arvust uuritava kollektori ümbruses. Uurimisel aga ei leitud seost haigestumuse ja reovees viiruste esinemissageduse vahel.

Paralleelselt reovete uurimisega uuriti enteroviiruste suhtes ka lasteaedade terveid lapsi. Selgus, et kõige sagedamini eraldati viirusi nii lastelt kui ka reoveest ikkagi augustis-septembris. Üldise seaduspärasusena tõrkas silma viiruste leidmine reoveest kas veidi varem või üheaegselt nende eraldamisega tervetelt lastelt. Nii lastelt kui ka reoveest eraldatud viiruste spekter enamikul juhtudel ühtis, kusjuures üht või teist tüüpi viirust osutus võimalikuks reoveest kindlaks teha alles siis, kui tema kandjaid oli laste hulgas vähemalt 10%.

Enteroviiruste laialdase tsirkuleerimise puhul laste hulgas ja nende sagedal eraldamisel reoveest kliiniliselt väljakujunenud haiguspilti siiski ei täheldatud. Täheleb, et terved lapsed on sageli viirusekandjad või esinevad neil enteroviirusnakkuste latentsed vormid (8).

Enteroviiruste veest isoleerimine. Viiruste säilivust väliskeskkonnas, sealhul-

gas vees, ja ökoloogiat käsitlevat on eestikeelses ajakirjanduses ilmunud kirjandusallikatel põhinevate ülevaateartiklitena (2, 3, 4, 5, 6).

Kirjandusest nähtub, et enteroviiruste vastupidavuse selgitamiseks on uurimisi tehtud üksnes laboratooriumides. Seejuures eri autorite, enamasti ka eri meetoditel saadud andmed ei lange omavahel ühte. Neid tulemusi ei saa võrrelda ka allohtoonse mikrofloora säilivusega veekogudes.

Selgitatud on küll seda, et viirused alluvad tavalistele vee puhastamise meetodite toimele halvemini kui enteropatogeensed bakterid (6). Järelikult on vajalik, et peale reovee uuritaks enteroviiruste suhtes lisaks uurimisele patogeensete enterobakterite suhtes ka elanike tarbevett.

1980. a. teisel poolel alustati Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis rekreatsioonivee uurimist enteroviiruste suhtes. Paralleelselt määrati veeproovides mõne mikroorganismi arvukuse sanitaarnäidud: koliindeks, enterokokkide indeks ja meso- ning termofiilsete saprofüütsete bakterite hulk ml-s ning patogeensete enterobakterite olemasolu.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Enteroviiruste isoleerimine veest on suhteliselt tömahukas. Tulemused sõltuvad viiruste kontsentreerimise tehnikast, sest isoleeritavate viiruste hulk peab olema küllaldane, et neid viroloogilisel meetodil kindlaks teha.

Viirusi kontsentreeritakse veeproovides sadestamise või adsorbeerimise teel. Enteroviiruste sadestamiseks veeproovidest kasutatakse me alumiiniumsulfaati. Meetodit on soovitanud Saksa DV teadlased (11).

Et meetod osutus meie eksperimentaaltin-gimustes küllalt tundlikuks, peame seda sobivaks rekreatsioonivete süstemaatilisel viroloogilisel uurimisel meie vabariigis.

Kontsentreeritud ja vastavalt töödeldud proovidega nakatati püsikoekultuurid Hep-2 ja L-41 ning viiruste esinemise korral määrati nende koekultuuri nakkusühikud (tsütopatogeenne ühik 50% — TPD₅₀). Koekultuuri nakkusühik on viiruste minimaalne kontsentratsioon uuritavas vees, mis kutsus esile nakkusprotsessi tundlikus koekultuuris.

Rekreatsioonivee uurimiseks enteroviiruste suhtes võeti 1980. a. proove merelahe mitmest punktist, ühe järve plaazilt ja ujumisbasseini-st. Kokku uuriti 42 proovi.

Uurimistulemused. Enteroviirusi eraldi 24,2%-l proovidest. Nendest viirust *Coxsackie B* 54,5%-l ja ECHO-viirust 36,4%-l. Ühest veeproovist isoleeriti polioviiruse vaktsiinitüvi.

Teatud piirkonna veekogude sanitaar-bakterioloogilise ja viroloogilise uurimise-ga üheaegselt uuriti enteroviirus-nakkuse diagnoosiga kohapealsete haigete *faeces*'e ja liikvori proove. Nii veest kui ka haigetelt isoleeriti ühed ja samad enteroviirused: juunis ja juulis viirused *Coxsackie B*-rühmast, augustis ECHO-rühmast.

Selgus, et bakteriaalse reostuse piir-kondades leidub ka enteroviirusi. Meie esialgne uurimine näitab ka seda, et enteroviiruste levikul veekogudes on seos elanike hulgas levivate viirusnakkus-tega.

Kokkuvõtteks. Reovette satuvad enteroviirused haigete või viirusekandjate väljaheidetega. Puhastamata või puudulikult puhastatud reovee kaudu satuvad viirused siseveekogudesse ning mere-vette.

Inimeste nakatumine vee vahendusel ning haigestumine viirushaigustesse va-jab põhjalikumat uurimist.

KIRJANDUS: 1. Belian, W., Böthig, B. Z. ges. Hyg., 1963, 9, 944. — 2. Kutsar, K. Eesti Loodus, 1975, 6, 326—329. — 3. Kutsar, K. Eesti Loodus, 1975, 7, 424—426. — 4. Kutsar, K. Eesti Loodus, 1975, 8, 470—472. — 5. Kutsar, K., Tamm, O. Eesti Loodus, 1979, 12, 804—808. — 6. Tamm, O., Kutsar, K. Eesti Loodus, 1978, 10, 669—663.

7. Мельник Д. Л., Герба Ч. П., Крейз У. Бюллетень ВОЗ, 1978, окт., 56, 4, 409—536. — 8. Куслар Т. Р. Изучение эпидемиологии энтеровирусных инфекций в Эстонской ССР (рукопись), 1973, НИР ТНИИЭМТ. — 9. Кутсар К. Гиг. и сан., 1973, II, 102—103. — 10. Кутсар К. К., Куслар Т. Р. В сб.: Доклады симпозиума по вирусологии. Таллин, 1971, 45—47. — 11. Методы для унификации санитарно-микробиологического исследования воды. Сборник СЭВ. Бад-Эльстер, 1979.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut

UDK 616-022.6-078(474.2)

ENTEROVIIRUSLIKE HAIGUSTE LABORATOORNE DIAGNOOSI- MINE AASTAIL 1979...1980

VIIVI SARAP · TALLINN

enteroviirused, Cocksackie B-rühma ja ECHO-viirused, seroosne meningiit, laboratoorne diagnoosimine

Enteroviiruslike nakkuste küsimus on meie vabariigis aktuaalne, kuid enteroviiruste levik ei ole alati olnud ühesugune. Nii vallandus 1960-ndatel aastatel mitmeid enteroviiruslike nakkuste puhanguid (2, 3). 1970-ndatele aastatele aga oli iseloomulik nimetatud infektsioonijuhtude üldine vähenemine (7). Samal ajal aga tekkis puhanguid nii meil kui ka mujal NSV Liidus, mille puhul viirushaiguse tekitajat oli raske määrata puhangukoldes esineva mitme viiruse tõttu (4, 5, 8).

Enteroviiruslike haiguste tekitajad jaotuvad kolmeks alarühmaks (1): poliomüeliidiviirus (kolm serotüüpi), Cocksackie A-rühma viirused (24 serotüüpi), Cocksackie B-rühma viirused (6 serotüüpi) ja ECHO-viirused (üle 30 serotüübi). Tsütopatogeenseteks enteroviirusteks on poliomüeliidi-, Cocksackie B-rühma ja ECHO-viirused.

Käesolevas töös anname ülevaate tsütopatogeensete enteroviiruslike nakkuste uurimise tulemustest aastail 1979...1980. Viroloogilisteks uuringuteks kasutati *faeces*'t ja liikvorit, seroloogilisteks uuringuteks haige vereseerumit. Viroloogiliseks diagnostikaks rakendasime üldtuntud meetodikat (6). Viirusi isoleeriti püsikoekultuuridel Hep-2, mida külvati katseklaasidesse 1 ml kaupa tihedusega 150 000 rakku 1 ml-s. Koe-kultuure kultiveeriti temperatuuril +37°C termostaadis 48 tundi, seejärel infitseeriti kahe katseklaasi koekultuure 0,2 ml iga uurimismaterjaliga, kultiveeriti termostaadis 7...10 päeva. Eespool nimetatud meetodil tehti samast uurimismaterjalist veel kaks passaaži. Isoleeritud tsütopatogeensed agensid

tiitrisime ja neutralisatsioonireaktsiooni põhimõttel tüpiseerisime (antigeen + antikeha) vastavate tüübispetsiifiliste immuunseerumitega. Ühe viiruse isoleerimiseks uuritavast materjalist kulub ühtekokku 5...6 nädalat.

Haige seerumite paarist määrasime antikehade tiitri tõusu värvusreaktsiooni abil. Diagnoosi pidasime kinnitatuks viiruse isoleerimisel ja seroloogiliselt, kui seerumite paari antikehade tiiter oli tõusnud neli korda.

Kokku uuriti 102 haiget, kellel oli diagnoositud ägedat seroosset meningiiti ja kelle uurimismaterjalist oli isoleeritud 18 tsütopatogeenset agensit (17,6%). Tsütopatogeenseid enteroviirusi eraldati rohkem fekaalidest (77,8%) kui liikvorist (22,2%). Tsütopatogeensetest agensitest oli 10 Cocksackie B-rühma viirust (55,6%) ja 7 ECHO-viirust (38,9%). Üks agens diagnostikumidega ei tüpiseerunud (vt. joonis).

1979. a. uuriti 67 haiget, kellelt oli isoleeritud 9 tsütopatogeenset agensit (13,3%). Agensitest oli neli Cocksackie B-rühma viirust (kaks Cocksackie B-2, üks Cocksackie B-3, üks Cocksackie B-4), neli ECHO-viirust (üks ECHO-5, kaks ECHO-6, üks ECHO-12) ja üks mitte-tüpiseeruv tsütopatogeenne agens.

Enamikul juhtudel oli haigestumine

Cocksackie B-2 (11,1%)
Cocksackie B-3 (27,7%)
Cocksackie B-4 (5,6%)
Cocksackie B-5 (11,1%)
ECHO-5 (5,6%)
ECHO-6 (22,1%)
ECHO-12 (5,6%)
ECHO-19 (5,6%)
tsütopatogeenne agens (5,6%)

Joonis. Isoleeritud enteroviirustüvede arv ja protsentuaalne jaotumus aastail 1979...1980.

sporaadiline. Ühel juhul oli haigestumine perekondlik — juuli lõpul haigestus seroossesse meningiiti ema ja järgmisel päeval tema kaheaastane poeg. Kummalgi isoleeriti *faeces*'est *Coxsackie* B-2. Ema seerumite paaris oli neljakordne antikehade tiitri tõus isoleeritud viiruse suhtes.

1980. aastal isoleeriti enteroviirusi protsentuaalselt rohkem kui 1979. aastal. Nii eraldati 35 haigelt 9 tsütopatogeenset agensit (25,7%). Tsütopatogeensetest enteroviirustest oli kuus *Coxsackie* B-rühma viirust (neli *Coxsackie* B-3, kaks *Coxsackie* B-5) ja kolm ECHO-viirust (kaks ECHO-6, üks ECHO-19).

Ka 1980. aastal tegime sporaadiliste haigestumiste seast kindlaks perekondliku haigestumise juhu. Juulis haigestus seroossesse meningiiti 11-aastane tütarlaps ja kolme päeva pärast tema 15-aastane vend. Tütarlapse *faeces*'est isoleeriti viirus *Coxsackie* B-5. Seerumite paaris oli 32-kordne antikehade tiitri tõus nimetatud viiruse suhtes. Poisi analüüsides viirust isoleerida ei õnnestunud, kuid vereproovis, mis võeti 22. haiguspäeval, oli antikehade tiiter *Coxsackie* B-5 suhtes 1:128. Seega kinnitasid diagnoosi nii viroloogiline leid kui ka seroloogiline analüüs.

Aastail 1979...1980 oli kõige rohkem viirusliku etioloogiaga haigusjuhte juulis ja augustis. Huvitav on see, et kui juunis ja juulis isoleerisime *Coxsackie* B-rühma viirusi, siis augustis ECHO-viirusi. Mehi haigestus mõnevõrra rohkem (54,9%) kui naisi (45,1%). Suurim oli haigestumus kooliealiste laste seas — üle 45%.

Kuigi enteroviiruslike haiguste puhanguid kahel viimasel aastal ette ei tulnud, näitavad uurimistulemused siiski enteroviiruste laialdast levikut elanike hulgas. See aga viitab vajadusele ägeda neuroinfektsiooni, eriti aseptilise meningiidi diagnoosiga haigeid ka edaspidi uurida.

KIRJANDUS: 1. Jannus, A. Enteroviirused, enteroviirusinfektsioonid ja nende laboratoorne diagnoosimine. Tallinn, 1971. — 2. Kut-

sar, K., Kuslap, T., Jõgiste, A., Soll, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 5, 326—328. — 3. Saarnok, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 5, 328—331. — 4. Vodja, R., Luha, G., Luht, T., Juckut, E., Kuslap, T., Kutsar, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 6, 485—487. 5. Иванова В. В., Кузнецова Э. Е., Курбатова Г. П., Ясинская А. Н. В сб.: Вирусные инфекции. Свердловск. 1979, 74—76. — 6. Мельник Дж., Веннер Х. В кн.: Лабораторная диагностика вирусных и риккетсиозных заболеваний. М., 1974, 421—479. — 7. Резник В. И., Здановская Н. И., Сокур И. В., Перескокова М. А., Есакова М. А., Выборова А. Е., Саулкина А. И., Кирпичникова Е. Н., Богомолова Ф. И. Вopr. вирусол., 1980, 5, 620—623. — 8. Скорнецкая С. М., Фомин В. В., Сабитов А. У., Ольховиков А. И., Багрова Г. В. В сб.: Вирусные инфекции. Свердловск, 1979, 72—74.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut

Hoidugem vähktövest! Enam kui ühte kolmandikku kõikidest vähktõvejuhtudest on võimalik ära hoida, eelkõige käib see kopsuvähi kohta. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni aruandes on öeldud, et 80...90% kõikidest kopsuvähijuhtudest arenenud maades on põhjustatud tubakasuitsetamisest.

Vähktõbi on ravitav. Ühte kolmandikku kõikidest mis tahes liiki vähktõvejuhtudest on võimalik ravida, kui haigust on diagnoositud õigel ajal ning haiguse vastu on toimitud õigel viisil. Mida varem vähktõbe diagnoositakse, seda rohkem võimalusi on haiget terveks ravida. Nagu uurimise tulemused on näidanud, on ajavahemik vähieelsete muutuste tekkimisest emakakaela piirkonnas kuni vähktõve pahaloolumuliste muutuste väljaarenemiseni ja levikuni emakakehal tavaliselt 10 aastat. Sanitaarharidustöö olgu suunatud sellele, et elanikud teaksid vähktõve tunnuseid ning pöörduksid viivitamatult arsti poole. Nii näiteks võivad menstruatsioonidevahelised verejooksud ja tupeeritis olla emakakaelavähi ilming, tihkestumine rinnanäärmes või nende suurenemine rinnavähi tunnus, mitteparanev nahaerosioon nahavähi algus, seedeelundite või kusepõie talitlushäired jämesoolevähi ilming.

Здоровье мира, 1981, 12.

UDK 616.988.7-078

RESPIRATOORSED VIIRUS- NAKKUSED 1980/1981. AASTA HAIGESTUMISSESÖONIL

KIIRA SUBI GALINA KASESALU JUTA RUUT

KUULO KUTSAR **LEILI HANNUS**

AINO LEMBER TALLINN

ENE LAJA NINA TRUSKINA TARTU

respiiratoorsed viirused, haigestumus, labora-
toorne diagnoosimine

Kuigi reeglipäraselt igal sügisel ja talvel täheldatakse ägedatesse respi-
ratorsetesse nakkustesse haigestumise
sagenemist, võivad haiguse kestus, in-
tensiivsus ja etioloogiline struktuur eri
aastatel varieeruda.

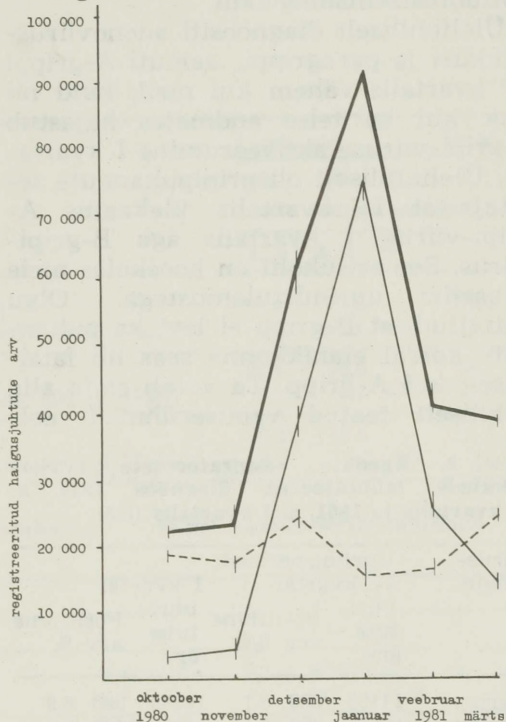
Uurimisperioodil, 1980. a. oktoobrist
1981. a. märtsini hakkas haigestumine
sagenema detsembris (vt. joonis) ja se-
da põhiliselt grippi haigestumise arvel.
Haigestumus suurenes veelgi jaanuaris,
samuti gripijuhtude. sagenemise arvel,
muid ägedaid respiiratoorseid viirus-
nakkusi registreeriti vähem kui det-
sembris. Veebruaris gripijuhtude arv
järsult vähenes, mis kajastus ka hai-
gestumuse üldises vähenemises, kuigi
teised respiiratoorsed viirusnakkused
olid omakorda sagenenud, seda just
märtsis. Võrreldes vaadeldavat perioodi
eelmise, 1979/1980. a. haigestumissesöo-
niga (2), ilmneb, et haigestumus oli suu-
rem (6,3% võrra), kusjuures gripijuhte
oli 2,4% ja muid ägedaid respiiratoor-
seid haigusi 12,0% rohkem kui eelmisel
aastal. Käesoleval sesoonil langes grip-
pi haigestumine mõnevõrra rohkem hi-
lisemale ajale: 1980. a. IV kvartalis
registreeriti 31,9% vähem ja 1981. a.
I kvartalis 28,6% rohkem haigusjuhte
kui eelmise aasta samades kvartalites.
Puhanguperioodil, nimelt detsembris ja
jaanuaris, haigestus 10,6%, 1979/1980. a.
gripipuhangu perioodil 11,6% meie
vabariigi elanikkonnast.

Laboratoorselt uuriti ägedaid respi-
ratorseid haigusi A- ja B-gripi, pa-
ragripi, adeno- ja RS-viirus-nakkuste
suhtes. Uuringuid tehti mitmes laboris,

nimelt Tallinna Epidemioloogia, Mikro-
bioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uuri-
mise Instituudis, Vabariiklikus Sani-
taar- ja Epidemioloogiajaamas, Tallinna
Merimetsa Haiglas ja Tartu Kliinilises
Nakkushaiglas. Kasutati immunofluo-
restsentsimeetodit, seroloogilisi reakt-
sioone, nagu komplemendi sidumise ja
hemaglutinatsiooni pidurduse reakt-
siooni, ning viiruste isoleerimist kana-
embrüotel ja koekultuuridel.

Tabelist 1 nähtub, et diagnoositi kõi-
ki respiiratoorseid viirusnakkusi, kuid
erineva sagedusega. IV kvartalis olid
ülekaalus adenoviiruse nakkus ja A-gripp,
I kvartalis aga paragripp; viimane muu-
tus leviku poolest võrdväärseks adeno-
viiruse nakkusega. See asjaolu pakub
huvi, sest viimastel aastatel oli adeno-
viiruse nakkus ainuvalitsejaks respi-
ratorsete viirusnakkuste etioloogilises
struktuuris (2, 3, 4).

Järgnevalt võrdleme meie vabariigi



Joonis. Eesti NSV-s registreeritud haigusjuhtude arv 1980. aasta oktoobrist 1981. aasta märtsini: jämejoonega on tähistatud gripi ja ägedate respiiratorsete haiguste juhud, peenjoonega gripijuhtude, katkendjoonega ägedate respiiratorsete haiguste juhud.

Tabel 1. Ägedate respiratoorsete haiguste laboratoorse diagnoosimise tulemused 1980. a. IV kvartalis ja 1981. a. I kvartalis

Viirusnakkus	Uurimisperiood IV kvartal			I kvartal			Kokku		
	uuritu- te arv	Positiivne arv	%	uuritu- te arv	Positiivne arv	%	uuritu- te arv	Positiivne arv	%
A-griip	1209	152	12,6	1770	135	7,6	2979	287	9,6
B-griip	1209	30	2,5	1770	153	8,6	2979	183	6,1
Paragriip	1209	142	11,7	1770	300	16,9	2979	442	14,8
Adenoviirus- nakkus	1209	201	16,6	1770	227	12,8	2979	428	14,4
RS-viirus- nakkus	1209	149	6,7	1539	69	4,5	2749	218	7,9

uurimistulemusi Üleliidulise Gripi- ja Ägedate Respiratoorsete Haiguste Keskuse sama perioodi andmetega, mis koondab kokku 22...24 linna viroloogialaborite uurimistulemused (vt. tabel 2). Tabeli andmed on saadud immuno fluoresentsimeetodil.

Üleliiduliselt diagnoositi adenoviirusnakkust ja paragrippi, samuti A-grippi IV kvartalis vähem kui meil, kuid nii ühe kui ka teise andmetes kajastub B-gripi-viiruse aktiveerumine I kvartalis. Üleliiduliselt oli gripipuhangute tekitajatest IV kvartalis ülekaalus A-gripi-viirus, I kvartalis aga B-gripi-viirus. See seisukoht on kooskõlas meie vabariigi uurimistulemustega. Olgu märgitud, et B-griip ei levi ka puhangute korral elanikkonna seas nii laialdaselt kui A-griip. Ta võtab enda alla põhiliselt teatud vanuserühmad, eel-

kõige kooliõpilased ja koolieelikud. Seetõttu võib B-gripi-viirus respiratoorsete viirusnakkuste etioloogilises struktuuris isegi puhangute korral jääda küllalt tagasihoidlikuks.

Meie vabariigis ei õnnestunud vaa- deldaval sesoonil haigetelt gripiviirust isoleerida. Ka Üleliidulise Gripi- ja Ägedate Respiratoorsete Haiguste Keskuse andmetel (5, 6) oli viiruse isoleerimisprotsent antud perioodil väike, nii moodustas see uurituist A-gripi-viiruse osas IV kvartalis 0,04 ja I kvartalis 0,5 ning B-gripi-viiruse osas vastavalt 1,1 ja 3,1. Nagu varem märgitud (1), nii võib gripiviiruse isoleerimine haigetelt eri puhangute perioodil olla väga erisuguse sagedusega.

KIRJANDUS: 1. Subi, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 4, 265—268. — 2. Subi, K., Kasesalu, G., Ruut, J., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V., Laja, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 3, 168—169. — 3. Subi, K. Tapupere, V., Kasesalu, G., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 2, 89—90. — 4. Subi, K., Tapupere, V., Lember, A., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 6, 493—494.

5. Обзор всеоюзного центра по гриппу и ОРЗ за IV квартал 1980 г. Л., 1981. — 6. Обзор всеоюзного центра по гриппу и ОРЗ за I квартал 1981 г. Л., 1981.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut
Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam
Tallinna Merimetsa Haigla
Tartu Kliiniline Nakkushaigla

Tabel 2. Ägedate respiratoorsete viirusnakkuste laboratoorne diagnoos 1980. a. IV kvartalis ja 1981. a. I kvartalis (5,6)

Viirus- nakkus	Uurimisperiood IV kvartal			I kvartal		
	uuritu- te arv	Positiivne arv	%	uuritu- te arv	Positiivne arv	%
A-griip	11153	683	6,1	14286	990	6,9
B-griip	10374	628	6,1	14997	1489	9,9
Paragriip	10785	756	7,0	13797	724	5,2
Adenoviirus- nakkus	10822	849	7,8	13834	673	4,9
RS-viirus- nakkus	10205	415	4,1	12644	272	2,2

UDK [616.832.21-002:576.8.097.3]-616-053.4(474.2)

HUMORAALNE IMMUUNSUS POLIOMÜELIIDI SUHTES TALLINNA KOOLIEELIKUTEL

LUDMILLA PRIIMÄGI INNA SARV · TALLINN
VLADIMIR SEIBIL LUDMILLA MALOSKINA
· MOSKVA

poliomüeliit, väikelapsed, humoraalne immuunsus,
vaksineerimine, poliovaktsiini kvaliteet

Eesti NSV-s ei ole poliomüeliiti enam registreeritud 1962. aastast alates. Arvesse võttes aga seda, et mõnel pool NSV Liidus, samuti raja taga on poliomüeliidijuhte siiski täheldatud, tuleks poliovaktsiiniga immuniseerimise efektiivsust lastel periooditi kindlasti kontrollida. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis on iga meie vabariigis

ilmnenud poliomüeliidikahtlast juhtu viroloogiliselt põhjalikult uuritud.

Käesoleva töö eesmärk oli kindlaks teha Tallinna koolieelikute humoraalse immuunsuse aste poliomüeliidi suhtes. 1979. aasta septembris-oktoobris koguti vereseerumid 11 Tallinna koolieelse asutuse 309 kahe kuni seitsme aasta vanuselt lapselt. Lapsi oli vaksineeritud kolmetüübilise poliovaktsiiniga (dražeedes) plaanilises korras skeemi järgi, mis on ette nähtud NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi 1973. aasta korraldusega. Humoraalsete antikehade tiiter määrati neutralisatsioonireaktsiooni (värvusproovi) teel.

Töö tulemused. Seroloogiliste uurin-gute tulemused on toodud tabelis 1.

Tegime kindlaks, et 77,7⁰/₀-l lastest oli antikehi polioviiruse I tüübi suhtes tiitris 1:8 ja kõrgemates tiitrites: anti-kehi polioviiruse II tüübi suhtes oli 95,1⁰/₀-l lastest ja antikehi III tüübi

Tabel 1. Seroloogiliste uuringute tulemused

Polioviiruse tüüp		Laste arv			Kokku
		73	233	3	
		Laste vanus aastates			
		2...3	4...6	7	
I tüüp	antikehi sisaldavaid seerumeid (%)	79,4	77,2		77,7
	antikehade keskmised geomeetrilised tiitrid (log ₂)	4,0	4,1	4,5	4,1
II tüüp	antikehi sisaldavaid seerumeid (%)	98,6	94,0		95,1
	antikehade keskmised geomeetrilised tiitrid (log ₂)	5,2	5,2	4,7	5,2
III tüüp	antikehi sisaldavaid seerumeid (%)	56,2	55,4		55,7
	antikehade keskmised geomeetrilised tiitrid (log ₂)	3,7	3,7	3,5	3,7

Tabel 2. Laste jaotumus vanuserühmade ja poliomüeliidi vastu vaksineerimiskordade arvu järgi

Vanuse-rühmad	Laste arv	Vaksineerimiskordade arv							
		1...3		4...6		7...9		10...12	
		absoluut-arv	%	absoluut-arv	%	absoluut-arv	%	absoluut-arv	%
2...3	73	34	46,6	31	42,5	8	10,0		
4...6	233	37	15,9	127	54,5	63	27,0	6	2,6
7	3	1		1				1	
2...7	309	72	23,3	159	51,5	71	23,0	7	2,2

UDK 616.935-02-078(474.2)

SHIGELLA PEREKONNA MANNIITNEGATIIVSE A-ALA- RÜHMA ESINEMINE EESTI NSV-S

RIMMA SUDAKOVA RITA PEETSO
ELLA VÄÄRT TALLINN

Shigella perekonna A-alarühm, levik, bioloogilised omadused

suhtes vaid 55,7⁰/₀-l lastest. Nagu varajastel aastatel (1, 2), nii ka seekord oli nende laste protsent, kelle vereseerumis leiti antikehi polioviiruse II tüübi suhtes, kõige kõrgem. Seevastu nende laste protsent, kellel leiti antikehi polioviiruse I tüübi, eriti III tüübi suhtes, oli märgatavalt madalam kui eespool mainitud ajavahemikul.

Laste arenemislugudes olevate sissekannete põhjal tehti kindlaks, et 309 lapsest oli vaktsiini 1...3 korda saanud 23,3⁰/₀ (peamiselt 2- ja 3-aastased lapsed), 4...6 korda 51,5⁰/₀ ja 7...9 korda 23⁰/₀ (peamiselt 4- kuni 6-aastased lapsed), 10...12 korda aga üksnes 2,2⁰/₀ lastest (vt. tabel 2).

Need andmed annavad tunnistust sellest, et eespool nimetatud 1973. aasta korralduses fikseeritud skeemi kohaselt ei vaktsineerita veel kõiki lapsi. Muidugi on see suuresti tingitud alalistest ja ajutistest meditsiinilistest vastunäidustustest. Pole ka võimatu, et mõne vaktsineerimiskorra kohta jäi lapse arenemisloosse sissekanne tegemata.

Paljudel lastel, kelle vereseerumis oli antikehi vähesel määral, eriti polioviiruse III tüübi suhtes, võis see põhjustatud olla ka vaktsiiniviiruse vähesest sisaldusest dražeedes.

Meie vabariik hakkas 1979. aastal poliovaktsiini saama osalises koguses, 1980. aastal aga täielikus koguses vaktsiinilahusena. Peale selle on NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi korralduse põhjal (1980. aasta jaanuarist) ette nähtud uus vaktsineerimise skeem. Sel põhjusel on edaspidi tingimata vaja nendessesamadest vanuserühmadest kuuluvaid lapsi korduvalt uurida.

KIRJANDUS: 1. Приймаги Л. С. В сб.: Сборник докладов IV научной конференции Таллинского НИИЭМГ 29—30 ноября 1962 г. Таллин, 1963, 170—175. — 2. Танупере В. О., Приймаги Л. С. В сб.: Борьба с полиомиелитом в Эстонской ССР. Таллин, 1968, 113—129.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirusentsefaliitide Instituut

Düsenteeria on jäänud enam levinud nakkushaiguseks maailmas. Iseloomulikumaks epidemioloogiliseks omaduseks on tõve pidev etioloogilise struktuuri muutumine, s. o. enam esinevate *Shigella* liikide sero- ja biovariantide vaheldumine.

Suuremal osal Euroopa territooriumil on ülekaalukalt levinud *Sh. sonnei* (6). Paljudes Aasia, Aafrika, Kesk- ja Lõuna-Ameerika maades esineb sagedamini *Sh. flexneri* (5, 6). Šigelloosi etioloogilises struktuuris domineerivad Nõukogude Liidus *Sh. sonnei* ja *Sh. flexneri* (8).

Viimase 20...30 aasta jooksul on seega laialdasemalt levinud *Shigella* perekonna B- ja D-alarühm.

Käesoleva sajandi esimestel aastakümnetel olid nii meil kui ka välismaal enam levinud A-alarühma düsenteeria-tekitajad, kusjuures 45% kuni 100% *Sh. dysenteriae* 1, varajasema terminoloogia kohaselt *Sh. grigoriewa-shigae* (2, 7). 1920-ndate aastate lõpul ja 1930-ndate algul ilmnes aga *Sh. dysenteriae* 1 osatähtsuse märkimisväärne vähenemine ning samal ajal *Sh. flexneri* osatähtsuse suurenemine. Pärast Teist maailmasõda *Sh. dysenteriae* 1 Nõukogude Liidus ja paljudes Euroopa riikides peaaegu ei levinud. Teised A-alarühma esindajad avastati hiljem ja eraldati üksikujuhtudel.

Enne 1965. aastat esines Ameerika mandril A-alarühma kuuluvaid düsenteeria-tekitaajaid harva. 1965. aastast alates on *Sh. dysenteriae* 1 poolt tekitatud haigusjuhud sagenenud Kesk-Ameerikas. See haigus-tekitaja oli šigelloosi epideemilise haigestumise põh-

justajaks aastail 1969...1971, mille puhul surmajuhtude arv oli märkimisväärtne (1, 4).

Seejärel levis düsenteeria, mille tekitajaks oli *Sh. grigoriewa-shigae*, ka teistesse maadesse (1).

Järjest elavnevad rahvusvahelised suhted ei välista nimetatud nakkuse sissetoomise võimalust ka Nõukogude Liitu.

Vastavalt rahvusvahelisele klassifikatsioonile sisaldab *Sh. dysenteriae* (A-alarühm) 10 serovarianti (1...10), mille variantide 2 ja 10 vahel on antigeenne sugulus. Mõnel *Sh. dysenteriae* 2-l ja 10-l ning *Sh. boydii* 15-l on avastatud nõrk liikidevaheline antigeenne suhe. Peale selle kandis Rahvusvahelise Mikroorganismide Nomenklatuuri Komitee *Enterobacteriaceae* sugukonnas Alakomitee *Shigellae* 3 serovarianti esialgselt A-alarühma, märkides need originaalnumbritega 3873-50, 2000-53, 3341-55. Nende tüvede taksonoomiline kuuluvus vajab täpsustamist.

Käesoleva töö eesmärk oli uurida A-alarühma düsenteeria tekitajate leviku ulatust ja epidemioloogiat Eesti NSV-s viimase 25 aasta jooksul ning ringlevate haigusete kitajate mõningaid bioloogilisi omadusi.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti *Shigella* perekonna etioloogilist struktuuri üksikutes Eesti NSV rajoonides aastail 1955...1979 ning Tallinnas ajavahemikul 1953...1979. A-alarühma 87 kultuuri bioloogilist aktiivsust määrati 28 testi ja substraadi suhtes, kolitsinogeenseid omadusi uuriti 42 kultuuril antagonismimeetodil Frédéricq'i järgi (3).

A-alarühma 39 tüvel määrati tundlikkus tetratsükliini, levomütsetiini, streptomütsetiini, neomütsetiini, monomütsetiini, kanamütsetiini, polümüksiini M ja ristomütsetiini suhtes. Määramine toimus peamiselt tahketel söötmetel seerialahjenduste meetodil. Osaliselt kasutati ka paberzettameetodit.

Tulemused ja arutelu. Düsenteeria tekitajate etioloogilises struktuuris on Eesti NSV-s viimase 25 aasta jooksul ülekaalus olnud *Sh. sonnei*, mis moodustab 52,6% kuni 95,0% bakterioloogiliselt kindlakstehtud juhtudest.

Kümnest teadaolevast *Sh. dysenteriae* A-alarühma liigist eraldati meie

vabariigis kolm: *Sh. dysenteriae* 1 (*Sh. grigoriewa-shigae*), *Sh. dysenteriae* 2 (*Sh. stutzeri-schmitzii*) ja *Sh. dysenteriae* 3 (*Sh. large-sachsi*).

Ajavahemikul 1953...1976 registreeriti 7 düsenteeriajuhtu, mille tekitajaks oli *Sh. dysenteriae* 1. Kõik haigusjuhud olid Tallinnas. 1958. aastal ühtegi *Sh. dysenteriae* 1 poolt esilekutsutud haigusjuhtu ei esinenud.

1976. aastal oli kaks haigestunut Tansaania rahvusliku tantsuansambli koosseisus, kes viibisid Eesti NSV-s.

Ühel, 17-aastaselt haigel, oli haiguse kulg raske, haiguse kliiniline pilt vastas täielikult *Sh. grigoriewa-shigae* põhjustatud düsenteeriale. Esinesid toksikoos, dehüdratatsioon, iiveldus ja oksendamine; kehatemperatuur oli 38 °C. Viiel esimesel päeval oli üksnes pidev kõhulahatus, väljaheites lima ja verd. Tugev kõhuvalu, lakkamatu roojamistung väheste eritisega. Roojas oli verd 10 päeva jooksul. Haigusete kitaja eraldati neljandal ja viiendal päeval.

Teisel, 55-aastaselt haigel, oli haigus keskmise raskusega. Kehatemperatuur oli neli päeva 37,5 °C. Esinesid iiveldus, oksendamine ja roojamine kolm korda päevas, roojas lima ja verd. Valud kõhus, tenesmi. *Sh. dysenteriae* 1 isoleeriti neljandal haiguspäeval.

Kohalikel elanikel *Sh. dysenteriae* 1 poolt tekitatud haigusjuhte ei ole esinenud.

Eesti NSV-s eraldatud *Sh. dysenteriae* 1 bioloogiline aktiivsus vastas kirjanduses kirjeldatule. Esimestel ööpäevadel fermentisid kõik kultuurid glükoosi ja proovid jäid muude kasutatud substraatide suhtes negatiivseks. *Sh. dysenteriae* 1, mida meie vabariigis oli eraldatud 1950-ndatel aastatel, ei erine nud põhiliste bioloogiliste tunnuste poolest etalonidest, 1930-ndatel ja 1940-ndatel aastatel isoleerituist, ega kultuuridest, mida eraldati Tansaaniast pärinevatelt haigetelt 1976. aastal.

Ükski uuritavatest tüvedest ei protutseerinud kolitsiine. Eri aastakümnetel isoleeritud *Sh. dysenteriae* 1 resistentsuse uurimisel ravimpreparaatide

suhtes ilmnesid märkimisväärsed erinevused.

1930- ja 1950-ndatel aastatel eraldatud *Sh. dysenteriae* 1 (muuseumi kultuurid) oli tundlik kõigi kasutatud preparaatide suhtes, kusjuures kõige suurem tundlikkuseaste avaldus levomütsetiini puhul. Tansaaniast pärinevatelt haigetelt 1976. a. isoleeritud *Sh. dysenteriae* tüved olid resistentsed paljude ravimite, kaasa arvatud levomütsetiini suhtes. Ilmnes mõõdukas tundlikkuseaste üksnes mõningate antibiootikumide ja aminoglükosiidide, nagu neomütsiini ja monomütsiini, samuti polümüksiini puhul. Avaldus *Sh. dysenteriae* nõrk erütromütsiinitundlikkus. Nende kultuuride tundlikkuse spekter vastas Kesk-Ameerika maades pandeemia ajal eraldatud tüvede tundlikkuse spektrile (4).

Oma bioloogiliste omaduste poolest on nüüdisajal esinevad *Sh. dysenteriae* 1 tüved järelikult erinevad. Nad kannavad uut tüüpi R-faktorit, mis on resistentne levomütsetiini (*chloramphenicol*) suhtes.

Sh. dysenteriae 2 esines meie vabariigis tunduvalt sagedamini kui *Sh. dysenteriae* 1. Meie andmeil oli *Sh. dysenteriae* 2 levik kõige laialdasem aastail 1953...1954 Tallinnas (87,3% kõigist haigusjuhtudest 25 aasta jooksul). Järgnevatel aastatel eraldati *Sh. dysenteriae*-t üksikjuhtudena, neist 50% Tallinnas.

Tallinnas registreeriti 1979. a. neli sissetoodud *Sh. dysenteriae* 2 poolt tekitatud haigusjuhtu. Haigestusid isikud pärast pikemaajalist viibimist Gineas. Kahel haigel kulges haigus keskmise raskusega, kolmandal oli haiguse raske ja neljandal kerge vorm. Kahel haigel oli haigusetekitaja eraldatav 7...9. haiguspäevani.

Biokeemiline aktiivsus on määratud *Sh. dysenteriae* 2 68 tüvel, kusjuures 53 on eraldatud aastail 1953...1954. Eranditult kõik *Sh. dysenteriae* 2 tüved lagundasid esimesel ööpäeval glükoosi ja ramnoosi ning moodustasid indooli. Iseloomulik on ka arabinoosi aeglane fermentimine, nimelt 5...13 ööpäe-

va jooksul. Arabinoosi ei fermentinud kolm kultuuri. Ometi teistkordsel kontrollimisel populatsioonis — ühelt ja samalt haigelt haiguse dünaamikas ning ühest koldest ühtse nakkusallikaga eraldatud tüvede kõrvutamisel — ilmnes arabinoosi fermentimise kui tüveomaduse ebastabiilsus. Kümnest *Sh. dysenteriae* 2 tüvest ükski kolitsiine ei moodustanud. Kõigil eraldatud kultuuridel oli kõrge tundlikkus levomütsetiini, mõõdukas aga tetratsükliini, neomütsiini, monomütsiini ja kanamütsiini suhtes. Streptomütsiini, erütromütsiini, polümüksiini M ja ristomütsiini suhtes olid nimetatud kultuurid resistentsed.

Sh. dysenteriae 3 hakati Eesti NSV-s eraldama 1964. a. pärast diagnostiliste seerumite kasutamiselevõtmist. Selle aja jooksul on *Sh. dysenteriae* 3 eraldatud kümnel juhul, neist üheksa Tallinnas ja üks Harju rajoonis. Kõik *Sh. dysenteriae* 3 kultuurid fermentisid esimesel ööpäeval glükoosi, arabinoosi ja sorbiiti. Ükski neljast uuritud tüvest kolitsiine ei produtseerinud. *Sh. dysenteriae* 3 oli antibiootikumide suhtes tundlik. Kõrge tundlikkus ilmnes levomütsetiini, monomütsiini, neomütsiini suhtes, mõõdukas tetratsükliini ja erütromütsiini suhtes; streptomütsiini suhtes oli resistentne.

Järelikult esineb Eesti NSV-s A-alarühma düsenteeriategitajaid suhteliselt harva ning neil ei ole epidemioloogilist tähtsust. *Sh. dysenteriae* 1 ei ole meie vabariigis eraldatud 1958. aastast saadik. Ometi tuleb arvestada, et *Sh. dysenteriae* 1 levik Kesk-Ameerika maades võib ebasoovitavalt mõjutada maailma epidemioloogilist olukorda. Järjest tihenevad rahvusvahelised sidemed loovad tingimused infektsiooni sissetoomiseks, seda tõendab Eesti NSV-s 1976. a. asetleidnud juhtum.

Meie vabariigi laboratooriumiarstidel tuleb arvestada *Shigella* perekonna manniitnegatiivsete düsenteeriategitajate esinemise võimalust ja ka seda, et Ploskirjovi sööde pidurdab nende mikroobide kasvu tunduvalt. Seepärast tuleks ägedast soolenakkusest tabandu-

nud haige uurimisel kasutada paralleelselt ka Endo ja Levine'i söödet. Spetsiaalselt tehtud uuringud on näidanud, et ksüloos-lüsiindesoksüholaatagar ja McKoncky ja Tergitol 7 agar (3) on *Sh. dysenteriae* 1 isoleerimiseks sobivad söötmed.

KIRJANDUS: 1. Brachman, Ph. J. Infect. Dis., 1970, 22, 232—233. — 2. Donle, W. Zentralbl. Bakteriologie (Orig. A), 1939, 144, 32—34. — 3. Frédéricq, P. Rev. Belge Pathol. Med. Exptl., 1948, 19, 4, 1—107. — 4. Mata, L. J., Gangarosa, E. J., Cáceres, A., Perera, A. R., Méjicanos, M. L., J. Infect. Dis., 1970, 122, 170—181. — 5. Reller, L. B., Gangarosa E. J., Brachman, Ph. S. Am. J. Epidemiol., 1970, 91, 161—169. — 6. Stypulkowska-Misiurewicz, H. Ekologia pałeczki czerwonski na podstawie materiałow epidemiologiczneco zwiadu czerwonski w Polsce. Warszawa, 1974.

7. Барыкин В. Л. Русский врач, 1905, 30, 38, 39, 941—1221. — 8. Бирковский Ю. Е., Бондаренко В. И., Милованова Л. П., Попович Г. Г., Котов А. И. В сб.: Кишечные инфекции. Киев, 1979, 11, 44—47. — 9. Новгородская Э. М. В сб.: Труды института им. Пастера. Л., 1970, 36, 9—21.

Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut
Tallinna Linna Nakkushaigla

Vaktsiin nakkusliku hepatiidi vastu. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirusentsefaliitide Instituudi teadlased tegelevad vaktsiini leidmisega A-hepatiidi vastu. Selle kohta andis informatsiooni instituudi direktor, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige prof. S. Drozdov. Teadlased on leidnud võimaluse haigust tekitavat viirust aretada, mis seni veel ei olnud õnnestunud. Nii leiti ka selle haiguse laboratoorse diagnoosimise efektiivsed meetodid. Moskva uurimisinstituudis on viis ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni teaduskeskust, kus tegutsevad väga paljude maailma maade arstid ja arstiteadlased.

Humanitas, 1981, 19.

UDK 616.12-009.11:616.127

HÜPOTERMILISE KARDIOPLEEGIA MÕJU MÜOKARDI ENERGEETILISELE SEISUNDILE JA ULTRASTRUKTUURILE

URMAS KEIS ATS PLANKEN RAIVO MASSO
REIN TEESALU RIHO LAI UNO LINN TARTU

aortokoronaarne šunteerimine, kunstlik vere-
ringe, hüpotermiline kardiopleegia, müokardi
energeetiline metabolism, müokardi ultrastruk-
tuur

Müokardi ainevahetuse ja energetilise taseme säilitamine kunstliku vere-
ringe ajal on kardio- ja koronaarkirur-
gia üks aktuaalsemaid probleeme. Käes-
oleva eksperimentaalse töö eesmärk oli
välja selgitada hüpotermilise kardio-
pleegia kasutamise seotud muutused
südamelihase ainevahetuses ja ultra-
struktuuris.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Üheksal segatõugu koeral, kelle keskmine kehamaas oli $19,65 \pm 1,05$ kg, kutsuti neuroleptanalgeesia, kunstliku vere-
ringe ja mõõduka süsteemse hüpotermia tingimustes esile hüpotermiline südameseiskus. Selleks kasutati 0°C -ni jahutatud lahust, mida oleme kasutanud ka kliinikus (10). 2...3 minutit pärast kunstliku vere-
ringe alustamist klemmiti ülenev aort ja proksimaalsel manustati aorti kardiopleegialahust 3...6 minuti vältel. Infusiooni kor-
rati 20 minuti pärast. Neljakümneminutilise südameseiskuse järel taastati verevool pär-
arterites, milleks klemm aordilt eemaldati.

Südame ainevahetust hinnati arteriovenoos-
sete diferentside alusel. Südame venoosse
vere võtmiseks viidi kateeter *vena jugularis
externa* kaudu koronaarsinusesse. Südame
energeetilise seisundi hindamiseks külmutati
vasaku südamevatsakese epikardist võetud
koetükk ($\sim 0,6$ g) kohe, selleks pandi ta ve-
delas lämmastikus hoiatud metallplaatide va-
hele. Elektronmikroskoopilisteks uuringuteks
oleme epikardist biopsianõelaga võetud koe-
tüki ($2...3 \text{ mm}^3$) fikseerimist varem kirjel-
danud (10).

Uurimistulemused. Koerte müokardi
välispinna minimaalne temperatuur
kardiopleegia ajal oli $18,08 \pm 1,96^\circ\text{C}$ ja
minimaalne kehatemperatuur $27,19 \pm$
 $\pm 0,73^\circ\text{C}$.

Elektronmikroskoopiline analüüs näi-
tas, et hüpotermiline kardiopleegia ise-
enesest veel ei põhjusta tunduvald

Tabel. Hüpotermilisest kardiopleegiast tingitud biokeemilised muutused vasaku südamevatsakese koes ($\bar{x} \pm m$, kontsentratsioonid niiskes koes)

Näitaja	Kardiopleegia		Reperfusioon		PI-II	PII-III	PI-IV
	alguses	lõpus	5. min.	15. min.			
	I	II	III	IV			
Piimhape	($\mu\text{M/g}$) $5,07 \pm 0,53$	$13,5 \pm 1,4$	$9,30 \pm 0,88$	$7,72 \pm 0,95$	$< 0,001$	$< 0,05$	$< 0,05$
Püroviinamarihape	($\mu\text{M/g}$) $0,28 \pm 0,05$	$0,25 \pm 0,06$	$0,27 \pm 0,06$	$0,24 \pm 0,05$	MO	MO	MO
L/P*	($\mu\text{M/g}$) 18,1	54,0	34,4	32,2			
Glükoos	($\mu\text{M/g}$) $7,50 \pm 0,81$	$27,3 \pm 3,1$	$16,1 \pm 2,0$	$17,3 \pm 2,1$	$< 0,001$	$< 0,02$	$< 0,01$
Glükogeen	($\mu\text{M/g}$) $22,7 \pm 2,2$	$16,2 \pm 1,7$	$15,9 \pm 2,2$	$15,8 \pm 2,1$	$< 0,05$	MO	MO
Summaarne kreatiin	($\mu\text{M/g}$) $17,7 \pm 2,2$	$16,9 \pm 0,9$	$17,3 \pm 1,7$	$16,2 \pm 1,4$	MO	MO	MO
Kreatiinfosfaat	($\mu\text{M/g}$) $4,91 \pm 0,62$	$1,82 \pm 0,25$	$4,04 \pm 0,69$	$4,61 \pm 0,51$	$< 0,01$	$< 0,02$	MO
Adenosiintrifosforhappe	($\mu\text{M/g}$) $3,96 \pm 0,27$	$3,16 \pm 0,15$	$2,82 \pm 0,24$	$2,85 \pm 0,21$	$< 0,05$	MO	$< 0,02$
Adenosiindifosforhappe	($\mu\text{M/g}$) $0,86 \pm 0,07$	$1,01 \pm 0,09$	$0,77 \pm 0,08$	$0,66 \pm 0,07$	MO	MO	MO
Adenosiinmonofosforhappe	($\mu\text{M/g}$) $0,26 \pm 0,04$	$0,35 \pm 0,04$	$0,26 \pm 0,02$	$0,31 \pm 0,03$	MO	MO	MO
ATP+ADP+AMP*	($\mu\text{M/g}$) 5,08	4,52	3,85	3,82			

L/P — piimhappe ja püroviinamarihappe kontsentratsioonide suhe

* — arvutatud keskmiste väärtuste alusel

MO — statistiliselt mitteoluline erinevus, $P > 0,05$

muutusi kardiomüotsüütide ultrastruktuuris. Müofibrillid olid kardiopleegia algul enamasti nõrgalt kontraheerunud, mõnede rakkude sarkoplasmaatilise reitiikulumi ja T-süsteemi elemendid olid laienenud. Neljakümneminutise kardiopleegia ajal ultrastruktuuri muutuste ulatus ja esinemissagedus oluliselt ei suurenenud. Verrega reperfusiooni esimestel minutitel müokardi rakkudes mitmed ultrastruktuuri nihked süvenesid. Kahjustamata struktuuriga rakkude kõrval oli vähemate või suuremate degeneratiivsete muutustega rakke. Üsikutest kardiomüotsüütides esines ulatuslik turse, ilmnes müofibrillide ülemäärane kontraheerumine ning järjestikku asetsevaid kardiomüotsüüte ühendava läikevööndi membraanide eraldumine. Pärast kümme ja kakskümmend minutit kestnud reperfusiooni ultrastruktuuri muutused ei süvenenud. Kuuekümneminutise reperfusiooni järel olid kardiomüotsüütide ultrastruktuursed parameetrid juba taastunud ja normi piires. Ultrastruktuuri muutuste süvenemisega reperfusiooni esimestel minutitel kaasnesid ka ATP ja summaarse adenünnukleotiidide kontsentratsiooni langus (vt. tabel).

Kardiopleegia ajal tõusis piimhappe kontsentratsioon müokardis 166%.

Piimhappesisaldus pärast kardiopleegiat reperfusioonist tingituna vähenes ning piimhappe eritumine südamest kestis pikka aega. Kardiopleegia ajal glükogeeni kontsentratsioon müokardis langes 71,4% -ni algtasemest ($P < 0,05$), reperfusiooni ajal aga oluliselt ei muutunud. ATP ja kreatiinfosfaadi kontsentratsioon langes kardiopleegia ajal vastavalt 20% ($P < 0,05$) ja 63% ($P < 0,01$). Glükoosi arteriovenoosne diferents oli kardiopleegiajärgselt 15. reperfusiooniminutini negatiivne, kusjuures esimestel minutitel langes kiiresti ja 8. minutiks oli juba lähedane nullile. Ainult püroviinamarihappe arteriovenoossed diferentsid olid kõikidel reperfusioonietappidel positiivsed.

Arutelu. Pikaajaline energiadefitsiit on lõplülilis, mis membraanide permeabluse suurenemise ja raku ruumala regulatsiooni häirete kaudu mitmesugustes patogeneetilistes tingimustes põhjustab südame jõudluse ja kontraktiivsuse langust, pöördumatute struktuursete vigastuste teket ja rakkude nekrotiseerumist. Energiarikaste fosfaatide kontsentratsiooni languse ulatus isheemiast tabandunud müokardis määrab ära nende endi taastumise ulatuse ja kiiruse reperfusioonil (8) ning sellest

tulenevalt südame funktsionaalse taastumise (5, 6) ja mitokondrite struktuurse taastumise (9). Seetõttu on eluliselt tähtis koronaarverevoolu katkestamise ja reperfusiooni ajal luua optimaalsed tingimused müokardis energiarikaste fosfaatide säilitamiseks maksimaalsel hulgal.

ATP ja kreatiinfosfaadi kontsentratsiooni langus müokardis neljakümne-minutise kardiopleegia ajal oli tõendiks mittepiisavast anaeroobsest energiaproduktsioonist sel perioodil. Seisatud südame hapnikutarbimine temperatuuril 22°C on 0,31 ml O₂/100g/min. (3) ja selle alusel tuletatud energiaproduktsioon 0,83 µM ATP/g/min. Võttes glükogenolüüsil piimhappe moodustumise koefitsiendiks 2×0,75 (4), saime glükogenolüüsi kiiruseks kardiopleegia ajal 0,24 µM piimhapet g/min. (=0,36 µM ATP/g/min.), mis moodustab 43% (0,36 : 0,83 × 100 = 43%) energiatarbimisest nendes tingimustes. Et eksogeenne glükoos parandab ATP, kreatiinfosfaadi ja glükogeeni säilimist hapnikuvaeguse korral südames (5), oli kardiopleegialahus valmistatud 5%-lise glükoosisaldusega.

Kardiopleegialahuse infusiooni tagajärjel suurenes müokardi koe glükoosisisaldus 3,6 korda, tagades glükolüüsiks küllaldases koguses substraati. Eksperimendi tingimuste tõttu polnud võimalik kardiopleegiaaegset energiaproduktsiooni arvutada summaarselt glükolüüsil ega glükogenolüüsil piimhappe produtseerimise järgi, sest vahepealne kardiopleegialahuse infusioon müokardi madala temperatuuri säilitamiseks ühavalja osa akumulunud piimhapet. Piimhappe kuhjumine isheemilises koes põhjustab glükolüüsi kiiruse aeglustumist ning atsidoosi, millega on seotud morfoloogiliste muutuste teke rakkudes (7) ja südamejõudluse langus (11). Seetõttu tuleb teistkordset perfusiooni kardiopleegialahusega vaadelda kui müokardi energiaproduktsiooni ja elujõudu suurendavat tegurit. Tähelepanuväärne on summaarse adeniinnukleotiidide hulga vähenemine nii kardiopleegia ajal kui ka reperfusiooni alguses, mis on üks

ATP mittepiisava resünteesi põhjusi. ATP ja ADP rakumembraane tegelikult ei läbi (1), kuid hapnikuvaegusega kaasneb membraanide permeaabluse suurenemine ja adeniinnukleotiidide ainevahetusproduktide akumulumine, mis rakust väljuvad hõlpsasti (2). Reperfusioonil soodustas kreatiinfosfaadi kontsentratsiooni kiiret taastumist vaba kreatiini säilimine rakkudes.

ATP ja glükogeeni hea säilimine ning kreatiinfosfaadi kontsentratsiooni kiire taastumine olid heaks eelduseks efektiivse südamegevuse kiirele taastumisele pärast kardiopleegiat ning kardiomüotsüütide struktuursuse terviklikkuse alahoiule. Sellele vaatamata taastus verrega reperfusioonil südamegevus spontaanselt vaid kolmel koeral, teistel taastati siinusrütm defibrilleerimisel.

Lähtudes nii käesoleva töö kui ka kliinilise töö tulemustest, oleme edukalt muutnud kardiopleegialahuse koostist ja manustamise meetodikat, vähendamaks esialgseid morfoloogilisi muutusi müokardis ja saavutamaks paremaid tulemusi südamegevuse taastamisel.

KIRJANDUS: 1. Benson, E. S., Evans, G. T., Hallaway, B. E., Phibbs, C., Freier, E. F. *Am. J. Physiol.*, 1961, 201, 4, 687–693. — 2. Berne, R. M., Rubio, R. *Circ. Res.*, 1974, suppl. III, 34/35, 109–120. — 3. Buckberg, G. D., Brazier, J. R., Nelson, R. L., Goldstein, S. M., McConnell, D. H., Cooper, N. J. *Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 1977, 73, 1, 87–94. — 4. Conn, H. L., Wood, J. C., Morales, G. S. *Circ. Res.*, 1959, 7, 5, 721–727. — 5. Hearse, D. J., Chain, E. B. *Biochem. J.*, 1972, 128, 1125–1133. — 6. Hearse, D. J., Stewart, D. A. *Lancet*, 1974, Feb., 192–194. — 7. Knoll, D., Kirchhoff, P. G., Nordbeck, H., Orellano, L., Radke, J., Regensburger, D., Schaper, J., Schlemminger, H., Spieckermann, P. G. *Thoraxchirurgie*, 1975, 23, 3, 313–317. — 8. Puri, P. S. *Am. J. Cardiol.*, 1975, 36, 2, 244–251. — 9. Schaper, J., Hehrlein, F., Schlepper, M., Thiedemann, K.-U. *J. Mol. Cell. Cardiol.*, 1977, 9, 3, 175–189. — 10. Teesalu, R. V., Sulling, T. A., Keis, U. E., Masso, R. A., Paju, A. J., Planken, A. A., Mölder, V. J., Lai, R. H. *Cor Vasa*, 1979, 21, 6, 407–417.

11. Чазов Е. И., Смирнов В. Н., Алиев М. К., Сакс В. А., Розенштраух Л. В., Левицкий Д. О., Ундровина А. И. *Кардиология*, 1976, 16, 4, 5–13.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 616-005.4-073:577.153

VERE LIPIIDIDE SISALDUS JA SÜDAME ISHEEMIATÕVE KULG DÜNAAMILISE UURIMISE ANDMEIL

TATJANA SIPILOVA · TALLINN

vereseerumi lipiidide sisaldus, veloergomeetria, südame isheemiatõbi

Vere lipiidide ainevahetuse häired etendavad tähtsat osa mitte üksnes südame isheemiatõve väljakujunemises, vaid ka selle progresseerumises (1, 3, 10). Südame isheemiatõbe põdejail on leitud ka normlipideemiat, seda, tõsi küll, lipiidide sisalduse ühekordsel uuringul. Tekib küsimus, kas selline normlipideemia on püsiv või on see lipiidide seisu loomuliku kõikumise tagajärg ning kas hüperlipideemia ei ilmne juba ühekordsel uuringul. Biokeemiliste näitajate informatiivsust saab tõsta korduval uuringutel, mille puhul tuleb ilmsiks nii lipiidide ainevahetuse häire kui ka ainevahetuse stabiilsus.

Korduvalt uurisime vere lipiidide sisaldust südame isheemiatõbe põdevatel

meestel. Tulemusi on kõrvutatud haiguse kliinilise kuluga.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 125 kroonilist südame isheemiatõbe põdejat 25... 60 aasta vanuses, keskmine vanus $47,1 \pm 1,6$ a. Nendest oli 63-l olnud suurekoldeline müokardiinfarkt, ülejäänud 62-l tüüpiline pingutusstenokardia või stenokardia pingutusel ja rahuolekus. Tõesse ei ole võetud andmeid haigete kohta, kellel ilmned kardiovaskulaarne puudulikkus, püsiv arteriaalne hüpertensioon, rasvõõbi või muud haigused, mis lipiidide ainevahetust mõjutada võivad.

Veloergomeetria tehti 118 haigel. Veloergomeetrilisel proovil, mille puhul koormust tõseti astmeliselt, saavutati südame rütmi submaksimaalne sagedus või isheemiline reaktsioon, mis ilmned stenokardia tekkes või ST-segmendi isheemilises muutuses mitte vähem kui 0,1 mV.

Vereseerumis määrati üldkolesteriini (7) ja triglütseriidide sisaldus (4). Lipoproteiidide jaotumist uuriti diskelektroforeesimeetodil kolmekihilises polüakrüülamidegeelis (7). Hüperlipoproteineemia tüpeeriti D. S. Fredricksoni ja kaasautorite järgi, arvestades A. Klimovi ja I. Ganelina (7) meetodilisi soovitusi. Normi piirväärtusteks võeti kolesteriini 250 mg% ja triglütseriididel 150 mg%.

Uuritavaid jälgiti kolm aastat. Selle aja jooksul määrati lipiidide sisaldust veres eri ajavahemike järel vähemalt kolmel korral (keskmiselt 3,3 korda). Stenokardiahaigeid ei uuritud haiguse ägenemise ajal, infarkti pödenutel ei võetud proove enne kuue kuu möödumist infarkti tekkest.

Tabel 1. Lipiidide ainevahetuse variandid kõrvutatuna mõningate kliiniliste ja veloergomeetria andmetega

Lipiidide aine- vahetuse variandid	Uuritute arv	Infarkti põdenuid	Stenokardia- haigeid	Funktsionaalne klass				Uuritute arv	Veloergomeetria andmed			
				I	II	III	IV		negatiivne proov		positiivne proov	
									arv	%	arv	%
Stabiilne norm- lipideemia	35	16	19	6	20	9	—	32	5	15,6	27	84,4
Transitoorne hüper- lipoproteineemia, sealhulgas II ^A tüüp	24	12	12	3	11	9	1	22	4	18,2	18	81,8
II ^B tüüp	6	3	3	1	3	2	—	5	2		3	
IV tüüp	7	3	4	—	4	3	—	6	—		6	
	11	6	5	2	4	4	1	11	2		9	
Stabiilne hüper- lipoproteineemia, sealhulgas II ^A tüüp	66	35	31	4	33	26	3	64	4	6,2	60	93,8
II ^B tüüp	15	9	6	1	10	3	1	15	1		14	
IV tüüp	38	18	20	2	17	17	2	37	2		35	
	13	8	5	1	6	6	—	12	1		11	

Tabel 2. Haiguse kulu iseärasused kõrvutatuna lipiidide ainevahetuse variantidega

Lipiidide ainevahetuse variant	Haigete arv	Surm või korduv infarkt		Remissiooni- ja ägenemisperioididega kulg		Pidev remissioon	
		arv	%	arv	%	arv	%
Stabiilne normlipideemia	35	—	—	23	65,7	12	34,3
Transitoorne hüperlipoproteineemia, sealhulgas II ^A tüüp	24	4	16,7	16	66,7	4	16,7
II ^B tüüp	6	1		3		2	
IV tüüp	7	1		6		—	
Stabiilne hüperlipoproteineemia, sealhulgas II ^A tüüp	11	2		7		2	
II ^B tüüp	66	10	15,1	44	66,7	12	18,2
IV tüüp	15	2		9		4	
	38	8		26		4	
	13	—		9		4	

Uurimistulemused. Sõltuvalt vere lipiidide sisalduse konstantsusest jaotati haiged kolme rühma.

35 haigel (28% kõigist uuritavatest) ei registreeritud kogu uurimisaja vältel vere kolesteriinisaldust üle 250 mg% ja triglütseriidide sisaldust üle 150 mg%. Selles rühmas peeti lipiidide ainevahetust stabiilseks normlipideemiaks. 24 haigel (19,2%) täheldati mõeldavaid muutusi vere lipiidide sisalduses. Uurimisalustel esines transitoorne hüperlipoproteineemia. 66 haigel (52,8%) ilmnas muutusi igal uuringul. Neil esines stabiilne hüperlipoproteineemia.

Tabelist 1 nähtub, et haiguspilt nende rühmade haigetel oli peaaegu samasugune. Müokardiinfarkti põdenuid ja stenokardia all kannatavaid haigeid oli lipiidide ainevahetuse eri variantide puhul umbes võrdse sagedusega. Stenokardia sümptoomid olid New Yorgi Kardioloogide Ühingu klassifikatsiooni järgi enam väljendunud selles haigete rühmas, kellel esines stabiilne hüperlipoproteineemia. Stenokardia III ja IV klass tuli ilmsiks 44%-l haigetest; stabiilse normlipideemiaga haigetest oli stenokardia sümptoome 25%-l, kuna transitoorse hüperlipoproteineemiaga haigete rühmas oli vastav protsent 33.

Veloergomeetriline proov oli positiivne 84,4%-l stabiilse normlipideemiaga haigetest, 81,8%-l transitoorse hüper-

lipoproteineemiaga ja 93,8%-l stabiilse hüperlipoproteineemiaga haigetest.

Et stabiilse või transitoorse hüperlipoproteineemiaga ja stabiilse normlipideemiaga haigete rühmad on kliiniliste andmete poolest sarnased, pakub huvi nende haiguse kulu kõrvutamine.

Tabelist 2 nähtub, et vaatlusperioodil ei esinenud stabiilse normlipideemiaga haigete rühmas müokardiinfarkti ega surmajuhte, samal ajal kui hüperlipoproteineemiaga haigete rühmas esines uuesti taolisi juhtumeid. Ägenemisi ja remissiooniperioode oli haiguse kulus kõikide rühmade haigetel ligikaudu võrdse sagedusega. Stabiilse normlipideemiaga haigete rühmas oli kestva remissiooni kaks korda enam kui hüperlipoproteineemiaga haigete rühmas.

Hüperlipoproteineemia korral korreleerus haiguse ebasoodne kulg mitte hüperlipoproteineemia konstantsusega (stabiilne või transitoorne), vaid tema tüübiga. Seejuures hüperlipoproteineemia II^B tüüp ühtis haiguse ebasoodsa kuluga sagedamini kui hüperlipoproteineemia II^A ja IV tüüp.

Arutelu. Vere lipiidide sisalduse korduvatel uuringutel ilmnas hüperlipoproteineemia 125 südame isheemiatõbe põdejast 72%-l. Neist 52,8%-l täheldati hüperlipoproteineemiat igal uuringul, 19,2%-l vaheldus see normlipideemiaga. 28%-l haigetest registreeriti normlipideemiat igal uuringul. Andmed on

kooskõlas mõnede tööde tulemustega, mis rajanevad samuti lipiidide uurimisel (8). I. Šhvatsabaja, lähtudes sellest, et lipiidide ainevahetuse muutused veres ei ole mitte ateroskleroosi tagajärg, vaid pigem selle põhjus, arvab, et nendel näitajatel on nii diagnostiline kui ka prognostiline tähendus (10). Vere lipiidide tähtsust südame isheemiatõve prognoosis tunnustatakse mitmes töös (1, 3), kuigi mõnes see kinnitust ei leia (2, 9).

Haiguse stabiilset kulgu ja kestva stenokardia remissiooni täheldati kõigi kolme lipiidide ainevahetuse variandi puhul, veidi sagedamini esines remissiooni stabiilse normlipideemia puhul. Letaalsust ja suurekordelisi müokardiinfarkte oli üksnes hüperlipoproteineemia juhtudel peaaegu võrdse sagedusega: 15,1% stabiilse ja 16,7% transitoorse variandi puhul.

Hüperlipoproteineemia korral seostus haiguse kulg mitte niivõrd hüperlipoproteineemia konstantsuse, kuivõrd tüübiga. Haigus progresseerus ja komplikatsioonide tekkis sagedamini hüperlipoproteineemia II, eriti II^B tüübi puhul, võrreldes IV tüübiga.

USA-s korraldatud kompleksuurimise «Coronary Drug Project» 1978. a. publitseeritud andmeis on ära toodud ka vere lipiidide osa südame isheemiatõve prognoosis (5). Töös on jälgitud 2789 meest viis aastat pärast infarkti.

Leiti seos vere kolesteriinisalduse ja korduvalt tekkiva müokardiinfarkti, äkksurma ning südame isheemiatõvest põhjustatud surmajuhtude vahel. Triglütseriidide sisalduse põhjal sellist seost ei leitud.

J. Fitoljeva (9) ja W. Proudfit (6) ei kinnita seost vere kolesteriinisalduse ning südame isheemiatõve kulu ning sellest tingitud surmajuhtude vahel. Nende andmed tuginevad ühekordsel vere kolesteriinisalduse määramisel. Korduva uuringuid ei tehtud, mistõttu ei ole võimalik välja selgitada lipiidide osa südame isheemiatõve prognoosis. I. Krivorutšenko ja kaasautorid (8), kes vere lipiidide sisaldust olid uurinud 4...5 aastat, kõrvutasid suuru-

selt, vanuseliselt ja haiguse kulult sarnased südame isheemiatõbe põdejate rühmad, kellel esinesid vastavalt hüperlipoproteineemia II^A ja IV tüüp, normlipideemiaga haigete rühmaga. Nad tõestasid, et korduvat infarkti ja surmajuhte oli enim hüperlipoproteineemia II^A tüübi korral, seejuures mitte üksnes stabiilse hüperkolesterineemia, vaid ka labiilse hüperkolesterineemia juhtudel, hüperlipoproteineemia II^B tüüpi ei analüüsitud arvulise vähesuse tõttu.

Niisiis annavad biokeemilised andmed dünaamikas teatud informatsiooni haiguse kulu kohta lähemateks aastateks. Nii stabiilse kui ka labiilse hüperlipoproteineemia puhul on haiguse progresseerumise ja komplitseerumise tendents. Seejuures hüperlipoproteineemia II^B tüübi puhul seostub see haiguse kiire süvenemisega tihedamini kui II^A ja IV tüübi puhul. Stabiilset normlipideemiat võib pidada prognostiliselt soodsaks tunnuseks — koronaarkatastroofid on vähe tõenäosed. Välja arvatud piirsituatsioonid, jätavad lipiidide ainevahetuse andmed lahtiseks küsimuse südame isheemiatõve kliinilise kulu oodatavast laadist. Biokeemiliste näitajate spetsiifikat mitte ülehinnates võib öelda, et täiendav võimalus mitteinvasiivsel teel välja selgitada eriti ohustatud haiged on praktika seisukohalt oluline.

KIRJANDUS: 1. Brooks, S. H., Croisette, D. H., Blankenhorn, D. H. Arch. Surg., 1978, 113, 1, 75—79. — 2. Mulcaty, R., Hickey, N., Graham, I., Macaire, I. Am. Heart J., 1977, 93, 5, 556—559. — 3. Nash, D., Gensini, G., Simon, H., Arno, T. Circulation, 1977, 56, 3, 363—365. — 4. Neri, B., Frings, C. Clin. Chem., 1973, 19, 10, 1201. — 5. Project Coronary Drug. Am. J. Cardiol., 1978, 42, 3, 489—498. — 6. Proudfit, W. L., Brusckhe, A. V., Sones, F. M. Progr. Cardiovasc. Dis., 1978, 21, 1, 53—78.

7. Климов А. Н., Ганелина И. Е. Фенотипирование гиперлипипротейнемии. Методические рекомендации. М., 1975. — 8. Криворученко И. В., Никульчева Н. Г., Кукуй Л. М. Кардиология, 1979, 19, 4, 67—73. — 9. Фитилева Е. Б. Кардиология, 1979, 19, 4, 45—51. — 10. Шхвацабая И. К., Дорофеева З. З. Кардиология, 1974, 14, 5—17.

Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

UDK [616.233-002+616.248]:613-62

EKSPOSITSIOONITEST KUTSE- TEGURITE VÄLJASELGITAMISEKS KROONILISE BRONHIIDI JA BRONHIAALASTMA ETIOLOOGIAS

JÜRI PAULSON · TALLINN

kroonilised mittespetsiifilised kopsuhaigused, kutsehaigused, tööstuslikud allergeenid, ekspositsioonitest

Viimastel aastatel sagenenud kopsuhaiguste põhjuste hulgas võivad olulist osa etendada tööstuslikud tegurid. Haigestuvad töötajad, kes puutuvad kokku puidu-, puuvilla-, teraviljasaaduste ja tubakatolmuga. Sensibiliseeriv toime on tehisvaikudel, plastmassidel ning paljudel muudel keemiatoodetel. Allergeenidest on ohustatud ka meditsiinitöötajad, farmaatsiatööstuse töölised, põlevkivi termilise töötlemisega ja selle toodetega kokkupuutuvad isikud (4, 5, 8, 10).

Arvestades allergiliste ja ärritavate tegurite erisugust osa kutseteguritest põhjustatud kopsuhaiguste etioloogias, tuleb vahet teha primaarse allergilise, keemilis-irritatiivse ja füüsikalis-irritatiivse etioloogiaga astmaatiliste kutsekahjustuste vahel (1). Diagnoosimise teeb komplitseerituks asjaolu, et kutseastma ja -bronhiidi kliiniline pilt üldpõhjustest tingitud haiguste pildist paljus ei erine. On autoreid (1, 6), kes allergeeni mõju selgitamiseks soovivad jälgida haiguse kulgu töötaja ajutisel töölt eemale jätmisel — eliminatsiooniproov — ning võimalikke kliinilisi muutusi endisele töökohale tagasi asumisel — ekspositsiooniproov. Ka inhalatsiooni-provokatsioonitesti on soovitatud kui tundlikku ja spetsiifilist meetodit (2, 3, 7), kuid allergeeniekstraktidega tehtavad testid lubavad määrata haiguse professionaalset etioloogiat ikkagi peamiselt primaarallergia korral. Kutsehaiguste loetelu (5, 11) tunnustab bronhiiti ja kopsuastmat

tervisekahjulike töötingimuste korral kui kutsehaigust. Sageli aga on tegemist polüetioloogiliste protsessidega, mille puhul etendavad oma osa ka infektsioon, suitsetamine ja paljud muud tegurid.

Et otsustada, kas haiguse teke võib seoses olla elukutsega, tuleb kindlasti arvestada järgmist: 1) töötingimused — õhu saastamine tolmu, suitsu ja gaasidega töökohal; 2) tööstaaži küllaldane pikkus; 3) haiguse pidev, suhteliselt aeglane arenemine ajal, mil haige töötas tervisekahjulikes tingimustes; 4) ägedate nakkuslike kopsuhaiguste puudumine anamneesis haigestumise algul ja 5) haigete jälgimine pikemat aega (eliminatsiooni-, ekspositsiooniproovid). Seejuures võivad kutsetegurite osale viidata haiguse kliinilise kulu iseärasused: kui pärast ajutist töökatkestust (puhkus, ajutine üleminek teisele tööle, töövõimetuslehel olek) saabub haiguse remissioon, pärast endisele töökohale tagasiminekut aga haigus ägeneb ja haige seisund halveneb.

Arvestades varajasemaid kogemusi (2, 3, 6, 7, 9), võib tsehhiarstidele igapäevases praktikas soovitada järgmist lihtsustatud metoodikat ja ekspositsioonitesti skeemi. Testi põhimõtte seisneb kroonilise bronhiidi ja astma haiguspildi dünaamika jälgimises eliminatsiooni (ajutine töö katkestamine tervisekahjulikes tingimustes) ja ekspositsiooni (töö taasalustamine endisel töökohal, kus on kokkupuude kahjustavate teguritega) perioodil.

Urimisskeem. Uuring tehakse eliminatsiooniperioodi lõpul (puhkus, haige üleviimine teisele tööle, töökatkestus 2...4 päeva), enne haige tööleasumist. Haiguse täieliku remissiooni korral aitab sageli ühekordsest vaatlusest, jääknähtude ilmnemisel tuleb aga töötajat enne tööle suunamist uurida veel kord järgmisel päeval, et veenduda remissiooni ulatuses ja püsivuses.

Ekspositsiooniperioodil peavad uuringud algama kohe esimesel tööpäeval. Vaatlusi tehakse kaks korda päevas: enne töövahetuse algust ja pärast selle lõppemist. Haiguse kohese ägenemise ja töötaja üldseisundi ilmse halvenemise korral aitab 3...4-päevasest jälgimisest. Kui aga patoloogilised muutused ei süvene kohe esimestel päevadel, tuleb uuringuid 6...7 päeva jätkata. Hilisreakt-

Tabel. Haige uurimise andmed

Uuringud	Uurimise aeg	
	enne töö algust	pärast töö lõppu
Subjektiivsed andmed	kaebusi ei ole	hingamine raskendatud
Kopsude auskultatsioon	patoloogilise leiuta	forsseeritud hingamisel üksikud kui- vad rägina
Pneumotahho- meetria välja- hingamisel (l/sek.)	5,1	4,4
Pulsisagedus	64	68
Hingamissagedus	16	24

sioonide selgitamiseks tuleb haiget mõnel juhul uurida veel 12...24 tundi pärast töö lõppemist. On soovitatav planeerida uuringud vastavalt arsti vastuvõtuajale tervishoiu- punktis, tsehhijaoskonnas või lähemas ettevõtet teenindavas polikliinikus.

Uurimismeetodid on subjektiivsete kaebuste (köha, raske ja vilistav hingamine, hingematmishood) selgitamine, kopsude auskultatsioon, pulsi- ja hingamissageduse määramine, pneumotahhomeetria sisse- ja väljahingamisel. Võimaluse korral teha spirograafia — määrata forsseeritud sekundiekspiratsioon ja maksimaalne ventilatsioon.

Uurimise andmed soovitame kanda tabelisse, mis lisatakse haige ambulatoorse kaardi juurde.

Näitena toome ekspositsioonitesti andmed (vt. tabel): uurimisalune A. A., 32 aastat vana, läbindaja Kiviõli kaevanduses (strekk nr. 14), tööstaaž 8 a., diagnoos: astmaatiline bronhiit.

Testi tulemus hinnatakse positiivseks, kui enne tööleasumist saadud andmetega võrdlemisel ilmneb, et peale subjektiivse näitaja (enesetunde halvenemise) on ka muutusi objektiivsetes näitajates, nagu kuivad rägina väljahingamisel, pneumotahhomeetrianäidu alenemine väljahingamisel 0,5 l/sek. või enam, maksimaalse ventilatsiooni vähenemine enam kui 20% vajalikust, forsseeritud sekundiekspiratsiooni alenemine kuni 70% või madalamale. Kui kokkupuutel kutseteguritega tekivad haigel hingematmishood juba esimese töövahetuse jooksul, võib enamasti kin-

del olla, et tegemist on kutsehaigusega. Kui haigus pikema jälgimisaja vältel pidevalt progresseerub, on kutsehaiguse diagnoos vähem tõenäoline. Lõpliku diagnoosi määramisel on otsustavad anamnees ja kliinilised andmed.

Ekspositsiooni- ja eliminatsiooniproovid selgitavad konkreetsete töötingimuste osa haiguse ägenemises, harva aga otseselt tööstuslikku allergeeni ennast sekundaarse allergia põhjusena. Seega on kutsehaiguse diagnoosimisel anamneesi andmed otsustavad — kopsupõletiku põdemine ja lühike tööstaaž enne kroonilisse bronhiiti haigestumist räägivad kutsehaiguse etioloogiale vastu, ka positiivse ekspositsioonitesti puhul. Haiguste puudumise korral anamneesis ja pika tööstaaži puhul, kui haige on töötanud ebasoodsates tingimustes (kokkupuutumisel tolmu, ärritavate ainetega jne.), tuleb kroonilist bronhiiti ja bronhiaalastmat pidada kutsehaiguseks.

KIRJANDUS: 1. Gronemeyer, W. Dtsch. med. Wochenschr., 1958, 83, 30—34. — 2. Gronemeyer, W., Fuchs, E. Z. Aerosol-Forsch., 1956, 5, 441—443. — 3. Gronemeyer, W., Fuchs, E. Intern. Arch. Allergy, 1959, 14, 217—220. — 4. Loogna, N. Allergologia. Tln., 1976, 26—70. — 5. Loogna, N., Kahn, H., Sillam, A., Loogna, G., Tatar, T., Luts, A. Kutsehaigused. Tln., 1979. — 6. Rebohle, E. Asthma bronchiale. Pathogenes, Klinik, Therapie und Prophylaxe. Berlin, 1971, 249—270. — 7. Вермель А. Е. Профессиональная бронхиальная астма. М., 1966, 66—75. — 8. Марипуу И. П. В кн.: Гигиена труда и профессиональная патология в Эстонской ССР, 8. Таллин, 1972, 25—32. — 9. Марипуу И. П., Паульсон Ю. Н. В кн.: Материалы XIV научной сессии по вопросам гигиены труда и профпатологии в сланцевой промышленности. Коктла-Ярве, 1974, 53—55. — 10. Зерцалова В. И. В сб.: Конференция по пылевым бронхитам. М., 1964, 12—13. — 11. Список профессиональных заболеваний и инструкция по применению списка профессиональных заболеваний. М., 1970.

E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut

350-aastane Tartu Ülikool



UDK 616-089(47+57)(092)

NIKOLAI PIROGOV KIRURGILISE ANATOOMIA RAJAJA

ENNU SEPP ALLA MÖTTUS · TARTU

Nikolai Pirogov, Professorite Instituut, teaduslik tegevus, kirurgiline anatoomia, teaduslik pärand

Nikolai Pirogovi teaduslik pärand on erakordselt rikkalik ja mitmekesine. Nagu paljud silmapaistvad teadlased, ei sulgenud ka Pirogov end oma kitsa eriala piiridesse. Avar silmaring, hea suhtlemisoskus, erakordne jälgimisvõime ja tähelepanelikkus, võime näha üldbioloogiliste seaduspärasuste kaugilminguid ja nähtusi tingis seda, et Pirogovi tööd kajastavad paljusid arstiteaduse XIX sajandil tekkinud ja väljakuunenud põhisuundi.

Ei tohi unustada seda, et oma teaduslikku tegevust alustas N. Pirogov ajal, mil kirurgid olid veel omalaadses käsitöölise ametiseisundis. Nimelt N. Piro-

gov aitas kaasa sellele, et kirurgia kujunes täisväärtuslikuks teadusdistsipliiniks (8).

Anatoomiat põhjalikult tundma õppides hakkas N. Pirogov nägema tohutut vahemaad anatoomia kui teoreetilise ja kirurgia kui kliinilise distsipliini vahel.

Esimesena esitas ta kõikidele kirurgidele nõuded operatsioonipiirkonna elundite ja kudede asetuse täpse tundmise kohta. Neid eesmärke ja püüdlusi ei rahuldanud tollal anatoomias kasutatavad meetodid ja võtted. N. Pirogov lõi teadusharuna kirurgilise anatoomia, mille eesmärk oli haige opereerimise ajal elundite ja kudede asendi ning paiknemise tundmaõppimine vahetult operatsioonihaava kaudu.

N. Pirogov tegi suuremahulise anatoomilise eksperimendi inimese keha kõikide piirkondade elundite topograafia tundmaõppimiseks. Tema tööd topograafilise anatoomia alal kuuluvad meie kodumaa ning kogu maailma teaduse kullafondi, need tööd tegid N. Pirogovist topograafilise anatoomia kui teadusliku kirurgia arenguks hädavajaliku teadusharu rajaja.

Mitte üksnes kirurgid ei kasuta N. Pirogovi töid, topograafilise anatoomia tundmine on hädavajalik ka terapeudile, pediaatrile, neuroloogile ning muude erialade arstidele. Paljud tänapäeva diagnoosimismeetodid (suurte veresoonte ja südame sondeerimine, peaajuvatsakeste punkteerimine, kõhuõõne elundite röntgenkontrastsed uuringud jt.) lausa nõuavad topograafilise anatoomia veelgi paremat tundmist.

N. Pirogov oli silmapaistev isiksus. Tema elu ja teaduslikku tegevust on valgustatud väga paljudes uurimustes. Peatuksime oma kirjutises vaid sellel küljel, mis iseloomustab Pirogovi kui topograafilise anatoomia rajajat, ehkki ta pole normaalse ega topograafilise anatoomia kateedri eesotsas kunagi olnud.

Oma teaduslikku tegevust kirurgina alustas N. Pirogov Tartus, kus tollase Taru Ülikooli rektori G. Fr. Parroti ettepanekul oli asutatud Professorite Instituut, mille ülesandeks oli vene rah-

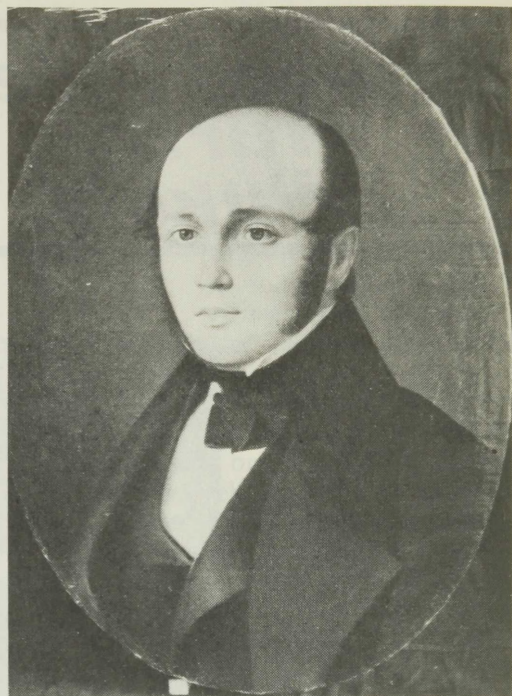
vusest professorite ettevalmistamine. 1828. aastal sai ka N. Pirogov selle instituudi kuulajaks. Tartu Ülikool paistis teiste Venemaa ülikoolide hulgas silma just nimekate teadlaste poolest.

Tolleaegne Moskva Ülikool ei olnud kaugeltki mitte oma aja teaduse tasemel. Vaid suhteliselt väike arv professoreid valdas oma eriala teadmisi põhjalikult. Nende hulgas oli ka anatoom Loder, kes palju oli teinud selle heaks, et Pirogovil olid põhjalikud teadmised anatoomias juba arstitegevuse algul. N. Pirogov kirjutab Loderi kohta: «Tema loengud äratasid minus huvi tegelda anatoomiaga ja ma tuupisin seda pähe oma vihikutest». Kirurgia õpetamine oli puhtteoreetiline. Operatsioone laipadel ei tehtud. Kirurgiakursust lõpetades üliõpilane «ei teinud mitte ühtegi operatsiooni, kaasa arvatud aadrilaskmine ja hammaste väljatõmbamine» (5).

Professorite Instituudis õppides valis N. Pirogov ikkagi nimelt kirurgia, sest kirurgia tugineb anatoomiale, mida ta nii väga armastas.

Professorite Instituudis oli N. Pirogovi õpetajaks Tartu Ülikooli tollane kirurgiaprofessor J. Moier. Julgelt võib teda nimetada Tartu kirurgilise koolkonna rajajaks. Ise oli ta kuulsa anatoomi Antonio Scarpa õpilane ja kulutas anatoomiaalastele uurimistele palju aega. Anatoomia oli arstide, eriti kirurgide üks põhidistsipliine. Et tung arstiteaduskonda oli väga suur ja üliõpilasi rohkesti, siis ei olnud võimalik kohapeal nii palju laipu hankida, et neist oleks praktiliseks õppetööks jätkunud. Laipu toodi Tartusse ka teistest paikadest, iseäranis Riist, ning tavaliselt just talvel külmunudena. Õppetöö praktikumidel, niisuguste külmunud laipadega tegelemine, sünnitaski anatoomilises uurimises kuulsa Pirogovi meetodi. See seisnes selles, et külmunud laipadest saeti välja õhukesed või paksemad lõiked, see oli nn. jääne anatoomia (2,6).

Tõsi küll, on ka teine versioon selle meetodi sünni kohta. Selle järgi olevat Pirogovil jalutuskäigu ajal Peterburi Heinaturul, kus ta oli näinud külmutatud ning lahtisaetud lihakehasid, tekki-



nud mõte hakata laibalõikeid välja saagima. (7). Peterburi aga asus ta tööle hoopis hiljem. Pariisi kliinikutega tutvumas ja kogemusi omandamas olles tekkis Pirogovil vaidlus ühe tuntud kirurgiga, kellele ta oma seisukoha õigsuse tõestamiseks oli esitanud uurimistulemused, mis ta oli saanud uriinijuha suuna väljaselgitamisel külmunud laipadel. Pariisis käis Pirogov Tartu Ülikooli professorina.

Kuidas ka ei olnud, ehkki algul oli Pirogov vaimustatud 1828. aastal trükist ilmunud Ilja Vassiljevitš Bujalski teosest «Анатомико-хирургические таблицы», hiljem aga see teda kui kirurgi enam ei rahuldanud. Pirogov oli seisukohal, et anatoomilis-kirurgiline joonis peab kirurgile olema sama mis kaart-teejuht rändurile, ta peab selgelt ja ühemõtteliselt edasi andma koha topograafia (7).

Pärast kursuste lõpetamist Professorite Instituudis ja doktoridissertatsiooni kaitsmist oli Pirogov kaks aastat Saksa maal, kus peale muu tegi läbi kirurgia-kursuse Charité Haigla surnukambri laipadel. Tol ajal juhatas seda proua Fogelsang, kes varem oli olnud ämma-

emand ning kes oma sõnade järgi tegeles anatoomiaga «armastusest kunsti vastu». Pirogovi tunnistuse järgi saavutas see naine täiuslikkuse siseelundite asendi määramises ja väljaselgitamises. Ta hankis Pirogovile sadasid laipu, jutustas talle väga huvitavatest lahangutest. Nähtavasti asjata ei nimetanud ta proua Fogelsangi «temale kalliks inimeseks» (5).

Saksa kirurgidelt õppis Pirogov palju, kuid samal ajal suhtus Saksamaa kirurgiateaduse arengutasemesse kriitiliselt. Sealsed isegi nimekad kirurgid eitasid kirurgilise anatoomia tundmise vajalikkust.

Juba dissertatsioonis formuleeris N. Pirogov mõned oma kirurgiale lähenemise üldpõhimõtted (1).

Operatsiooniplaani koostamisel esitas Pirogov alati enesele järgmised küsimused:

1. Milline on elundi ehitus ja funktsioon, mida me opereerima hakkame?

2. Milline on selle elundi asend naaberelundite suhtes?

3. Milles seisneb elundi haigus?

4. Kuidas elundile mõjub meiepoolne mehaaniline toimimine? (3).

Pärast Saksamaalt naasmist valiti N. Pirogov Tartu Ülikooli kirurgia kateedri professoriks. Esmakordselt hakkas ta seal lugema kirurgilise anatoomia kursust, demonstreerides laipu ning nendel opereerimist. Oma professoritööd alustas N. Pirogov juba Riias, kuhu ta haiguse tõttu oli sunnitud peatuma jääma. Seal luges ta arstidele kirurgilise anatoomia kursust, hiljem ka Peterburis, kus ootas Tartu Ülikooli kirurgiaprofessori ametikohale kinnitamist (2,5).

Pirogovi loengutele tulid peale arstide ka Mediko-Kirurgilise Akadeemia professorid. See teadusvaldkond oli ju nii Venemaal kui ka Saksamaal niivõrd uus, et paljud arstid ei teadnud isegi selle meditsiinidistsipliini nimetust.

Anatoomilisi uuringuid jätkas ta ka siis, kui oli juba Tartu Ülikooli professor. 1837. aastal ilmus temalt trükist esimene väljaanne «Хирургическая

анатомия артериальных стволов и фиброзных фасций» — atlas koos saksa- ja ladinakeelse tekstiga. See teos tõi Pirogovi nime teadusesse ning tänapäevani on see jäänud klassikaliseks uurimuseks.

Selles teoses tuli ilmsiks Pirogovi mõtlemise mastaap. Täiesti konkreetsel materjalil, paistab et mitte eriti mahuka õpetusega fastsiatest, lõi Pirogov omaette teadusharu — kirurgilise anatoomia. Teose igas osas joonistab Pirogov välja esiteks selle ala piirid, kus toimub operatsioon, teiseks loetleb kudede kihid, mida kirurg peab läbima, ja kolmandaks esitab täpsed tähelepanekud ning kommentaarid operatsiooni kohta. Seega sisaldab juba see teos Pirogovi poolt väljatöötatud põhisuunad. Rõhutagem, et enamik jooniseid on Pirogovi enda tehtud, mille järgi Tartu litograaf F. Schlater koostas tabelid.

1841. aastal sai N. Pirogov hospitaalkirurgia kateedri professoriks Mediko-Kirurgilises Akadeemias, kus ta oma anatoomilis-kirurgilisi uurimisi jätkas. Süstemaatiliste praktiliste õppuste läbi viimiseks laipadel esitas Pirogov 1845. aastal projekti rajada Anatoomia Instituut, mis ka järgmisel, 1846. aastal kinnitati. Selline instituut oli esimene Venemaal, samuti ka Euroopas (5).

Pirogov püüdis selle poole, et kirurg võiks mõttes endale ette kujutada kõikide kehaosade ja elundite asetust mis tahes punktis mis tahes suunas tehtud läbilõikes, selleks et inimese keha muutuks kirurgi silmis justkui läbipaistvaks. Pirogov töötas lõplikult välja külmutatud laipadest õhukeste lõikude tegemise meetodika.

Läbisaagimisi tegi ta kolmes tasapinnas — horisontaalses, vertikaalses ja sagitaalses —, saades nii terved lõikude seeriad. Üksteise kõrvale paigutatult oli võimalik anda täielik ettekujutus elundite ja kudede paiknemisest. Siin külmades Anatoomia Instituudi ruumides kaeti jäised lõiked klaasiga, millele oli joonistatud abiruudustik, ning juba läbi klaasi joonistati kõik nähtav paberile täpselt loomulikus suuruses.

Samal ajal leidis Pirogov oma uuri-

mistes uusi võimalusi külma ärakasutamiseks nn. skulptuurse anatoomia näol. Selle õppemeetodi puhul ei tegeldud jäiste lõikude ettevalmistamisega, vaid hoopis peitli ja vasaraga paljastati, ektirpeeriti jäistest kihtidest õppetöoks vajalikud koed ja elundid, ilma et oleks rikutud nende vastastikuse paiknemise suhteid.

Lisaks sellele külmutas Pirogov laipu erisugustes asendites ning seejärel näitas väljasaetud lõikudel, kuidas elundi kuju ja asend muutuvad olenevalt keha asendist. Ta uuris ka normist kõrvalekaldu mis, mis on põhjustatud mitmesugustest haigustest, ealistest ja individuaalsetest iseärasustest (4).

Aastaid kestnud anatoomiaalaste uurimiste krooniks oli Pirogovilt ilmunud kolm originaalset teost. Aastail 1843... 1848 ilmus «Полный курс прикладной анатомии человеческого тела». Uurimiste täiuslikkuse ja originaalsuse poolest ei olnud sellel teosel võrdväärseid kogu maailma kirjanduses. 1846. aastal ilmus raamat «Анатомические изображения человеческого тела, назначенные преимущественно для судебных врачей. С атласом». Ajavahemikul 1852... 1859 avaldati trükkis «Топографическая анатомия, иллюстрированная распилами, проведенными через замороженное тело человека в трех направлениях». Selle teose juurde lisana kuuluv atlas sisaldab 216 tabelit koos selgitava tekstiga. Nende N. Pirogovi klassikaliste teostega pandi alus topograafilisele anatoomiale ja operatiivkirurgiale. Need teosed olid kirurgia eduka arengu teaduslikuks eelduseks ning aluseks.

Raske on ülehinnata Nikolai Pirogovi hiiglaslikku panust arstiteadusse. Vaatamata sellele, kui palju aastakümneid Pirogovi tööde ilmumisest on möödunud, on need teosed, sealhulgas topograafilise anatoomia alased, tähtsuse säilitanud ka tänapäeval.

N. Pirogov oli ja jääb meie meelde mitte üksnes kui silmapaistev kirurg ja anatoom, vaid ka kui ühiskonnategelane, kes on väga palju andnud ja teinud arstiteaduse ning meditsiinipraktika

progressi heaks, kes alati on olnud kodumaa suur patrioot (6).

Vaevalt leidub teist teadlast, kes nii meditsiinitöötajate kui ka kogu rahva hulgas oleks nii populaarne olnud kui Pirogov. Rahva sügavat tänutunnet suurele teadlasele ja inimesele väljendavad tema auks püstitatud mälestussambad meie maa paljudes linnades, temanimelised tänavad ja asutused.

Tartus on Pirogovi tegevusega seotud paljud kohad. Majal, kus Pirogov elas Professorite Instituudis õppimise ajal ja mis küll sõjatules hävis, oli mälestustahvel. Tänav, kus Pirogov elas, on nimetatud tema nime järgi. Tartu südalinnas on Pirogovi mälestussammas, Vanas Anatoomikumis Pirogovi tuba, mida külastavad inimesed lähedalt ja kaugelt. Majal, milles elas juba professor Pirogov, on mälestustahvel.

Parimaks mälestusmärgiks ja austusavalduseks suurele teadlasele on meie teadlaste, arstide ja kõikide meditsiinitöötajate püüdlus elada ja töötada oma kodumaa hüvanguks nii, nagu seda tegi Nikolai Pirogov.

KIRJANDUS: 1. Pirogoff. *Num vinctura aortae abdominalis in aneurysmate inguinali adhibitu facile ac tutum sit remedium?* Dorpat, 1832.

2. Афонский А. П. Николай Иванович Пирогов, его жизнь и педагогическая проповедь. М., 1911. — 3. Афанасьев В. А. Из дерптской жизни Н. И. Пирогова. Юрьев, 1910. — 4. Бакулев А. Н. Пироговские чтения 1956 года. Л., 1957. — 5. Кибардин П. П. В кн.: Н. И. Пирогов как хирург, педагог и общественный деятель. Екатеринбург, 1911, 4—24. — 6. Павловский А. Д. Н. И. Пирогов как военно-полевой хирург и как гуманист в военно-санитарном деле. Киев, 1911. — 7. Порудоминский В. Н. И. Пирогов. М., 1969. — 8. Тимаков В. Д. Пироговские чтения 1975 года. Пермь, 1978, 7—14.

TRÜ arstiteaduskonna operatiivkirurgia,
topograafilise anatoomia ja ortopeedia
kateeder

UDK 378.1(474.2)(091)

TARTU ÜLIKOOI VANIM KLIINIK

KUNO KÕRGE · TARTU

Tartu Ülikool, arstiteaduskonna ajalugu, teaduskonnasisehaiguste kliinik, teaduslik tegevus

Rootsiaegsel Tartu Ülikooli arstiteaduskonnal oma kliinikut ei olnud, *Academia Gustaviana Carolina* professor Jakob Friedrich Below XVII sajandi lõpul seda küll taotles, kuid teoks kliiniku rajamine Tartus ega ka Pärnus ei saanud.

1802. aastal taasavatud Tartu Ülikoolis alustas kliinilist õppetööd prof. Daniel Georg Balk. Haigete vastuvõtt nii statsionaarseks kui ka ambulatoorseks raviks algas 1804. aastal, vastuvõtt toimus ühes eramajas (Dahlströmi majas). 1804. a. mais tegi prof. D. G. Balk, kliinilise instituudi direktor, ajalehes «*Dörptsche Zeitung*» teatavaks, et 1. mail avati Tartu Ülikooli meditsiiniline *clinicum* ehk haigla. Kõik vaesed haiged võivad sinna pöörduda ja loota, et kui nende haigus kliinikusse vastuvõtuks sobib ja kõik voodid veel hõivatud ei ole, paigutatakse nad kas haiglasse või külastatakse neid kodus, kusjuures arstiabi ning ravimid ja haiglas ka ülalpidamine on tasuta.

10. detsembril 1804 prof. D. G. Balki poolt koostatud inventarimestikus on peale pehme inventari, haiglaruumide sisustuse ja sööginõude veel 146-kõiteline käsiraamatukogu ning kaks lehma. 1804. a. aruande järgi raviti kliinikus sel aastal 153 haiget, kellest kolm haiglas surid.¹

Näib, et kliiniku avamisel antud lubadus raviga vaesemaid abivajajaid tasuta tõi nii palju haigeid kokku, et see väikese, 8...9 voodikohaga statsionaari töövõime ületas. Seetõttu oli prof. D. G. Balk 1806. a. veebruaris sunnitud ajalehes «*Dörptsche Zeitung*» teatavaks tegema, et tema juhtimisel töötav Tartu

Ülikooli Kliinik ei ole heategev asutus tavalises mõttes, kuhu iga puudust kannatav haige vastu võetakse. Selleks on kliinikul raha ja ruumi liiga vähe. Kliinik on ette nähtud meditsiini õppivatele noormeestele praktiliseks õppetööks. Kliinikusse ei saa vastu võtta neid, kellel esinevaid haigusi on üliõpilastele varem juba korduvalt näidatud, ka neid, kellel on vigastusi või kes põevad ravimatuid ja väga nakkavaid haigusi. Prof. D. G. Balk on hea meelega nõus mittekirurgilisi haigeid hommikuti kella 10...11 vahel vastu võtma ja neid tasuta ravima, kui haige endale ravimid ja põetusvahendid muretseda saab. Voodirahu vajavaid haigeid on prof. D. G. Balk nõus kodus visiteerima või saadab ta selleks kohale oma kontrolli all töötava vanema üliõpilase. Kiiret ravi vajavat haiget abistab ta igal ajal. Lõpuks teatab, et vaestele lastele paneb ta kaitserõugeid tasuta.

Et esialgne improviseeritud kliiniline baas vajadusi kaugeltki ei rahuldanud, alustati 1805. aastal Toomel paikneva, 1760-ndail aastail ehitatud kasarmuhoone, milles asus ka polgu hospital, ümberehitamist ja kliinikuks kohandamist. Töödega jõuti lõpule 1808. aasta suvel ja sellest ajast peale on Toome sisehaiguste kliinik pidevalt olnud Tartu Ülikooli õppebaas.

Algul paiknes teise korruse paremas tiivas meditsiiniline kliinik 10 voodiga, kus prof. D. G. Balk õpetas patoloogiat, semiootikat, teraapiat ja kliinikut. Teise korruse vasakus tiivas olid kirurgia-

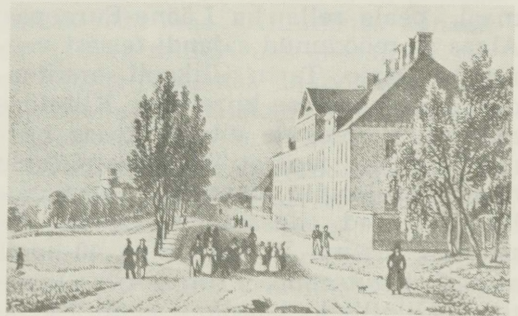


Foto 1. Tartu Ülikooli *clinicum* XIX sajandi 30-ndail aastail. F. Schlateri lito.

¹ ENSV RAKA f. 402, nim. 5, s. ü. 69.

kliinik (prof. M. E. Kauzmann) ja sünnitusabikliinik, mida juhatas prof. Chr. Fr. Deutsch. Viimasel tuli 1817. aastani õpetada ka veterinaariat. Ühtlasi jätkus haigete ambulatoorne vastuvõtt.

Uus kliinik oli oma aja kohta nähtavasti tähelepanu vääriv ehitis Tartus ja huvi selle vastu ka elanike hulgas ilmselt suur. Seda võib järeltada õe-nõunik prof. D. G. Balki, kliinilise instituudi majandus- ja politseidirektori (nagu ta end ise tituleerib), teadaandest ajalehes «Dörptsche Zeitung» 16. oktoobril 1808: «Kõigil, kes Tartu Ülikooli Kliiniku hoonet seestpoolt näha soovivad, peab olema sissepääsuluba või prof. D. G. Balki nõusolek. Tartu elanikele on külastamine võimaldatud ainult pühapäeviti, väljast sissesõitnuile tuleb prof. Balk rõõmuga vastu ka teistel päevadel. Kes kliinikut soovib külastada teaduslikul eesmärgil, pöördugu spetsiaalsete direktorite poole: sünnitusabi-asutuses prof. Chr. Fr. Deutsch, kirurgiainstituudis prof. M. E. Kauzmanni, meditsiinilises kliinikumis prof. D. G. Balki poole. Kliinikusse ilma loata ei lasta, sest see segab asjaajamist ja põhjustab ebameeldivusi».

1817. aastal valmis veel hoone mansardkorrus, kuhu paigutati sünnitusabiosakond.

Tegevust alustanud ravi- ja õppeasutus oli Eesti- ning Liivimaal esimene arstide ettevalmistamise ning kliinilise mõtlemise taimelava, mille tähtsust nii ülikooli arstiteaduskonna töös kui ka elanikkonna abistamisel on raske ülehinnata. Ei möödunud palju aega, kui kliinikut teati ja hinnati kogu Venemaal, peale selle ka Lääne-Euroopas. Algas ju möödunud sajandi teisest veerandist peale Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kuulsuse kiire tõus. Kliinilise meditsiini arengule aitasid kaasa mitmete selliste teoreetiliste distsipliinide nagu füsioloogia, biokeemia, farmakoloogia suured edusammud Tartus. Nii sai XIX sajandi 30-ndail ning 40-ndail aastail tegutsenud Professorite Instituudi kliiniliseks baasiks samuti Toome kliinik, kus valmistati ette õppejõude Vene impeeriumi teiste ülikoolide jaoks.

Klinitsistidest tõstsid siin oma kvalifikatsiooni N. Pirogov, G. Sokolski, J. Varvinski (S. Botkini õpetaja) jt.

Sünnitusabikliinikut juhatas prof. Chr. Fr. Deutsch 1834. aastani, P. U. Walter aastail 1834...1859, kelle ajal kliinik sai Toomel omaette hoone (1842). Kirurgiakliinikut juhatas prof. M. E. Kauzmann kuni 1811. aastani, järgnesid J. L. Jochmann 1811...1814, J. Chr. Moier 1814...1836, N. Pirogov 1836...1841, G. F. Adelman 1841...1871, E. von. Bergmann 1871...1878. Viimane rajas Toomele 1875. aastal iseseisva kirurgiakliiniku ja sellest ajast jäi vana kliinik ainult sisehaigusi põdejate jaoks.

1842. aastal avati veel teine teraapia-kliinik (hospitaalkliinik), mille esimeseks juhatajaks oli G. Sahmeni õpilane J. Varvinski.

Toome sisehaiguste kliinikut (resp. kateedrit) juhatasid kliiniku eksisteerimise ligi 175 aasta jooksul: D. G. Balk ajavahemikul 1806...1817, J. J. F. Erdmann 1817...1823, G. Sahmen 1823. a., L. Struwe 1824...1828, G. Sahmen 1828...1847, F. Oesterlen 1847...1848, J. J. F. Erdmann 1848...1859, A. Krause 1851...1856, J. P. Uhle 1859, V. Weyrich 1856...1869, A. Wachsmuth 1860...1869, A. Vogel 1866...1886, B. Naunyn 1869...1871, G. Schultzen 1871...1872, A. Weil 1886...1887, F. A. Hoffmann 1873...1886, Fr. Schultze 1887...1888, H. Unverricht 1889...1892, S. Vassiljev 1892...1903, C. Dehio 1903...1917, A. Jarotski 1917...1918, J. Grober 1918. a., E. Masing 1919...1939, F. Grant 1939...1944, V. Vadi 1944...1951, Ü. Lepp 1951...1956, K. Kõrge 1956...1977, V. Salupere 1977. aastast tänaseni.

Aastail 1851...1886 juhatasid meditsiinikliinikut kaks professorit, üks stationaari, teine polikliinikut, kusjuures pärast aasta möödumist osad vahetusid.

Sajandi algul oli kliinikus ainult üks assistent, kellel tuli töötada kõigis kolmes osakonnas.

Haigevoodite arv sisehaiguste kliinikus suurenes 10 voodilt tegevuse alg-aastail 15 voodile 1815. aastal, 24-le

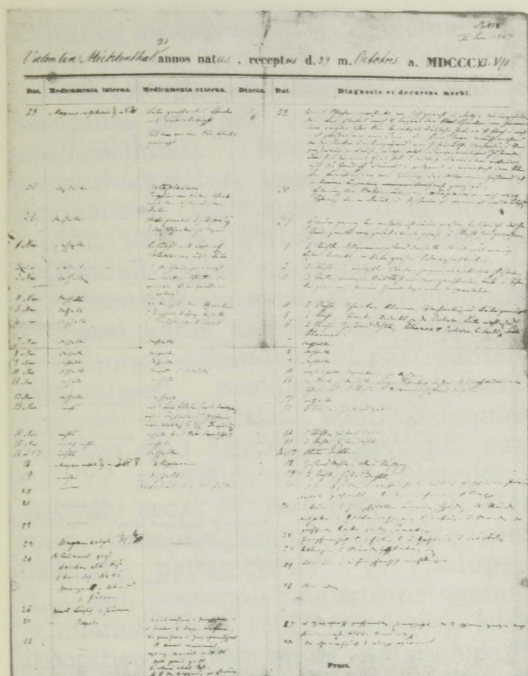


Foto 2. Tartu Ülikooli meditsiinilise, resp. sisehaiguste kliniku haigusloo tiitelleht 1847. aastast.

1820-ndail aastail; sajandi viimasel veerandil (pärast kirurgiakliiniku ülekolimist) 50-le, 1920-ndail aastail 80-le ja möödunud aastakümnel 120 voodikohale. 1924. aastani oli kliinik suvel, ülikooli õppetöö vaheajal, suletud.

Sõdadest on Toome sisehaiguste kliinik väljunud üsna õnnelikult, ainult ühe kahurimürsu tabamusega III korru- sel 1941. aasta suvel.

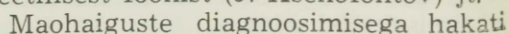
1944. aasta kevadel evakueeriti kliini- ku põhiline osa Puurmani koolimajja, kus avati statsionaar. Tartusse jäi ainult paar arsti, kes kliinikus andsid tsiviil- elanikkonnale vältimatut abi. Haigla- ravi vajavad patsiendid toimetati Puur- manni. Nõukogude armee lähenemisel evakueeriti kliinik okupatsioonivõimu- de korraldusel Haapsalusse, kus ta aga kui haigla ei tegutsenud. Pärast meie vabariigi mandriosa vabastamist toodi kliinik 1944. a. oktoobris Tartusse ta- gasi. Ta oli sõjast purustatud linnas esi- meseks ja ainsaks tsiviilhaiglaks, mis Tartu Linnahaigla nime all A. Gavrilovi juhtimisel tööd alustas.

Kliiniku sõjajärgse taastamise raske ülesanne langes prof. V. Vadi õlgadele. Tunti ju puudust nii meditsiinivarus- tuse, ravimite kui ka kaadri järele. 1945. aastal anti hoone III korrus neu- roloogiakliiniku kasutusse, seejärel lei- dis seal ulualuse radioloogiakliinik ning ajavahemikul 1951...1972 paiknes seal dermatoveneroloogiadispanseri statsio- naarne osakond. Sisemeditsiini valdusse läks kogu kliinik tagasi 1973. aasta al- gul, kui III korruse sai gastroentero- loogiaosakond.

Selle pika aja jooksul on Toome sise- haiguste kliniku töö mitmekesistunud. Rikkalik on ka haiguste nimistu, mida siin ravida on tulnud. Kliiniku algepe- rioodist peale on siin ravitud ka nak- kushaigusi, isegi leepprat, närvisüsteemi haigusi jm. Veel 1930-ndate aastate al- gul lamas kliinikus üksikuid kõhutüü- fushaiged, 1940-ndate aastateni raviti siin kopsutuberkuloosi ja viirushepatiiti. Prof. C. Dehio tegeles intensiivselt leep- ra uurimisega, Liivimaa Leepra Vastu Võitlemise Seltsi aseesimehena tegi ta palju ära leprosooriumide rajamiseks. Mitmed kliiniku professorid, nagu Fr. Schultze ja H. Unverricht, olid silma- paistvad neuroloogid, A. Vogel tunnus- tatud lastearst.

Kliiniku vanu publikatsioone ja hai- guslugusid sirvides võib veenduda, et uued diagnoosimis- ja ravimeetodid leidsid peatselt sellesse majja tee. Nii kasutas J. J. F. Erdmann R. Th. Laen- neci poolt 1819. a. kirjeldatud steto- skoopi auskulteerimiseks oma kliinikus juba 1820. a. aprillis. Ta õpetas uuri- mismetodit ka üliõpilastele ja popula- riseeris seda oma «Kliinilistes annaali- des» (1821), millest üks eksemplar saa- deti kõigile Venemaa ülikoolidele. Suu- ri teeneid auskultatsiooni ja perkussioo- ni õpetamisel on D. G. Balki õpilasel G. Sahmenil, kelle kasvandikud Profes- orite Instituudist temalt need meetodid omandasid ja neid edasi arendasid. Prof. J. Erdmanni tuleb pidada kliinilis- anatoomilise suuna arendajaks meditsii- nis: kliinikus toimusid sektsioonid ja uuriti seost kliinilise pildi ning morfo- loogilise leiu vahel. J. J. F. Erdmann

Teadustöö suundadest viimase poole-
saja aasta vältel võib nimetada kardio-
loogia probleeme, millega tegelesid ju-
ba professorid C. Dehio, A. Jarotski ja
E. Masing. Eriti viljakalt arendas kar-
dioloogilist diagnostikat prof. F. Grant,
keda tuleb pidada moodsa elektrokar-
diograafia pioneeriks Toome sisehaigus-
te kliinikus ja meie vabariigis üldse.
Kardioloogia tugisambaks on sõjajärg-
seil aastail kliinikus olnud dotsent
Ü. Lepp, kelle käe all on üles kasvanud
mitmed meie vabariigi tunnustatud
kardioloogid. Ta kuulus teadlaste kol-
lektiivi, kellele töö eest kardioloogilise
diagnostika arendamisel anti 1970. aas-
tal Nõukogude Eesti preemia. Sisukaid



kliinikus sihipärasemalt tegelema 1930-ndate aastate lõpul, kui L. Valk uuris võrdlevalt röntgenoloogilise ja gastrokoopilise meetodi väärtust gastriitide diagnoosimisel. Röntgenoloogilise ja gastrokoopilise meetodi võrdlevast hindamisest maohaiguste diagnoosimisel oli ka K. Villako dissertatsioon. 1960-ndail aastail rakendas V. Salupere kliinikus uue meetodina gastrobiopsiat. Viimasel kahel aastakümnel ongi prof. V. Salupere juhendamisel gastroenteroloogiaalased probleemid esiplaanile tõusnud. Arvukates publikatsioonides on käsitletud kroonilise gastriidi, gastriidi ja haavandtõve ning gastriidi ja maovähi seost (V. Salupere, H.-I. Maaroos), immunoloogilisi momente maohaiguste patogeneesis (V. Salupere, R. Uiho), peensoolehaiguste patogeneesi ja diagnoosimist (H.-I. Maaroos), endoskoopilise retrograadse kolangiopankreatograafia diagnostilist väärtust (T. Kutsar) jne.

Saavutuste eest gastroenteroloogia arendamisel anti rühmale meie vabariigi teadlastele, nende hulgas professoritele K. Villakole ja V. Saluperele, 1980. aastal Nõukogude Eesti preemia.

Prof. E. Masingust alates on kliinikus pidevalt huvi tuntud neeruhaiguste vastu. On arendatud endoskoopilist diagnostikat, tehtud ka endovesikaalseid operatsioone, nagu biopsiaid, papilloomide diatermokoagulatsioone, litotrüpsiat jt. 1978. aastal eraldati sisehaiguste osakonnast nefroloogiaosakond, mis 1979. aasta lõpul sai endale iseiseisva statsionaari Maarjamõisas.

Kateedri liikmed on publitseerinud mitmeid monograafiaid, meetoodilisi juhendeid ja populaarteaduslikke brošüüre ning teaduslikke ja populaarteaduslikke kirjutisi. Kateedri ja kliiniku töötajate ning üliõpilaste tööde nimestikus aastaist 1944... 1979 on 845 nimetust. Kliiniku arstidest on publikatsioonide alal silma paistnud S. Aru, J. Gross, T. Kutsar, N. Sachris, H. Remmel, M. Mihklisaar.

Toome sisehaiguste kliinikus on erilase ettevalmistuse saanud paljud meie vabariigi sisehaiguste spetsialistid. Siit

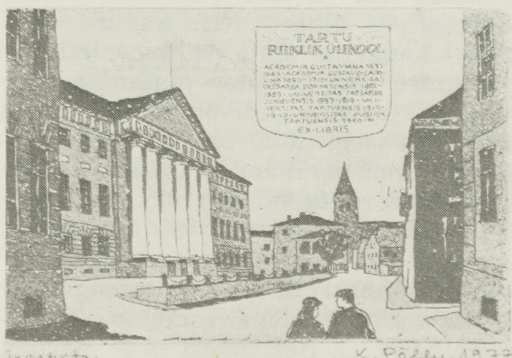
on võrsunud mitmed teadusasutuste töötajad ning suur protsent TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste kateedrite õppejõududest.

Avaldan tänu dotsent V. Kalninile Tartu Kliinilise Haigla ajalookomisjonile kasutamiseks antud arhiivimaterjali eest.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Kalnin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 2, 111—115. — 2. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 2, 116—118. — 3. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 4, 272—275. — 4. Kõrge, K. Teaduskonnasisehaiguste kateedri ja Toome sisehaigustekliiniku bibliograafia 1944—1979. Tartu, 1981. — 5. Kõrge, K., Põldvere, K. Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi III. Tartu, 1975, 63—70. — 6. Riiv, J. TRÜ Toimetised, 1957, 52, 3—12. — 7. Vadi, V. Eesti Arst, 1931, 1, 13—32. — 8. Villako, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 1, 63.

9. Калнин В. В. Из истории медицины В. Рига, 1963, 183—193. — 10. Кырге К. Х. Уч. записки Тартуского Гос. Университета. 1966, Вып. 191, 303—319. — 11. Левицкий Г. В. Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского Университета (1802—1902). Юрьев, 1903. — 12. Петухов Е. В. Императорский Юрьевский Университет. I. Юрьев, 1902.

TRÜ arstiteaduskonna
teaduskonnasisehaiguste kateeder



Ülevaated

UDK 616.33-002.44-02-08(047)

HAAVANDI PARANEMISE JA RETSIDIVEERUMISE PROBLEEM

VELLO SALUPERE · TARTU

haavandi armistumine, gastroskoopia, haavandi retsidiveerumine, histamiin₂-retseptorite blokaatorid

Peptilise haavandi ravimise sõlmküsimusteks on kahtlemata haavandi armistumine ja taasteke. Haavandi paranemist käsitlevad uuemad kirjanduse andmed on kokkuvõtlikult toodud tabelis 1. Tabelis on vaid tööd 1976. a. alates, mitte aga varajasemaid. Seda mitmel põhjusel. Esiteks, üksikute ravimirühmade omavahelisel võrdlemisel ei ole varajasemates töödes paraku alati silmas peetud pimekatsetingimusi. Teiseks (ja see on paranemise hindamise seisukohalt veelgi olulisem), haavandi armistumise kontroll ei ole pahatihti olnud usaldatav, nimelt on kas jälgitud haigete vaevusi, kontrollitud maosekretsiooni või *ulcus*'e paranemist vaid röntgenileiu alusel. Niisi kadumine ei tähista kaugeltki alati veel haavandi armistumist, sest paranev pindmine haavand ei tarvitse niisümptoomi enam anda. Ent isegi nüüd on veel töid, milles haavandi paranemise ainsaks kriteeriumiks on röntgenileid (40).

Ka viimaste aastate töödest, milles haavandi paranemist on uuritud endoskoopilise kontrolli teel, on mõnigi, mida on raske teistega võrrelda. Toome mõne näite. D. Hollanderi ja J. Harlani (24) kahekordsel pimekatsul põhinev uurimistöö on nõrk seetõttu, et paranevaks peavad autorid haavandit siis, kui

ta on vähenenud $\frac{2}{3}$ võrra või enam. V. Smagin kaasautoritega (53) teeb 48 duodenaalhaavandi all kannataval haigel kombineeritud ravi korral kindlaks vaid keskmise paranemisaja, mis on 23...24 päeva. W. Domschke kaasautoritega (13) seevastu opereerib terminiga «paranemise poolperiood», mis 12 duodenaalhaavandiga haigel 800 mg *Cimetidine*'i kasutamise korral oli kuus päeva, platseebo-rühmas aga 20 päeva.

Seega saab paranemise üle otsustada ja paranemistingimusi vaagida vaid siis, kui tehakse adekvaatne endoskoopiline kontroll paranemise üle. See on eelduseks. Alles selle alusel saab otsustada, kuidas haavand tegelikult paraneb ja mis paranemist soodustab või pidurdab.

Hoolimata sellest, et haavandi servades on rakkude mitootiline aktiivsus suur ja regeneratsioon järelikult aktiivne (1, 2), ei parane haavand kiiresti. Tabeli 1 andmetest on näha, et nii mao- kui ka kaksteistsõrmikuhaavandid ei parane vaatlusaja jooksul ühegi autori järgi 100%-liselt. Kahjuks aga on jälgimis- ja raviavad autoritel erisugused, kõikides kahest nädalast 12 nädalani, mis raskendab nende omavahelist võrdlemist. Paranemisprotsent erineb kas suuremal või vähemal määral ka siis, kui autorid on kasutanud ühtesid ja samu ravimeid ning kui haigete jälgimisaeg on ühesuguse pikkusega. Nähtavasti peitub seletus selles, et uuritute rühmad ei ole päris hästi võrreldavad. Näiteks võivad haavandid olla eri kestuse ja eri suurusega, nende kalloossusaste võib erineda. Arvesse võib tulla muidki tegureid.

Mis puutub põhjendatud raviviiside (ravi antatsiidide, lagritsapreparaatide, H₂-retseptorite blokaatoritega) omavahelisse võrdlemisse, siis olulist erinevust siin ei leita (vrd. M. Strömi ja kaasautorite (47) ning A. Ippoliti ja kaasautorite (25) töid). Seda võis ka oodata ning taoline resultaat pole meile üllatav.

Kui platseebo-rühmad välja arvata, siis küllalt pika, 4...8-nädalase jälgimisaja jooksul armistub 60...80% haa-

Tabel 1. Haavandi armistumise sagedus kirjanduse andmeil

Autorid	Publikat- siooni aasta	Ravimid	Haavandi liik ja haigete arv	Haavandi armistumise protsent (nädalad)				
				3	4	6	8	12
W. Blackwood jt. (7)	1976	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus duodeni</i> — 32			66		
S. Haggie jt. (22)	1976	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus duodeni</i> — 19			90		
G. Bodemar,	1976	<i>Cimetidine</i>	püloroduode- naalne — 30	67		90		
A. Walan (8)		platseebo+ +antatsiidid	püloroduode- naalne — 14	17		36		
F. Molinari jt. (35)	1977	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus duodeni</i> — 21		81			
		antatsiid (Maalox)	<i>ulcus duodeni</i> — 16		62,5			
U. Scheurer jt. (42)	1977	platseebo+ +dieet+	<i>ulcus ventriculi</i> — 24	26,6		83,3		
		antatsiid	<i>ulcus duodeni</i> — 14	53,3		73,3		
W. Dyck jt. (14)	1978	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus ventriculi</i> — 29	24*		60		
		platseebo	<i>ulcus ventriculi</i> — 28	14*		41		
A. Ippoliti jt. (25)	1978	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus** duodeni</i>		59—			
		antatsiid (mylanta)			64***			
H. Binder jt. (6)	1978	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus duodeni</i> — 43	56*		52		
		platseebo	<i>ulcus duodeni</i> — 49	37*				
R. Bardhan jt. (3)	1979	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus duodeni**</i>		61—			
		platseebo			70***			
M. Ström jt. (47)	1979	<i>Cimetidine</i>	püloroduode- naalne — 70	67		83		
		antatsiidid +antikoliner- gilised ravimid		50		96		
P. Brown jt. (9)	1979	<i>Cimetidine</i>	<i>ulcus duodeni</i> — 19				68	
		<i>Carbenoxolone</i>	<i>ulcus duodeni</i> — 17				53	
A. Eisenmann, S. Massarrat (15)	1980	antatsiid	<i>ulcus duodeni</i> — 80				56	

* — haavandi armistumise protsent kahe nädala pärast

** — nn. multicenter trial — haigete arv osutamata

*** — protsendid *Cimetidine*'i erineva päevase annuse korral

vanditest. Seejuures puudub oluline erinevus duodenaal- ja maohaavandi armistumise kiiruse vahel. Näiteks meie poolt kahe kuu jooksul endoskoopiliselt kontrollitud nii mao- (84 haiget) kui ka kaksteistsõrmikuhaavandiga haigetel (34 haiget) oli paranemisprotsent vastavalt 63,1 ja 55,9.

Haigete valikut püüdsime juhuslikustada nii palju kui vähegi võimalik. Selleks võtsime uurimiselusteks kõik need maohaavandtõbe põdejad, kellel 1973. a. oktoobrist 1975. a. oktoobrini oli gastroenteroloogiaosakonnas enne ravi alustamist tehtud gastroskoopia koos proovitükkide (4... 8 tükki) võtmisega haavandivallist, antrumist (kaks tükki)

ning korpusest (kaks tükki). Niisuguseid haigeid oli tegelikult 111, kuid mitmesuguste asjaolude tõttu sai haavandi paranemist jälgida siiski vaid 84 haigel. 23 haiget ei ilmunud korduvalt uuringuks kahe kuu pärast. Neljal haigel osutus haavand varajaseks maovähiks, neist kolmel leiti vähkkude haavandi servadest pärast kahe kuu möödumist, ühel aga 1,5 aasta pärast tehtud kordusuuringul.

Niisiis on meil haigete valiku eeltinngimus esiteks see, et haavandihaigete rühm oleks võimalikult representatiivne (kõik maohaavandihaigeted gastroenteroloogiaosakonna teeninduspiirkonnast hospitaliseeritakse), teiseks, et neid

haigeid oleks nii enne kui ka pärast ravi ühesuguselt uuritud, ja kolmandaks, et nende seas ei oleks varajase haavanduva maovähiga haigeid. Viimati nimetatud eesmärgil võtsime haavandi servadest ja armist enne ning pärast ravi maksimaalse arvu proovitükke. Viimastel aastatel oleme lisandanud ka haavandist spetsiaalse harjaga materjali võtmise tsütoloogiliseks uurimiseks, mida aastail 1973...1975 tehnilistel põhjustel teha ei saanud.

Meie poolt uuritud haavandihaigeted olid kõik vabal haiglarežiimil ja -toidul. See vastas ratsionaalse toitumise nõuetele, kuid ainsa lisatingimusega, et ei tarvitataks ülikõrge sekretoorse aktiivsusega toiduained (oakohv, lihapuljongid jne.). Kõik haiged said haiglas 1...2 antsiidipreparaati (*Almagel*, Hafteri pulber, Bourgé mikstuur) ja ühte antikolinergilist ravimit, tavaliselt belladonnatinktuuri. Lisaks ordineeriti maohaavandihaigetele ka DOCA-t 2 ml päevas umbes kolme nädala jooksul, mõnele anti anaboolseid steroide (nerobooli, metüülandrostendiooni) ning U-vitamiini. Teisel kuul raviti haigeid kodus, kusjuures nad enamasti töötasid oma tavalisel töökohal. Neid instrueeriti toidu suhtes, kodus kasutasid nad ühte antsiidi ja osal juhtudel lisaks veel U-vitamiini.

Tingimused, mis võisid kas soodustada või siis pidurdada maohaavandi paranemist, oleme ära toonud tabelis 2. Võrdlemiseks jaotasime maohaavanditõbe põdejad kahte rühma: need, kellel haavand paranes kahe kuuga (53 haiget ehk 63,1%), ja need, kellel haavand ei paranenud (31 haiget ehk 36,9%).

Uurimismaterjali analüüsimisel selgus, et kuigi mitteparanenud haavandiga haigete rühmas oli haavandi läbimõõt veidi suurem ja anamneesi kestus veidi pikem (õieti kaebuste algus) kui paranenute rühmas, ometi ei ilmnunud ei nende ega ka teiste näitajate puhul statistiliselt tõepäraselt erinevust paranenute ja mitteparanenute vahel. Ent oleks loogiline oodata — vähemalt nii on seniajani siin-seal kirjutatud —, et haavand paraneb halvemini:

Tabel 2. Maohaavandi paranemise sõltuvus mitmest tegurist

Tegurid	Keskmised näitajad haigete rühmades		Erinevuse tõepärasus (P)
	haavand armistus 2 kuuga	haavand ei armistunud 2 kuuga	
Haigete vanus	54,5±11,7	51,0±10,7	>0,3
Haigete sugu (M/N)	34/19	21/10	>0,7
Haavandi läbimõõt (cm-tes)	1,3±0,64	1,4±0,63	>0,6
Anamneesi pikkus aastates	4,6±4,0	7,4±6,5	>0,2
Gastriini veres (norm 30...65 pg/ml)	124±50,0	108±35,6	>0,4
Kartsinoemb-rünaalne antigeen (norm kuni 10 ng/ml)	8,5±10,6	8,0±5,2	>0,8
Antrumi limaskest (norm/gastriit)	8/44	1/29	>0,1
Korpuse limaskest (norm/gastriit)	29/23	18/12	>0,5

- vanemaealistel (kudede üldine aeglane regeneratsioon ja loiid reparatiivsed protsessid);
- meestel (naisi kaitsevad östrogeenid);
- suurema haavandi korral;
- pikema anamneesi puhul (kroonilisem kulg);
- gastriidi kaasnemisel (halvem regeneratsioon, kuigi sekretoorne potentsiaal võiks korpusegastriidi tõttu olla madalam ja ka haavandi paranemise seisukohalt seetõttu soodsam).

Gastriini leidumine veres peegeldab üldjoontes antrumi limaskesta ehitust ja kaudselt ka seda, kas soolhappe pidurdav mõju gastriini eritumisele püsib või mitte (5, 33, 34, 49). Et meie poolt vaadeldavatest haigetest mao soolhappe sekretsioon kõigil säilis, siis

peegeldab gastriinivoo veres antrumi endokriinset funktsiooni ja kaudselt antrumi limaskestast ehitust. Haavandi paranemise seisukohalt on ta seega mingil määral võrreldav näitaja antrumi biopsialeiuga. Seetõttu on ka ootuspärane, et kui puudub seos haavandi paranemise ja mao antraalosa histoloogilise struktuuri vahel, siis puudub ka vastava funktsiooninäitajaga võrreldes.

Kartsinoembrüonaalne antigeen (CEA) on neid vähiantigeene, mida üsna sageli leitakse ka maovähihaigetel (10, 17, 19, 20). Üldiselt vähieelsete seisundite korral proov antigeeni suhtes positiivne ei ole, kuigi radioimmunoloogilisel meetodil määratuna võib esineda nn. valepositiivseid resultate isegi täiesti tervetel (18, 32).

Meie poolt uuritute kummaski rühmas jäid CEA keskmised väärtused normi piiridesse ja rühmiti nad üksteisest ei erinenud, kuid mõlemas rühmas oli maohaavandihaigete, kellel CEA väärtused olid normist kõrgemad. Paranevate rühmas oli selliseid kuus (21,3; 14,0; 57,5; 10,3; 13,6; 16,6 ng/ml), paranemata haigete rühmas kolm (22,2; 10,9; 13,5 ng/ml). Kuigi CEA analüüsi tulemus on usaldusväärne — kahe paralleeluuringu resultaat —, ometi oli nende haigete puhul tegemist kõigi näitajate poolest healoomuliste maohaavanditega, mis ilmnes nii ühekordsel kui ka korduval uurimisel. Ilmselt peab nende maohaavandihaigete seisundi edaspidisel jälgimisel silmas pidama ka seda, et neil oli veres kartsinoembrüonaalne antigeen, sest alles kestev uurimine toob selgust, kas maohaavand suhteliselt kõrge CEA korral on tõeline prekantseroos või mitte.

Parietaalrakkude antikehi uuriti 23 haigel. Neist oli positiivne tulemus vaid ühel juhul paranenud haavandiga haigete rühmast (16 negatiivset), samal ajal kui kõigil kuuel uuritul paranemata haavandiga haigete rühmast neid antikehi veres ei leidunud. Vähene juhtude arv ei võimalda teha üldistusi, kuigi positiivne tulemus ainult ühel juhul osutab sellele, et maohaavandihaigetel

sagedamini tervetest neid alati ei moodustu. On vähe tõenäoline, kas isegi suurema juhtude arvu puhul see oluliselt muutuks. Juba R. Strickland ja I. Mackay (46) märkisid, et maohaavand kuulub nn. B-gastriidiga kulgevate haiguste hulka ja et nendele haigetele on iseloomulik parietaalrakkude antikehade puudumine veres.

Kirjanduse andmeil on usaldusväärse paranemiskontrolliga tööde seas vähe neid, milles pööratakse tähelepanu paranemist soodustavatele ja pidurdavatele tingimustele. R. Lambert kaasautoritega (31) märgib oma ülevaates, ilma et tooks mingit tõestusmaterjali, et väike ja ümar duodenaalhaavand paraneb paremini. Ümara, lineaarse, irregulaarse ja «salami» tüüpi duodenaalhaavandi paranemist omavahel võrreldes leidsid mitmed autorid (27, 29), et ümar haavand, mida leidub just noorematel haigetel, paraneb kõige paremini: kahe kuuga paranes 76% haavandeist. Halvemini armistub lineaarne haavand, mis on peamiselt vanemaealistel. A. Eisenmanni ja S. Massarrati (15) järgi on olulisteks paranemist ebasoodsalt mõjutavateks teguriteks duodenaalhaavandi korral põLOORUSE stenoos, nikotiini kuritarvitamine, kolmenädalane ajavahe mik valu esmase tekke ja endoskoopia vahel, PAO (*peak acid output*) üle 30 mekv/t. T. Nakajima on leidnud (37), et suurem maohaavand armistub väiksemast halvemini ja et nooremaelise haige eesseina haavand paraneb kiiremini. R. Hermann ja D. Piper (23) on seevastu kindlaks teinud, et maohaavandi paranemist ei mõjuta perekonnaanamnees, anamneesi pikkus, haavandi suurus, suitsetamine ega salitsülaatide kasutamine. Kahjuks ei saa kindlat seisukohta võtta A. Loginovi ja L. Mjakhova (51) ulatuslikul uurimismaterjalil põhineva (223 mao- ja 451 kaksteistsõrmikuhaavandiga haiget) töö kohta, sest autorid ei ütle, millisel meetodil ja kui pika aja jooksul haavandi paranemist kontrolliti, millist ravi rakendati ja kui palju haigeid paranes. Sama kehtib L. Mjakhova (52) doktori-väitekirja kohta.

Seega ka kirjanduse andmetest jääb mulje, et seni ei ole usaldatavalt leitud faktorit (või nende kompleksi), mis haavandi paranemist oluliselt mõjutaks, kui mitte arvestada põhjendatud ravi viise, millest eespool juba juttu oli.

Kuivõrd tänapäevase raviga, kui silmas pidada antatsiide, DOCA-taolisi ravimeid ja H₂-retseptorite blokaatoreid, haavand varem või hiljem üsna hästi paraneb, siis tekib õigustatult küsimus, kas poleks haavandi põhiprobleem (s. o. retsidiveerumise vältimine) lahendatav sellega, et haige saaks neid ravimeid sarnaselt hüpotensiivse raviga, nimelt kogu eluaja, pidevalt. Sellisel juhul võiks retsidiiv olla välditav ja inimene praktiliselt terve.

Kahjuks ei ole see veel väljapääs, sest kõigil haavandi paranemise seisukohalt headel raviviisidel on oma kõrvaltoime, mis limiteerib nende kestvat kasutamist. Enim on kõrvaltoime teada antatsiididel, johtuvalt nende kauaaegsusest kasutamisest, osalt ka seetõttu, et periooditi on antatsiide antud väga suurtes annustes, näiteks Sippy dieedid piima, koore ja soodaga. Vähem on kõrvaltoimet seni registreeritud histamiin-2-retseptorite blokaatorite puhul, usutavasti mitte seetõttu, et nad oleksid ohutumad, vaid seetõttu, et neid hakati kasutama alles 1972. aastal.

Kui antatsiididest vaadelda vaid kahete levinumat ja sealjuures tugevaima toimega ainet — kaltsiumkarbonaati (CaCO₃) ja alumiiniumhüdrosiidi (Al(OH)₃) —, siis torkab silma mitmeid kõrvaltoimeid. E. Hafteri (21) arvates tekitab kaltsiumkarbonaat kõhukinnisust, kuigi J. Clemensi ja A. Feinsteini uurimuste (11) põhjal ei ole seni selle kohta objektiivsete andmetega kinnitatud tõendeid. T. Morrise ja J. Rhodesi (36) järgi soodustab kaltsium gastriini vabanemist, seega maosekretsiooni (nn. rebound-efekt). Samade autorite arvates pidurdab kaltsium *gl. parathyreoidea* talitlust ja ka neerufunktsiooni. Alumiiniumhüdrosiid seob sapisooli, viies nad ringlusest välja (36). Lahustumatute alumiiniumfosfaatide teke sooles soodustab osteomalaatsiat. Väike osa

Tabel 3. Maohaavandi retsidiveerumise sõltuvus mitmest tegurist

Tegurid	Keskmised näitajad haigete rühmades		Erinevuse tõepärasus (P)
	haavandi retsidiiv 3...5 aasta pärast	haavandi retsidiivi ei olnud 3...5 aasta pärast	
Haigete vanus	54,0±11,8	54,1±10,7	>0,9
Haigete sugu (M/N)	18/9	25/13	>0,9
Haavandi läbimõõt cm-tes	1,3±0,74	1,4±0,75	>0,6
Anamneesi pikkus aastates	5,1±5,1	5,9±5,2	>0,6
Gastriini veres (norm 30...65 pg/ml)	116±40,0	118±52,9	>0,9
Kartsinoemb-rünaalne antigeen (norm kuni 10 ng/ml)	5,8±5,5	9,0±10,0	>0,3
Antrumi limaskest (norm/gastriit)	5/22	1/36	>0,05
Korpuse limaskest (norm/gastriit)	18/9	13/24	<0,05

alumiiniumi võib ka imenduda ja toimida toksiliselt.

Mineraalkortikoidide toimest tingituna võivad osal haigetel, kes saavad DOCA-t ja lagritsapreparaate, tekkida tursed, hüpertensioon ja hüpokaleemia. Mainitud tüsistused on lineaarses sõltuvuses ravi kestusest. Näiteks juba tavalise ravikuuri vältel võivad *Carbenoxolone*'i toimet 17%-l haigetest tekkida tursed. Õnneks on tüsistused reversiiblid. Siiski on tingimata vajalik, et ravialustel vähemalt kohenädalase intervalliga jälgitaks kehamassi, vere rõhku ja elektrolüüte seerumis.

R. Spence ja L. Celestin (45) täheldasid 25 meeshaigest, keda raviti *Cimetidine*'iga 1600 mg päevas 12 kuu jooksul, viiel günekomastia teket. Autorid

seletavad seda *Cimetidine*'e nõrga antiandrogeense aktiivsusega, mis johtub androgeensete hormoonide retseptorite blokaadist. D. Jefferys ja J. Vale (26) sedastasid kahel haigel siinusbradükardiad, mida nad seostasid südames leiduvate H_2 -retseptorite blokeerimisega.

Tahes-tahtmata tekib nüüd mitmeid küsimusi, kui sageli haavand võib retsidiveeruda, millest see sõltub ja mida teha, et retsidiiv tekiks harvem või ei tekiks seda üldse, kuigi viimane võimalus on nii kirjanduse andmeil kui ka meie kogemuse põhjal vähe tõenäoline.

Haavandi retsidiveerumise kindlaks tegemiseks võtsime ette kaks uurimist. Esimeses püüdsime koos T. Veske ja K. Suijaga 1979. a. ambulatoorsete kaartide andmete varal kindlaks teha haavandi retsidiveerumise sageduse kõigil neil haavandihaigetel (164 duodenaalhaavandi, 46 maohaavandi ja 11 kombineeritud haavandiga haiget), kes gastroenteroloogiaosakonnas olid ravil viibinud ajavahemikul 1973...1974. Selgus, et viie aasta jooksul pärast ligi kuuajalist kombineeritud haavandiravi haiglas üle pooltel mao- (20 haiget ehk 42,5%) ja kaksteistsõrmikuhaavandiga haigetel (80 haiget ehk 48,8%) haigus enam kordagi ei retsidiveerunud. Erandiks olid 11 kombineeritud haavandiga haiget, kes kõik retsidiivi tõttu viibisid ravil korduvalt. Nendest haigetest, kellel pärast haiglaravi viie aasta vältel haigus ägenes, olid retsidiivid väga sagedad — igal aastal või üle aasta — vaid vähesel, 20 haigel 221-st. Üks retsidiiv tekkis viie aasta jooksul 41 duodenaalhaavandiga haigel (25%), 12 maohaavandihaiigel (26,8%) ja kuuel kombineeritud haavandiga haigel (54,5%).

Kuivõrd puhteetilistel kaalutlustel ei ole võimalik moodustada kontrollrühma selliselt, et sellesse kuuluksid need, keda haavandtõve ägenemise korral ravitaks halvasti, lühikest aega või üldsegi mitte, siis võime sellest esialgu teha vaid oletusi. Näib, et neil puhkudel, kui haiget ravitakse haiguse ägenemise ajal küllalt kaua ja hästi, nii et haavand suure tõenäosusega mõne kuu jooksul armistub, tekib uus ägenemine pikema

ajavahemiku pärast ja see ei tarvitse olla tugev.

Kirjanduses on vähe usaldusväärseid andmeid haavandi paranemise ja retsidiveerumise seose kohta. Need vähesed kirjandusallikad, milles seda küsimust on uuritud, on aga üsna üksmeelsed järeldama, et aeglaselt ja halvasti paranev haavand kaldub kiiresti retsidiveeruma (12, 28, 30, 39). H. Takahashi (48) väidab 260 maohaavandihaige üle ühe aasta kestnud uurimise alusel, et püsiv ja adekvaatne ravi vähendab haavandi retsidiivi sagedust.

Meie eespool toodud uurimistöö metoodiline puudus aga on see, et retsidiveerumise üle otsustasime ambulatoorsete kaartide sissekannete põhjal. See aga ei ole nii objektiivne kui haigete vahetu korduv uurimine. Tõsi küll, 199 ägenemisjuhus, mis esinesid 221 haavandtõbisel viie aasta vältel, olid haiged hospitaliseeritud 165 juhul (82,9%). Haiglas aga on haavandi tõelist retsidiivi eristada lühiaegsetest funktsioonihäiretest või siis mingist kaasnevast haigusest hoopis kergem ning seetõttu tundub, et meie uurimistulemused võiksid olla tõelähedased.

Nende puuduste korvamiseks kutsusime koos T. Vorobjovaga kirja teel endoskoopilisele kontrollile 1977. a. detsembris ja 1978. a. jaanuaris need maohaavandihaiged, kellel 1973...1975. aasta vältel olime haavandi paranemist uurinud kahe kuu jooksul. Nende uurimisel on eelmise tööga võrreldes kaks olulist eelist: täpselt on teada, kuidas haavand varem paranes, peale selle võimaldab endoskoopiline kontroll objektiivselt tõdeda, kas haavandi retsidiivi esineb või mitte. Nagu teistegi analoogilise metoodikaga tööde puhul, nii on ka siin puuduseks see, et osa haigeid jääb kontrollile tulemata. Seetõttu on raske kindlalt väita, kas retsidiivi protsent tegelikult nii suur ongi, sest tulemata jäävad tõenäoliselt need haiged, kellel ei ole vaevusi, võib oletada, ega ka retsidiivi.

104 kutsutud maohaavandtõbe põdest tuli uuringule 65. Neist leidsime endoskoopilisel kontrollil haavandi 27

haigel (41,5%), samal ajal kui 38 haigel (58,5%) haavandtõve retsidiiv puudus. Haavandi taastekke sagedust nii kirjanduse kui ka meie andmeil on omavahel raske võrrelda, sest korduvaid endoskoopilisi uurimisi on vähe ja vaadeldav ajavahemik autoritel erinev. Just viimasest asjaolust tingituna on retsidiivi protsendid kirjanduses suuresti kõikuvad.

A. Walan (50), kes võttis kokku 1970. aastaks olemasolevad kirjanduse andmed, leidis, et kaheaastast perioodi silmas pidades varieerub retsidiveerumise sagedus autoritel 19...83%-ni. W. Rösch, K. Elster ja L. Demling (41) andmetel tekkis pärast 18 kuu möödumist 25 maohaavandihaikest retsidiiv 40%-l. J. Singer ja G. Mason (44) leidsid 144 maohaavandihaike jälgimisel ühest kuust kuue aastani (keskmiselt 20 kuud), et retsidiiv esines 15%-l juhtudest. S. Kishi kaasautoritega (28) täheldas 79 maohaavandihaike endoskoopi-misel kolmekuuliste intervallidega, et 18 kuu jooksul pärast paranemist oli retsidiiv 72,2%-l haigetest. 143 maohaavandihaikest tekkis B. Scobie (43) andmetel 28%-l haavandi retsidiiv 1,5...9,0 aastat pärast täielikku paranemist. Umbes niisama sageda duodenaalhaavandi retsidiveerumise pärast kuue kuu möödumist leidis W. Fitzpatrick kaasautoritega (16). Endoskoopilise uuringu põhjal paranenud 44 duodenaalhaavandi all kannatavast haigest oli retsidiiv 10 haigel (22,7%). Viimase tööga seoses väärib märkimist veel tõik, et kõik haiged olid kuue kuu jooksul enne magamaheitmist saanud 800 mg *Cimetidine*'i, mis autorite arvates lubab nentida, et *Cimetidine* ei häiri duodenaalhaavandi loomulikku kulgu. Sellele vastukaaluks nentis K. Bardhan kaasautoritega (4), et 400 mg *Cimetidine*'i päevas kuue kuu jooksul hoiab enami-kul duodenaalhaavandi juhtudel ära retsidiivi (neli retsidiivi 29-st), samal ajal kui platseebo korral on retsidiiv sage (18 retsidiivi 31-st). Viimati mainitud kahe töö andmed ei ole teiste autorite andmetega hästi võrreldavad sel põhjusel, et jälgimisaeg kuus kuud

on lühike ja et haiged said kestvalt ravi. Kuue kuuga võib haavand osutuda mitteparanenuks initsiaalravi järel muidugi siis, kui ravijärgse endoskoopilise kontrolliga ei ole haavandi armistumine fikseeritud.

Oma töös võrdlesime olemasoleva ja paranenud haavandiga haigete rühmi omavahel mitme näitaja osas, mis haavandi retsidiveerumise kas otseselt või kaudselt tingida võiksid (vt. tabel 3). Meil ei õnnestunud leida statistiliselt usaldusväärset seost ühelt poolt haavandi retsidiveerumise ja teiselt poolt haigete vanuse, soo, haavandi läbimõõdu, anamneesi pikkuse, gastriini ja kartsinoembrüonaalse antigeeni sisalduse vahel. Ka kirjanduses on analoogilisi andmeid. Nii näiteks ei leidnud Y. Kuzumoto kaasautoritega (30) seost haavandi retsidiveerumise ning haavandi suuruse, sügavuse, kuju või muude lokaalsete haavandiparameetrite vahel. D. Piper kaasautoritega (38) eitab seost retsidiveerumise ja haigete vanuse, soo, sigaretisuitsetamise ning analgeetikumide kasutamise vahel. Seevastu on ka andmeid, mille järgi haavandi retsidiivi ning teatud olukordade vahel on seos leitud. Nii näiteks K. Kawai ja Y. Kohli (27) tegid kindlaks, et duodenaalhaavandi retsidiiv tekkis kergemini nn. suudlevate haavandite puhul ja siis, kui haavandiarm punetas ning tema suunas täheldati voltide konvergenti. S. Kishi ja kaasautorite (28) arvates retsidiveerusid kergemini multiplid maohaavandid, samuti haavandid hüperatsiidsuse puhul, ka alkohoolikutel.

Teatud seos ilmnes meie töös vaid retsidiveerumise ja mao eri osade histoloogilise ehituse vahel. Selgus, et gastriidi korral antrumis, eriti aga korpuses, retsidiveerus haavand harvemini. See seos on hõlpsasti seletatav. Normaalne mao limaskest tähistab kaudselt häirimata regulatsioonimehhanismi antrumis ja normaalset sekretoorset potentsiaali korpuses. Haavandi peptilist geneesi silmas pidades ei olegi seotõttu üllatavat asjaolus, et tugevama sekretoorse potentsiaali korral on peptilise haavandi retsidiiv sagedam. Ilm-

selt ei ole see otsustav tegur, sest retsidiiv oli üsna sage ka antrumi- (22 haiget) ning korpusegastriidi puhul (9 haiget).

Kokku võttes võib öelda, et juhul, kui kasutatakse põhjendatud raviviise antatsiidide, DOCA-sarnaste preparaatide või kõige uuemate, H_2 -retseptorite blokaatorite või nende kombinatsioonidega, siis saabub tüsistumata healoomulise peptilise haavandi kliiniline remissioon tavaliselt kohe, samal ajal kui haavandi armistumine võtab ikka veel 2...4 kuud aega. Tuleb siiski järelada, et haavandi armistumise kiirus ning täielikkus on see peamine tegur, mis mõjutab peptilise haavandi loomulikku kulgu. Tõsi küll, see mõju on suhteline, sest haavandtõbi on püsiv haigus. Kuid siiski, mida kiirem ja tõhusam oli paranemine, seda harvem ja hiljem tekib retsidiiv ning seda nõrgem ta on. Kuivõrd haavandtõbi on oma patogeneesis multifaktoriaalne haigus, siis on selge, et haavandi paranemist ning retsidiveerumist ei ole võimalik hästi seletada ühe faktori toimega, kuigi peptiline faktor on see vahetu toimeüli, milleta haavandi retsidiiv ei ole mõeldav. Hoobilt esile kutsuda maokorpuse atroofiline gastriit, kõrvaldada mao proteolüütiline aktiivsus, see on võimalik vaid antrumi eemaldamise varal. Kuid tänapäeval ei ole kaugeltki selge, kas maokõndi prekantseroosse atroofilise gastriidiga on haigel kergem elada kui kroonilise retsidiveeruva haavandtõvega.

KIRJANDUS: 1. Adair, H. M. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 1978, 60, 5, 393—398. — 2. Adair, H. M. *Br. J. Exp. Pathol.*, 1978, 59, 3, 229—236. — 3. Bardhan, K. D., Saul, D. H., Edwards, J. L., Smith, P. M., Fettes, M., Forrest, J., Heading, R. C., Logan, R. F. A., Northfield, M. W., Langman, M. J., Larkworthy, W., Haggie, S. J., Wyllie, J. H., Corbett, C., Duthie, H. L., Fussey, I. V., Holdsworth, C. D., Balmworth, G.-V., Moruyama, T. *Gut*, 1979, 20, 1, 68—74. — 4. Bardhan, K. D., Saul, D. H., Edwards, H. L., Smith, P. M., Haggie, S. J., Wyllie, J. M., Duthie, H. L., Fussey, I. V. *Gut*, 1979, 20, 2, 158—162. — 5. Berson, S. A., Yalow, R. S. *N. Engl. J. Med.* 1971, 284, 8, 445—446. — 6. Binder, H. J., Cocco, A., Grossley, R. J., Finkelstein, W.,

Font, R., Friedman, G., Groarke, J., Hughes, W., Johnson, A. F., McGuigan, J. E., Summers, R., Vlahcevic, R., Wilson, E. C., Winship, D. H. *Gastroenterology*, 1978, 74, 2 (part 2), 380—388. — 7. Blackwood, W. S., Maudgul, D. P., Pickard, R. G., Lawrence, D., Northfield, T. C. *Lancet*, 1976, 2, 7978, 174—176. — 8. Bodemar, G., Walan, A. *Lancet*, 1976, 2, 7978, 161—164. — 9. Brown, P., Salmon, P. R., Neumann, C. S., Whittington, J. R., Read, A. E. *Gut*, 1979, 20, 10, 904. — 10. Burton, P. In: *Progress in Immunology II*, vol. 3. North-Holland Publishing Company, 1974, 261—270. — 11. Clemens, J. D., Feinstein, A. R. *Gastroenterology*, 1977, 72, 5 (Part I), 957—961. — 12. Davis, W. D. *Jr. Am. J. Dig. Dis.*, 1977, 22, 5, 476. — 13. Domschke, W., Domschke, S., Lux, G., Demling, L. *Acta Hepatogastroenterol.*, 1976, 23, 6, 441—443. — 14. Dyck, W. P., Belsito, A., Fleshler, B., Liebermann, T. R., Dickinson, P. B., Wood, J. M. *Gastroenterology*, 1978, 74, 2 (Part 2), 410—415. — 15. Eisenmann, A., Massarrat, S. In: *Abstracts of the XI International Congress of Gastroenterology*, Hamburg, 1980, 141. — 16. Fitzpatrick, W. J. F., Blackwood, W. S., Northfield, T. C. *Gut*, 1970, 20, 10, 905. — 17. Freed, D. L. J., Taylor, G. Br. *Med. J.*, 1972, 1, 85—87. — 18. Galambos, J. T. *South. Med. J.*, 1973, 66, 11, 1216—1217. — 19. Gold, P., Shister, J., Freedmann, S. O. *Cancer*, 1978, 42, 3, 1399—1405. — 20. Groover, J. R., Rogers, A. I. *South. Med. J.*, 1973, 66, 11, 1218—1221. — 21. Hafter, E. *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1965, 90, 3, 129—130. — 22. Haggie, S. J., Fermont, D. C., Wyllie, J. H. *Lancet*, 1976, 1, 7967, 983—984. — 23. Herrmann, R. P., Piper, D. W. *Am. J. Dig. Dis.*, 1973, 18, 1, 1—6. — 24. Hollander, D., Harlan, J. *JAMA*, 1973, 226, 10, 1181—1185. — 25. Ippoliti, A. F., Sturdevant, A. L., Isenberg, J. I., Binder, M., Camache, R., Cano, R., Cooney, C., Kline, M. M., Koretz, R. L., Meyer, J. H., Samloff, I. M., Schwabe, A. D., Strom, E. A., Valenzuela, J. E., Wintroub, R. H. *Gastroenterology*, 1978, 74, 2 (Part 2), 393—395. — 26. Jefferys, D. B., Vale, J. A. *Lancet*, 1978, 1, 8068, 828. — 27. Kawai, K., Kohli, Y. *Am. J. Gastroenterol.*, 1975, 63, 1, 20—28. — 28. Kishi, S., Nakanishi, T., Kitamura, Y., Urakami, Y., Ito, S., Nishioka, Y., Mori, H., Tokushima, H. *Exp. Med.*, 1978, 25, 3—4, 159—162. — 29. Kohli, Y., Misaki, F., Kawai, K. *Endoscopy*, 1972, 4, 4, 202—208. — 30. Kuzumoto, Y., Tamura, M., Nishio, M., Yamamoto, K., Miura, N., Misuta, S., Iwakoshi, K., Nakamura, Y. *Bull. Osaka Med. Sch.*, 1977, 22, 2, 84—94. — 31. Lambert, R., Mainguet, P., Moulinier, B. *Digestion*, 1978, 18, 1—2, 110—125. — 32. Mackay, I. R. In: *Clinical Application of Carcinoembryonic Antigen Assay*. Excerpta Medica, Amsterdam—Oxford, 1978, 419—421. — 33. McGuigan, J. E. *Gut*, 1970, 11, 363—367. — 34. McGuigan, J. E. *Am. J. Dig. Dis.*, 1977, 22, 8, 712—716. — 35. Molinari, F., Turello, V., Gia-

cosa, A., Ciancamerla, G., Cheli, R. Z. Gastroenterol., 1977, 15, 10, 622—624. — 36. Morris, T., Rhodes, J. Gut, 1979, 20, 535—545. — 37. Nakajima, T. Am. J. Gastroenterol., 1976, 66, 2, 150—154. — 38. Piper, D. W., Greig, M., Coupland, G. A. E., Hobbin, E., Shinnars, J. Gut, 1975, 16, 714—718. — 39. Piper, D. W., Shinnars, J., Greig, M., Thomas, J., Waller, S. L. Gut, 1978, 19, 5, 419—424. — 40. Piper, D. W., Hunt, J., Heap, T. R. Scand. J. Gastroenterol., 1980, 15, 1, 113—117. — 41. Rösch, W., Elster, K., Demling, L. Z. Gastroenterol., 1972, 10, 407—410. — 42. Scheurer, U., Witzel, L., Halter, F., Keller, H.-M., Huber, E., Gallezzi, R. Gastroenterology, 1977, 72, 5 (Part 1), 838—841. — 43. Scobie, B. A. In: IV World Congress of Gastroenterology. Madrid, 1978. Abstracts, 54. — 44. Singer, J. A., Mason, G. R. Am. J. Surg., 1978, 136, 302—305. — 45. Spence, R. W., Celestin, L. R. Gut, 1979, 20, 2, 154—157. — 46. Strickland, R. G., Mackay, I. R. Am. J. Dig. Dis., 1973, 18, 5, 426—440. — 47. Ström, M., Gotthard, R., Bodemar, O., Walan, A. In: XIII Congress of Gastroent. and V Scand. Meeting of Gastrointest. Endoscopy. Abstracts. Espoo, 1979, 78. — 48. Takahashi, H. In: Abstracts of the XI International Congress of Gastroenterology, Hamburg, 1980, 297. — 49. Trudeau, W. L., McGuigan, J. E. N. Engl. J. Med., 1971, 284, 8, 408—412. — 50. Walan, A. Acta Med. Scand. Suppl., 516, 1970.

51. Логинов А. С., Мягкова Л. П. Тер. арх. 1979, 12, 11—19. — 52. Мягкова Л. П. Патогенетическое обоснование медикаментозной терапии язвенной болезни (клиническое и экспериментальное исследование). Автореферат дисс. доктора мед. наук. М., 1980. — 53. Смагин В. Г., Елизаветина Г. А., Иванов В. В., Щербакова Н. В. Тер. арх., 1976, 6, 62—67.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

Täisväärtuslik elu ka vanas eas — sellise deviisi valis Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon 1982. aastaks. Silmas pidades kõige värskemaid prognoose, on nende järgi aastal 2000 kogu maailmas ligikaudu 580 miljonit inimest üle 60 aasta vanad. Sellest ka Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni eriline huvi eakate, nende töö- ja elutingimuste vastu, eriti eakate naiste vajaduste vastu.

Здоровье мира, 1981, 12.

Tervishoiutöö korraldus

UDK 6.14.2:616-053.2

JAOSKONNAPEDIAATRI TÖÖ KORRALDUS JA SELLE PARENDAMINE

ILME PILV ALVI TELLMANN · TALLINN

tööpäeva struktuur, arsti koormus, külastuse kestus

Ambulatoorne-polikliiniline abi on tervishoiuorganisatsioonis määrav, üle 80% haigetest ravitakse polikliinikus. Üha rohkem tuleb jaoskonnaarstil rõhku panna profülaktilisele tööle, eriti lastele abi andmisel. Meditsiinipersonali töö parandamisele aitavad kaasa ratsionaalsem tööjaotus ja tööaja optimaalne kasutamine (3).

Töö eesmärk oli jaoskonnapediatri tööaja kasutamise uurimine, et välja selgitada töökorralduse parendamise võimalusi nii praegu, mil vabariigilise alluvusega linnade lastepolikliinikud paiknevad kohaldatud ning kitsastes ruumides, kui ka edaspidi, mil seoses polikliinikute materiaalse baasi paranemise ning jaoskonnapediatri töökoormuse reguleerimisega (laste arvu vähendamine 800-ni) luuakse soodsad tingimused teaduslikuks töökorralduseks lastepolikliinikutes. Lähtudes meie vabariigi vajadustest (uued elamurajoonid, uued polikliinikud) ning polikliiniku töö sõltuvusest teeninduspiirkonna sotsiaal-demograafilistest teguritest, valisime uurimisbaasiks uusi elamurajoone (Mustamäe ja Õismäe) teenindava I kategooria lastepolikliiniku; keskmine laste arv jaoskonnas 900.

Jaoskonnapediatri ja -õe vastuvõtu-

aja struktuur määrati grupiviisilise vaatluse, arsti töö väljaspool vastuvõttu autokronometraaži teel. Mõlema tööloigu ühendamisel saadi tööpäeva kogupikkus. Uuriti 12 jaoskonnapediaatri tööaja kasutamist kahel töönädalal (kokku 120 tööpäeva) keskmise koormuse korral (märtsis-aprillis ja septembris-oktoobris), analüüsides polikliiniku külastatavust, koduvisiitide arvu ja nende jaotust tööpäeva struktuuri määramise ajal.

Jaoskonnaarsti tunnikoormus oli uurimisperioodil keskmiselt $5,3 \pm 0,2$ külastust. Esikohal olid korduvad ($62,3\%$), siis profülaktilised ($26,4\%$) ning esmased ($11,3\%$) külastused. Külastuse kestus oli keskmiselt $7,0 \pm 0,1$ min.: esmastel $7,2 \pm 0,3$, korduvatel $6,2 \pm 0,1$ ja profülaktilistel külastustel $8,8 \pm 0,2$ min. Kirjanduse andmeil on külastuste aeg kõikuv $5,8$ kuni $10,0$ min. piires (5, 7, 8). See on kõige pikem nende puhul, kes arsti poole pöörduvad esmakordselt (7, 8). L. Kamsjuk (6) on välja töötanud diferentseeritud vastuvõtuaaja teaduslikult põhjendatud normatiivid: ühe imiku profülaktiliseks vastuvõtuks oleks vaja planeerida $15,3$ min., ülejäänutel $12,5$ min. Koormus oli kõige suurem reedel, suur oli see ka esmaspäeval. Kõige väiksem koormus oli kolmapäeval, mil kõikides jaoskondades toimus imikute profülaktiline vastuvõtt. Tunnikoormus oli suurem pärastlõunal ja õhtul (kella 14 kuni 19-ni), väiksem tööpäeva algul (kella 8... 9-ni) ning lõpul (kella 19... 20-ni), samuti kella 13... 14-ni. Lastepolikliiniku külastatavus erines kirjanduses toodust, mille järgi kõige suuremat tunnikoormust sedastati esmaspäeval (2, 11, 12), koormus langes ühtlaselt nädala lõpu-poolle (11) või tõusis veidi reedel (2, 4). Suuremat tunnikoormust täheldati samuti ennelõunasel ajal (2).

Uurimisperioodil oli jaoskonnapediaatril kodukülastusi keskmiselt $8,7 \pm 0,3$ päevas. Nende üldarvust oli nn. aktiivseid külastusi $26,4\%$ ja patronaazkülastusi $6,9\%$. Üheks külastuseks kulus kokku keskmiselt $23,9$ min. (kodukülastuse aeg $14,8$ min., liikumi-

Tabel 1. Jaoskonnapediaatri tööpäeva struktuur

Tegevuse liik	%-des	min.	+m
Tootlik aeg	92,8	461,4	7,2
I. Ravi ja diagnoosimine	29,8	148,0	6,5
1. Anamnees	7,5	37,3	2,1
2. Läbivaatus	10,8	53,5	2,7
3. Nõuanded	11,5	57,2	3,1
II. Meditsiini-dokumentatsiooni vormistamine	31,3	156,2	4,9
1. Ambulatoorse kaardi täitmine	16,0	79,8	3,7
a) vastuvõtu kohta	6,8	33,7	1,9
b) koduvisiidi kohta	9,3	46,1	3,5
2. Muu meditsiinidokumentatsiooni vormistamine	15,3	76,3	2,8
III. Liikumine jaoskonnas	10,5	52,2	2,2
IV. Koostöö polikliiniku juhtkonnaga	3,5	17,4	1,9
V. Koostöö jaoskonnaõega	1,8	8,8	1,2
VI. Kvalifikatsiooni tõstmine	3,2	15,7	2,9
VII. Ühiskondlik töö	1,1	5,6	2,6
VIII. Muud tööd	11,6	57,5	3,7
Mittetootlik aeg	7,2	36,0	2,5
1. Isiklik aeg	4,3	21,6	2,1
2. Mittekoormatud aeg	2,9	14,4	1,2
Kokku	100,0	497,4	

seks jaoskonnas 6 min., ambulatoorse kaardi täitmiseks 3,1 min.). Kodukülastuse kestus ühtib meil kestusega kirjanduse andmeil (5, 7).

Tulemused. Jaoskonnapediaatri tööpäeva kogupikkus oli uurimisperioodil keskmiselt 8 t. 17. min.^{*}, sellest tootlik aeg 7 t. 41 min. ($92,8\%$), mittetootlik vaid 36 min. ($7,2\%$). Tööpäeva struktuuris (vt. tabel 1) oli esikohal meditsiinidokumentatsiooni vormistamine ($31,3\%$) ning ravi ja diagnoosimine ($29,8\%$), järgnesid arsti kvalifikatsiooni mittenõudvad muud tööd ($11,6\%$). Ka kirjanduse andmeil on jaoskonnapediaatri töös esikohal dokumentatsiooni vormistamine, järgnevalt ravi ja diagnoosimine (5, 7).

* Ülevaatlikkuse mõttes on tekstis toodud andmed tundides ja minutites.

Tabel 2. Jaoskonnapediaatri ja -õe tööaja struktuur vastuvõtul

Tegevuse liik	arst min.	%-des	±m	õde min.	%-des	±m
Tootlik aeg	158,7	90,7	0,2	138,1	78,9	0,3
I. Külastaja vastuvõtuks vajalik aeg	108,2	61,8	0,3	71,1	40,6	0,3
1. Anamnees	13,3	7,6	0,2	0,5	0,3	0,03
2. Läbivaatus	21,2	12,2	0,2	1,0	0,6	0,1
3. Nõuanded	17,3	9,9	0,2	1,6	0,9	0,1
4. Vastuvõtuga seotud meditsiini-dokumentide vormistamine	50,9	29,2	0,3	53,6	30,5	0,3
5. Külastaja vastuvõtuks vajalik muu tegevus	5,1	2,9	0,1	14,5	8,3	0,2
II. Vastuvõtuga mitteseotud meditsiini-dokumentide vormistamine	18,9	10,8	0,2	30,5	17,4	0,2
III. Muud tööd (kaartide otsimine jne.)	15,1	8,6	0,2	26,9	15,4	0,2
IV. Muu tööalane tegevus	16,5	9,5		9,6	5,5	
Mittetootlik aeg	16,3	9,3	0,2	37,1	21,1	0,3
Kokku	175,0	100,0		175,0	100,0	

Vastuvõtuks (vt. tabel 2) oli planeeritud 2,5 või 3 t., vastuvõttude keskmine pikkus oli 2 t. 55 min., 35% tööpäeva kogupikkusest. Tootlik aeg moodustas vastuvõtuajast 90,7%, kusjuures esikohal oli külastaja vastuvõtuks vajalik aeg (61,8%). See jagunes peaaegu võrdselt ajaks, mis kulus haiguste raviks ja diagnoosimiseks (29,7%) ning dokumentide vormistamiseks (29,2%). Et arstil tuli patsientide vastuvõtu ajal tegelda ka vastuvõtuga mitte seoses olevate kirjatöödega (10,8%), oli vastuvõtuaja struktuuris esikohal dokumentide vormistamiseks kuluv aeg (kokku 40,0%). Dokumentide vormistamisele kulutab jaoskonnapediaater ka teiste uurijate andmeil (5, 7) vastuvõtuajast kõige suurema osa.

Jaoskonnaõe töökoormus (vt. tabel 2) oli 12% võrra väiksem kui arstil. Patsientide vastuvõtuga oli jaoskonnaõe arstiga võrreldes tunduvalt vähem hõivatud kui vastuvõtuga mitteseotud meditsiinidokumentatsiooni vormistamise või muude töödega ($P < 0,05$). Jaoskonnaõel nõudis dokumentide vormistamine vaid veidi rohkem aega kui arstil, vastavalt 30,5% ja 29,2%. Erandiks oli imikute profülaktiline vastuvõtt, millal õde tegeles dokumentatsiooniga rohkem kui arst (vastavalt 20,8% ja 29,3%, $P < 0,05$).

Teine jaoskonnaarsti põhiline tööloik on töö väljaspool vastuvõttu, nagu kodukülastused, profülaktiline ja sanitaarharidustöö, kvalifikatsiooni tõstmine jm., milleks meie andmeil kulus 4 t. 55 min. (vt. tabel 3). Tootliku aja (93,3%) struktuuris oli esikohal kodukülastusteks kuluv aeg (43,6%), järgnesid ajakulu liikumisele jaoskonnas (17,7%) ja dokumentatsiooni vormistamise aeg (17,2%). Kvalifikatsiooni tõst-

Tabel 3. Jaoskonnapediaatri tööaja struktuur pärast vastuvõttu

Tegevuse liik	%-des	min.	m
Tootlik aeg	93,3	275,9	6,1
I. Kodukülastus	43,6	128,9	5,0
1. Anamnees	8,1	24,0	2,0
2. Läbivaatus	11,6	34,3	5,9
3. Nõuanded	9,6	28,3	2,3
4. Meditsiini-dokumentatsiooni vormistamine	6,4	18,8	1,4
5. Muu tegevus	7,9	23,5	2,1
II. Liikumine jaoskonnas	17,7	52,2	2,2
III. Meditsiinidokumentatsiooni vormistamine	17,2	50,9	3,2
IV. Kvalifikatsiooni tõstmine	5,1	15,3	2,6
V. Muu tööalane tegevus	9,7	28,6	
Mittetootlik aeg	6,7	19,8	3,2
Kokku	100,0	295,6	

miseks kuluv aeg oli vähene (5,1%). Kodukülastuste ajast langes suurem osa raviks ja diagnoosimiseks (29,3%). Ajakulu liikumisele jaoskonnas oli meil kaks korda vähem kui kirjanduse järgi (5, 7, 8).

Arutelu ja järeldused. Jaoskonnapediaatri tööpäev on väga pingeline. See on tingitud nii laste arvust, keskmiselt 900 last jaoskonnas, kui ka töökorraldusest. Parandamist vajab registratuuri töö. Selle töötajad peavad hoolt kandma, et ambulatoorsed kaardid saaksid õigel ajal arstikabinetti toimetatud, sest jaoskonnaõel või -arstil võtab nende otsimine palju aega. Tunnikoormuse reguleerimine eeldab polikliiniku külastatavuse analüüsi, planeerimaks vastuvõttude pikkust sõltuvalt nädalapäevast ja kellaajust, jättes profülaktilisteks ja esmaskülastusteks rohkem aega kui korduvateks.

Jaoskonnaarsti tööaja optimaalseks kasutamiseks oleks vaja pikendada ravi ja diagnoosimise aega eelkõige dokumentatsiooni vormistamiseks kuluva aja lühendamise arvel. Selleks oleme koostanud profülaktiliste läbivaatuste jaoks trükitud vormi. See kiirendab dokumentide vormistamist ning võimaldab tõsta jaoskonnaõe, kelle koormus vastuvõtul on tunduvalt väiksem kui arstil, abistavat osa.

KIRJANDUS: 1. Gautzsch, S. Z. ärztl. Fortbild., 1978, 22. 1099—1101. — 2. Hetzke, E., Handreg, W. Z. ärztl. Fortbild., 1976, 3, 146—156.

3. Головтеев В. Медицинская газета, 1980, 20. февраля. — 4. Горбунова Н. А., Иодко Н. Е. Здрав. (Кишинев), 1977, 6, 10—13. — 5. Иодко Н. Е. Социально-гигиенические и организационные аспекты повышения эффективности труда медицинского персонала детских поликлиник. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1978. — 6. Камсюк Л. Г. В кн.: Материалы всесоюзного семинара, г. Новополюк, Белорусская ССР. 24—25 июня 1980. М., 1980, 137—141. — 7. Кельманзон К. М. Сов. здравоохран., 1969, 1, 49—54. — 8. Кутина Л. С., Богомолский М. А. Здрав. РСФСР, 1969, 3, 17—22. — 9. Роговой М. А. Опыт изучения труда медицинских работников. М., 1971.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Abiks **velskritele ja õdedele**

UDK 662.749:576.8.097.32

PÕLEVKIVITOODETE SENSIBILISEERIV TOIME

NAOMI LOOGNA TIJU TATAR · TALLINN

põlevkivitooted, sensibiliseeriv toime inimorganismisse, kutsehaigused, skarifikatsioonitendid

Tänapäeva tööstusmeditsiini esmase tähelepanu ja uurimise objektiks on eelkõige suurte arenguperspektiividega ning kiiresti arenevad tööstusharud. Kahtlemata kuulub nende hulka ka põlevkivitööstus. Põlevkivitoodetega puutub kokku suur osa põlevkivitööstuse ja elektriiaamade töölisi. Sagedamad on kokkupuuted põlevkivitolmu, -tuha ja -õlidega. Põlevkiviõlid on laialdaselt kasutusel veel kütteainena, immutusvahendina teede ehitamisel ning toorainena paljude keemiatoodete (parkainete, liimvaikude, pindaktiivsete ainete, aromaatsete süsivesinike, lahustite) tootmisel, samuti põllumajanduses taimede kasvu stimulaatorina ja fungitsiidina.

Loomkatsetega on tõestatud, et põlevkivitoodetel on nahka ja limaskestalt ärritav toime, kuid ka inimestel on leitud muutusi, mida saab seostada nende toodete ärritava toimega. On täheldatud, et kui põlevkiviõli on pika aja jooksul ja korduvalt sattunud nahale, võivad tekkida nahakahjustused. Suhteliselt sageli kulgeb kontaktdermatiit gergekujuliselt.

Võib ilmnedagi organismi ülitundlik-

kus põlevkiviõlide suhtes. Peamised kutsehaigused, mis on põhjustatud ülitundlikkusest põlevkiviõlide suhtes, on allergiline dermatiit, krooniline ekseem, allergiline bronhiit ja bronhiaalastma. Põlevkiviõlidest tingitud allergilise bronhiidi ja bronhiaalastma kliiniline pilt ei erine kliinilisest pildist teistest kutseallergeenidest põhjustatute korral. Kroonilisele ekseemile on iseloomulik enamasti vähene punetus ja pakatised labakätel, raskematel juhtudel ulatuslikum punetus, sõlmekehed, turse ja villikesed. Allergilise dermatiidi nahaleid ei erine oluliselt põlevkiviõlidest põhjustatud kontaktdermatiidi omast. Kui ei ole polüvalentset sensibiliseerumist, siis paraneb haige hästi, kui ta põlevkiviõlidega rohkem enam kokku ei puutu.

Põlevkivitolm ja -tuhk võivad põhjustada tolumbronhiiti. Diagnoosimiseks on kasutatud ka inhalatsiooni-provokatsiooniteste põlevkivituha või -tolmuga. Põlevkivituha ja -tolmu toime sensibiliseerivate omaduste selgitamiseks valmistati I. Metšnikovi nimelises Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudis allergeeniekstraktid. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemia Instituudi töötajad, uurinud neid allergeeniekstrakte «Pye» aatomabsorptsioon-spektromeetris, leidsid, et põlevkivitolmust valmistatud allergeen sisaldab Co 0,1, Ni 0,4, Cu 0,07, Mn 0,07 µg/ml, põlevkivituhast allergeen aga Co 0,02, Ni 0,2, Cu 0,08 ja Mn 0,04 µg/ml.

Sensibiliseerivate omaduste selgitamiseks tehakse mainitud põlevkivituha ja -tolmu allergeenilahusega skarifikatsioon- ja nahasiseseid teste.

Et allergeenilahused sisaldavad niklit ja koobaltit, mis on sensibiliseerivate omadustega, siis on positiivse skarifikatsioonitesti puhul ilmselt tegemist varase allergilise reaktsiooniga. Enamikul kutsebronhiidi juhtudel, mis on põhjustatud põlevkivituha või -tolmust, on skarifikatsioonitestid negatiivsed. Neil juhtudel on tegemist tüüpilise tolmbroonhiidiga, millele on lisandunud allergia. Viimane tekib siis, kui

tolmbroonhiidile lisandub nakkus, mitte aga sensibiliseerumisest põlevkivituha või -tolmu suhtes. Infektsioonallergiale viitavad ka positiivsed nahatestid bakterallergeenidega (hemolüütiline streptokokk, hemolüütiline stafülokokk, soolekepike jt.). Kui kroonilist kutsebronhiiti põdevatel haigetel põlevkivitolmust ja -tuhast põhjustatud allergiale kaasub bakterallergia, võib tegemist olla allergia nii varase kui ka hilise reaktsiooni tüübiga. Ei saa välistada ka autoallergia võimalust.

Nagu esitatust nähtub, esinevad allergeenina küllalt sageli põlevkiviõlid, mis võivad põhjustada allergilisi kutsedermatoose, allergilist kutsebronhiiti ja bronhiaalastmat. Põlevkivitolm ja -tuhk on nõrgad allergeenid.

Kasutatud kirjandus: 1. Аккерберг И. И., Юргенсон И. А., Янес Х. Я. В кн.: Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности ЭССР, 11. Таллин, 1955, 32—60. — 2. Аккерберг И. И. В сб.: Исследования по профессиональной медицине в Эстонской ССР. Таллин, 1975, 7—9. — 3. Боговский П. А. Канцерогенное действие продуктов переработки эстонского сланца. Таллин, 1961. — 4. Вальтер Х. Т. Реакции кожи на действие продуктов перегонки сланца. Тарту, 1965. — 5. Горталум Г. М. В сб.: Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности ЭССР, 11. Таллин, 1955, 198—205. — 6. Лоогна Н. А., Херинг Л. Х. В сб.: Материалы XIII научной сессии по вопросам гигиены труда и профпатологии в сланцевой промышленности. Кохтла-Ярве, 1970, 44—47. — 7. Лоогна Н. А. Профессиональные аллергические дерматозы химической этиологии. Таллин, 1973. — 8. Марипуу И. М., Шамардин-Лоогна Н. А. В сб.: Материалы первого всесоюзного симпозиума. Том 2. Аллергия и реактивность организма. М. — Львов, 1969, 45—48. — 9. Маяс М. П. О функциональном состоянии и аллергической реактивности кожи у рабочих сланцехимической промышленности. Автореферат канд. дисс. мед. наук. Тарту, 1975. — 10. Пальцев Ю. П., Якубов Б. И. В сб.: Исследования по профессиональной медицине в Эстонской ССР. Таллин, 1975, 56—58. — 11. Янес Х. Я. В сб.: Материалы XIII научной сессии по вопросам гигиены труда и профпатологии в сланцевой промышленности. Кохтла-Ярве, 1970, 111—113.

*Експериментальсе ja Kliinilise
Медицини Instituut*

Kogemuste vahetamine ja kasustika

UDK 616.379-008.64-053.31:618.53

DIABEETILINE FETOPAATIA VASTSÜNDINUL

EVE RATTASEP · TALLINN
LIA SILDVER · TARTU

diabeetiline embrüopaatia, diabeetiline fetopaatia, kliinilised tunnused, ravi, prognoos, rasedusrisk

Pediaatrilises diabetoloogias on eriti aktuaalsed uued haigusvormid, mida diagnoositakse suhkruhaigetel emadel sündinud lastel diabeetilise embrüo- ja fetopaatia sündroomidena. Diabeetilise embrüopaatia puhul on kliiniliselt juhtivaks elundite süsteemide morfoloogilised anomaaliad (1, 6). Diabeetilise fetopaatia puhul on juhtivaks Itsenko-Cushingi sündroom, mis avaldub vast-sündinu tüüpilises välisilmes: lühike kael, kukla rasvpadjand, pastoossed pehmed koed, esiletungivate ümmarguste põskedega kuunägu, hüpertrihhoos peal, kõrvaletadel ja õlgadel; näonahk purpurpunane või punakasvioletne tingituna kapillaaride laienemisest ja erütrotsüütide agregatsioonist (1, 3, 7). Võib esineda makrosoomia (suured kehahäädõõtmõd), kuid on võimalik ka kaas-sündinud hüpotroofia (6). Diabeetilise fetopaatia iseärasus on ilmingute reversiibel laad enamikul vastsündinutel, sest sünniga katkeb etioloogilise teguri — ema hüperglükeemia — toime (5). Sageli täheldatakse hingamishäireid (6, 7). G. Poljakova (7). uurimistulemustest selgub, et vastsündinutel (ka õige-

aegsetel), kelle emad põevad suhkurtõbe, on uute elutingimustega kohanemise võime väiksem.

Lootel suurenevad insuliini produkt-sioon ja aktiivsus veres — hüperinsulineemia. See kompenseerib suhkruhaiget emal insuliinidefitsiidi. Lahangul avastatakse vastsündinutel pankrease-saarte beetarakkude hüperplaasia, mis on põhjustanudki insuliini produktsiooni ja aktiivsuse suurenemist. See näitab ema suhkurtõve mõju lootele (3). Kirjanduse andmeil leitakse hüperinsulineemia vastsündinutel, kelle emad põevad erilise kliinilise vormiga suhkurtõbe; eristatakse B-, C- ja F-rühma suhkurtõbe (White'i järgi) (2). B-, C- ja F-rühma suhkurtõve korral on haiged insuliinisõltuvad, nad vajavad insuliini. F-rühma suhkurtõbe põdejail on nefropaatia ja/või proliferatiivse retinopaatia nähud (6). Et glükokortikoididel on süsivesikute ainevahetusesse insuliinile vastupidine toime, siis arvatakse, et neerupealiste koore funktsiooni aktiveerumine lootel, mis tingib Itsenko-Cushingi tunnused vastsündinul, on omapärane reaktsioon sihiga pidurdada insuliini suurt produktsiooni ja aktiivsust loote veres (5, 7). Hüperinsulineemia säilib I. Grjaznova (4) ja G. Poljakova (7) uurimuste järgi pärast sündi ning ta on tugeva hüpoglükeemia põhjus suhkruhaigete emade vastsündinutel. Nende varajases patogeneetilises ravis on suurim tähtsus hüpoglükeemia likvideerimisel. Substitutsiooniks vajavad nad kindlasti glükoosi, mida süstitakse veeni (2, 3, 6, 7).

Kirjandusest selgub, et vaatamata suhkruhaigete rasedate optimaalsele rasedusaegsele kontrollile. sünnituse juhtimisele ja vastsündinute hooldamisele, on perinataalne ning varajane neonataalne suremus kõrge. Suhkruhaigete emade lastel on suur risk, et neil võib hiljem välja kujuneda suhkurtõbi (1).

Seega võimaldavad pediaatrikirjanduses viimastel aastatel avaldatud uurimistulemused veendunult järeldada, et rasedus on insuliinisõltuval suhkruhaiget riskiga seotud.

Järgnevalt kirjeldame tüüpilist diabeetilist fetopaatiat vastsündinul.

Haigusjuht. Vastsündinu A. S., 10 päeva vana (haiguslugu nr. 1662/1980). Emal oli 28-aastane, kolmas rasedus, esimene sünnitus. Isa oli 30 aastat vana, terve. Emal oli kolm aastat tagasi diagnoositud suhkurtõbe. Eelnevad rasedused 1978. ja 1979. aastal olid lõppenud iseenesliku abordiga (18...19. ja 6. rasedusnädalal). Emal olid esimestest rasedusnädalatest peale suhkurtõve dekompensatsioonil avaldusena ketoatsidoosi nähud. Esines ka nefropaatia. Akuüürid pidasid vajalikuks raseduse katkestada, millega naine ei nõustunud. Korduvalt viibis ta haiglas, kus määrati insuliinravi. Sel juhul oli tegemist insuliinisõltuvusega ja haige põdes F-rühma kuuluvat suhkurtõbe. 42. rasedusnädalal viidi rase Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonda, kus stimuleeritud sünnitusel kasutati tange. Sünnimisel Apgari indeks 3. Laps elustus kolme minuti jooksul, esinesid II astme ajuvereringehäired. Esimestel elupäevadel oli vere suhkursisaldus kõiguv, madalaim väärtus 35 mg%. Febriilse kehatemperatuuri tõttu, mis oli tekkinud viiendal elupäeval, toodi laps kümnendal elupäeval Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla vastsündinute patoloogia osakonda, kus viibis neli ja pool kuud.

Vastsündinul olid tüüpilised diabeetilise fetopaatia sümptoomid: makrosoomia (sünnil kehamaas 4800 g, -pikkus 55 cm, pea ümbermõõt 38 cm); lühike kael; ümmargune kuu-nägu; hüpertriinhoos turjal, kõrvalestadel, õlavöötmel, tugevad tumedad juuksed; üldine pastossus; nahk lillakaspunane. Diabeetilise embrüopaatia tunnuseid ei täheldatud. Vastsündinu üldseisund oli haiglasse saabumisel keskmise raskusega. Objektiivsete patoloogiliste muutustena ilmnesisid ka sünnitraumajärgse kesknärvisüsteemi kahjustuse tunnused, mis kombineerusid diabeetilisest fetopaatias põhjustatud ainevahetushäiretega; lisan-dust ka sepsise kliinilised tunnused. Esimestel haiglaravi päevadel täheldati hingamishäireid. Sepsise algkoldeks oli tõenäoliselt mäदानe omfaliit. 12 päeva vältel konsta-teeriti sepsisest tingitud kehatemperatuuri tõusu. Hepato- ja splenomegaalia progresseerusid. Tugevatest intoksikatsiooninähtudest sai alguse neerupuudulikkus, samal ajal esi-nes ka püuuria.

Kliiniliselt diagnoositi diabeetilist fetopaatiat, polüetioloogiaga sepsise septikopüeemi-list vormi ja sünnitraumajärgset entsefalopaatiat. Kompleksravi tulemusena (antibioo-tikumide, prednisolooni, polüvitamiinide, di-ureetikumide, kaaliumipreparaatide manusta-mine, albumiini- ja hemodeesilahuste tilkinfu-sioonid) raske üldintoksikatsioon likvideerus, kuid septilise infektsiooni septikopüeemiline vorm diabeetilise fetopaatia ja sünnitrauma foonil ravile ei allunud. Tekkisid pöörduma-

tud ainevahetushäired. Imiku seisund halvenes pidevalt, aneemia ja atroofia süvenesid. Vane-mate soovil viidi laps Narva Linna Haigla lasteosakonda, kus ta kahe nädala pärast viie kuu vanuselt suri. Patoanatomiline ja klii-niline diagnoos ühtisid.

Haigusjuhu kliiniline analüüs või-maldab väita, et insuliinisõltuvale, nef-ropaatiaga suhkruhaigele on rasedustumi-ne absoluutselt vastunäidustatud.

Haigusjuhu kirjelduse eesmärk oli tutvustada diabetoloogia aktuaalseid probleeme rasedatel ning vastsündinu-tel.

KIRJANDUS: 1. Amendt, P. Kinderärztl. Prax., 1978, 6, 299—309. — 2. Pagliara, A.-S., Karl, I.-E., Haymond, M., Kipnis, D.-M. J. Pediatr., 1973, 82, 3, 365—380.

3. Грязнова И. М., Волховитинова Л. М., Второва В. Г. Вopr. oхp. мат., 1972, 11, 22—27. — 4. Грязнова И. М., Второва В. Г., Сав-ченко Т. Н., Себко Т. В. В кн.: Сахарный диабет у детей. М., 1976, 65—67. — 5. Ива-новская Т. Е., Сегельман М. М. Педиатрия, 1978, 9, 24—30. — 6. Педерсен Е. Диабет у беременной и ее новорожденный. М., 1979. — 7. Полякова Г. П. Вopr. oхp. мат., 1978, 6, 47—52.

Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria
kateeder

Eakate inimeste probleem. ÜRO konsulta-tiivkomisjoni esitatud eakate inimeste probleemide lahendamise plaani projektis on muude meetmete hulgas toodud ka järgmised: jätta eakate suvaks õigus valida pensionile mineku või oma võimetele vastava ning mo-raalset rahuldust pakkuva töö jätkamise vahel, tunnistada naiste spetsiifilisi vajadusi, arvestades nende pikemat eluiga meestega võrreldes. Praegu toimub selle rahvusvahelise tegevusplaani põhimõtete ja eesmärkide aru-telu maailma eri maades. Lõplikult kinnita-takse need ÜRO Peaassambleel 1982. aasta juulis-augustis Viinis, mil arutamisele tuleb eakate probleem.

Здоровье мира, 1981, 11.

UDK 616-005.741.9-08

PERTUBATSIOONIST PÕHJUS- TATUD ÕHKEMBOOLIA BARO- TERAAPIA KOOS HÜPER- BAARILISE OKSÜGENATSIOO- NIGA

BORISS HEIFETS-TETELBAUM
VLADIMIR DJATSENKO
SERGEI RAPOPORT TALLINN

hüperbaariline oksügenatsioon, baroteraapia, õhkemboolia

Õhkemboolia ravi hulgalistest meetoditest on kõige tõhusamaks osutunud tuukripraktikas kasutatav patogeneetiline ravi. Haiguse peapõhjus — õhuembool — kõrge rõhu mõjul kaob. Ravi-kompressioon koos hüperbaarilise oksügenatsiooniga, mida kasutatakse rõhu vähendamise perioodil (alates ülerõhust 2 atü), annab õhkembooliast — meditsiiniliste manipulatsioonide raskest tüsistusest — tervistumisel väga häid tulemusi.

Haigusjuht. 1978. aasta detsembris saabus Tallinna Eesti Raudteekonna Haiglasse ravile 34-aastane naispatsient. Diagnoos: menstruaaltsükli häired ja teisene sigimatus. Järjekordsel läbipuhumisel (pertubatsioonil) juhtis õhku munajuhadesse rõhu all 100 mmHg. Kaks minutit pärast protseduuri kaotas haige günekoloogiliselt toolilt mahaastumisel teadvuse.

Objektiivselt: nahk kahvatu, kaetud külma higiga, pulsisagedus 92 lööki minutis, puls rütmiline, nõrga täitumusega, arteriaalne rõhk 90/40 mmHg. Pupillid laienenud, valgu-sele ei reageerinud. Haige oksendas korduvalt. Manustati 500 ml 5 %-list glükoosilahust, 2,0 kordiamiini, 1,0 prednisolooni, 0,5 ml 0,005 %-list strofantiinilahust, eufüllii-ni, 1,0 1 %-list dimedroolilahust ja 20 000 ühi-kut hepariini. 15 minuti pärast tuli haige lühikeseks ajaks teadvusele, kaebas, et näge-vat ainult valguskuma, tundvat peapööristust ja ägedat peavalu. Pareese ei täheldatud, na-hatundlikkus oli säilinud, kõõluserefleksid normis, patoloogilised refleksid puudusid. Silmaarst diagnoosis vereringehäireid näge-miskeskuse piirkonnas. Kaks tundi pärast pertubatsiooni kaotas haige taas teadvuse. Reanimatoloog diagnoosis peaaegu õhkembooliat.

4,5 tundi pärast pertubatsiooni paigutati haige tuukrite rekompresioonikambris (PKYM), mille ruumala on 2,1 m³. 30 minuti jooksul tõsteti kambris rõhku 7 atü-ni, kus-juures 2 atü-ni tehti seda õhu, seejärel

heeliumi ja õhu segu lisamisega, mis sisaldas 7...9 % hapnikku. Ekspositsioon rõhu all 7 atü vältas 1 tund 30 minutit. Selle maksi-maalse rõhu all ventileeriti kambrit heeliumi ja õhu seguga. Haige seisund ilmselt paranes pärast seda, kui ta 7 atü rõhu all oli viibi-nud 40 minutit: ta tuli teadvusele, kuid ei orienteerunud adekvaatselt, kaebas, et ei nä-gevat. Pupillid laienenud, reageerisid valgu-sele. Valguse toimele hakkas adekvaatselt reageerima alles 7,5 tundi pärast kambris-se paigutamist, 14 tundi hiljem nägemisvõime taastus täielikult.

Dekompressioon toimus ravikompressiooni III režiimi järgi (vt. Tuukriteenistuse eeskir-jad, lisa 1, I osa), samal ajal rakendati hü-perbaarilist oksügenatsiooni. Kui rõhku oli alandatud 2 atü-le, hingas haige hingamis-aparaadi KI-3m vahendusel hapnikku 40 mi-nutit, selleks ajaks oli rõhu alandamine kambris peatatud. Ravidekompressioon väl-tas 33 tundi.

Haige lahkus kambrist ilma kõrvalise abi-ta. Pulsisagedus 84 lööki minutis, puls rüt-miline, rahuldava täitumusega; arteriaalne rõhk 120/70 mmHg. Neuroloogiline staatus: kõõluserefleksid elavad ja ühtlased, kolju-piirkonnas innervatsioonihäireid ei tähelda-tud, patoloogilised refleksid puudusid. Pärast kahetunnist viibimist barokambri vahe-tus läheduses saadeti patsient haiglasse taga-si, et jätkata põhihaiguse ravi.

Haigusjuht annab veenvalt tunnis-tust ravikompressiooni mõjususest isegi siis, kui emboli tekkest on möödas suh-teliselt palju aega (ligikaudu 5 tundi). Meie nappide kogemuste põhjal (kokku 11 haigusjuhtu viimaste aastate jook-sul) võib kinnitada, et peaaegu õhkemboolia korral on ravikompressioon koos hüperbaarilise oksügenatsiooniga asen-damatu ravimoodus.

Kahjuks võimaldab meditsiiniapara-tuur, mis on ette nähtud hüperbaarili-seks oksügenatsiooniks, tõsta ülerõhku vaid 1...2 atü. Seetõttu ei ole niisugu-ne aparaatuur gaasemboolia raviks kõlb-lik, sest edukaks raviks on tarvis rõhku tõsta mitte vähem kui 7...10 atü.

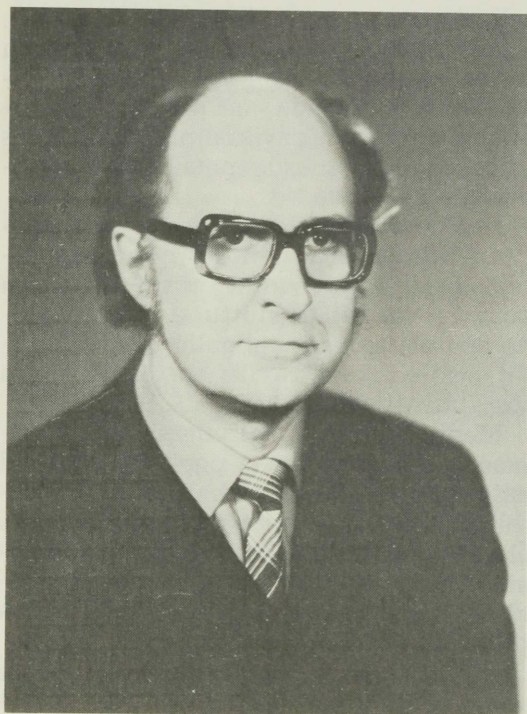
Meditsiinilise manipulatsiooni tüsis-tusena tekkinud meie poolt kirjeldatud haigusjuht ei ole erand. Just sel põhju-sel peaksid reanimatsiooniosakondades olema raviotstarbelised rekompresioo-nikambrid, milles oleks võimalik üle-rõhku tõsta 11 atü-le ja seejärel jätkata pikaajalist dekompressiooni.

Tallinna Vabariiklik Sadamaigla
Tallinna Eesti Raudteekonna Haigla

Kaadri ettevalmis- tamine

RANDO TRUVE ARSTITEADUSE DOKTOR

26. detsembril 1980. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli kirurgia eriala doktoriväitekirjade nõukogu ees doktoriväitekirja «Maoreseksiooni, selektiivse ja proksimaalse selektiivse vagotoomia võrdlev hinnang gastroduodenaalsete haavandite kirurgilises ravis» Tallinna Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonna juhataja arstiteaduse kandidaat **Rando Truve**. Oponeerisid arstiteaduse doktorid



prof. akadeemik M. Kuzin (Moskvast), prof. S. Gulordava ja arstiteaduse doktor J. Männiste (Tallinnast) ning prof. K. Pöder (Tartust), kes kõik hindasid R. Truve pikaajalise uurimise tulemusi kõrgelt, ka nimetatud nõukogu tunnistas R. Truve uurimuse üksmeelselt doktorikraadi vääriliseks.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidium andis oma 13. novembri 1981. a. (protokoll nr. 44) otsuse põhjal R. Truvele arstiteaduse doktori kraadi.

R. Truve doktoritöö on kaalukas uurimus. Ta andis proksimaalse vagotoomia näidustused, põhjendas operatsioonimeetodi valikut: kunas teha maoreseksioon, kunas selektiivne vagotoomia või siis proksimaalne selektiivne vagotoomia. Doktoritöö tugineb rikkalikele operatsioonikogemustele, milles esmakordselt NSV Liidus kasutati ravivõttena proksimaalset selektiivset vagotoomiat püloroplastikata. Töös on kasutatud kahte uut uurimismoodust — pH-meetriat operatsiooni ajal ja gastrobalonograafiat, mis on originaalne mao-motoorika selgitamiseks. Nende kohta on välja antud autoritunnistused.

R. Truvel on trükist ilmunud ligi 70 teadusartiklit, neist 52 doktoritöö teemal.

R. Truve on sündinud 1936. a. Tallinnas töölisperekonnas. Aastail 1955... 1961 õppis ta TRÜ arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist suunati ta Kingissepa Rajooni Kesonhaiglasse kirurgiks, kus töötas 1964. aastani. 1964. a. peale oli ta Tallinna Tõnismäe Haiglas kirurg, 1967. a. sealsamas kirurgiaosakonna juhataja. 1971. a. siiani on ta Tallinna Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonna juhataja.

Irene Maaroo

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi otsusega 27. maist 1981. a. (protokoll nr. 23) anti dotsendikutse pediaatria erialal TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhatajale arstiteaduse kandidaat **Leo Tammele**.

KAITSI KANDIDAADIVÄITEKIRJU

18. juunil 1981 kaitses akadeemik A. Bogomoletsi nimelises Kiievi Meditsiiniinstituudis kandidaadiväitekirja «Meta-fenüleendiamiini toksilis-hügieeniline iseloomustus» Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hügieeniosakonna atmosfääriõhu toksikoloogia laboratooriumi juhataja kt. **Leelo Männik**. Dissertatsiooni teaduslikud juhendajad olid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik, Ukraina NSV teeneline teadlane, arstiteaduse doktor professor L. Medved ja arstiteaduse doktor professor V. Stankevits, ametlikud oponendid arstiteaduse doktor L. Pripulina ja arstiteaduse kandidaat dotsent G. Jatsula.

L. Männiku uurimus on valminud Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis ning Üleliidulises Pestitsiidide, Polümeeride ja Plastmasside Hügieeni ja Toksikoloogia Teadusliku Uurimise Instituudis. Töös on uuritud meta-fenüleendiamiini migratsioonivõimet, toksikogeenset ja allergiseerivat mõju eksperimendis, samuti selle mõju inimorganismile tööstuses tootmisprotsessis. Uurimistöös on kindlaks tehtud, et meta-fenüleendiamiin on põlütroopse toimega toksiline aine, millel on mõõdukalt allergiseeriv toime. On välja selgitatud, et tööstuses meta-fenüleendiamiiniga kokkupuutuvate tööliste haigestumus on suurem kui kontrollrühmas. Kõige sagedamini on registreeritud närvisüsteemi- ja seedetraktihaigusi. Dissertant on koostanud meta-fenüleendiamiini migratsiooni hügieenilise normatiivi (0,005 mg/l), kusjuures toodangu kvaliteeti tuleb alati rangelt kontrollida.

Leelo Männik on sündinud 11. novembril 1944 Haapsalus. 1963. aastal lõpetas keskkooli, 1969. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel oli kolm aastat Kiievis aspirantuuris, 1972. aastast alates on Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadustöötaja.

L. Männikult on trükist ilmunud 21 teaduslikku artiklit.

Tartu Riiklik Ülikool esitas NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuvale Kõrgemale Atestatsioonikomisjonile TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri vanemõpetaja **Peep Veski** Ungaris väljaantud bioloogiakandidaadi diplomi nostrifitseerimiseks. Hiljuti saigi P. Veski Ungari diplomi alusel Nõukogude Liidus kehtiva bioloogiakandidaadi-diplomi (otsus 5. augustist 1981. a., protokoll nr. 37).

P. Veski on sündinud 1950. a. Kohtla-Järvel töölisperekonnas. 1968. a. lõpetas ta Kohtla-Järve 1. Keskkooli, samal aastal alustas õpinguid TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas. Pärast teise kursuse lõpetamist suunati P. Veski 1970. a. Ungari RV Semmelweisi-nim. Meditsiiniülikooli, mille ta lõpetas kiitusega.

Aasta hiljem astus P. Veski Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi taotlusel sama asutuse farmakognoosiainstituudi aspirantuuri. Kandidaadieksamid õiendas ta filosoofias, kahes võõrkeeles ja kahes nõukogu poolt määratud erialaaines ning kirjutas väitekirja «Kannabinoidide sisalduse määramine erinevates kanepisortides». P. Veski on uurinud kõiki maailmas kasvatatavaid kanepisorte ja ka metsikult kasvavat kanepit. Kõrvuti kannabinoidide tekke ja sisaldusega on ta uurinud kanepisortide morfoloogilisi ja fenoloogilisi omadusi. Kanepi väärtuse hindamisel pidas autor vajalikuks arvestada ka toimeainete, eriti psühhofarmakoloogiliselt aktiivsete kannabinoidide sisaldust. Tööd juhendas prof. G. Verzár-Petri.

Väitekirja kaitses P. Veski 19. detsembril 1980. a. Ungari Teaduste Akadeemia bioloogianõukogu poolt moodustatud seitsmeliikmelise komisjoni ees, kelle hulka kuulusid ka oponendid prof. Szendrei Kalman (keemikandidaat, Szegedi Meditsiiniülikooli farmakognoosiainstituudi direktor) ja prof. Terpó Andeás (bioloogiakandidaat, Budapesti Aian-duse Ülikooli botaanika kateedri juhataja). Pärast väitlust kirjutas iga komisjoniliige hindepunktid (võimalik on anda 0...3 punkti). 15 ja enam punkti saanud dissertanti peetakse teaduste kandidaadi kraadi vääriliseks. Kui aga teadusliku kraadi taotleja saab vähem kui 15 punkti, siis läheb läbivaatamine juba erialanõukogusse. P. Veski sai väitekirja kaitsmisel 21 punkti, seega maksimumi.

Irene Maaroo

Semjon Umanski

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

TARTU SAI UUE APTEEGI

1980. aasta detsembrist töötab Tartus Poe t. 8 uus apteek, 217. Eesti NSV-s. Apteegi päralt on maja esimene korrus ja pool keldrit. Nii apteegitöötajate kui ka külastajate seisukohalt on ruumide paigutus väga hea. Apteeki siseneja satub kõigepealt avarasse müügisaali (100 m²), mille sisustus on pärit Poo-last. Müügisaali kaunistavad kunstnik A. Loki valmistatud ravimtaimedeteemalised pannood.

Eraldi retseptuuriosakond on ühendatud assisteerimisruumiga. Assisteerimisruumi sisseseade on pärit Bulgariast. Apteegil on nõuetekohaselt sisustatud steriilsete ravimite valmistamise tuba koos autoklaaviruumiga.

Hästi on korraldatud ravimite vastuvõtmine. Need lastakse keldrisse kaldteed mööda. Ravimite kontrollimiseks ja lahtipakkimiseks on avar ruum, kust nad liftiga toimetatakse edasi kas esimese korruse laoruumidesse või käruga keldrisse lattu. Eraldi ruumid on taara,



apteegipudelite, termolabiilsete ravimite, tuleohtlike ainete ja sidumismaterjali jaoks. Peale nende on töötajate puhke- ja kümblusruum. «Kesklinna» on II kategooria apteek. Kokku on pinda 627 m², töötajaid 30.

Uue apteegi juhataja on Maila Mädis. Tartlaste varustamine ravimitega on juba paranenud, paranevad ka TRÜ farmaatsiaosakonna üliõpilaste õppimisvõimalused.

Uus apteek Tartus on avatud olnud üle aasta. Apteegitöötajate, ka ravimitarbijate lootused on igati täide läinud. Võib kinnitada, et arhitektitöö oli tõesti hästi läbi mõeldud, et töö- ja olmetingimused on hoopis paremad kui vanemates apteekides. Uus apteek on läbi müügiplaani suuresti ületanud, onkoloogiahaiglale, mida uus apteek varustab, suudetakse ravimeid anda korralikult.

Maido Sikk

SAKU UUS AMBULATOORIUM

23. novembril 1981 avati Sakus avar ja nägus ambulatoorium. Endistest kitsastest tingimustest said meditsiinitöötajad ja nende abi vajajad valgusküllaste ruumidega hoone Asula tänavas.

Ambulatooriumis on kaheksa kabinetti, kus töötavad kolm arsti (terapeut, pediaater ja stomatoloog), üldse kokku 13 inimest. Avanes võimalus teha mitmesuguseid füsioteraapiaprotseduure. Haigetele on kolm ooteruumi, ka selles osas on ruumikitsikus kadunud. Uues ambulatooriumis on peale kolme arstikabineti veel laboratoorium, personalituba, laste vaktsineerimise kabinet, ravimite hoidmise ruumid. Ja seda kõike tänu Eesti Maaviljeluse ja Maaparanduse Teadusliku Uurimise Instituudi meistrimeestele, kes kuue kuuga lõpetasid mahuka kapitaalremondi ja planeeritud ümberehitused.

Kõik ruumid on nägusad, hästi viimistletud ja Saku asutuste abiga maitsekalt sisustatud.

Harry Raaga

Sanitaar- haridustöö

UDK 614.2

KORONAARKLUBI TALLINNA KIIRABIHAIGLAS

1980. aasta oktoobris avati Tallinna Kiirabihaiglas koronaarklubi, milles õppetöö kestab kaks aastat. Töö juhtimiseks valiti õppenõukogu: esimees peaarsti asetäitja kirurgia alal A. Talihärm, sekretär peaõde A. Tambur, liikmed tootmiskoondise «Marat» ametiühingukomitee aseesimees L. Karu, V. Klementi nimelise Õmblustootmiskoondise velsker L. Ojasson ja I kirurgiaosakonna vanemõde M. Vettus.

Töös on peatähelepanu südame- ja vereringehaiguste profülaktikal ning varajasel avastamisel. Ei ole piiratud mitte üksnes loengute ja seminaridega, vaid korraldatakse praktilisi õppusi ja konverentse, näidatakse õppefilme. Klubi liikmed saavad asjalikke nõuandeid ja arstlikku konsultatsiooni.

Lektoriteks on kiirabihaigla arstid, TRÜ arstiteadlased, ka teiste erialade lektorid.

Üks populaarsemaid lektoreid on TRÜ arstiteaduskonna kateedrijuhataja prof.

J. Riiv, kes möödunud aastal pidas avaloengu «Isheemiatõbe soodustavad tegurid ja epidemioloogilised andmed» ning tänavu «Kehaline treening ja toitumine südamehaiguste vältimisel». Esimesena mainitud tuli kuulajate soovil korrata, nüüd juba südamehaiguste probleeme käsitleva teemana. Väga elavalt reageeriti prof. J. Riivi loengule «Kuidas elada oma rinnaangiiniga?».

Huviga on kuulatud ka A. Randvere loenguid «Südame isheemiatõve olemus ja ravi», «Kõrge vererõhk ning südame- ja veresoonte haigused», «Madal vererõhk ja sellest tulenevad organismi häireseisundid». J. Raudsepa ettekanded «Psühhoemotsionaalne stress ja koronaartõbi», «Neuroosidest» ja arstiteaduse doktor T. Sullingu loengud «Südame isheemiatõve kirurgiline ravi», «Kunstlik süda» äratasid suurt tähelepanu. Vanemteadur K. Tammelt olid head loengud «Alajäsemete arterite haigused» ja «Venosse vereringe haigused», allakirjutanu rääkis teemal «Esmaabi õnnetusjuhtumite puhul ja elustamisvõtted».

Koronaarklubis on nõu saanud kosmetoloog E. Tammelt, tarbekunstnik S. Hansonilt jt. Esile tuleb tõsta ühingu «Teadus» lektorit L. Võime, kes rääkis teemal «Partei jõud on tema ühtsus rahvaga».

Koronaarklubi on kiiresti võitnud tallinlaste poolehoiu. Haigla 400-kohaline auditoorium on nii mõnigi kord kitsaks jäänud. Õppetöö toimub iga kuu kolmandal neljapäeval algusega kell 17.00, korraga kaks tundi. Osavõtjad on palunud tööplaani tihendada ja isegi suvel õppetööd jätkata.

Artur Talihärm



Foto 1. Loeng kiirabihaigla saalis.



Foto 2. Eesti NSV teeneline arst prof. J. Riiv.

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2(474.2)(091)

STATSIONAARSED RAVI- ASUTUSED PRAEGUSES RAPLA RAJONIS KUNI 1917. AASTAN

HEINO GUSTAVSON · TALLINN

Hageri, Märjamaa, Rapla ja Vana-Vigala väike-
haiglad, Kuuda leprosoorium

Eestimaa kubermangus hakkasid mõnevoo-
dilised väikehaiglad tekkima põhiliselt XIX
sajandi viimasel ja XX sajandi esimesel aasta-
kümnel, mida võime täheldada ka praeguses
Rapla rajoonis.

Esmakordselt on mainitud Hageri haiglat
27. mail 1895. a.¹, mil kreisi politseiülem esi-
tab teateid sealse kihelkonnaarsti Alfred Col-
linsi kahevoodilise haigetoa kohta. Ametliku
loa palati pidamiseks oma korteri juures aga
sai arst alles 19. jaanuaril 1896, mil Peterbu-
ris kinnitati asutuse põhikiri. Arst, ühtlasi
omanik, võis vastu võtta kõiki haigeid peale
nakkus- ja vaimuhaigete. Tegeldi pisikirur-
giaga, tasu sõltus kokkuleppest.² Kogu 1897. a.
vältel oli patsiente ainult kolm.³ A. Collinsi
pisihaigla lõpetas tegevuse 1901. a. kevadel.⁴

Kuuda leprosoorium asutati Eestimaa rüü-
telkonna Maapäeva resolutsiooni alusel

¹ Kõik daatumid on vana kalendri järgi, üld-
andmed tuuakse haiglate tähestikulises järje-
korras.

² RAKA, f. 31, nim. 23, s.-ü. 82, 1, 3; s.-ü.
134, 1. 1—4 p.

³ RAKA, f. 31, nim. 26, s.-ü. 23-I, 1, 131 p.,
245 p.

⁴ RAKA, f. 31, nim. 23, s.-ü. 134, 1. 18.

(19. jaanuarist 1896), selle asupaigaks valiti
endise Kuuda õpetajate seminari ruumid (4).
Esimesel organiseerimiskoosolekul sama aasta
15. märtsil peeti vajalikuks kuni 60 voodi-
kohta. Põhikiri kinnitati siseministeeriumis
6. novembril 1896 ja avamisluba anti sama
aasta 16. detsembril. Esialgu jäi haigete arv
kesiseks ega ületanud 27. Noorim oli kolme-
aastane, vanima iga küündis 78 aastani. Pea-
hoones oli neli palatit, neist kaks naistele ja
kaks meestele, samuti pesemisruum. Saun-
pesuköök oli krundi taganurgas.⁵

Ka 1898. aasta ei olnud haigete arvult rikas:
1. jaanuariks oli ravil üheksa meest ja kuus
naist, aasta vältel tuli lisaks veel neli meest
ja neli naist, välja kirjutati kolm meest ja
kolm naist, suri kolm meest ja kaks naist.⁶

1899. a. lahkus arst Wolfgang Hunnius (oli
Kuudasse määratud 20. novembril 1896. a.)
ja asemele tuli Paul Tiesenhausen, kes 1901. a.
omakorda loovutas koha Arthur Kupfferile.
Viimati mainitu oli ühtlasi kubermangu lep-
roloog, kes pingutas jõudu vabaduses viibi-
vate pidalitöbiste teistest eraldamiseks. Peagi
oli haigeid juba 60 (3). See ei olnud veel piir,
näiteks 1908. a. oli Kuudas ravil kuni 90 hai-
get.⁷ Uus arst hoolitses leprosooriumi eest
hästi. 1906. aastal ehitasid haiged tema plaani
järgi kivist töökoja, kus hakati tegema sepa-
ja puidutööd. Palateis alustati raamatuköit-
mist ja tehti naistekäsitööd. 1909. a. sai lepro-
soorium 90 ha lisamaad, sellest 18 ha põldu.
Sealgi leidsid patsiendid tegevust. A. Kupf-
feri taotlusel hakati haigele töötasu maks-
ma (3).

A. Kupffer oli aktiivne leepraaurija ning
hea tervishoiuorganisator, kelle sulest ilmus
kaalukaid artikleid (1). Leprosooriumi haldas
kuratoorium, esimeheks oli rüütelkonna pea-
mees. Kodukord oli range: ravilast keelati lah-
kuda eriloata, tervemad pidid haigemaid
tasuta põetama, ka majapidamistööde eest ei
makstud, need aga olid sunduslikud kõigile.
Kohustuslik oli samuti palvustest osavõtt.
Toitu valmistasid ühisköögis, koka ülesandel
lasusid patsientidel. Kodukorra vastu eksinu
anti politsei kätte karistamiseks, teisi karis-
tusliike ei olnud (3).

⁵ RAKA, f. 31, nim. 24, s.-ü. 68, 1. 1—1c., 14,
22, 25, 30, 44.

⁶ RAKA, f. 31, nim. 26, s.-ü. 23-I, 1. 130, 251.

⁷ RAKA, f. 31, nim. 36, s.-ü. 106, 1. 12.

1849. a. laskis Haimre mõisa omanik ehitada **Märjamaale** haiglahoone (1). Haigla vanema ajaloo kohta on raske midagi öelda, täpsemaid andmeid aga on 1889. aastast. Raviasutuse kasutuses oli ühekorruseline puumaja, arstiametit pidas Hermann Stillmark, kohalik maa-arst. Haigetel tuli maksta 40...50 kopikat päevas, mida vaesemad endale loomulikult lubada ei saanud. Voodeid oli neli, patsientidele anti «tavalist talupojatoitu, kui nad just midagi paremat ei nõua». 1889. a. juunis valmis haigla jaoks kivimaja kahe palatiga, kummaski kaks voodit, kuid esialgu tuli siiski veel vanasse hoonesse jääda, sest viimistlustööd lõppesid alles talvel.⁸ 1895. aastal, kui haiglas töötas Märjamaa ja Vigala maa-arst Nicolai Hoffmann, oli voodikohti ikka veel neli.⁹

1902. a., mil raviasutus kuulus juba Märjamaa Arstide Seltsile¹⁰, tuli sinna tööle esimene meditsiiniõde antud territooriumil — diakoniss Natalie Martinson Tallinnast. Alates 14. jaanuarist alustas ta visiite¹¹ ning haiglatööd. Tema käsutuses oli vajaduse korral hobusõiduk (5).

2. juunil 1905 palus Märjamaa Arstide Selts luba haiglat laiendada (kirjas nimetati seda uue haigla asutamiseks). Kuberner kinnitas põhikirja kolm päeva hiljem. Nüüd oli ette nähtud 12 meeste- ja viis naistekohta. Ravitasu võeti kokkuleppe järgi, kuid erandiks oli *indicatio vitalis* — kui küsimus seisnes elus või surmas, siis tehti operatsioon ilma eelneva kauplemiseta. Kubeneri resolutsioon 15. juunist 1905 kuulutas haigla avatuks, endiselt juhatas seda N. Hoffmann. Esimene haige hospitaliseeriti siiski alles aasta lõpul, mil ehitustööd olid lõppenud.¹² Õde N. Martinson jäi ametisse edasi. Talle oli haigla poolt võimaldatud prii korter ja küte, palga- ja muud kulud kandis Märjamaa kogudus (2).

1908. a. oli ravil 37 haiget, voodipäevi kokku 430 (7). 1914. aastaks aga oli voodikohti vaid 14. Olgu lisatud, et Eestimaa rüütelkonnalt sai raviasutus iga-aastast rahalist toetust (1).

Rapla ja Juuru kihelkonnaarst Aleksander Kuzmanov teatas 21. jaanuaril 1889. a., et **Raplas** on sisse seatud kahe palatiga haigla, voodikohti viis. Ravitasu võeti 15 kopikat päevas. Kummaline, kuid kaks kuud hiljem lükkas ta oma avalduse ise ümber ja kirjutas, et haigemaja kui sellist polevat üldse olemas, küll aga olevat arstimajas üks tuba 5 voodiga nendele, kes vajavad lamamist pärast operatsiooni. Asi tuli sellest, et Eestimaa kubermanguvalitsuse arstiosakond oli A. Kuzmanovile märkuse teinud sõna «haigla» kasutamise pärast.¹³ Olgu formaalselt kuidas tahes, tegemist oli ometigi väikese statsionaariga.

9. augustil 1895 palus A. Kuzmanov luba avada Raplas haigla. Põhikiri kinnitati Peterburis 27. jaanuaril 1896, punkt-punktilt sarnanes see Hageri haigla omaga. Haigevoodeid oli «mitte alla kahe» ja omanik oli kohustatud vajaduse korral suurendama voodite arvu viieni. Raviasutus sulges ukseid 29. oktoobril 1902. Ilmselt oli seal kandis haiglat väga vaja, miks muidu tegi arstiosakond kohalikule arstile Eugen Friedrich August Kaegelerile 1904. a. veebruaris ettepaneku haigemaja taas avada. E. Kaegeler siiski ei nõustunud.¹⁴ Alles 20. detsembril 1907 avaldati soovi asutada Raplas uus erahaigla (asutajaliikmed olid A. Hunnius, L. Krusenstern ja üks Maydellidest). Põhikiri kinnitati 21. veebruaril 1908. a. ning avamisakt kannab 4. novembri 1909. a. daatumit. Tööle asus seal Rapla maa-arst Gustav Hammer.¹⁵ 1910. a. oli haiglas veedetud 347 voodipäeva (voodikohti oli kuus).¹⁶ Et arst Esimene maailmasõja ajal mobiliseeriti, siis teatasid omanikud 15. jaanuaril 1916. a. haigla sulgemisest.¹⁷

Vana-Vigala mõisas avati 1860-ndate aastate keskel mõne voodiga haigetuba, kuhu paigutati mõisa talupoegi. Esialgu oli ravitasuta, hiljem hakati ravimite eest raha võtma. Kiri ütleb, et haiged olid arsti järelevalve all. Mida see aga endast kujutas, sellest loeme Pärnu arsti Oscar Koppe aruandest: ta külastavat Vana-Vigala mõisalaatsaretti regulaarselt kord kuus (!). Siiski, haiged päris hooldu-

⁸ RAKA, f. 31, nim. 17, s.-ü. 55, l. 4—13.

⁹ RAKA, f. 31, nim. 23, s.-ü. 82, l. 5.

¹⁰ Organisatsioon oli üks arst, ülejäänud mittemeedikud.

¹¹ Õde käis vaeste, põdurate ja haigete juures, viies neile tasuta ravimeid, toitu, rõivaid jms.

¹² RAKA, f. 31, nim. 33, s.-ü. 117, kogu toimik.

¹³ RAKA, f. 31, nim. 17, s.-ü. 19, l. 1, 3.

¹⁴ RAKA, f. 31, nim. 23, s.-ü. 132, l. 1, 4—6 p., 11—15, 21—22 p.

¹⁵ RAKA, f. 31, nim. 35, s.-ü. 245, l. 8.

¹⁶ RAKA, f. 31, nim. 38, s.-ü. 231, l. 6.

¹⁷ RAKA, f. 31, nim. 35, s.-ü. 245, l. 20.

seta ei olnud, sest ametisse oli võetud mees- ja naispõetaja.¹⁸

Huvitava repliigi mainitud pisihaigla kohta tõi ära ajaleht «Olevik» aastal 1886. Kirjutatakse, et seal eksisteerivat ka väike mõisaptek. «Ja mis imelik: meie apteegis ei ole ka õppinud apteekeri, waid meie apteeker ja tohter ühes koos on niisugune, kellel kumbagi ametimehe tunniskirja (diplomi) ei ole.» (6) Tõenäoliselt vihjab anonüümne autor meespõetajale.

Käesolevast ülevaatest¹⁹ nähtub, et meie rajoonide meditsiiniajalugu pakub huvitavat materjali. Seni on meie turismikirjandus nendest faktidest kahjaks mööda läinud. Tahaks loota, et ka kohalikud meedikud oma asutuste mineviku vastu rohkem huvi hakkaksid tundma.

¹⁸ RAKA, f. 31, nim. 14, s.-ü. 33, 1. 24, 30, 30 p.
¹⁹ Ulatuslikum ülevaade Rapla rajooni meditsiiniajaloo, milles on vaadeldud ka apteekide ja arste, asub käsikirjana Rapla Rajooni Keskhaiglas. Koopiad on Eesti NSV TA Teaduslikus Raamatukogus ja H. Gustavsoni valduses.

KIRJANDUS: 1. *Brennsohn, I. Die Aerzte Estlands vom Beginn der historischen Zeit bis zur Gegenwart.* Riga, 1927. — 2. *Einundvierzigster Jahresbericht der Diakonissen-Anstalt zu Reval für das Jahr 1907.* Ревель, 1908. — 3. *Parmakson, P. Kuuda leprosoorim.* Eesti Arst, 1936, 12, 229—336. — 4. *Revalscher Kalender für das Jahr 1897.* Ревель, 1896. — 5. *Sechsenddreißigster Jahresbericht der Diakonissen-Anstalt zu Reval für das Jahr 1902.* Ревель, 1903. — 6. [Töö, teenistus, tervis]. *Olevik*, 1886, 21. 2. — 7. *Zweiundvierzigster Jahresbericht der Diakonissen-Anstalt zu Reval für das Jahr 1908.* Ревель, 1909.

Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse
Ministeeriumi KTB

Norra Meditsiiniassotsiatsioon on pöördunud üleskutsetega oma riigi valitsuse ja tervishoiu-juhtide poole rakendada meetmeid selles suunas, et aastaks 2000 saaks Norrast mitterahvatähtsuse riik. See on praegu ainuke ja esimene sellelaadne üleskutse kogu maailmas.

Здоровье мира, 1981, 11.

Konverentsid ja nõupidamised

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri ja kliiniku 100. aastapäeva konverents toimus 2...3. oktoobrini 1981 Tartus. Esimesel päeval ülikooli aulas peetud juubeliaktuse avasõnad olid tervishoiuminister prof. V. Rätsepalt, kes tunnustavalt rääkis psühhiaatria kateedri ja psühhiaatria haigla töötajate kiiduväärt ning väsimatust tegevusest nii tervishoiupraktikas kui ka teadusevallas. TRÜ rektori prof. A. Koobi tervituskõnes oli pilk heidetud ka minevikku, mil Tartu Ülikoolis töötanud silmapaistvad psühhiaatrid panid aluse nendele psühhiaatria uurimise traditsioonidele, mida selles töökas kateedris ja kliinikus on jätkatud ka tänapäeval.

Päevakohane ettekanne kateedri ja kliiniku sajandi läbitud teest oli prof. J. Saarmalt, Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla arengust, tänapäevast ja tulevikuplaanidest rääkis ilmekalt peaarst J. Aaso.

Päeva teisel poolel toimus aulas Üleliidulise Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuses presiidiumi väljasõiduistung. Avasõnad olid seltsi peasekretärit G. Lukatšerilt. Kuulati ettekandeid psühhofarmakoloogia teemadel. Prof. L. Allikmets käsitles eksperimentaalse psühhofarmakoloogia arengut Tartus, uurimissuundi, eksperimentide tulemusi, prof.



Foto 1. Juubeliaktus ja Üleliidulise Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuses presiidiumi väljasõiduistung ülikooli aulas.



Foto 2. Hõbedase juubelimedali ja aukirja annavad 34 aastat kateedrit juhatanud teenekale prof. E. Karule üle prof. J. Saarma ja haigla peaarst J. Aaso. E. Saki fotod.

J. Saarma kliinilise psühhofarmakoloogia rakendust ja ravitulemusi ning uurimistöid. Pärast ettekannete ärakuulamist diskuteeriti elavalt, palju oli mõtteavaldajaid külaliste hulgast. V. Serbski nimelise Üld- ja Kohtu-psühhiaatria Instituudi neurofüsioloogialabori juhataja prof. E. Kostandov rääkis võrdlevast uurimisest alkoholi toime tundmaõppimisel parema- ja vasakukäelistel vaatlusalustel eraldi. Nimelt selgus, et alkoholi toimel paremakäelised üldiselt muutuvad agressiivseks, vasakukäelised eufooriliseks.

Teisel päeval tuldi Tartu Vabariikliku Psühoneuroloogiahaigla konverentsisaali kuulama ja arutama 14 ettekannet. Kõiki ettekandeid ühendas üks põhiteema — psüühikahäire levimus ja struktuur mitmetes Eesti NSV rajoonides. Psüühilistel haiged on rohkem linnades ja meeste hulgast. Nagu rehabilitatsioonimeetmeid, nii ka dispanseerset arstiabi on vaja laiendada. Alkoholismi levimus on muret tekitav, kolmandas alkoholismistaadiumis on 52,3% haigeist. See asjaolu kõneleb sellest, et varajases staadiumis diagnoositakse alkoholismijuhte veel lubamatult vähe. 62% alkoholismihageist on 35...54 aastat vanad. Seega parimas töövõimeas inimesed. Eraldi uurimist vajab vallaliste alkoholism (15% haigeist). Alkoholikuist ühel kolmandikul on suguvõsas psüühiliste häiretega lähedasi.

Ettekannete teesid ilmusid trükist konverentsi ajaks. Kateedri ja kliiniku juubeliks ilmusid trükist ka J. Saarma ja E. Karu nägus brošüür «Psühhiaatria areng Tartu Ülikoolis» ning Tartu Riikliku Ülikooli toimetiste 581. anne «Psühhiaatria ja psühhofarmakoloogia areng Tartu Ülikoolis».

Vello Laos

Teaduskonverents «Infektsiooni immunoloogilised aspektid» toimus 13...14. oktoobri 1981 Tallinnas. Konverentsi plenaar-

ja sektsiooniistungitel kuulati väga mitmest aspektist lähtuvaid immunoloogiaalaseid töid: käsitleti immuunsuspuudulikkust ja selle korrigeerimise võimalusi, organismi immunoloogilist vastusreaktsiooni viirus- ja bakteriaalnakkuse korral, immuunkomplekside osa immunopatoloogias jms. Alljärgnevalt puudutame mõningaid ettekandeid ja probleeme.

Konverentsi avades rõhutas bioloogiadoktor L. Priimägi immunoloogiliste uurimismeetodite üha suurenevat tähtsust haiguse geneesi olemuse avamisel, organismi immuunsuse tekke- ja püsivusmehhanismide selgitamisel. Plenaaristungil rääkis ta immuuninterferooni spetsiifilistest isearasustest ja omadustest.

Immuunsüsteemi eri lülide põhjalik uurimine on nakkushaiguste profülaktikas väga tähtis. Kui terve inimese organismis ei arene immuunreaktsiooni mingi konkreetse antigeeni vastu, siis vaktsineerimine ei ole õigustatud. Sel puhul on õigem doonori leukotsüütidest isoleeritud spetsiifilise faktori viimine nõrgemate indiviidide organismi (A. Tšeredjeva ja L. Kovaltšuk Moskvast). Viirustevastase immuunsuse kujunemises pakub huvi viiruse ja rakkude vastastikune toimimine. Rakkude antigeensed komponendid võivad lülituda viiruste antigeenidesse. Seda asjaolu on vaja silmas pida vaktsiinide loomisel.

Organismi vabanemisel viirusest nakkuse korral on tähtis osa paljude rakuelementide aktiivsusel, mille konkreetset ilmingut on spetsiifilised, mittespetsiifilised või segatüübilised (B. Semjonov jt. Moskvast).

V. Reisenbuk koos kaasautoritega esitas mitmeid meetodilisi täpsustusi lümfotsüütide blasttransformatsiooni testi täiustamiseks. Organismi peamiste immunoglobuliinide sisalduse muutused ravi ajal annavad teatava pildi allergiliste reaktsioonide tekke võimalusest. See aga tähendab, et kliinikus on võimalik allergilisi tüsistusi prognoosida (E. Mülərbek jt.). Oma suure tundlikkuse tõttu on kompleksed radioimmunoloogilised uuringud hepatiitide diferentsiaaldiagnoosimisel kindla koha võitnud, mis võimaldab paremate tulemustega diagnoosida just B-hepatiiti, vähem edukalt aga A-hepatiiti (J. Reinaru jt.).

Prof. L. Päi käsitles immuunkomplekside osa sisehaiguste immunopatoloogias. Nende moodustumine on organismi normaalse immunoreaktiivsuse juurde kuuluv füsioloogiline ilming. Immunopatoloogilise seisundi korral häiruvad kompleksi antigeen-antikeha moodustumise regulatsioonimehhanismid ning see protsess väljub organismi kontrolli alt, põhjustades patoloogilisi reaktsioone. Seede-trakti laktofloorat kui organismi üht kaitsemehhanismi analüüsisid prof. A. Lenzner jt.

Konverentsi ettekannete teesid ilmusid trükist raamatuna «Иммунологические аспекты инфекционной патологии».

Ludmilla Priimägi
Joosep Reinaru
Semjon Umanski

V Balti liiduvabariikide onkoloogide konverents korraldati 26...28. oktoobrini 1981. a. Tallinnas. Osavõtjaid oli enam kui 200, nende hulgas nimekaid onkolooge Moskvast, Leningradist, Kiievest ning mujalt. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep.

Plenaar- ja sektiiooniistungitel kuulati ligemale 180 teaduslik-praktilist ettekannet. Onkoloogilisest abist ning selle parandamise võimalustest, Balti liiduvabariikides andsid ülevaate A. Gavrilov (Tallinn), V. Bramberga (Riia) ja A. Telitsenas (Vilnius), NSV Liidu kohta üldse V. Demidov (Moskva). Vaeti vähitõrjet, profülaktikat ja ravimeetodeid. Onkoloogiliste haigete polikliiniline abi on tunduvalt laienenud, senisest ulatuslikumalt on rakendatud kemoterapiat, immunoterapiat ning kiiritusravi. On välja töötatud täiendavad profülaktika- ja diagnoosimeetodid. On tähtis, et ravisutustes oleks nüüdisaegset diagnoosimis- ning raviaparatuuri küllaldaselt.

Teeb muret, et osa haigeid ei pöördu arstiabi saama õigel ajal, mille tõttu Balti liiduvabariikides on palju neid, kellel haigus on kaugele arenenud.

Resolutsioonis märgiti, et on vaja suuremat rõhku panna profülaktikale, viimaks miinimumini vähktõve esmasavastamise hilised juhud. Tuleb arendada tsütoloogia- ja endoskoopiaalast tööd dispanserites. Kõik onkoloogiaasutused, ka ravi- ja profülaktikaasutused peavad teaduse saavutusi senisest ulatuslikumalt kasutusele võtma.

VI Balti liiduvabariikide onkoloogide konverents korraldatakse 1985. a. Läti NSV-s.

Joosep Beltšikov

Üleliiduline toitumishügieenikonverents korraldati 28...30. septembrini 1981 Tbilisis. Põhiteema oli töövõimelise elanikkonna, eriti tööstustöölise toitumine ja tervis.

M. Volgarev (Moskva) esitas inimese energia- ja toitainetevajaduse uued füsioloogilised normid. Need on 1968. aasta normidega võrreldes rohkem diferentseeritud sõltuvalt elanike vanusest, soost, töö laadist, ka geograafilisest asukohast. Esmakordselt on reglementeeritud küllastamata rasvhapete, B₁₂- ja E-vitamiini-, folatsiini- ning rauavajadus.

Mitmed ettekanded andsid ülevaate tegeliku toitumise uurimise tulemustest eri geograafilistes piirkondades, ka Eestis (E. Vagane, M. Saava, V. Pauts). Vaeti toitumist ja inimese toitumise määramise viise, arutati toitumisrežiimi vigu, ületoitumise ja vitamiini-vaegusega seotud ainevahetus- ja tervisehäireid. Käsitleti ravi- ja profülaktilise toitlustuse printsiipe nafta-, metallurgia-, laeva-, tekstiili-, kondiitri- ja kalatööstuses ning eritingimustes (kosmoses, kõrgmägedes, Kaug-Põhjas, merel, kaevanduses) töötajatel.

Konverents otsustas laiendada toitumise ja

tervisliku seisundi vahelise seose uurimist eriti maaelanikel ning vähe liikuvatel ja tugeva närvipingega elanikel. On vaja tõhustada ratsionaalse toitumise propagandat raadio, televisiooni ja trükisõna kaudu.

Merilaid Saava

Üleliiduline sümposium toimus 1...2. oktoobrini 1981 Pihkvas. Kuulati 85 ettekannet, milles kõigis käsitleti endomeetriumi prekantserooside ja vähi patogeneesi, aktiivset avastamist ning diagnoosimist, kirurgilist ja kombineeritud ravi ning hormoonravi.

Mõned arutelud olid eriti huvitavad. Emakakehavihi puhul esineb kaks patogeneetilist varianti. Esimese puhul on endomeetriumi vähk kõrgelt diferentseerunud, haigel esinevad ainevahetus- ja hormonaalhäired (rasvumine, glükoosi talumatuse langus, sigimatus). Iseloomulik on hiline menopaus, kolpotsütoloomulise reaktsiooni östrogenne tüüp ja endomeetriumi hüperplaasia. Teine variant on harvem esinev (30...40%). Põhitunnused on kasvajakoe morfoloogiliselt madal diferentseerumine ja endomeetriumi atroofia. Haiguse prognoos on halvem kui esimese variandi korral.

Emakakeha pahaloolumuliste protsesside avastamiseks ei ole uurimine tavalisel kolpotsütoloomulisel meetodil efektiivne, sobiv uurimismaterjal on emakaõõne aspiraati. Haiguslike muutuste varajane avastamine on võimalik kompleksuurimise kaudu: hüsterograafia, hüsteroskoopia ja tsütodiagnostika.

Leningradi onkoloogid esitasid kolme kirurgilise ravimeetodi kriteeriumid ja näidustused. Emakakehavihi korral on üldiselt mõjus emaka ja emakamanuste modifitseeritud ulatuslik ekstirpatsioon. Kui haigusest on tabandunud ka emakakael, siis on näidustatud Wertheimi operatsioon. Endomeetriumi vähile omane triaad (rasvumine, suhkurtõbi ja hüpertoonia) piirab operatsiooni ulatust. Valitakse tavaline emaka ja emakamanuste ekstirpatsioon.

Endomeetriumi hüperplaasia raviks on edukalt kasutatud uusi hormoonpreparaate — dinasooli ja klomifeeni. Emakamüoomi korral olid mitmed autorid endomeetriumi hüperplaasiat leidnud sagedamini kui tervetel. Sümposiumil räägiti hormoonpreparaatide heast toimest retsidiveeruvate endomeetriumi hüperplastiliste protsesside ravis. Mitmest ettekandest selgus, et endomeetriumi vähi ravi tulemus on hea, kui on kasutatud oksüprogesteronkapronaati.

Allakirjutanu käsitles emakakeha- ja rinnavähi teket ühtedel ning samadel haigetel ning kinnitas nende pahaloolumuliste kasvajakoe ühtset hormonaalset geneesi. Sümposiumi resolutsioonis soovitati naistenõuandlates korraldada rindade profülaktilisi läbivaatusi.

Evi Hint

Keskkonna kantserogeensete ainetega saastumise alane laiendatud pleenum toimus 13...16. oktoobrini 1981 Permis. Kõige arvukamalt oli esindatud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogia Teaduslik Keskus.

NSV Liidu Riikliku Teaduslik-Tehnilise Komitee teaduse- ja tehnikanoukogu kantserogeensete ainete kahjutustamise ja tekke vältimise sektiiooni esimees prof. P. Bogovski, kes plenaaristungeid juhatas, andis ülevaate kantserogeensete ainete tekke vältimise ja kahjutustamise alast teaduslikust uurimisest. Prof. J. Vaisman Permi Polütehnilisest Instituudist tutvustas kantserogeensete ainetega saastatuse prognoosimiseks tehtud Lääne-Uurali tööstuspiirkondades. V. Tripolski (Permi Looduskeskkonna Komplekslaboratorium) käsitles Uuralis, Siberis ja Kaug-Idas väliskeskkonna benso(a)püreenisisalduse monitoring'u probleeme. Kuulati ettekandeid ka keskkonnakaitsest ja vähiprofülaktilikast ning sellest, milliseid tulemusi on saadud loomkatsete tulemuste ülekandmisel inimesele.

Järgmisel päeval toimus töö sektiioonides. Esimeses sektiionis olid vaatluse all kantserogeenid väliskeskkonnas ja nende pideva jälgimise probleemid. Benso(a)püreeni ja teiste polütsükliliste aromaatsete süsivesinikuühendite määramisest vees ning nende sisalduse vähendamise teedest rääkisid U. Kirso, E. Jermakov ja allakirjutanu. S. Bogovski käsitles hüdrobiontide kasutamise võimalikkust veekeskkonna kantserogeense saastatuse kontrollimisel. Atmosfääri kantserogeensetest saastatusest ja kontrolli võimalustest andsid ülevaate A. Milukaite, E. Jermakov ja A. Pašin. Eriti huvipakkuv oli V. Gvildise ettekanne, mis käsitles vee kvaliteedi hindamise võimalikkust bakterite mutageense aktiivsuse määramise ja blastomogeensuse uurimise teel akvaariumikaladel.

Teise sektiiooni põhiteema oli võitlus kantserogeensete ainete tekke vastu tööstuses. Hinnati koksikeemia- ja naftatööstuses ning elektrijaamades õhu saastumise vähendamiseks rakendatud abinõude mõjusust. Kolmandas sektiionis arutati väliskeskkonna kantserogeensete ainetega saastumise vähendamise tehnoloogilisi küsimusi. Ettekandeid oli ka nitrosoamiinide sisalduse vähendamisest õlle valmistamisel ning nende prekursorite leidumisest likööri- ja viinavabriku toodetes ning mitmetes toiduainetes.

Löpp-plenaaristungil andsid sektiioonijuhatajad lühülevaate kuuldust ning avaldasid omapoolset arvamust. Arstiteaduse doktor A. Ilitski kokkuvõttest selgus, et veel on metoodilisi raskusi polütsükliliste aromaatsete süsivesinikuühendite määramisel väliskeskkonna objektides, eriti proovide määramiseks ettevalmistamisel. Ei ole veel täpseid ega äraproovitud meetodeid katseloomadel saadud tulemuste ülekandmiseks inimesele, hindamaks kantserogeenset riski.

Pleenumi resolutsioonis rõhutati olulise-

maid suundi võitluses väliskeskkonna saastatusega, peeti vajalikuks täpsustada benso(a)püreeni ja muude polütsükliliste ühendite määramise meetodeid ning jätkata töid loomkatsete tulemuste ülekandmiseks inimesele.

Ingeborg Veldre

Üleliiduline sapikivitõbe käsitlev sümposium toimus 14...16. oktoobrini 1981 Dušanbes. Arutati sapikivide tekke aspekte, sapikivitõve diagnoosimist, konservatiivset ja kirurgilist ravi.

15...18% Euroopa elanikest põeb sapikivitõbe. USA-s ulatub haigete arv 15...20 miljonini, igal aastal tehakse seal 500 000 sapiteede operatsiooni, meil, Nõukogude Liidus, umbes 80 000. 1977. a. pöördus NSV Liidus arsti poole 1,7 miljonit sapikivitõbe põdejat. Haigete paremaks väljaselgitamiseks tuleb täiustada diagnoosimeetodeid. Plaaniliselt opereeritute ja vältimatu abi korras opereeritute suhe on NSV Liidus 1:10, peaks aga olema võrdne või vastupidine, sest plaaniliselt opereeritute ravi tulemused on alati paremad. Sageli on kirurgilist sunnitud tegema nn. meeleteoperatsioone, millest tingitud ka letaalsus ja operatsioonijärgsed tüsistused. Haiged, kellel avastatakse sapikivid, tuleb saata kirurgilisele ravile õigel ajal. Tegevarstid peavad rohkem tegelema haiguse profülaktikaga, pöörates eriti tähelepanu õigele toitumisele. Iga päev tuleb süüa toite, mis sisaldavad tselluloosi. Viimane kutsub esile sapphapete produktsiooni ja vähendab kolesteriini hulka sapis. Leedu NSV-s juba valmistatakse niisugust leiba.

Eesti NSV-st võtsid sümposiumist osa E. Lond, G. Ujumova, E. Kullamaa, K. Solovjov ja allakirjutanu. Sümposiumi materjalid avaldati trükis.

Ants Haavel

III üleliiduline refleksravi konverents toimus 13...15. oktoobrini 1981 Kišinjovis. Põhiprobleemid olid järgmised: refleksravi teoreetilised alused ja metodoloogilised küsimused, sisehaigusi, luu- ja liigese- ning närvihaigusi põdejate refleksravi, refleksravi meditsiinilis-tehnilised aspektid. Käsitleti veel refleksravi günekoloogias, narkoloogias, anestezioloogias ja kliinilise meditsiini muudes valdkondades.

Nöelravi ja ka teised refleksravi meetodid toimivad vegetatiivse närvisüsteemi kaudu, mitmeid teid pidi, ka kõrgemate närvikeskuste kaudu, samuti humoraalsel teel. Et ühtne seisukoht puudub, oli refleksravi teoreetiliste aluste arutelu väga elav. Täpsustati akupunktuuri ülesandeid nii teooria kui ka kliinilise praktika valdkonnas: toime uurimine, selle ravimooduse kasutamine kompleksis traditsiooniliste ravimeetoditega, nöelravi kasutamise võimalused onkoloogias, anestezioloogias, psühhiaatrias ja muudel erialadel.

Käsitleti nõelravi võimalusi bronhiaalastma, gastroenteroloogiliste ja muude haiguste korral, samuti kardioloogias, esmaajones stenokardia ja rütmihäirete puhul. Ehkki põetud infarkti peetakse nõelravi vastunäidustuseks, toodi näiteid selle ravimooduse soodsatest tulemustest nii isheemiatõve kui ka põetud südameinfarkti juhtudel. Häid tulemusi on saadud neurooside ravis. Nõelravi tulemusi on hinnatud ka psühholoogiliste testide abil. Akupunktuur- ja aurikulodiagnoosimine täiendavad meditsiini traditsioonilisi diagnoosimis- ja uurimismeetodeid. Mitmes töös vaadeldi tehniliste vahendite kasutamist kehapunktide mõjutamisel: toodi andmeid elektropunktuuri, elektroakupunktuuri, laserpunktuuri, magneti ja muude füüsikaliste vahendite refleksravis kasutamise kohta.

Konverentsi materjalid avaldati trükis. Meie vabariigist võtsid konverentsist osa J. Voitaševskaja, R. Põllumaa ja allakirjutanu.

Jaan Karusoo

II üleliiduline endokrinoloogide kongress

toimus 20...23. oktoobri 1981 Leningradis.

Plenaaristungit avades tõi NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja A. Safonov esile endokrinoloogiliste meetodite ning teadmiste ilmse ekspansiooni teistesse meditsiiniharudesse. Endokrinoloogiast ja selle arengu teedest kõneles akadeemik N. Judajev (Moskva). Endokrinoloogiat õpetatakse nüüd kõrgkoolis eridistsipliinina. Endokrinoloogiainstituudi filiaal on Kaunases. Edukalt on uuritud suhkurtõve epidemioloogiat, suhkurtõve ravis on mõjusaid meetodeid. Esmakordselt NSV Liidus on keemilisel teel saadud prostaglandiine, originaalmeetodil on sünteesitud mõned liberiinid, neist türoliberiin on jõudnud kliinikusse. Kloditaani kasutuselevõtt on võimaldanud koostada Itsenko-Cushingi tõve uue raviskeemi. Uuritakse uusi hormonaalsete ühendite rühmi — enkefaliine, endorfiine jt. Endokrinoloogia arengu põhisuundadeks tuleb N. Judajevi ettekande alusel pidada hüpofüüsi ja hüpotaalamuse vastastikuste seoste selgitamist, suhkurtõve probleeme ja hormoonide toimemehhanismi täpsustamist.

Kongressi töö jätkus sektsioonides.

Suhkurtõvesektsioonis olid ettekanded põhiliselt patogeneesi peenmehhanismide alalt. Patogeneesi eri variante tuleb kliinilises töös arvestada väga ning sellele vastavalt ka ravi varieerida.

Erilist huvi pakkusid hormoonide toime-mehhanismide ja hormonaalregulatsiooni käsitlaval sektsiooniistungil kuulud ettekanded. Neist tuleneb, et traditsioonilise mõttekäiguga ei saa endokrinoloogiale enam läheneda, samas aga suure hulga uue faktilise materjali korral puuduvad meil sünteesivad üldistused.

Kilpnäärmehaiguste sektsioonis, olid seal siiski kõne all kas kroonilised türeoidiidid, difuus-

ne toksiline struuma, hüpotüreos või endokriinne oftalmopaatia, vaadeldi neid sageli immunoloogias seisukohalt. Võib loota, et see toob kliinilisse endokrinoloogiasse edaspidi mõndagi uut.

Neljandas sektsioonis oli arutusel hüpotalamohüpofüsaarsüsteem normaalse talitluse ja patoloogiliste muutuste korral. Käsitleti Itsenko-Cushingi tõve patogeneesi ning ravi, nanismi somatotropiinravi, neerupealiste tuumorite kirurgilist ravi, hüpofüüsi hormoonide sekretsiooni inhibiitorite ja liberiinide kasutamist mitmes kliinilises testis, samuti ravis. Mitmed tööd olid hüpofüüsi gonadotroopse ja sugunäärmete funktsiooni kohta. Varajasemate töödega võrreldes oli iseloomulik see, et hormoonide täppisuuringute rakedus on tööd muutnud konkreetsemaks ja täpselt mõistetavaks. Seetõttu on ka kliinilised üldistused otsesed.

Kongressi otsuses märgiti, et endokrinoloogia kiire areng nõuab paratamatult nüüdisaegset õppekirjandust ja -metoodikat, endokrinoloogiaasutuste võrgu laiendamist ning selle varustamist tänapäevaste uurimis- ja ravivõimalustega ning teadustöö tunduvat tõhustamist.

Kongressist võtsid meie vabariigist osa L. Gladštein, M. Gus, J. Ksenofontov, H. Podar, I. Kalits, I. Kõiv ja J. Kelk Tartust, kolmelt viimast nimetatut olid ettekanded, ning A. Hromova, I. Piirits, S. Velbri Tallinnast ja A. Melts Pärnust. Eesti NSV Endokrinoloogide Teadusliku Seltsi 50 liikme kohta avaldati kongressi teesides 12 tööd kokku 16 autorilt.

Üleliidulise Endokrinoloogide Teadusliku Seltsi juhatuses esimeheks valiti tagasi akadeemik V. Baranov (Leningrad). Eestist valiti juhatusse I. Kalits ja A. Kallikorm, revisjonikomisjoni aga allakirjutanu. I. Kalits kuulub juhatuses presiidiumisse.

Jaan Kelk

NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi keskkonnakaitse ja looduslike ressursside ratsionaalse kasutamise sektsiooni üldkoosolek toimus 21. oktoobril 1981. a. Moskvast. Põhiettekanne esitas kompleksprogrammi «Inimene ja väliskeskkond; looduskaitse probleemid» peanõukogu esimees prof. J. Vassiljev M. Kalinini nimelisest Leningradi Polütehnilisest Instituudist. Ta andis ülevaate tehtust, teadussaavutustest ja perspektiividest. Kaasettekanded olid kompleksprogrammi probleemide ja küsimuste esimeestelt, nende seas ka allakirjutanult, kes juhib NSV Liidu meditsiinilistes kõrgkoolides 1980. a. moodustatud probleemide ja küsimuste «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid». Nimetatud alal töötab eeloleval viisaastakul 16 kõrgkooli ning teemasid on 30.

Eesti NSV-s alustati selle probleemi teaduslikku uurimist 1980. a. TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedris. Põhieesmärk on korrelatsiooni

uurimine maaelanikkonna üha suureneva üldhaigestumise ja selle struktuuri ning põlumajanduse ulatusliku kemiseerimise, mehhaniseerimise ning muude vahendite kasutuselevõtmise vahel. Sellest tulenevalt on vaja teha ettepanekuid profülaktikaabinõude kohta.

Meie vabariigist võttis koosolekust osa veel eespool nimetatud nõukogu teadussekretär dotsendi kt. M. Niit TRÜ-st. Nõupidamisel arutati ka mitmeid organisatoorseid küsimusi.

Arnold Jannus

XVIII akustikaalane konverents toimus 11...13. novembrini 1981. a. Leningradis. Ettekandeid oli paljudelt meie maa müra- ja vibratsioonitõrje spetsialistidelt. Üks huvitavamaid oli Leningradi teadlase G. Izaki loeng, mis käsitles müra ja vibratsiooni vähendamise võimalusi laevadel. Ta tutvustas originaalset meetodikat, mis akustilisi arvutusi võimaldab teha juba laeva eskiisprojekteerimise staadiumis. Kahjuks ei kasutata seda meil projekteeritavate ja ehitatavate laevade puhul alati. Probleem on aktuaalne ka meie vabariigis. Nii on Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama vibroakustikalabor registreerinud laevadel äärmiselt halbu müra- ja vibratsiooniparameetreid nii töö- kui ka eluruumides.

Konverentsil käsitleti veel masinate ja seadmete heliisolatsiooni. Masinate katteelementide, heliisolatsiooni ning disaini õige valiku puhul on müra võimalik vähendada 15...20 dB, kärgkonstruktsiooni kasutamise korral on reaalne vähendada isegi madalsageduslikku ning infraheli.

O. Tamme, E. Vassiljeva ning allakirjutanu uurimuse «Eesti NSV kogemusi elanikkonna mürakaitsel» kandis ette töö esimene autor. Ettekanne oli laiapiiriline, selles vaadeldi müra- ja vibratsioonitõrje eri tahke tootmises, olmes ja normimises. Mitmed töös tõstatatud probleemid kajastusid konverentsi otsuses.

Vernold Kallasmaa

Sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni alane õppemetoodika konverents toimus 15...22. detsembrini 1981 Arstide Täiendamise Keskinstituudis Moskvast, sellest võttis osa ka allakirjutanu. Konverents oli mõeldud tervishoiujuhtide kvalifikatsiooni tõstmiseks.

Kavas oli 17 ettekannet ja neli seminari, kus teemad olid järgmised: esmane profülaktika ja tervete eluviiside kujundamine, tervishoiuorganisatsiooni ja sotsiaalhügieeni metodoloogilised ja teoreetilised alused, tervishoiuressursside kasutamise efektiivsuse suurendamine ning tervishoiujuhtide ettevalmistuse ja kvalifikatsiooni täiustamine. Palju tähelepanu pöörati meditsiinilisele deontoloogiale ja arstietikale.

Tervishoiu planeerimisel on vaja silmas pida prognoosimist.

Konverentsiga tähistati Arstide Täiendamise Keskinstituudi tervishoiuorganisatsiooni ja sotsiaalhügieeni kateedri 50. aastapäeva.

Arnold Jannus

Eesti NSV ja Soome kirurgide nõupidamine. Turu Ülikooli kirurgiakliiniku peaarsti prof. S. Viikari kutsel viibis 24...27. augustini 1981 Soomes rühm Eesti NSV raviautustate kirurge ja TRÜ õppejõude. See oli vastukülaskäik Soome kolleegide juurde.

Mao- ja kaksteistsõrmiku haavandtõbi on nii meil kui ka Soomes mitte üksnes meditsiiniline, vaid ka sotsiaalne probleem. Tänu meie vabariigi terapeutide ja kirurgide tihele koostööle gastroenteroloogia valdkonnas on diagnoosimises ning ravi suudetud nii mõndagi ära teha. See on kõitnud meie põhjanaabrite tähelepanu ning olnud ühtlasi eelduseks mõningate haavandtõve diagnoosimise ja ravi küsimuste ühisele uurimisele.

Soome kolleegide (E. Ääräma) töödest selgus, et proksimaalvagotoomia tagajärjel väheneb aktiivselt funktsioneerivate parietaalrakkude arv mao limaskestas, millega võib seletada ka selle operatsiooni efektiivsust haavandhaigete ravi. Ägedate mao- ja kaksteistsõrmikuverejooksude korral alustavad Soome kolleegid haigete uurimist endoskoopiast, selle efektiivsuse korral tehakse verejooksu kolde toopiliseks diagnoosimiseks selektiivne angiograafia (tsöliakograafia). Alles siis, kui ka see meetod ei anna soovitatavat informatsiooni jätkuva verejooksu põhjuste kohta, minnakse üle diagnostilisele laparotoomiale. Vagotoomia hilistulemuste jälgimisel (R. Heinenen) on Soome kolleegid leidnud, et aastaid pärast operatsiooni mao happe-eritumise võime mõningal määral taastub, jääb aga madalamaks kui enne vagotoomiat.

Meie ettekannetes vaeti proksimaalvagotoomia hilistulemusi (viis kuni kaheksa aastat) ning täpsustati näidustusi operatsioonimeetodi valikuks. J. Sarv esitas Holle meetodil viimistletud põloroplastikavariantide kasutamise kriteeriumid ning tõstatas küsimusi operatsioonitehnika alalt.

Diskussioonil tuldi otsusele, et Hollenderi test vagotoomia täielikkuse hindamiseks on ebakindel. Hoopis otstarbekohasem oleks vagotoomia täiuslikkust hinnata operatsiooni ajal pH-meetriliselt, nii nagu seda soovitati meiepoolses ettekandes.

Jõuti kokkuleppele, et ühisuurimise üks probleeme edaspidi on duodenaalregurgitatsiooni mõju mao limaskestale sõltuvalt maodrenaazi variandist. Haavandtõve kirurgilise ravi hilistulemuste parendamise eesmärgil peeti vajalikuks täpsustada haavandtõve kirurgilise ravi näidustuste kriteeriume ja kasutusele võtta operatsiooniaegsed vagotoomia täielikkuse kontrollimise testid.

Tutvuti Turu Ülikooli kirurgiakliiniku baaside ja kliiniku ajalugu käsitava omalaadse muuseumiga. Soome ravisutused jätsid väga hea mulje. Eriti torkas silma mitmekesine röntgeniaparatuur ja endoskoopiline diagnostimisaparatuur.

Meie delegatsiooni juhtgrupil ja Soome esindajal oli nõupidamine Soomes asuva NSV Liidu peakonsuli V. Bondari juures, kus arutati Tartu Riikliku Ülikooli ja Turu Ülikooli vahelise koostöö plaane. Soome kolleegidel külas olnud rühma kuulusid S. Gulordava, J. Sarv, E. Sepp, J. Männiste, A. Peetsalu, A. Haavel ja allakirjutanu delegatsiooni juhina.

Uno Sibul

XII ülemaailmne otorinolarüngoloogide kongress toimus 21...27. juunini 1981. a. Budapestis. Samal ajal olid ka II ülemaailmne otorinolarüngoloogiaalane kinofilmide festival ja rahvusvaheline meditsiiniinstrumentide näitus. Nõukogude Liidust võttis osa 15 otorinolarüngoloogi, nende hulgas E. ja K. Laamann Tartust ning allakirjutanu Tallinnast.

Peale kolme plenaaristungi toimus üheksas loengusaalis sektiioonide töö ümmarguse laua diskussioonide või vabade ettekannetena 39 probleemi alal, ka meie vabariigi esindajailt oli kaks ettekannet.

Toome kongressi ettekannete tähtsamad seisukohad. Arengumaades elab 350 miljonit last, kellest iga 1000 lapse kohta on üks kuni kaks täielikult kurdid. Jaapanis esines neurosensoorset vaegkuulmist 1,25%-l koolilastest, üle 30 dB oli see 0,23%-l koolilastest. Leiti, et imikuea diagnoositud kurtusele vaatamata võimaldab kõrvataguse kuulmisaparaadi pidev kandmine ja süstemaatiline kodune tree ning enamikul normaalse kuulmise teiseks eluaastaks taastada. Paljud esinejad rääkisid ajutise kuulmiskahjustuse osast kõne ja tunnetusvõime arengu pidurdamises lastel. Rootslaste andmeil põeb ägedat keskkõrvapõletikku 20% kõigist linnalastest, eeskätt uute linnajagude ja lasteaia lapsed.

Kuulmise objektiivseks uurimiseks registreeritakseaju või ajutüve biovoolusid, keskkõrva või kõrvataguste lihaste biovoolusid heliärrituse puhul. Jaapanlased on konstrueerinud nõelotoskoobi läbimõõduga 1...2 mm, millega läbi kuulmekile perforatsiooni vaadeldakse trummiõõnt fiiberoptika abil. Samal ajal saadakse teleekraanil trummiõõnest elektroptiline suurendus.

Teaduse suurimaks saavutuseks tuleb pida-da teo implantaadi (proteesi) kasutuselevõtmist kuulmise taastamiseks kaasasündinud ja süfiliitilise kurtuse puhul. Esimesed sellised mikroelektroodid on sisekõrva implanteeritud Austrias Viini Ülikooli nina-, kõrva- ja kurguhaiguste kateedri ning Viini Tehnikaülikooli elektriinseneride koostööna. Samuti Poolas on viiest kurdist õnnestunud neljal kuulmine taastada. Konstateeriti, et ägedasse

ja kroonilisse mädasesse keskkõrvapõletikku ning mastoidiiti haigestumine on sagenenud, võrreldes andmetega enne antibiootikumide kasutuselevõtmist. Kõige tähtsam nende profülaktikas ja ravis on kuulmetõrve funktsiooni säilitamine; ei tohi unustada ka allergia osatähtsust. $\frac{1}{3}$ kuulmishäiretest on põhjustatud ototoksilistest antibiootikumidest. Lahtiseks jääb, millal teha lapseeas rinoplastika, tonsill- või adenektomia.

Näonärvi paralüüsi puhul on sageli tegemist näonärvi luuse kanali ebaühtlase läbimõõduga. Et näonärvi turset alandada, tuleb kohe manustada steroidipreparaate.

Mitmed ettekanded olid sisekõrva kahjustusest tingitud tasakaaluhäirete ning kosmoselennul tekkivate nina-, kõrva- ja kurguhaiguste alalt, palju huvipakkuvaid ettekandeid oli meie otoloogidelt (I. Soldatov, Hrappo, Matsnev jt.). Ameerika teadlased rõhutasid unearteri fonoangiograafia ja oku-lopletüsmograafia abistavat osa a. *vertebra-lis'e* seisundi hindamisel. Jaapanlased demonstreerisid filmi, kuidas läbi ümarakna on võimalik jälgida teos verevoolu. Kõrgetoonaudiomeetriast, mille abil saab müra-kahjustusi ja ototoksilisi kuulmiskahjustusi varakult diagnoosida, oli ettekandeid Ungari, Saksa DV, Tšehhoslovakkia otoloogidelt ja käesoleva kirjutise autorilt. Jaapanlased on konstrueerinud kuulmisaparaadi, millega on võimalik ka müras kõnest hästi aru saada.

Rinoloogiaalastes ettekannetes rõhutati ultraheli tähtsust paranasaalsete sinusiitide diagnoosimisel ehoskoobi abil ning nina limaskestast transpordifunktsiooni kindlaksmääramist. ninahaiguste diagnoosimisel ja ravis, allergiliste riniitide puhul aga rinoreo-manomeetriat ja impedantsi määramist.

Laserkirurgia kasutuselevõtmisel otorinolarüngoloogias on suur tähtsus, eriti kõrihaiguste mikrokirurgilises ravis. Oma kogemusi sel alal jagasid ka meie teadlased. Huvipakuvad olid foniaatriaalsed ettekanded, kusjuures tähelepanu keskmes olid Nõukogude Liidu, Austria ja Jugoslaavia teadlaste uurimused. Ameeriklased demonstreerisid kinofluorograafia abil valmistatud filmi, mis käsitles aden- ja tonsillektomiajärgsete velofarüingeaalsete inkompetentsete komplikatsioonide tekkimist ning nende ärahoidmise tähtsust foniaatrias.

Arvid Luts

Arstide seltsides

Eesti NSV Kirurgide Teadusliku Seltsi juubelikoosolek, mis oli pühendatud Nikolai Pirogovi mälestusele ning N. Pirogovi nimelise Kirurgide Teadusliku Seltsi asutamise 100. aastapäevale, toimus 11. detsembril 1981. a. Tallinnas.

Prof. Š. Gulordava andis ülevaate N. Pirogovi elu ja tegevuse Tartu-perioodist. N. Pirogovi kui isiksuse kujunemisele aitas palju kaasa tema õpetaja J. Chr. Moier. Andeka pedagoogina oskas ta N. Pirogovis äratada huvi anatoomia ja kirurgia vastu. 1836. aastal loovutas J. Chr. Moier oma koha 26-aastasele doktorile ning 1840. aastani oli N. Pirogov Tartu Ülikooli teoreetilise ja praktilise kirurgia professor.

Prof. E. Sepp rääkis N. Pirogovist kui kirurgilise anatoomia rajajast. N. Pirogov pidas kirurgilise anatoomia tundmist kirurgile lausa moodapäasmatuks vajaduseks. Aastail 1852...1859 ilmusid tema topograafilise anatoomia ja operatiivse kirurgia alased maailmakuulsad tööd, millele tol ajal ja hiljemgi ei olnud võrdset leida.

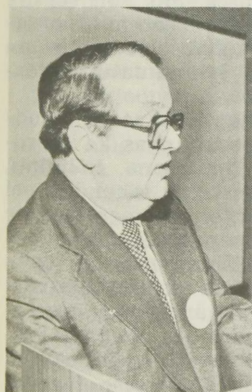
Dotsent A. Kivik andis ülevaate anestesioloogia arengu ajaloost Tartus ja valutustamise tänapäevameetodeist. 16. oktoobril 1846 kasutas hambaarst W. Morton esmakordselt enne operatsiooni tuimastusvahendina eetrit,

Aasta pärast kasutas ka N. Pirogov operatsioonidel eeternarkoosi. Umbes samal ajal võttis eeternarkoosi ka Tartus kasutusele prof. G. F. Adelman. Huvitav on see, et üldnarkoosi kestus üle 25 minuti ei olnud lubatud, siis tuli teha vaheaeg. Ka patsientide reageering oli erisugune. Juhtus ka seda, et mõni meeshaige pidas operatsiooni valutustamist oma mehisuse solvamiseks. Nüüdisaegsete valutustamismeetodite rakendamise alguseks võib pidada 1951...1952. aastat, kui süstemaatiliselt hakati kasutama narkoosiaparaate.

Koosolekuga tähistati ka Tallinna Kirurgide Teadusliku Seltsi 35. aastapäeva. Ülevaate tehtust andis seltsi esimees arstiteaduse doktor U. Sibul. Selts asutati 1946. aastal. Aastal 1949 kuulus liikmeskonda 20 kirurgi, praeguseks on liikmeid 70. Seltsi liikmeist 14-le on kinnitatud kandidaadi- ja kuuele doktorikraad. 35 tegevusaasta jooksul on seltsi elus palju muutunud. Viimase kümne aasta sees on rohkem hakatud tähelepanu pöörama mao- ja kaksteistsõrmiku haavanditöve kirurgilise ravi uutele meetoditele (proksimaalne vagotoomia). Peaaegu igal aastal on selleteemalisi ettekandeid esitatud konverentsidel ja sümposiumidel. Tallinna Kirurgide Teaduslikul Seltsil on tihe side traumatoloogide, uroloogide, onkoloogide, gastroenteroloogide jt. erialade esindajatega. Töölased sidemed on mitmete Nõukogude Liidu juhtivate erialakliinikute ning Leningradi, Moskva, Kiievi, Riia, Kaunase seltsidega, samuti mõnede kirurgiakeskustega Soomes, Rootsis, Saksa DV-s.

Järgnesid õnnitlused meie ja vennasvabariikide kolleegidelt. Lõpetuseks näidati slide dotsent A. Seppo tödest.

Koosoleku teine osa oli mõeldud ümmarguse laua diskussioonina teemal «Proksimaalse vagotoomia efektiivsuse hindamisest». Diskussiooni juhtisid U. Sibul, prof. J. Sarv ja aukülasena Läti peakirurg V. Burmalis.



Juubelikoosolekul esitasid ettekanded dotsent A. Kivik, prof. E. Sepp, prof. kt. U. Sibul ja prof. Š. Gulordava. G. Lossi fotod.

Arutati, millal opereerida, milline peaks olema operatsioonitehnika ja kuidas teostada kontrolli. Vestlusest tuli esile, et uuritav suund on perspektiivikas. Vajalik on terapeudi ja kirurgi tihe koostöö, kusjuures haavandtõvel ei tohi lasta liiga kaugele areneda. Kõige paremaid tulemusi on andnud kirurgiline ravi aasta kuni viis pärast haigestumise algust.

Juubelikoosoleku ajaks korraldas raamatukauplus «Sõprus» sotsialismimaade meditsiiniteemaliste raamatute müügi, Riiklik Meditsiiniraamatukogu aga võrkeelsete raamatute näituslaenukse. Kiirabihaigla fuajeis oli N. Pirogovi elu ja tegevust tutvustav näitus; rikkalikult fotosid ja tema teoseid. Lisaks tutvustas väljapanek Eesti NSV kirurgide leiutisi ning aastail 1945...1981 kirurgia alal kaitstud kandidaadi- ja doktoridissertatsioonide autoreferate. Näituse korraldas tervishoiumuuseum.

Leili Gasman

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi hingamiselundite patoloogia ja tuberkuloosi probleemikomisjoni ning Kohtla-Järve Terapeutide Teadusliku Seltsi ühine koosolek toimus 9. oktoobril 1981. a. Jõhvis.

Vabariikliku tuberkuloosidispanseri peaarst A. Rumõn andis ülevaate tuberkuloositorjest Kohtla-Järve rajoonis. Seoses tuberkuloosihaigete arvu pideva vähenemisega on edaspidi ette nähtud kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejaid dispanseerida ja ravida tuberkuloosidispanserites. Arutelust selgus, et Kohtla-Järvel ja Narvas jätab kroonilist bronhiiti ning kroonilist pneumooniat põdejate dispanseerimine ja ravi mõneti soovida. Probleemikomisjoni esimees L. Jannus rõhutas, et edaspidi kuuluvad niisugused haiged dispanseerimisele ja ravimisele tuberkuloosidispanseris, sest polikliinikute pulmonoloogiakabinetid ei ole end õigustanud.

Pulmonoloogilist abi on tarvis paremini korraldada: vajalik on pulmonoloogi konsultatiivne vastuvõtt ja võimalus hospitaliseerida kopsuhaiged spetsialiseeritud osakonda.

Kolmas ettekanne käsitles sarkoidoosi diagnoosimist, diferentsiaaldiagnoosimist ja ravi. Et sarkoidoosihaiigestumus on suurenema hakanud, sealhulgas sagenenud ka II ja III staadiumis haigusjuhtude arv, peavad sarkoidoosi varajasele avastamisele rohkem tähelepanu pöörama röntgenoloogid, terapeudid ja ftisiaatrid.

Viimases ettekandes oli vaatluse all kroonilise astmaatilise bronhiidi diagnoosimine ja diferentsiaaldiagnoosimine.

Jaan Karusoo

Eesti NSV Lastearstide Teadusliku Seltsi juhatus laiendatud pleenum toimus 17. novembril 1981 Tallinnas. Vastsündinute hai-

gestumusest ja suremusest aastatel 1978...1980 andis ülevaate E. Roos. Kahjuks puuduvad rajoonides ühesugused kriteeriumid vastsündinute haiguste diagnoosimisel. Vastsündinute suremus moodustab ikkagi suure osa meie vabariigi laste üldsuremusest. Mäda-nakkuste vähendamise võimalustest sünnitusmajades rääkisid V. Kaselaid ja V. Loolaid. Esitati huvitavaid andmeid Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja ja Tartu Kliinilise Sünnitusmaja töö kohta. S. Pankratova ettekanne puudutas Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonna tööd.

Neonatoloogide praktilise ja teadusliku töö tõhustamiseks ning kvalifikatsiooni tõstmiseks asutatud Eesti NSV Lastearstide Teadusliku Seltsi neonatoloogide sektsioon peab välja töötama vastsündinute hospitaliseerimise optimaalse süsteemi, tagama teaduse nüüdistasemele vastava ravi. Tunduvalt peab paranema naiste- ja lastearstide koostöö.

Leo Tamm

Üleliidulise Patoanatoomide Teadusliku Seltsi X pleenum toimus 9...12. septembrini 1981 Kalininis. Peateema oli sepsis. Kuigi I. Davõdovski klassikalised seisukohad sepsise mõiste ja patogeneesi osas kehtivad tänapäevalgi, rõhutati põhiettekannetes (A. Smoljannikov, A. Agejev, N. Permjakov, V. Serov, O. Hmelnitski, T. Ivanovskaja) probleemi erakordset aktuaalsust.

Arstiteaduse edusammudele vaatamata on sepsisejuhud sagenenud. Põhjuseks toodi esiteks organismi reaktiivsuse nihkeid seoses keskkonna- ja elutingimuste muutumisega (allergilised ja immunoloogilised reaktsioonid, eluea pikenedamine), haigusi (eriti põletustõbi ja verehaigused) ning organismi mõjutamist hormoon- ja tsütostaatiliste preparaatidega; teiseks, uusi diagnoosi- ja ravimeetodeid ulatuslike operatsioonidega. Eriti pöörati tähelepanu vereringesiseste instrumentaalsete protseduuride (kateteriseerimise) võimalikule tähtsusele sepsise näol.

Põhimõttelises küsimuses, mis on sepsise tekkes tähtsam, kas makro- või mikroorganism, oldi kindlalt seisukohal, et tegemist on dialektilises seoses oleva lahutamatu vastastikuse toimega.

Mikroobsetest komponentidest toodi andmeid kõige erinevamate, sealhulgas ka saprofüütseente osast sepsise tekitajana. Rõhutati, et bakterieemia iseenesest ei tähenda veel sepsist, selle määrab organismi suhtumine tekitajasse; sepsis on kompenseerimata bakterieemia (A. Baljabin). Esmajoones on sepsis kirurgia probleem. Ligemale poolelt juhtudel on tekitajaks stafülokokk, järgnevad streptokokk, kolibakter, pseudomonas jt. Et fakultatiivselt patogeensete seente põhjustatud sepsis eeldab organismi reaktiivsuse tugevat langust, tekib sepsis esmajoones endokrinopaatiate, verehaiguste või tsütostaatilise ravi ja radioaktiivse kiirituse tagajärjel.

Tunnustust leidis A. Agejevi ettekanne polümükröobse floora poolt esilekutsutud sepsisest, mille puhul üheaegselt või vahelduvalt võivad haigust põhjustada eri mikroobid. Ühe tüve bakterioloogilise sedastamine ei pruugi seetõttu haiguse geneesi veel selgust tuua, selle põhjal ei saa otsustada ka valikulise antibakteriaalse ravi üle. Üksnes korduvate bakterioloogiliste uuringutega on võimalik määrata sepsise tegelikku iseloomu. Antibakteriaalne ravi ühe tüve suhtes võib suuresti muuta mikroobide, sealhulgas ka saprofüütide vahetava organismi ja võimaldada uute tüvede generaliseerumist. Polümükröobne sepsis on sagedam leukeemiate ja põletustõve korral.

Kahetsusega nenditi (A. Avtsõn, V. Serov jt.), et bakterioloogiliste uuringute praegune tase ei võimalda haiglates teha laia spektriga uuringuid. Eriti kehtib see anaeroobsete ning mõnede harva esinevate ja ravimite toime suhtes õrnamate mikroobide kohta. Bakterioloogilistesse uuringutesse, kuigi äärmiselt olulistesse, tuleb suhtuda kriitiliselt: bakterieemiat ei ole veel sepsis, ühe mikroobi sedastamine ei tähenda teiste patogeensete toimivate puudumist, intensiivse antibakteriaalse ravi korral võib külv osutada negatiivseks ja mikroobide omavahelistes suhetes toimuv muutusi nii haiguse käigus kui ka uues (söötme) keskkonnas. Seega mikroobide assotsiatsioon organismis ei kajastu alati täpselt külvis.

Makroorganismi poolt on määravaks tema immunobioloogiline seisund ja seda mõjutavad tegurid. Just immunobioloogilise seisundi järsk muutumine on sepsise lähtekohaks. Vastsündinu ja lapsega sepsise puhul tuleb omandatud immuundefektide kõrval silmas pidada ka pärilikku immuundefitsiiti (nn. geneetiliselt determineeritud immuundefektid; T. Ivanova). Tähelepanu pöörati immunobioloogilise seisundi määramisele nii kliinilisel laboratoorsel kui ka morfoloogilisel meetodil. Senisest enam väärivad uurimist lümfoidsed elundid, nagu tüümus, lümfisõlmed ja põrn (A. Agejev). Morfoloogilise materjali bakterioloogiliste ja immunoloogiliste täppis-uuringute eelduseks on lahkamine võimalikult kohe pärast surma.

Diskussioonist ilmnes, et sepsise vormidest on septitseemia ning septikopüeemia ühe ja sama haiguse kaks staadiumi. Bakteriaalne šokk on omakorda septitseemia väljendusvorm, mille puhul patogeneesis on esikohal hemodünaamika muutused. Bakteriaalse šoki diagnoosimine lahangujuhtudel eeldab kliiniliste ja morfoloogiliste andmete kõrvutamist, histoloogilistest muutustest on tähtsamaks tromboosid mikrotsirkulaarses süsteemis (N. Permjakov).

Lahkarvamusi oli patoanatomilise lõppdiagnoosi vormistamise alal. A. Smoljannikovi seisukoht, et sepsis kui asendushaigus (uus, oma kindla geneesiga protsess) peab alati olema põhihaiguseks, ei leidnud üldist poole-

hoidu. Enamiku arvates on sepsis siiski tüsistus, mille lisandumine oleneb põhihaiguse poolt esilekutsutud muutustest. Eriti peeti silmas organismi reaktiivsuse ulatuslikke nihkeid põletustõve ja verehaiguste korral ning immunodepressiivse ja tsütostaatilise ravi tulemusena. Sepsise diagnoosis peab kajastuma etioloogia. Umbes 20%-l juhtudest on sepsis jäänud kliiniliselt diagnoosimata.

Järeldustes nenditi, et sepsiseprobleemide käsitlemine eeldab tihedat koostööd klinitsistide, morfoloogide, bakterioloogide ja immunoloogide vahel.

Organisatoorsest küsimusest (A. Vihhert) arutati patoanatomiateenistust reguleeriva uue käskkirja projekti. Endiselt püsib suund rajada keskseid, asutustevahelisi prosekture. Erandiks jäävad onkoloogiadispanserite morfoloogiaosakonnad, arvestades morfoloogiliste uuringute hulka ning spetsiifilisust viimastes. Koosseisude suuruse määrab tulevikus tegelik töökoormus. Palju jätab soovida patoanatomiasakondade materiaalne baas, morgide ebaõige kasutamine, sealhulgas nende ülekormamine kohtumeditiiniliste lahangutega. Mõningate paranduste ja täpsustuste tõttu, eriti rajoonihaiglate teenindamise osas, jõustub käskkirj 1982. a.

Vello Valdes

Üleliidulise Laboriarstide Teadusliku Seltsi juhatuse pleenum toimus 22...24. detsembrini 1981. a. Obninskis. Arutati seedetraktihaiguste laboratoorset diagnoosimist.

V. Menšikov käsitles gastrointestinaalhormoonide määramise diagnostilist väärtust. Teatakse juba üle 20 gastrointestinaalhormooni, mida radioimmunoloogilistel uurimismeetoditel on võimalik laboratoorselt määrata.

A. Petrova rõhutas, et tsütodiagnostika on ka iga kliinilise laborandi ülesanne. Seedetrakti tsütoloogiliste uuringute materjal saadakse põhiliselt endoskoopiliselt. Loputusvedelike tsütoloogilised uuringud end ei õigusta. Pahaloomuliste kasvaja operatsioonide tsütoloogilised kiiruuringud võimaldavad kontrollida resetseeritud elundi lõikepinna tsütoloogilist koosseisu. Pahaloomulise kasvaja rakkude leiu korral on vajalik veelgi radikaalsem lõige.

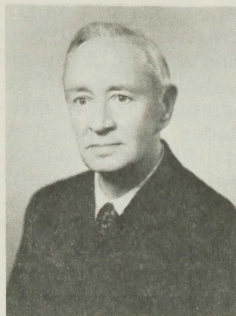
Kõhuõõne operatsioonide puhul, kui on märgata maksa või pankrease muutusi, on näidustatud nende diagnostiline punkteerimine operatsiooni ajal. Sotsialismimaades on aktuaalseks muutunud tsütoloogiaalase terminoloogia ja tsütoloogiliste diagnooside unifikseerimine. Eeltööd on juba käimas.

Maosisene pH-meetria kui edaspidine valikmeetod oli M. Kuklinova ettekande teema. I. Mironova valgustas kiirtestide kasutamise otstarbekust *jaeces'*e laboratoorsel uurimisel.

Meie vabariigist võtsid pleenumist osa A. Ilisjan, V. Orlova ja allakirjutanu.

Heljut Kapral

Meie juubilare



Boriss Pšenitšnikov, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee endine kauaaegne aseesimees, vabariikliku tähtsusega personaalpensionär, sai 6. jaanuaril 1982. a. 75-aastaseks. Sündinud Riias õpetaja perekonnas. 1924. a. lõpetas Narva gümnaasiumi ning 1930. a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast seda töötas arstina Vasknarvas. 1933. a. saadeti B. Pšenitšnikov poliitilise tegevuse pärast Karilatsi, hiljem ta arreteeriti ning mõisteti kümneks aastaks sunnitööle, sealt vabanes ta 1938. a. üldamnestia alusel. Suures Isamaasõjas oli sõjaväearstiks, NLKP ridadesse kuulub 1943. a. alates. Pärast demobiliseerimist oli B. Pšenitšnikov 10 aastat Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja. Sellele järgnes 24 aastat vastutusrikast tööd Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimehena. 1981. aastast on ta olnud presiidiumi vastutav sekretär. Juubilar on palju teinud Eesti NSV Punase Risti Seltsi väljaarendamisel, doonorluse edendamisel, sanitaarformeringute ettevalmistamisel ning sanitaaraktiivi tööle rakendamisel. B. Pšenitšnikov on enam kui 20 brošüüri ning 1980. a. ilmunud mälestusteraamatu «Ja ööst sai hommik» autor. Juubilari on autasustatud mitme NSV Liidu ordeni ja medaliga ning kõigi NSV Liidu Punase Risti autasudega.



Helle Lipp, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla polikliiniku juhataja, sai 2. jaanuaril 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1950. aastal lõpetas Tallinna 7. Keskkooli ning 1956. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna. Aastail 1956...1963 oli Tallinna Tõnismäe Haigla terapeut. 1963. aastast on töötanud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariiklikus Haiglas, kus algul oli ordinaator. Praegusel ametikohal on olnud 1967. aastast alates. Juubilar on teinud palju haigla polikliinilise ja ambulatoorse abi väljaarendamisel. H. Lipp on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst, on olnud haigla ametiühingukomitee esimees, korduvalt on teda valitud Tallinna Lenini rajooni ametiühingukomitee liikmeks, aastaid on seal juhtinud sotsiaalhoidukomisjoni tööd. Hea töö eest on ta pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ning rinnamärgi «Tervishoiu eesrindlane».



Luule Teras, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kantserogeneesimehhanismide laboratooriumi vanemteadur, arstiteaduse kandidaat, sai 7. jaanuaril 1982. a. 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. Tallinna 7. Keskkooli lõpetas 1950. a. ning TRÜ arstiteaduskonna 1956. a. Ajavahemikul 1958...1961 oli instituudi aspirant biokeemia erialal. Kandidaadiväitekirja kaitses teemal «Rutiini, teelehedest saadud P-vitamiini ja kaetehhiinide puhastatud preparaadi toimest maksa- ja lihaskoe hingamisele». Järgnevatest aastatest tänaseni on uurimisobjektiks olnud fermentatiivsed nihked maksas kantserogeneesi puhul. L. Teras juhendamisel on valminud üks kandidaaditöö. Juubilaril on ilmunud üle 70 teaduspublikatsiooni, neist paljud keskajakirjades. L. Teras on Üleliidulise Biokeemikute Seltsi Eesti osakonna revisjonikomisjoni liige ning ta on osa võtnud arvukatest üleliidulistest ja rahvusvahelistest konverentsidest esinejana ja organiseerijana. Juubilar on aktiivselt osalenud instituudi ametiühingu töös ning täitnud mitmeid teisigi ühiskondlikke ülesandeid.

Intervjuu

POLIKLIINILINE ARSTIABI OLGU EELKÕIGE PROFÜLAKTILINE



Tallinna Pelgulinna Haigla on üks neid tervishoiuasutusi, mis Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöotajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühise otsuse põhjal on juba mitmendat korda kinnitatud eesrindlike kogemuste kooliks. Nende tööalade loetelu, millega selles majas kui eesrindlikega tutvuda võib, sisaldab seitse nimetust, kuid neis kõigis on ühine üks külg — otstarbekas, põhjendatud, igati läbimõeldud töökorraldus. Haigla peaarst, Eesti NSV teeneline arst **Vello Ilmoja** oli nõus vastama mõnele «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse poolt esitatud küsimusele, mis võiks ajakirja lugejatele huvi pakuda.

Millele Pelgulinna Haigla töökorralduses on pearõhk pandud?

Mõeldes taas õigeaegse, kvalifitseeritud ja osavõtliku arstiabi tagamisest, kinnitaksin, et kõige tähtsam, ka kõige komplitseeritum on polikliiniku registratuuri töökorraldus. Registratuuril on palju edasilükkamatuid kohustusi, millega igal juhul, iga päev peab toime tulema. Sel põhjusel oleme registratuuri töökorraldusega tegelnud juba aastaid ja mitte vähe. 1969. aastast on meil boksidega registratuur, mis on end väga õigustanud, seda nii arsti vastuvõttude üle- ja alakoormuse reguleerimisel, haigete eriarstide juurde õigel suunamisel ning ooteaegade miinimumini viimisel. Igati on end õigustanud ka kogu regist-

ratuuritöö süsteem, millega päriselt tutvuda on võimalik vaid kohapeal.

Nii polikliinikusisene kui ka polikliiniliste asutuste vaheline spetsialiseerumine on kaasa toonud tungiva vajaduse õigesti ajastada, koordineerida konsultantide, eriti aga konsiiliumide vastuvõttud, mil eriarste on kutsutud mujalt. Polikliinikutes oleks vaja arvestada paljude erialade integreerumist. Teame ju, et spetsialiseerumisel on heade külgede kõrval ka varjukülgi. Seda kõike peame oma töös arvestama. Pelgulinna Polikliinikus kui oma piirkonna keskpoliinikus võtavad haigeid vastu mitme kitsa eriala spetsialistid, nagu nefroloog, proktoloog, vasoloog jt. Oleme uurinud vastuvõtuaegade otstarbekust, ka patsientide polikliinikusse tuleku aegu. Sageli ei kasuta inimesed võimalust tulla arsti juurde väljaspool tööaega. 1979. aastal tegime analüüsi, millest selgus, et 20% inimestest tuli polikliinikusse tööajast, ehkki neil oli võimalik tulla ka väljaspool tööaega. Samuti selgus, et vaid 5% pöördujatest on töö ajal sunnitud tulema, enamasti oli see tingitud kitsa eriala spetsialistide vastuvõtuaegast, see omakorda võis olla põhjustatud polikliiniku ruumikitsikusest. Pole kahtlust, et viimane asjaolu kindlasti mõjutab mõneti vastuvõtuaegade koordineerimist. Teisest küljest vaadatud on ruumikitsikus võib-olla meid järjest rohkem tagant sundinud otsima paremaid tööviise.

Pelgulinna Haigla Polikliinikust teatakse ka kaugemal. Kui kaugelt on tuldud siia, et kasulikke kogemusi üle võtta?

Aastate vältel on polikliinilise töö korraldusega tutvumas käinud väga palju tervishoiutöötajad mitmelt poolt. Teistest sagedamini on meid külastanud Leningradi Arstide Täiendamise Instituudi tervishoiuorganisatsiooni õpperühma kursuselased. Üksnes möödunud aastal olid sealt kolmel korral 20-liikmelised õpperühmad. Nende hulgas oli tervishoiujuhte paljudest oblastitest, ka teistest liiduvabariikidest, isegi Siberist. Palju on käidud väiksemate rühmadena, 3...4 inimest koos. Meile on tuldud Valgevenest, Leedust, Lätist, ka Tjumenist, Uraalidest, Udmurdi ANSV-st. Külalisi on olnud ka Armeenias, Gruusias ja mujalt. Meie oma vabariigist on huvilisi olnud hoopis vähem. On käidud Valgast, Rakvere-maalt, ka Pärnust. Möödunud aastal käisid meie tööga tutvumas Harjumäe Haigla kolleegid.

Mida niisugune asjalik töökorraldus kaadripuuduse seisukohalt on andnud?

Tõsi, et ödede kroonilise puuduse tõttu arsti vastuvõtul öde tihti ei ole, arst võtab haigeid vastu üksinda. Samas ei ole saladus, et töökorralduse puudusi püütakse kompenseerida ödede täiendava tööga registratuuris, naaberkabinetides või muudes kohtades käimise või saatmisega. Hea töökorralduse puhul tuleb

arst vastuvõtul ka üksi hästi toime, pöörates peatähelepanu haigele inimesele ja kasutades aega ratsionaalselt. Meil selliseid kogemusi on. Vastuvõtule tulevate haigete kaardid on registratuuris jaoskonnaarstile ettenähtud kartoteegikapi kindlas sahtlis. Arst võtab ise kaardid koos sahtliga vastuvõtule kaasa. Tal ei ole ka kaarte vaja otsida, sest need on juba samas sahtlis valmis pandud. Nii olemegi õdede puudust suutnud mõnevõrra kompenseerida, õigem oleks öelda, see puudus ei anna end nii valusalt tunda ja töölüngad jäävad vähemaks.

Boksidest töötavate velskrite kaader on meil juba palju aastaid väga püsiv. Nad tunnevad oma töö vajalikkust ning selle vastavust oma erialakvalifikatsioonile. Boksidest ei saa töötada see, kellel ei ole teadmisi ega kogemusi. Need inimesed loevad erialakirjandust, täiendavad teadmisi, sest iseseisev töö stimuleerib neid selleks. Nad otsivad ise uusi organisatsioonilisi täiustusi, hakkavad paremini mõistma üldmeditsiinilisi probleeme, nende vastu rohkem huvi tundma.

Mida näete tuleviku ülesandena, mis poliikliinilise abi edasiviimise seisukohalt on kõige pakilisem?

Tulevikuküsimusi on palju. Järk-järgult on vaja profülaktika osatähtsust suurendada, mis peab toimuma dispanseerimise kaudu. Peame jõudma nii kaugele, et igas jaoskonnas oleks dispanseeritud vähemalt 200 kroonilist haiget ja ägedaid haigusi põdenuid, peale selle veel terveid. Järgmine etapp oleks juba massiline dispanseerimine. Edukaks profülaktikaks on vaja tegelda mitte üksnes haigete, sekundaarse profülaktikaga, vaid peaarõhk tuleb panna primaarsele profülaktikale — haigustest hoidumisele, ka haiguseelsete tunnuste, haiguseelsete seisundite väljaselgitamisele. Profülaktiliste läbivaatuste hindamine toimub meil kindla skeemi järgi (L. Maureri esitatud), mille tervishoiuministeerium on heaks kiitnud. Loodame sellega läbivaatuste kvaliteeti märgatavalt parandada. Juba see, et läbivaatusi hinnatakse, stimuleerib arste neid põhjalikumalt tegema, hoolikamalt sellesse töösse suhtuma.

On tähtis, et rohkem tähelepanu pööratakse sotsiaalsetele teguritele, millest suuresti sõltuvad inimese tervis ja töövõime: keskkonnamitingimused, närvipinge, stress, müra toime, allergia ja kõik, mis sellega seotud, liikumisvaegus, väär toitumine, suitsetamine, alkoholi kuritarvitamine. On ju teada, et sageli ei aita tervist taastada üksnes meditsiinilised vahendid ja võimalused. Palju oleneb inimesest endast, tema eluviisidest, põhimõtetest. Kasutatagu rohkem mitmesuguseid ravimeetodeid, mitte aga ravimeid. Ligne ravimite tarvitamine on üks omamoodi sotsiaalseid probleeme, ka meie vabariigis.

*Küsimused esitas ja mõtted pani kirja
Vello Laos*

Uusi ravimeid

OKSÜTSELODEKS

(Oxycelodexum, оксигелодекс)

Oksütselodeks on paiksest verd sulgev vahend. Ravimi koostisosadeks on oksüdeeritud tselluloosi pulber ja polüglüküüni vesilahus.

Kui oksütselodeksi viia punktsioonikanalisse või veritsevasse õõnde, suleb ta verejooksu kapillaaridest ja plombeerib kanali kinni. Preparaat, mida selleks kasutatakse, on hallikat värvi, pastataoline lõhnata aine.

Plomm kanalis või kile elundi pinnal imendub 1...2 nädalaga täielikult ega sega haavade kinnikasvamist. Oksütselodeks ei ole toksiline ega ärrita ümbritsevat kudesid.

Oksütselodeksi kasutatakse kapillaaridest verejooksu sulgemiseks maksabiopsia korral, hepatokolangiograafia läbiviimisel punktsiooni teel. Sobib hammaste ekstraheerimisel tekkinud verejooksu sulgemiseks.

Oksütselodeksi valmistatakse aseptikanõudeid järgides *ex tempore*.

Polüglüküünilahus viiakse süstla abil flakooni, milles on oksüdeeritud tselluloos. Ühtlase pasta saamiseks tuleb flakooni sisu 3...5 minutit tugevasti loksutada.

Et pulber ei kleepuks pudeli põhja ega läheks tükki, peab lahuse flakooni viimise momendil flakooni pulbriga hoidma kaldu.

Oksütselodeks viiakse süstlasse spaatliga, süstla abil aga viiakse biopsia tagajärjel tekkinud punktsioonikanalisse.

Hamba ekstraheerimisel pannakse oksütselodeksi veritsevasse tühikusse ja see surutakse marliga kinni.

Ühest pakendist jätkub 1...2 protseduuriks. Ravimit kasutatakse ainult kohe pärast ingredientide kokkusegamist.

Tööstuses lastakse ravimit välja komplektidena, millesse kuulub kaks steriilse sisuga flakooni. Ühes neist on 2,5 g oksüdeeritud tselluloosi pulbrit ja teises 10 ml 20%-list polüglüküünilahust, mille molekulmass 45 000...70 000.

Oksütselodeksikomplekte säilitatakse valguse eest kaitstult temperatuuril alla +5°C. Uus originaalne kodumaine preparaat.

Aino Jürison

Kriitika ja bibliograafia

UDK 614.7(049.3)

RAAMAT PESTITSIIDIDE HÜDROBIOLOOGIAST*

Vähe on ilmunud tõsiteaduslikke uurimusi, mis käsitlevad eri koostisega pestitsiidide persistentsust, levimist ja kumulatiivsuse kindlakstegemist keskkonnas.

On teada, et paljud pestitsiidid on võimalised kumuleeruma, ja on tõenäoline, et nende jälgi leidub iga inimese rasvkoos. Pestitsiidid võivad olla inimorganismile otseselt toksilised, neil võib olla latentne mõjuperiood (näiteks DDT), nad võivad organismis esile kutsuda teratogeenseid või geneetilisi muutusi.

Raamatus vaadeldakse eelkõige mürgkemikaalide migratsiooni veekogude elustikus ning tegureid, mis nende stabiilsust mõjutavad. Rõhutatakse vajadust täiustada mürgkemikaalide kasutamise tehnoloogiat, arvesse võttes nende mõjusfääri, toksilisust ja migratsiooni eripära toiteahela üksikutes lülides. Paljudes riikides, sealhulgas ka Nõukogude Liidus, on DDT tootmine ja kasutamine küll lõpetatud, kuid tema järelmõju kestab. Pinnases langeb DDT kontsentratsioon 50% võrra 10,5 aasta kestel, tema lagunemiseks 95% ulatuses

aga kulub 40...350 aastat. Kuigi DDT kasutamine üldiselt lõpetati 1980. a., jätkub tema kumuleerumine kaladesse kuni aastani 2000.

Kõige sagedamini ja kõige kõrgemas kontsentratsioonis on DDT-d leitud kaladel gonaadides, vistseraalsetes rasvades, lõpustes ja maksas, märksa vähem lihaskoes. Ilmekaid andmeid DDT kumuleerumise kohta on toodud USA teadlaste uurimuste alusel. Michigani järve vesi sisaldas (1966. a.) DDT-d ainult 0,002 µg/l, kuid põhjamudas oli selle kontsentratsioon juba 14 µg/kg, krevettides 410 µg/kg, kalades 6000 µg/kg, kajakates aga 99 000 µg/kg, seega DDT kontsentratsioon kaladest toituvates kajakates ületas järvevee oma ligi 50 miljonit korda.

Autorite poolt esitatud DDT migratsiooni skeemist, mis on toodud väliskeskkonna ja organismide kohta, ilmneb, et tänapäeval leidub igas inimeses keskmiselt 6000 µg DDT-d kehamaasi ühe kilogrammi kohta.

Autorid on esitanud pestitsiidide klassifikatsiooni, mille kohaselt esimesse rühma kuuluvad vähekumuleeruvad mürgkemikaalid ($K_a < 50$)**, nagu paratsoon, ftalofoss jt., teise ($K_a 51-200$) fosoloon ja milbeks, kolmandasse ($K_a 201-1000$) butüüleeter ja 2,4 D ning neljandasse ($K_a > 1000$) pestitsiidid, mille kasutamine Nõukogude Liidus on keelustatud (endriin, dildriin, DDT) või rangelt reglementeeritud (heptakloor, PHK).

Maailma keemiatööstus sünteesib kümneid tuhandeid uusi preparaate: juba 1966. a. valmistasid 8000 ettevõtet 60 000 eri nimetusega preparaati. Pestitsiidiprobleemi teeb keerukaks see, et olemasolevatel analüüsimeetoditel ei ole võimalik prognoosida nende koosmõju. Näiteks valkude struktuuri kuuluvad 22 aminohapet moodustavad $2,5 \cdot 10^{12}$ eri kombinatsiooni.

Raamatu lisades on toodud meetodilised juhendid uute pestitsiidide hügieeni aspektist hindamiseks ja pestitsiidide lubatud piirkontsentratsioonid.

Igati väärt ja vajalik raamat.

Armin Kask

* К. К. Врочинский, М. М. Телитченко, А. И. Мережко. Гидробиологическая миграция пестицидов. Изд. Московского университета 1980 г., 120 с., цена 1 р. 10 к.

** K_a = kumuleerumisaste.

In memoriam

BUMA MELAMED

20. II 1921...17. IX 1981

17. septembril 1981. aastal suri raske haiguse tagajärjel 61. eluaastal Suure Isamaasõja veteran, NLKP liige 1944. aastast, Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri funktsionaalse diagnostika kabineti terapeut, meditsiiniteenistuse erupolkovnik Buma Peisahi p. Melamed.

Sündinud ja kasvanud Ukrainas kooliõpetaja perekonnas, astus ta 1938. aastal Kiievi Meditsiiniinstituuti, mille lõpetas 1942. a. Tšeljabinskis, kuhu instituut oli evakueeritud. 1975. aastani



teenis B. Melamed arstina Nõukogude armees. Suures Isamaasõjas oli ta õhudeessantvæeosa arstiks. Sõjajärgseil aastail, jätkates teenistust polgu vanemars-tina, omandas B. Melamed täienduskursustel põhjalikult terapeudi eriala. Kitsama spetsialiseerumise eesmärgil lõpetas ta ka S. M. Kirovi nimelises Sõjaväemeditsiini Akadeemias kõrgemad kursused kardioloogia ja funktsionaalse diagnostika alal.

Pärast armeeteenistust oli B. Melamed kuni surmani Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri terapeut. Rikkalikest kogemustest ja heast teoreetilisest ettevalmistusest hoolimata täiendas ta oma teadmisi ka kliinilise pulmonoloogia alal. Nii oli B. Melamed Tartu ftisiaatriatele kuus aastat usaldatav abiline, konsultant. Ftisiaatria ja pulmonoloogia integratsiooni perioodil oli funktsionaalse diagnostika spetsialisti, kardioloogi osatähtsus ftisiaatria- ja pulmonoloogiakliinikus eriti suur. Vähem oluline ja tänuväärne ei olnud kaasnevate haiguste diagnoosimisel ning ravimisel B. Melamedi kui kogenud terapeudi osa, töö, mida ta alati vastutulelikult ja suure põhjalikkusega tegi. Haigete vastu südamlilik ja hoolitsev, kaastöötajate suhtes vastutulelik, oli ta ka personali usaldusarstiks.

B. Melamed elas kiiresti sisse kollektiivi ellu, võttis aktiivselt osa parteialgorganisatsiooni tööst. Vapruse ja kohusetruu armeeteenistuse eest oli B. Melamedi autasustatud Isamaasõja I järgu ordeni, kahe Punatähe ordeni ning arvukate medalitega. 60. sünnipäeval pälvis ta viljaka kutse- ning hea ühiskondliku töö eest EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna RSN Täitevkomitee ühise aukirja.

Helge mälestus suurepärasest inimesest, arstist ja kommunistist Buma Melamedist jääb kauaks kaastöötajate, sõprade ning ravialuste südameisse.

Tartu Linna Tuberkuloosidispanser

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

VALIK STOMATOLOOGIATERMINEID II

gingivectomy
gingivektoomia, igeme-eemaldus, igeme eemaldamine
гингивэктомия

gingivitis
gingiviit, igemepõletik
гингивит, воспаление десны

gingivitis eruptiva
hambalõikumisingiviit
гингивит при прорезывании зубов

gingivitis gravidarum
rasedusgingiviit
гингивит беременных

gingivitis hypertrophica
hüpertroofiline gingiviit
гипертрофический гингивит

gingivitis marginalis
marginaalne e. marginaalgingiviit, servagingiviit
маргинальный или краевой гингивит

gingivitis ulceronecrotica
ultseronekrootiline e. haavandilis-nekrootiline gingiviit
язвенно-некротический гингивит

gingivitis ulcerosa
ultseroosne e. ultseroosgingiviit, haavandiline gingiviit
язвенный гингивит

gingivorragia, ulorrhagia
gingivorraagia, igemeverejooks, ulorraagia
гингиворрагия, улоррагия, кровотечение из десен

gingivotomia
gingivotoomia, igemelõige
гингивотомия

glossalgia, glossodynia
glossalgia, keelevalu, glossodüünia
глоссалгия, боль языка

glossitis
glossiit, keelepõletik
глоссит, воспаление языка

glossoplegia
glossopleegia, keelehalvatus
глоссоплегия, паралич языка

haemorrhagia post extractionem dentis
hambakstraktsiooni- e. hambaväljatõmbamisjärgne verejooks
кровотечение после удаления зуба

hyperaesthesia cervicis dentis
hambakaela hüperesteesia e. ülitundlikkus
повышенная чувствительность шейки зуба

hyperaesthesia pulpaе
pulbi e. säsi hüperesteesia e. ülitundlikkus
повышенная чувствительность пульпы

hyperodontia
hüperodontia, liighambasus
гиперодонтия

hypersalivatio
hüpersalivatsioon, sülje liignõristus
гиперсаливация, усиленное слюноотечение

hypodontia
hüpodontia, vähehambasus
гиподонтия

infrapositio
infrapositsioon, madalasend
низкое положение

labiodontia
otsehambumus
прямой прикус

leucoplakia
leukoplaakia, valgelaiksus
лейкоплакия

limbus alveolaris
alveooli- e. [hamba]sombuserv
край альвеолы

lingua bifida
keelelõhestumus (keelelõhestus)
расщепление языка

lingua geographica
maakaart- e. geograafiline keel
географический язык

lingua nigra, lingua pilosa
mustkeel, karvaskeel
черный язык, волосатый язык

lingua plicata, lingua fissurata
kurdkeel

бороздчатый язык

lingua rubra

vabarnakeel

малиновый язык

macrodontia, macrodentia

makrodonτία, suurehambasus, makrodentsia

макродонтия

macrogenia

suur[ala]lõugsus

макрогения

macrognathia

suur[üla]lõugsus

макрогнатия

microdontia, microdentia

mikrodonτία, väikehambasus, mikrodentsia

микродонтия

microgenia

väike[ala]lõugsus

микрогения

micrognathia

väike[üla]lõugsus

микрогнатия

mumificatio pulpae

pulbi- e. säsimumifikatsioon

мумификация пульпы

naevus caeruleus

sinineevus e. -sünnimärk

голубой невус, голубое родимое пятно

naevus pigmentosus

pigmentneevus e. -sünnimärk

пигментный невус, пигментное родимое пятно

naevus pilosus

karvineevus e. -sünnimärk

волосатый невус, волосатое родимое пятно

naevus vasculosus, naevus flammeus

vaskuloosne e. vaskuloosneevus, leegitsev neevus e. sünnimärk

сосудистый невус, сосудистое родимое пятно, пылающий невус

naevus verrucosus

verrukoosne e. verrukoosneevus, tüükaline neevus e. sünnimärk

бородавчатый невус, бородавчатое родимое пятно

neoplasma odontogenum, tumor odontogenus

odontogeenne e. odontogeenkasvaja, hambatekkeline kasvaja

одонтогенная опухоль

neuralgia nervi trigemini

kolmiknärvineuralgia e. -valu

невралгия тройничного нерва

noma

nooma, vesivähk

нома, водяной рак

occlusio

oklusioon, sulgus

окклюзия

odontalgia

odontalgia, hambavalu

одонталгия, зубная боль

odontogenesis

odontogenees, hambateke

одонтогенез, развитие зуба

orthodontia

ortodontia, hambumusortopeedia

ортодонтия

orthognathia

normhambumus, õgulõugsus

ортогнатия, нормальный прикус

papilla incisiva

intsisiivpapill e. -näsa

резцовой сосочек

papilla gingivalis = *papilla interdentalis*

gingivaalpapill, igemenäsa, interdentaalpapill, hambavahenäsa

десневой сосочек, межзубной сосочек

papillitis

papilliit, papilli- e. näsapõletik

папиллит, воспаление сосочка

parageusia

parageusia, väärmaitsetunne

парагевзия

parodontitis

parodontiit, hambakõrvalkoepõletik

пародонтит

parodontium, paradentium

parodont, hambakõrvalkude, paradentsium

пародонт, парадентиум

parodontosis

parodontoos

пародонтоз

parotidectomy

parotidektoomia, kõrvasüljenäärme-eemaldus,

kõrvasüljenäärme eemaldamine

паротидэктомия, удаление околоушной слюнной железы

periodontium

periodont, hamba[juure]ümbris

периодонт, надкостница корня зуба

periodontitis
periodontiit, hamba [juure] ümbrisepõletik
 периодонтит

periodontitis fibrosa
fibroosne e. fibroosperiodontiit
 фиброзный периодонтит

periodontitis granularis
granuleeriv periodontiit
 гранулирующий периодонтит

periodontitis granulomatosa
granulomatoosne e. granulomatoosperiodontiit
 грануломатозный периодонтит

plica sublingualis
sublingvaalne e. sublingvaalkurd, keelealune kurd
 подъязычная складка

progenia
ees[ala] lõugsus
 прогения

prognathia
ees[üla] lõugsus
 прогнатия

pulpa coronalis dentis
hambakroonipulp e. -säsi
 пульпа коронки зуба

pulpa dentis
hambapulp e. -säsi
 пульпа зуба

pulpa radicularis dentis
hambajuurepulp e. -säsi
 пульпа корня зуба

pulpectomia
pulpektoomia, pulbi- e. säsieemaldus, pulbi e. säsi eemaldamine
 пульпэктомия, удаление пульпы

pulpitis, endodontitis
pulpiit, hambapulbi- e. hambasäsi põletik, endodontiit
 пульпит, воспаление пульпы

pulpitis chronica aperta
lahtine krooniline pulpiit
 открытый хронический пульпит

pulpitis chronica clausa
kinnine krooniline pulpiit
 закрытый хронический пульпит

pulpitis chronica hypertrophica
hüpertroofiline krooniline pulpiit
 гипертрофический хронический пульпит

pulpitis chronica gangraenosa
gangrenoosne krooniline pulpiit, krooniline gangrenoospulpiit
 гангренозный хронический пульпит

pulpitis chronica simplex, pulpitis chronica fibrosa
lihtne krooniline pulpiit, fibroosne krooniline pulpiit, krooniline fibroospulpiit
 простой хронический пульпит, фиброзный хронический пульпит

pulpitis residualis
residuaalne e. residuaalpulpiit, jääkpulpiit
 остаточный пульпит

pyorrhoea alveolaris
alveolaarne e. alveolaarpüorröa, [hamba] sombu-mädavoolus
 альвеолярная пиорея

ranula
raanul, keelealune tsüstkasvaja
 ранула, киста подъязычной железы

recessus alveolaris
alveolaarne e. alveolaarsopis, [hamba] sombusopis
 альвеолярный карман

regressio gingivae
igeme taandumine
 регрессия десневого края

resectio apicis radices dentis
hambajuuretipu reseksioon
 резекция верхушки корня зуба

resorptio apicis radices dentis
hambajuuretipu resorptsioon e. imendumine
 резорбция верхушки корня зуба

resorptio processus alveolaris
alveolaarjätke resorptsioon e. imendumine
 резорбция альвеолярного отростка

rhagades anguli oris
suunurgaragaad e. -pakatis
 рагада угла рта, трещина кожи угла рта

sacculus dentis
hambakotike
 зубной мешочек

sialadenectomy
sialadenektomia, süljenäärme-eemaldus, süljenäärme eemaldamine
 сиалоаденэктомия, удаление слюнной железы

sialadenitis
sialadeniit, süljenäärmepõletik
 сиаладенит, воспаление слюнной железы

sialodochitis
sialodohhiit, süljenäärmejuhapiõletik
 сиалодохит, воспаление протока слюнной железы

sialolithiasis
sialolitias, süljekivitõbi
 сиалолитиаз, слюннокаменная болезнь

sialolithotomia
sialolitotoomia, süljekivieemaldus, süljekivi eemaldamine
сиалолитотомия, удаление слюнного камня

stomatalgia
stomatalgia, suuvalu
стоматалгия, боль во рту

stomatitis
stomatiit, suulimaskestapõletik
стоматит, воспаление слизистой оболочки рта

stomatitis aphthosa
aftoosne e. aftoosstomatiit
афтозный стоматит

stomatitis atrophica
atroofiline stomatiit
атрофический стоматит

stomatitis desquamativa
deskvamatiivne e. deskvamatiivstomatiit, ketenduslik stomatiit
deskvamatiivne stomatiit

stomatitis herpetica
herpesstomatiit
герпетический стоматит

stomatitis ulcerosa
ultseroosne e. ultseroosstomatiit, haavandiline stomatiit
язвенный стоматит

stomatomycosis
stomatomükooos, suuseentõbi
стоматомикоз

subluxatio
subluksatsioon, osanihestus
сублюксация, подвывих

syndromum articulationis pathologicae
hambumusanomaalia sündroom
синдром патологического прикуса

syndromum laesionis nervi alveolaris
alveolaarnärvi kahjustumise sündroom
синдром поражения альвеолярного нерва

trema
treem, hambavahe
трема, промежуток между зубами

trismus
trism, lõuakramp[sulcus]
тризм

tubulus dentini
dentiinitoruke
дентинная трубочка

xerostomia
kserostoomia, suukuivus
ксеростомия, сухость рта

Toimetuse veerg

AJAKIRJA «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID» 1981. AASTA PREEMIAD

14. jaanuaril 1982 peeti premeerimiskomisjoni koosolek professor P. Bogovski eesistumisel. Päevakorras oli ajakirjas 1981. aastal avaldatud kirjutiste arutelu. Komisjoni otsuse põhjal määrati kolm rahapreemiat järgmistele tööd eest:

Lembit Allikmets — «Ravimite toimest põhjustatud liiklusohtlikkus», 1981, 4, 249—252, ja «Tartu Ülikooli professor Rudolf Buchheim eksperimentaalse farmakoloogia rajaja», 1981, 3, 196—200;

Hilja Rüütli — «Oedeontoloogia», 1981, 6, 435—437;

Hans Väre — «Naiste alkoholismi psühholoogilisi ja bioloogilisi erinevusi», 1981, 5, 340—344.

Nendes kirjutistes käsitletakse eriti aktuaalseid teemasid, need tööd on adresseeritud kõikidele meditsiinitöötajatele. Komisjon hindas eriti kõrgelt H. Rüütli mõttevahetusartiklit kui ödede suure pere esindaja ühiskondlikku avaldust.

Esiletõstmist väärivaks pidas komisjon järgmisi autoreid ja nende töid:

Viktor Kalnin — «Arstiteadus Tartu Ülikoolis XVII ja XVIII sajandil», 1981, 2, 111—115, ja «Akadeemik Filipp Ovsjannikov ja Tartu Ülikool», 1981, 6, 430—432;

Liivia Luts, Eva Roode — «Vaakumelekterravi», 1981, 1, 58—60, ja **Liivia Luts** «Kinesio-teraapiaseade», 1981, 3, 219—220;

Leo Nurmand — «Farmakokineetika osa tänapäeva teraapias», 1981, 4, 261—265, ja «Oswald Schmiedebergi kui Euroopa farmakobogiakoolkonna rajaja elu ja töö», 1981, 6, 427—430;

Vello Salupere — «Quo vadis, medicina?», 1981, 1, 41—45, ja «Maohaavandi pahaloolumustumine», 1981, 5, 345—349;

Selma Teesalu — «Seedetrakti sisesekretoorne funktsioon», 1981, 1, 21—36, ja «Andmeid söögiisu ja toitekäitumise regulatsiooni kohta», 1981, 3, 187—191;

Vello Valdes, Luule Valdes — «Aordirebend (kliinilis-morfoloogiline analüüs)», 1981, 3, 170—174.

Premeerimiskomisjoni otsuse on kinnitanud toimetuse kolleegium.

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

Tervishoiuministeeriumi laiendatud kolleegiumistungil 29. oktoobril 1981 oli päevakorra põhipunkt polikliinilise arstiabi arenguperspektiivid meie vabariigis. Tervishoiuministri prof. V. Rätsepa analüüsivale ettekandele, mis käsitles meie ambulatoorse ja polikliinilise abi alal tehtud suurt tööd, aga ka tegemata jäänut ning milles kriitiliselt puudutati tervishoiu komplitseeritud sõlmprobleeme, järgnesid 14 tervishoiujuhi ja arstiteadlase sõnavõttud. Siiralt ja asjalikult räägiti kõige muu kõrval ka ajutise töövõimeuse vähendamisest ja laste arstiabist Harju rajoonis (H. Raaga), maatervishoiuasutuste süsteemsest väljaehitamisest ja nende funktsionaalsest osast sihipärase koostöös rajooni agraartööstuskoondisega (P. Rahu), stomatoloogiaasutuste süsteemist, nende varustatusest aparatuuri ja materjaliga (S. Hanstein). Tallinna tervishoiuasutuste juhtimise keerukusest, uute polikliinikute ehitamise mahukast programmist, kusjuures pole unustatud profülaktika- ja rehabilitatsiooniosakondade rajamist, kõneles M. Martinson. Paremaks peab saama haridus-, teadus- ja kultuuritöötajate arstiabi, mis praegu jätab nii mõndagi soovida.

Spetsialistide kvalifikatsiooni tõstmine, eriarstide noore kaadri ettevalmistamine vajab suuremat tähelepanu (U. Sibul), TRÜ arstiteaduskonna täienduskursuste korraldust ja põhimõtteid on vaja revideerida (V. Salupere), samuti ka arstide ettevalmistamise programmi üldse, milles praegu on liialt palju tähelepanu pööratud eriarsti ettevalmistamisele (L. Allikmets). Hea tahte juures saab dispanseerimisel palju ära teha, mida aga polikliiniliste asutuste ruumikitsikus ei soodusta eriti Tartu linnas (S. Aru). Väikelaste ja koolieelikute haigestumise vähendamine on otseses seoses laste süstemaatilise karastamisega, aga ka täpse korra ja läbimõeldud tegutsemisega lastepäevakodudes ning nõudlikkuse suurendamisega kaadri suhtes (E. Tomberg).

EKP Keskkomitee teadus ja õppeasutuste osakonna sektorijuhataja L. Jakobson rääkis maarajoonide arstiabikorraldusest kontrolli andmete põhjal, väärilmingutest, raviasutuste töö väga erinevast kvaliteedist, arsti nõudlikkusest enda töö vastu. Polikliinilise arsti-

abi parandamises on suur osa arstijaoskondade suuruse vähendamisel, mis on riiklik ülesanne. Igavesti tähtsaks jääb arsti autoriteet, mis on omamoodi võtmeküsimus. Arst peab palju teadma, ta peab kogu aeg õppima, oma teadmisi täiendama (N. Elstein). Polikliinilist arstiabi antakse meie vabariigis 45 erialal, see on suur saavutus. Ajutise töövõimeuse kasvutendents on aga mõtlemapanev ilming, põhjalikku analüüsi ning alalist tähelepanu nõudev tööloik.

Sõnavõttudes käsitletud kommenteeris tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Arutelust tegi kokkuvõtte tervishoiuminister prof. V. Rätsep, kes rõhutas peamist — tervishoiutöö mis tahes osas mõelgem ja tegutsegem loominguliselt, olgem kõige nõudlikumad eelkõige omaenda töö suhtes.

Kolleegiumi otsuses on üksikasjalikult ära toodud kohustused edaspidiseks, kolleegium kinnitas ka abinõude plaani ambulatoorse ja polikliinilise arstiabi jätkuvaks parendamiseks.

Samal päeval arutati veel energeetiliste ressursside ja materiaalsete väärtuste ratsionaalset kasutamist meie vabariigi tervishoiusüsteemis, mille kohta aruande esitas J. Raiend. Oleme suutnud säästa palju, kuid veel paremini saab teha nii mõndagi. Kokkuhoiuplaanid peavad olema fikseeritud, ühiskondlike organisatsioonide kontroll alaline.

Tuberkuloositõrje Kohtla-Järvel ja Narvas oli arutusel kolleegiumi istungil 12. novembril. Fluorograafilisi uuringuid tuleb jätkata kompleksplaani alusel, paremini ning süstemaatiliselt on tarvis sellega tegelda Narvas. Noorukeid tuleb tuberkuloosi vastu revaktsineerida kinnitatud plaani järgides. Kohtla-Järve ja Narva tervishoiuasutusi on tuberkuloositõrjes vaja meetoodiliselt asjalikumalt juhendada.

20. novembril arutas tervishoiuministeeriumi kolleegium koos Pärnu linna ja rajooni täitevkomiteedega väljasõiduistungil Pärnus kohapealse meditsiinilise abi korraldust. Pärnu pediaatrid paistavad silma oma püüdluste, hea töö ja saavutuste poolest. Üldarstiabi nii linnas kui ka rajoonis on tunduvalt paranenud, kuid veel paremini tegemist häirib ja segab tervishoiuasutuste ruumikitsikus, seda nii linnas kui ka maal. On vaja uusi tervishoiuasutusi ehitada, kasutusel olevaid aga kapitaalselt remontida. Voodifondi kasutamist on Pärnus võimalik paremini korraldada, samuti ka konsultatiivset ja stomatoloogilist abi.

Ühises otsuses fikseeriti ülesanded, nii pakilised kui ka tervishoiu arendamiseks perspektiivplaanis olevad.

Vello Laos

19. novembril 1981. a. toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühine koosolek. Päe-

vakorras oli töödistsipliini tugevdamine ja kaadrivoolavuse vähendamine. Neid küsimusi oli arutatud ka 1981. a. veebruaris toimunud vabariikliku komitee XIII pleenumil.

Ettekanne oli I. Galaninilt. Arutelu nenditi, et tehtule vaatamata (üle 1000 keskastme meditsiinitöötaja on atesteeritud, parimatele on leitud elamispind) ei ole need probleemid päevakajalisust minetanud. Koosoleku otsuses kohustati 2...3 eesrindliku tervishoiuasutuse töökogemused läbi vaatama ning üldistama. Ministri esimene asetäitja E. Väärt rõhutas sõnavõttus, et noorte spetsialistide tööle määramisel tuleb teha eeltööd nende soovide ja vajaduste kokkuvõtmiseks, mis oleks üks kaadrivoolavuse vähendamise moodusi.

Samal koosolekul arutati veel pestitsiididega kokkupuutuvate põllumajandustöötajate arstiabi ja profülaktikameetmete rakendamist. Viimase arutlusteemana oli päevakorras eelnevate ja perioodiliste profülaktikalistide läbivaatuste korraldamine ja kulg Tartu linnas ning Kohtla-Järvel.

13. novembril 1981 toimunud teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi koosolekul oli päevakorras 1982. a. tööplaani projekti läbi vaatamine ja teadusliku uurimistöö temaatilise plaani arutamine. 1982. aasta oktoobris toimub teadusliku meditsiininõukogu pleenumi väljasõidukoosolek Tartus, mis peetakse koos TRÜ arstiteaduskonna ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teaduslike nõukogudega. Arutusele tuleb Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi meditsiiniterminoloogia komisjoni tegevus. Komisjon on ära teinud tänuväärse töö eestikeelse meditsiiniterminoloogia täiustamisel.

1982. aasta uurimistööde temaatiline plaan sisaldab 12 probleemi, kokku 111 teemat, neist kolmveerand käsitleb südame ja veresoonte haigusi, pahaloomulisi kasvaja, sisehaigusi ning hügieeniprobleeme. 27 uurimistööd kuuluvad üleliidulisse kompleksesse sihtprogrammi.

3. detsembril 1981 oli teadusliku meditsiininõukogu büroo istungil päevakorras leitud- ja ratsionaliseerimistegevus ning teadussaavutuste ellurakendamise 1982...1985. a. plaani projekti arutelu. Ettekanded esitasid L. Mitt ja A. Tetsov.

Meie vabariigi 25 tervishoiuasutuses on leitud- ja ratsionaliseerimisbürood, 16-s üleliidulise leiutajate ja ratsionaliseerijate ühingu algorganisatsioon.

A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi patenditöid võib esile tõsta. 1980. aastal saadi seal neli, 1981. aastal kaks otsust autoritunnistuse väljaandmise kohta. Ühe autoritunnistuse said Tallinna Pelgulinna Haigla ja Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla. TRÜ-l oli aastail 1979...1981 ligi 30 meditsiinalast leiutist.

On laienenud ratsionaliseerimistegevus. 1980. a. kinnitati 93 ratsionaliseerimisetepanekut, 1981. a. 11 kuuga 77. Et tagada leiutiste kiiremat evitamist, pidas meditsiininõukogu büroo vajalikuks 1983. aastal kirjastada meditsiinalaste leiutiste kogumik.

Leiutus- ja ratsionaliseerimisbüroole tehti ettepanek ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» veergudel pidevalt kajastada parimaid leiutisi ja ettepanekuid.

Teadussaavutuste kasutuselevõtu 1982...1985. a. plaani projekti esimeses osas on ettepanekud plaaniliste arstiteaduslike uurimistööde ja dissertatsioonide tulemuste põhjal, teises osas on ettepanekud NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi plaanist, mis on mõeldud meie vabariigis evitamiseks.

Andrei Sarap

17. detsembril 1981. a. toimus tervishoiuministri esimese asetäitja E. Väärti eesistumisel alkoholismikomisjoni töökoosolek. E. Striz tutvustas alkoholismitõrje propaganda kompleksplaani projekti aastaks 1982...1985. Punase Risti Seltsi Keskkomitee osakonnajuhataja G. Sabbo andis ülevaate 24. novembril 1981 Tallinnas toimunud narkoloogiapostide konverentsist.

Töötulemuste eest ühiskondlike narkoloogiapostide liikumise algatamisel ja edendamisel andis Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarsti asetäitjale V. Jänesele NSV Liidu Punase Risti Seltsi autasu — rinnamärgi «NSVL sanitaarkaitse eesrindlane».

Anti Lää

Ülevabariigilisel poliitpäeval 13. jaanuaril 1982 kohtus Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehase töötajatega Eesti NSV Ülemnõukogu saadik, tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Tema kõnes oli peaarst tervishoiusüsteemi ülesannetel XI viisaastakul, haigestumuse, haiguse liikide ja sageduse analüüsil meie vabariigis ning eraldi Tallinnas.

Tartu Meditsiiniakadeemia õpetajatele ja õpilastele kõneles tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. Pikemalt peatus ta õdede ettevalmistusel, nende töölerakendamisel ning töö- ja olmetingimustel. Küsimusi esitati palju, kuulajaid huvitasid täiendamisvõimalused, mitmeladadsed finantsprobleemid, ka elamispinna küsimused.

22. detsembril 1981. a. oli Tallinnas keskeriõppeasutuste, kutsekoolide ja sovhoostehnikumide meditsiinitöötajate seminar. Seminaril avades käsitles tervishoiuministri asetäitja O. Tamm kasvava põlvkonna tervise kaitset ja tugevdamist keskkonnakaitse, tööhügieeni ning kutseorientatsiooni aspektist lähtudes. Seminaril oli vaatluse all veel õppeasutuste sanitaar-hügieeniline režiim ning toitlustamise korraldamine ja selle kontroll. Arutati ka tuberkuloosi ja suguhaiguste profülaktikat, varajast avastamist ning ravi, samuti mee-

dikute ülesandeid koolide vastuvõtukomisjonides, Punase Risti kooliorganisatsioonide tegevuses ning töökodade sanitaar- ja ohutuseeskirju.

Tiiu Vaasna

Tervishoiuministeeriumi käskkirja alusel 18. veebruarist 1982 määrati Tartu Kliinilise Haigla peaarstiks Jaan Heinrichi p. **Lepp**, kes seni oli olnud sama haigla peaarsti asetäitja polikliinilisel alal.

TRÜ ARSTITEADUSKONNAS

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 15. detsembril 1981 kuulati dotsent R. Kaskmetsa aruanne 1981. a. suvepraktika kohta. Praktikat juhendas 17 õppejõudu. Üldkorraldus oli parem kui eelmisel aastal, juhendajad töötasid hästi. Puudusena märgiti, et vennisvabariikide meditsiiniinstituutide baasil sooritasid suvepraktika 80 üliõpilast. Väljaspool meie vabariiki võib praktiseerida üksnes kaaluvatel perekondlikel põhjustel. Peeti vajalikuks suurendada praktikantide arvu Tallinnas ja Narvas ning taotleda Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumilt juulikuuks 100...120 ühiselamukohta.

Dekaan prof. L. Allikmets tutvustas arstiteaduskonna ettevalmistust ülikooli juubeliks. Juubelikomisjon on tegutsenud kaks aastat, mitmed kateedrid on eriala ajaloo käsitlusega tegelnud innukalt. Eesti NSV Kunstnike Liidule on antud tellimused mitme endise teadlase mälestuse jäädvustamiseks bareljeevide või ölimaalidena. Tellitud on mälestussambad Aleksander Schmidtile ja Ludvig Puusepale. Täpsustatud on juubelipidustuste külaliste nimekirju, toimub teaduskonna hoonete ja haiglale jooksev remont. Peaks valmima ka kirurgiakorpuse 400-kohaline auditorium. TRÜ juubelipidustused peetakse 15...18. septembrini 1982, lisaks veel mitmeid üritusi teaduskonniti. Arstiteaduskonna juubelit tähistatakse 14...15. oktoobrini 1982, a. teaduskonverentsiga «Fundamentaaluuringud kliinikule» ning traditsioonilise arstiteaduskonna päevaga, teemaks on seekord meditsiiniajalugu. Ka vennisvabariikidest oodatakse 30...40 külalist.

Nõukogu analüüsis arstiteaduskonna sisehaiguste kateedri tööd. Viie aasta jooksul on kateeder agaralt tegelnud aspirantuuri juhendamise, õppekirjanduse ja monograafiatega väljaandmisega. Teadus- ja õppetöö kulgeb latusalt. Anti soovitus prof. V. Salupere valimiseks kateedrijuhataja kohale järgmiseks viieks aastaks.

Analüüsiti ka hospitaalkirurgia kateedri (juhataja prof. A. Kliiman) tööd. Kateeder on arvestatav kardiokirurgiakeskus Nõukogude Liidus. Puudusena tõi nõukogu esile vähest teadustööd ja kandidaadiväitekirjade

kaitsmise soikumist. Nõukogu kohustas kateedrit tegelema noorte õppejõudude ettevalmistamisega.

Kuulati spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedri (juhataja prof. T. Karu) aruanne lepinguliste tööde täitmise kohta. Spordimeditsiini kateeder on pidevalt olnud teaduskonna suurima mahuga lepinguliste uurimistööde teostaja. Edukalt on juurutatud mitmed programmid arvutustehnika kasutamiseks tervishoiusüsteemis.

Kinnitati väljaandmiseks mitmed õppe- ja metoodikavahendid ning mitmed õppejõud valiti taas järgmiseks tööperioodiks.

1981. a. detsembris toimus Tallinnas NSV Liidu Kõrgema Atestatsioonikomisjoni, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Presiidiumi ning Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi nõupidamine teadurite ja õppejõudude atesteerimise täiustamisest. TRÜ arstiteaduskonna erialanõukogude tegevuse kohta võttis sõna dekaan prof. L. Allikmets.

1981. aasta 1. detsembrist on Tartu Riikliku Ülikooli teadusprorektoriks bioloogiadoktor Ants **Kallikorm**, kes seni töötas TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi direktorina. Nimetatud instituudi uueks direktoriks on määratud dotsent Laur **Karu**, senine Tartu Kliinilise Haigla peaarst.

Parimate töötulemuste ja aktiivse ühiskondliku tegevuse eest pandi Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 64. aastapäeva puhul TRÜ autahvile arstiteaduskonna professorite L. Allikmetsa ja J. Saarma, dotsentide S. Russaku, A. Sefferi ja A. Jentsi, vanemlaborandi N. Polli ning üliõpilaste A. Arendi ja E. Vilsoni fotod.

PUNASE RISTI SELTSIS

24. novembril 1981 peeti Tallinnas esimene ülevabariigiline narkoloogiapostide konverents. Kohale oli tulnud 220 ettevõtete, majandite ja keskasutuste esindajat. Konverentsi avas Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur. Alkoholismitörje sõlmkõsimumustest rääkisid kõik esinejad. Ülevaate alkoholismi levikust ja sellest tulenevatest tervishoiuprobleemidest meie vabariigis andis Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst A. Haug. Kuritegevusel ja alkoholismil on otsene seos, mis ei vaja tõestamist — sellest kõneles ilmekalt vanemõigusnõunik E. Lang. See, et suguhaiguste leviku piiramisel on hädavajalik koostöö kogu narkoloogiateenistusega, sai selgeks Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri peaarsti M. Majassi ettekandest. Alkoholismi tervist laostavast ja tuberkuloosi levikut soodustavast mõjust oli juttu Tartu Tuberkuloosidispenseri osakonnajuhataja E. Laisaare ettekandes. Mitu esinejat analüüsisid liiklusõnnetuste (H. Rum-

volt) ja veekogudel toimuvate õnnetuste (E. Kaldma) otsest seost alkoholi kuritarvitamisega. Inspektor E. Mitkina rääkis alkoholikutest vanemate eluviisidest ja nende laste troostitust lapsepõlvest. Narkoloogiaosakonna juhataja A. Liiv andis ülevaate alkoholismitõrje organisatsioonist ja meil sel alal saavutatust. Huvitavalt rääkis dotsent H. Tiivel tubakasuitsetamise kohutavast mõjust inimese tervisele.

Konverentsist osavõtjad said rohkesti informatsiooni alkoholismitõrjest.

Gilda Sabbo

* * *

Seoses juubeliga said Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja Eesti NSV teeneline arst, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri endine kauaaegne peaarst Aleksander Gavrilo ja Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonna juhataja, sotsialistliku töö kangelane, Eesti NSV teeneline arst Aleksei Vares.

11. septembril 1981. aastal toimus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee XV pleenum. Arutati tervishoiutöötajate ametiühingu XVII konverentsi ettevalmistamist. Ettekande esitas I. Galanin. Ametiühingu rajooni- ja linnakomiteede esimehed V. Hiire, G. Arro ning T. Porila rääkisid tervishoiutöötajate ametiühinguorganisatsioonide ülesandeist tulenevalt NLKP XXVI kongressi otsuste täitmisest.

Päevakorras oli veel informatsioon presiidiumi töö kohta, mille esitas I. Urberg. Samuti käsitleti organisatsioonilisi küsimusi. Seoses üleminekuga õppetööl Tallinna Meditsiinikooli vabastati K. Freimann Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee sekretäri kohustustest. Sellele ametikohale valiti L. Vahar, kes seni oli Haapsalu rajooni tervishoiutöötajate ametiühingu rajoonikomitee esimees.

Meie vabariigi tervishoiutöötajate ametiühingu XVII konverents toimus 12. detsembril 1981. a. Päevakord oli järgmine: 1) vabariikliku komitee aruanne; 2) revisjonikomisjoni aruanne; 3) vabariikliku komitee ja revisjonikomisjoni valimine; 4) Eesti NSV ametiühingute XVIII kongressi ning NSV Liidu tervishoiutöötajate ametiühingu XIII kongressi delegaatide valimine.

Vabariikliku komitee aruande esitas I. Galanin ning revisjonikomisjoni aruande G. Arro. Vabariikliku komitee esimeheks valiti taas I. Galanin. NSV Liidu tervishoiutöötajate ametiühingu XIII kongressi delegaatideks valiti vabariikliku komitee esimees I. Galanin, Pärnu Kalakombinaadi tervishoiupunkti juhataja T. Laasen, Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehase tööline S. Parameel, Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla arst K. Pedakmäe ning Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep.

22. detsembril 1981. a. arutati Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidiumi koosolekul ametiühinguorganisatsioonides toimunud aruande- ja valimiskoosolekute läbiviimist. 19. novembril 1981. a. valiti uus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tallinna Linnakomitee, seega on nüüd meie vabariigis 17 ametiühingu linna- ja rajoonikomiteed.

Üldiselt peeti aruande- ja valimiskoosolekuid kordaläinuks. Ametiühinguorganisatsioonid peaksid rohkem kasutama oma seadusjärgseid õigusi. Ametiühingu linna- ja rajoonikomiteed peavad edaspidi suunama organisatoorse ja kasvatustööd, arendama sotsialistlikku võistlust ning kommunistliku töö liikumist, tagama ametiühinguaktiivi väljapoole seminaridel ning aktiivikoolides.

1. detsembril 1981. a. toimus Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadliku Uurimise Instituudi teadusliku nõukogu koosolek. Lisaks konkursiküsimustele arutati noorteadlaste tööd ja meditsiiniinfo aktuaalseid probleeme. Noorteadlaste nõukogu esimees J. Jakovleva rõhutas tegevuse aktiveerumist. Alla 33...35 aasta vanuste teadurite osa on instituudis tunduvalt suurenenud (moodustades ligi 40 %). Tänavu on edukalt kaitsnud neli kandidaadiväitekirja.

Sõnavõtjad soovitasid rohkem rõhku panna noorteadlaste üldettevalmistamisele: õpetada oskust esineda, artikleid koostada, statistika-meetodeid rakendada, orienteeruma infotulvas, omandama uusi uurimismeetodeid jne. Nad soovitasid tihendada kontakte teiste uurimisasutuste noorteadlastega, korraldada neile rohkem konverentse jne.

Bioloogiakandidaat S. Jõks Eesti Informatsioonistiituidist asetas põhirõhu infoteenistuse arendamisele. Saime teada, et automatiiseerimine ja mikroinfokandjate rakendamine peab kulgema ennaktempos. Iga teadur olgu kursis patendiinfo.

Raiot Silla

Oiendus

Ajakirja 1. numbri 10. leheküljel Olaf Imelik artiklis on käsikirja toimetamisel üks lause kaotanud selguse. Vasaku veeru 1. lõiku palume lugeda nii:

Et vere mahu muutused on kehalise töö ajal tingitud vee ümberjaotusest kudede ja vere vahel, s. t. plasma mahu muutustest, ja et inimesel ei ole suletud veredepoosid (8), kust töö puhul oleks võimalik vere juurdepaiskumine veresoontkonda, seda kinnitavad meie kolmanda seeria tulemused,...

Toimetus

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 2, март, апрель 1982 г.

Л. К. Леэсмент, Р. А. Рауд, В. Р. Сарап
— О выделении энтеровирусов из воды

В настоящей статье дается обзор экспериментов по изолированию энтеровирусов из воды. В 1980 г. из проб рекреационных вод было выделено 24,2% энтеровирусов, из них 54,5% вируса Коксаки В и 36,4% ЕСНО-вирусов. Эти же энтеровирусы были выделены и у больных: в июне и июле — вирусы группы Коксаки В и в августе — ЕСНО-вирусы.

Существует много возможных путей передачи вирусов человеку через воду. Тщательное изучение воды на наличие энтеровирусов и в дальнейшем остается крайне важной задачей врачей нашей республики.

В. Р. Сарап — Лабораторная диагностика энтеровирусных заболеваний в 1979—1980 гг.

Проблема энтеровирусных инфекций до сих пор является актуальной для здравоохранения республики. Целью настоящей работы была расшифровка этиологии этих инфекций.

В течение 1979—1980 гг. было обследовано 102 больных с диагнозом «острый серозный менингит». На культуре ткани Нер-2 было выделено 18 цитопатических агентов (ЦПА), которые состояли из 10 штаммов вирусов Коксаки В (55,6% — 2 штамма Коксаки В-2, 5 — Коксаки В-3, 1 — Коксаки В-4 и 2 — Коксаки В-5), 7 штаммов вирусов ЕСНО (38,9%, из них 1 — ЕСНО-5, 4 — ЕСНО-6, 1 — ЕСНО-12 и 1 — ЕСНО-19) и одного нетипируемого ЦПА.

Проведенные исследования показали, что в течение 1979—1980 гг. энтеровирусные ин-

фекции наблюдались в виде спорадических случаев. Заболеваемость среди мужчин была несколько выше, чем среди женщин. Наибольшее число заболевших и обследованных составляли школьники.

К. Х. Суби, Г. С. Казесалу, Ю. К. Руут, К. К. Кутсар, Л. Х. Ханнус, А. Э. Лембер, Э. В. Лая, Н. М. Трушкина — Респираторные вирусные инфекции в период сезонного подъема 1980—1981 гг.

В статье суммированы данные исследований острых респираторных вирусных заболеваний в сезон 1980—1981 гг. Лабораторные исследования показали, что этиологическими агентами заболеваний в данном сезоне являлось несколько вирусов. В IV квартале 1980 г. чаще диагностировали аденовирусную инфекцию и грипп А, а в I квартале — парагрипп. В I квартале 1981 г. отмечалась активизация вируса гриппа В.

Л. С. Приймаги, В. Б. Сейбиль, И. Р. Сарв, Л. П. Мальшкина — Состояние гуморального иммунитета к полиомиелиту у дошкольников гор. Таллина

В статье представлены результаты исследования сывороток крови, собранных в сентябре—октябре 1979 г. от 309 детей в возрасте 2—7 лет из 11 детских дошкольных учреждений гор. Таллина. Исследование проводилось с целью выявления антител к вирусу полиомиелита. Детей прививали трехтипажной полиомиелитной вакциной в виде конфеты-драже по схеме, предусмотренной приказом МЗ СССР № 322 от 25. IV 73 г. Определение титра гуморальных антител проводили в реакции нейтрализации (цветная проба).

Как показали результаты исследований, антитела к I типу вируса полиомиелита в титре 1:8 и выше были обнаружены у 77,7% детей, ко II типу — у 95,1% и к III типу — лишь у 55,7% детей.

При анализе кратности прививки, зафиксированной в карте развития ребенка, выяснилось, что из 309 детей получили полиомиелитную вакцину 1—3 раза 23,3% (в основном дети 2—3 лет), 4—6 раз — 51,5%, 7—9 раз — 23% (в основном дети 4—6 лет) и 10—12 раз — 2,2% детей. Полученные данные свидетельствуют как о нарушениях, допускаемых в схемах проведения прививок, так и о недостаточной иммуногенной активности полиомиелитной тривакцины, использованной в форме конфет-драже, особенно по отношению к III типу. Поскольку начиная с 1980 г. дети получают данную вакцину лишь в жидком виде, необходимо провести повторное обследование детей этих же возрастных групп.

В. Н. Судакова, Р. О. Пезтсо, Э. А. Вязрт
— О выделении шигелл подгруппы А
(маннитнегативных) в Эстонской ССР

В работе суммированы материалы о распространении и эпидемиологическом значении шигелл подгруппы А в ЭССР за последние 25 лет.

Из десяти известных представителей шигелл подгруппы А в республике выявлены три: *Sh. dysenteriae* 1, *Sh. dysenteriae* 2 и *Sh. dysenteriae* 3. Чаще других выделялись *Sh. dysenteriae* 2, которые были наиболее распространены в 1950-е годы.

Sh. dysenteriae 1 не изолировались в республике с 1958 г. В 1976 г. было зарегистрировано два случая *Sh. dysenteriae* 1, завезенных из Танзании. Заболеваний среди местного населения не было. Изучен ряд биологических свойств шигелл подгруппы А, циркулирующих в республике.

В связи с распространением в ряде стран Центральной Америки дизентерии, вызываемой *Sh. dysenteriae* 1, обращено внимание на возможность завоза этой инфекции и необходимость использования дополнительных сред для выделения шигелл подгруппы А.

У. Э. Кейс, А. А. Планкен, Р. А. Массо, Р. В. Теэсалу, Р. Х. Лай, У. Э. Линн —
О влиянии холодовой кардиоплегии на энергетическое состояние и ультраструктуру миокарда

У 9 собак в условиях нейролептоанальгезии, искусственного кровообращения и умеренной системной гипотермии провели исследование применения холодовой кардиоплегии для защиты миокарда при окклюзии аорты на 40 мин.

Обнаружены слабые изменения морфологии миокардиоцитов, углубляющиеся в первые минуты реперфузии кровью и устраняемые в течение часа. Во время кардиоплегии содержание гликогена в миокарде снизилось в среднем на 29%, содержание АТФ — на 20% и КрФ — на 63%. Снижение содержания АТФ и суммарного содержания адениннуклеотидов продолжалось и в первые минуты реперфузии. Выделение из миокарда молочной кислоты и глюкозы отмечалось в течение длительного времени после окончания окклюзии аорты.

Можно сделать вывод о хорошей сохранности миокарда в условиях холодовой кардиоплегии в течение 40 мин.

Т. В. Шипилова — Содержание липидов в крови и течение ишемической болезни сердца по данным динамических наблюдений

У 125 больных ИБС в течение 3 лет многократно исследовали содержание в крови холестерина, триглицеридов, а также липопротеидный спектр крови. У 28% обследо-

ванных зарегистрирована стабильная нормолипидемия, у 19,2% — транзиторная гиперлипидемия, у 52,8% — стабильная гиперлипидемия. Эти группы были близки по клиническим проявлениям ИБС и тяжести заболевания, что позволило сравнить особенности течения заболевания у входящих в них больных.

В статье показано, что повторные исследования уровня липидов могут быть использованы для контроля за состоянием больных и оценки крайних тенденций в течении заболевания. Гиперлипидемия, как стабильная, так и лабильная, особенно II В типа, чаще ассоциировалась с неблагоприятным вариантом течения заболевания. Стабильная нормолипидемия характеризовалась отсутствием быстрого прогрессирования заболевания с развитием новых коронарных катастроф.

Ю. Н. Паулсон — Экспозиционный тест для выявления профессиональной этиологии хронических бронхитов и астмы

Решение вопроса о связи болезни с производством возможно только при учете целого комплекса данных — условий труда, стажа работы, хода развития заболевания в период работы, отсутствия острой инфекционной бронхолегочной патологии в начале заболевания, дальнейшего течения хронического бронхита и астмы. Для использования в практической работе цеховым врачам предлагается упрощенная схема и методика экспозиционного теста. В основе ее лежит объективное наблюдение за динамикой заболевания в течение двух периодов времени: 1) при временном прекращении работы в условиях профессионального труда — элиминация и 2) при возобновлении постоянной работы в контакте с неблагоприятными факторами — экспозиция.

Рекомендуется применять следующие методы обследования: выявление субъективных признаков, аускультацию легких, подсчет частоты дыхания и пульса, пневмотахометрию вдоха и выдоха, при возможности спирографию (форсированная жизненная емкость легких за одну секунду — ФЖЕЛ, максимальная вентиляция легких — МВЛ). В конце первого периода (2...4 дня), перед направлением больного на прежнюю работу, обследование проводится 1...2 раза. Наблюдения во втором периоде должны начаться сразу же с первого дня работы; они проводятся 2 раза в день, до и после смены в течение 3...8 дней.

Результат теста считается положительным, если, кроме ухудшения субъективного состояния, наблюдается один из объективных признаков заболевания — сухие хрипы при выходе, снижение пневмотахометрии на выходе до 0,5 л/сек. и более, снижение ФЖЕЛ за 1 сек. до 70%, снижение МВЛ более чем на 20% от должного.

Э. И. Сепп, А. А. Мьттус — Николай Пирогов как основоположник хирургической анатомии

Николай Иванович Пирогов (1810—1881), гениальный русский хирург, анатом, патолог, талантливый педагог и неугомонный ученый-исследователь, в 1828 г., после окончания Московского университета, был направлен в Дерптский, ныне Тартуский, университет для подготовки к профессорскому званию. В возрасте 25 лет Н. И. Пирогов был утвержден в должности профессора хирургии Тартуского университета. Огромное значение Н. И. Пирогов придавал хирургической (топографической) анатомии. В 1837 г. он опубликовал капитальный труд «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» (Дерпт, 1837) — атлас с текстом на немецком и латинском языках. Это произведение явилось крупнейшим событием для медицинской науки того времени и остается классическим исследованием и в настоящее время.

К. Х. Кырге — Старейшая клиника Тартуского университета

В XVII в., при шведах, у медицинского факультета Тартуского университета не было собственной клиники. Первая клиника при университете, возобновившем свою деятельность в 1802 г., была организована под руководством профессора Д. Балка в 1804 г. и первоначально располагалась в частном доме. В 1808 г. было построено больничное здание на Тооме, в которое переехала медицинская клиника, возглавляемая проф. Д. Балком. Там же до 1842 г. находились клиника родовспоможения, руководимая проф. Хр. Дойтшем, и до 1875 г. — хирургическая клиника, возглавляемая проф. М. Кауцманном. Клинике Д. Балка принадлежало значительное место в подготовке врачей и развитии медицинской мысли в Эстонии, и ее деятельность быстро получила признание как в России, так и в Западной Европе. Здесь работали такие известные хирурги, как И. Мойер, Н. И. Пирогов, Э. Бергманн, терапевты И. Эрдманн, Г. Замен, Б. Наунин, К. Дегио и др. На развитие клинической медицины стимулирующее действие оказало бурное развитие теоретических дисциплин (физиологии, биохимии, фармакологии) в Тартуском университете в середине прошлого столетия. В настоящее время клиника является базой кафедры факультетской терапии ТГУ. Тематика исследовательских работ охватывает кардиологию, ревматологию, иммунологию, гастроэнтерологию. В течение последних 35 лет работниками кафедры и клиники опубликовано около 850 различных научных и научно-популярных статей, брошюр и книг, диссертаций и студенческих конкурсных работ.

В. П. Салупере — Проблема излечения и рецидива язвенной болезни

Автор рассматривает проблему излечения и рецидивов язв на основании данных новейшей литературы и анализирует ее исходные предпосылки. Помимо того, в статье описывается опыт лечения 84 язв желудка, подвергнутых эндоскопическому контролю. Указанные больные образовали репрезентативную группу. Обсуждаются условия, способствующие выздоровлению и тормозящие его. Автор считает, что при выборе правильного способа лечения клиническая ремиссия неосложненной доброкачественной паптической язвы наступает, как правило, сразу, в то время как на рубцевание швов требуется еще 2—4 месяца. Чем быстрее и интенсивнее протекало выздоровление, тем реже и позднее имели место рецидивы и тем слабее они были.

И. И. Пильв, А. Г. Теллманн — Совершенствование организации труда участковых педиатров

В статье приводятся результаты изучения затрат времени на все виды работы у 12-ти врачей (каждый врач наблюдался в течение 2 рабочих недель) за 120 дней. Установлена некоторая перенапряженность рабочего дня врача при численности 900 детей на участке. В структуре рабочего времени первое место занимает работа с медицинской документацией (31,4%) и другие работы (11,6%).

В целях сокращения времени на оформление медицинской документации при профилактических посещениях авторами разработаны вкладыши с формализованным текстом, апробация которых намечается в экспериментальных детских поликлиниках.

Сделаны конкретные предложения для более рационального использования рабочего времени в целях совершенствования лечебно-диагностической работы.

Н. А. Лоогна, Т. О. Татар — О сенсibiliзирующем действии продуктов переработки горючего сланца

Э. Ю. Раттасеп, Л. М. Сильдвер — Диабетическая фетопатия у новорожденного

В статье описывается и анализируется типичный случай диабетической фетопатии у новорожденного.

Б. А. Хейфец-Тетельбаум, В. А. Дьяченко, С. К. Рапопорт — Применение высокой компрессии в сочетании с гипербарической оксигенацией для лечения воздушной эмболии, возникшей при пертубации

Авторами применена высокая компрессия — подъем давления до 7 ат/и — для лечения эмболии головного мозга, возникшей вследствие пертубации, проведенной по поводу вторичного бесплодия за 4,5 часа до помещения больной в барокамеру. При

снижении давления до нормального, длившемся более 30 часов, начиная с 2 ат/и, больная периодически дышала кислородом (гипербарическая оксигенация). Подчеркивается необходимость наличия лечебных рекомпрессионных барокамер, позволяющих создавать избыточное давление до 10 ат/и/ при центрах реанимации и интенсивной терапии.

Подготовка кадров

Новые учреждения здравоохранения

Санитарно-просветительная работа

Х. А. Густавсон — О дореволюционных лечебных учреждениях в Рапласком районе

Больницы на территории нынешнего Раплаского района были основаны главным образом в церковных поселках в конце прошлого и начале XX столетия. Как правило, они имели всего от 2 до 6 коек, за исключением госпиталя в Мярьямаа, где в 1905 г. число коек было увеличено до 17. Обслуживающий персонал таких больниц состоял из врача (он же приходской врач) и санитар-батрака. В данный период на рассматриваемой территории работала только одна медицинская сестра (сестра милосердия), которая прибыла в Мярьямаа в 1902 г. Она обслуживала больницу и делала домашние визиты в пределах прихода. Лепрозорий в местечке Кууда был открыт в 1886 г. Вначале число больных было незначительно, но уже в начале XX столетия оно возросло до 60, а в некоторые периоды доходило даже до 80. В лепрозории работали врач, надзиратель и несколько человек рабочих-батраков. Все необходимые работы на полях, в мастерских, на кухне и по уходу за тяжелыми больными выполняли сами пациенты.

Конференции и совещания

В врачебных обществах

Юбилейные даты

Интервью

Новые лекарственные препараты

Критика и библиография

Некролог

Выбор терминов по стоматологии

Гранки редакции

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

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

No 2. March, April 1982

L. Leesment, R. Raud, V. Sarap — The Occurrence in Water of Enteroviruses.

V. Sarap — Laboratory Diagnosis of Enteroviral Diseases in 1979—1980

The author describes the isolation of cytopathogenic enteroviruses in 1979 and 1980. The clinical history of 102 patients with serous meningitis is presented. Coxsackie B viruses were isolated from 10 samples and ECHO viruses were recovered from 7 samples of patients with serous meningitis. The incidence of the disease was found to be sporadic. The disease was more prevalent among males and schoolchildren compared with adult females.

K. Subi, G. Kasesalu, J. Ruut, K. Kutsar, [L. Hannus], A. Lember, E. Laja, N. Trushkina — Respiratory Viral Infections during a Seasonal Rise in 1980—81

This article reviews all cases of viral acute respiratory diseases (ARD) in Estonia in 1980—81. Laboratory studies suggested that a number of viruses were responsible for the acute respiratory diseases in 1980—81. An interesting feature was the increased prevalence of adenovirus and influenza A infections during the fourth quarter of 1980, and the prevalence of parainfluenza infections during the first quarter of 1980. An activation of influenza B virus during the first quarter of 1981 was observed.

L. Priimägi, V. Seibil, I. Sarv, L. Malyshkina — The Status of Sero-Immunity to Poliomyelitis in Children at Pre-School Institutions in Tallinn

In September and October 1979 serum samples from 309 children at 11 pre-school institutions, aged between 2 and 7 years, were tested for poliomyelitis antibody. The children had been immunized with a trivalent oral

poliovaccine against all 3 types of poliovirus. Virus neutralization (colour test) was used to determine antibody levels against poliovirus.

The results of those tests suggested that antibody titer 1:8 and higher to type 1 was present in 77.7 per cent, to type 2 in 95.1 per cent and to type 3 only in 55.7 per cent of children vaccinated.

The data on the vaccinations were derived mainly from the children's health cards. It was found that out of 309 children only 23.3 per cent of those, aged between 2 and 3 years, were given from 1 to 3 vaccinations, 51.5 per cent of the children received from 4 to 6 vaccinations and 23 per cent of the children received from 7 to 9 vaccinations (aged between 4 and 6 years) and 2.2 per cent of the children were vaccinated from 10 to 12 times.

These studies suggest both violations of the system of enrolment for poliovirus vaccination and an unsatisfactory immunogenic effect of the trivalent oral poliomyelitis vaccine, especially in relation to type 3. As children have received this vaccine, in a liquid form, only since 1980, repeated studies on the status of immunity to poliomyelitis are needed among children belonging to above-mentioned age groups.

R. Sudakova, R. Peetso, E. Väärt — The Occurrence in the Estonian SSR of the Mannite-Negative *Shigellae* of the Subgroup A

This paper describes the spread, distribution and epidemiological significance of *Shigellae*, belonging to the subgroup A, which were isolated during the last 25 years in the Estonian SSR. Out of ten known representatives of the subgroup A, only three were isolated in Estonia, viz. *Sh. dysenteriae* type 1, type 2 and type 3. *Sh. dysenteriae* type 2 was found to be prevalent in the 1950s.

Since 1958 there has been no cases of infection caused by *Sh. dysenteriae* type 1 in the Estonian SSR. In 1976 two cases of dysentery due to *Sh. dysenteriae* type 1, imported from the United Republic of Tanzania, were registered. The local population did not contract the disease. A number of biological characteristics of *Shigellae* of the subgroup A, circulating in Estonia, were studied.

As dysentery caused by *Sh. dysenteriae* type 1 is spreading in some countries of Central America, a possible introduction of the disease from these countries should be taken into consideration. The paper also calls attention to the necessity of using some additional nutrient media for the isolation of *Shigellae* belonging to the subgroup A.

U. Keis, A. Planken, R. Masso, R. Teesalu, R. Lai, U. Linn — Ultrastructure and Energetic Potency of the Myocardium during Hypothermic Cardioplegia

Hypothermic cardioplegia was used to protect the heart during aortic cross-clamp for

40 minutes in 9 dogs. Myocardial content of ATP, CP and glycogen decreased by 20, 63 and 29 per cent respectively at the time of cardiac arrest. Mild changes in ultrastructure (swelling of the sarcoplasmic reticulum and T-system) occurred during the first minutes of reperfusion concomitantly with a drop in the levels of ATP and total adenine nucleotides.

No critical changes in ultrastructure were seen during hypothermic cardioplegia and reperfusion.

T. Shipilova — Blood Lipoid Levels and the Course of Ischaemic Heart Disease According to a Follow-Up Study

125 patients with ischaemic heart-disease (IHD) underwent a follow-up with special reference to their blood cholesterol, triglycerol and lipoprotein levels. A stable normolipidaemia was observed in 28 per cent of the patients studied, 19.2 per cent of the patients, however, had transient hyperlipoproteinaemia and 52.8 per cent of the patients had developed an enduring hyperlipoproteinaemia. There was a direct correlation between the elevation of blood lipoprotein levels and the clinical signs and the severity of IHD.

These studies have shown that a constant monitoring of blood lipoid levels can be used for the detection and assessment of high-risk tendencies in IHD. Hyperlipoproteinemia, both transient and enduring, especially type II. B, was often associated with an unfavourable outcome of the disease. Stable normolipidaemia, however, did not lead to either a rapid deterioration of the disease or a renewal of coronary accidents.

J. Paulson — Exposure Test for Ascertaining Occupational Etiology in Cases of Chronic Bronchitis and Bronchial Asthma

A number of factors, such as working conditions, occupational exposure to potentially toxic physical and chemical agents, length of service, a gradual, continual and slow development of the lung disease and the absence of the previous history of acute infectious respiratory diseases are important in the diagnosis of occupational lung diseases. Both elimination and exposure tests are important in detecting occupational lung disorders. These tests are based on the following techniques, methods and procedures: follow-up of patients with special reference to coughing and laboured breathing, auscultation, monitoring of respiratory and pulse rates, pneumotachometry and spirometry. The results of the tests are regarded as positive if, in addition to an impairment of subjective sensations, the patient develops dry, sibilant rales, the range of respiratory flow in expiration decreases 0.5 l/sec. the value of Tiffeneau's test goes down to 70 per cent or more, and maximum respiratory ventilation decreases more than 20 per cent of the normal value.

E. Sepp, A. Möttus — Nikolai Pirogov as the Founder of Surgical Anatomy

Nikolai Ivanovich Pirogov (1810—1881), great Russian surgeon, anatomist, pathologist, a talented teacher and an indefatigable researcher was sent to the Derpt (Tartu) University, in 1828, after graduating the Moscow University. At the age of 25 he was elected Professor of surgery of the Derpt (Tartu) University. Pirogov always emphasized the importance of the knowledge of surgical (topographic) anatomy for the surgeon. In 1837 he produced a major treatise on anatomy "Surgical Anatomy of Arterial Trunks and Fasciae" (Derpt, 1837). It was an atlas with explanations in German and Latin. That classic work in surgical anatomy was a great achievement in medical science both at the time and is of tremendous importance to this day.

K. Kõrge — The Oldest Clinic of Tartu University

During the Swedish period Tartu University had no clinic of its own. The first clinic was opened in 1804, after the reopening of Tartu University in 1804. The clinic worked under the direct guidance of professor D. Balk. In 1808 a new hospital was opened on Toome Hill, which included therapeutic, maternity and surgical clinics. Professor D. Balk, Professor Ch. Deutsch and Professor M. E. Kauzmann were in charge of those clinics.

The first clinic of Tartu University made a valuable contribution to training of doctors and furthering the scientific thought in the field of medicine, not only in Estonia and Russia, but also in Western Europe. At the beginning of the 19th century, such prominent medical men as surgeons J. Moier, N. I. Pirogov, E. v. Bergmann, therapists J. Erdmann, G. Sahmen, B. Naunyn, C. Dehio and others worked there. In the middle of the 19th century, a rapid progress in the field of physiology, biochemistry and pharmacology took place at Tartu University, which in its turn exerted a favourable influence on the development of clinical medicine.

Today the clinic serves as a basis for the activities of the Chair of Therapeutics of the Faculty of Medicine of Tartu University. At the Chair of Therapeutics research is being carried out in the field of cardiology, rheumatology, immunology and gastroenterology.

V. Salupere — Problems of Healing and Relapses of Peptic Ulcer

According to the most modern literature on the healing and relapses of peptic ulcers, the author deals with the analysis of various approaches to the problem. In addition to this, the author describes the treatment results in 84

patients with gastric ulcer confirmed by endoscopic examinations. The patients made up a representative group. An analysis is given of the conditions either conducive or detrimental to the healing of the ulcer. The author points out that a substantiated, adequate method of treatment will lead to a rapid clinical remission of a benign peptic ulcer with no complications, but it will take the ulcer from 2 to 4 months to cicatrize. It is concluded that the better the healing of the ulcer, the milder and later is its possible relapse.

J. Pilv, A. Tellmann — The Organization and Improvement of District Pediatric Care

The article describes the day-to-day work of 12 district pediatricians. The doctors' work was analysed over a two-fortnight period involving 120 working days. As a result, it has been found that during the day written work, viz. medical recording takes up most of the pediatrician's time and therapy and preventive work follows.

The authors have elaborated special forms for preventive follow-up which make it possible to produce the most effective results in the diagnosis and treatment of child diseases and reduce written work to a minimum.

N. Loogna, T. Tatar — Sensitization by Oil-Shale Products

E. Rattasep, L. Sildver — Diabetic Fetography in Newborn Babies

B. Heifets-Tetelbaum, V. Dyachenko, S. Rapoport — The Use of High Compression in Combination of Hyperbaric Oxygenation in the Management of Air Embolism due to Perturbation

Training of Personnel

New Medical Institutions

Health Education

H. Gustavson — Hospitals in the Present-Day Rapla District up to 1917

Conferences and Medical Meetings

Societies of Physicians

Our Heroes of the Day

Interview

New Drugs

Reviews and Bibliography

Necrology

Quaestiones Linguae Estonicae in Medicina Chronicle

English text edited and translated by
E. Saarnok

Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus
on teil võimalik lugeda ja koju laenutada
järgmisi võõrkeelseid ajakirju:

AMERICAN JOURNAL OF DISEASES OF CHILDREN · Chicago

ÄRZTLICHE JUGENDKUNDE · Leipzig

JOURNAL OF PEDIATRICS · St. Louis

KINDERÄRZTLICHE PRAXIS · Leipzig

PÄDIATRIE UND GRENZGEBIETE · Berlin



SAPARALUM

Araalia [*Aralia manshurica* Rupr. et Maxim., Araliaceae sugukond] juurtest saadav triterpeenglükosiide sisaldav preparaat.

Kasutatakse toniseeriva vahendina. Ravi otstarbel võetakse sisse üks tablett pärast sööki 2...3 korda päevas 15...30 päeva jooksul.

Profülaktilise vahendina võetakse saparaali sisse 1...2 tabletti päevas. Pakendis 50 tabletti á 50 mg.