



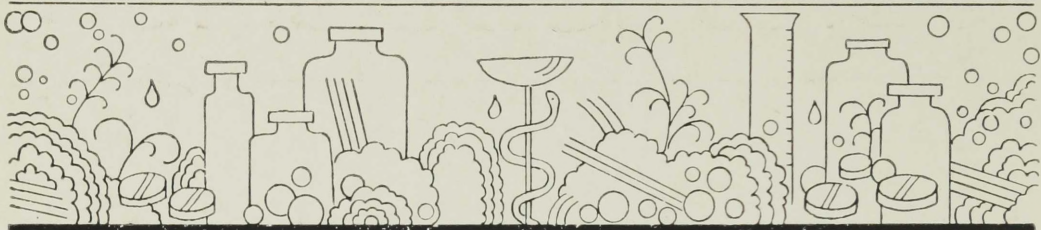
ISSN 0134—2320

LOUKOGUDE EESTI **TERVISI- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

4 · 1982



GLYCYRAMUM

Lagritsa (*Glycyrrhiza glabra*) juurtest eraldatud glütsürrisiinahappe derivaat.

Mõjub põletikuvastaselt ja avaldab stimuleerivat toimet neerupealistesse.

Kasutatakse bronhiaalastma, neerupealiste koore hüpofunktsiooni ja vaegussündroomi korral, mis tekib glükokortikoidravi katkestamisel.

Pakendis 50 tabletti à 0,05 g.

PHENICABERANUM

Spasmolüütiliste omadustega preparaat.

Mõjus seedetrakti haiguste puhul esinevate silelihaskonna spastiliste seisundite ja krooniliste, pärgarterite puudulikkusest tingitud stenokardiahoogude korral.

Pakendis 20 tabletti à 0,02 g.

4

Nõukogude Eesti Tervishoid

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI
1982 · XXV AASTAKÄIK

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

V. Rätsep, J. Nikitin — Hiline ülitundlikkusreaktsioon rinnavähkhaigetel 243
O. Kurtenkov, J. Smorodin — Vereseerumi mõnede fraktsioonide immuno-depressiivne aktiivsus tervetel ja mao-vähi korral 246
R. Vodja, V. Pokk — Inaktiveeritud gripivaktsiini immunogeenne aktiivsus 248
S. Oskolkova — Terapeutiline resistentsus depressiivsete seisundite puhul 250
P. Laane — Südame isheemiatõve prognoosi sõltuvus pärgarterite ateroskleroosilise kahjustuse laadist 253
M. Roose, A. Kokk — Insuldihaigete hospitaliseerimine Tartus 1980. aastal 255

OLEVAATED

R. Zupping — Krooniline valu 258

350-AASTANE TARTU ÜLIKOOL

V. Kainin — Grigori Hlopin ja Tartu Ülikool 261
R. Looga — Hingamise ja vereringe füsioloogia uurimise arengust Tartu Ülikoolis 266

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

E. Väärt, A. Sarap — Teadusliku töökorralduse ülesanded ja arengusuunad polikliinikus 268

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASU-ISTIKA

A. Tallhärm, L. Dmitrijev, I. Kamenik — Kogemusi toksikoloogiliste haigete ravimisel Tallinna Kiirabihaiglas 271

MÖTTEVAHETUS

R. Vodja — Gripivaktsinatsioonilt loodetakse paremaid tulemusi 274
O. Kristjuhan — Inimese eluea pikendamise võimalusi 277

ABIKS VELSKRITELE JA ODEDELE

K. Kutsar — Epstein-Barri viirus 279

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

I. Maaros, S. Umanski — Teaduslikke kutseid 282
V. Subi — Uus arstiteaduse kandidaadid 282

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

V. Laos — Uus Võru Rajooni Kesksaigla Kubijal 283

ARSTITEADUSE AJALOOST

H. Sillastu — 100 aastat tuberkuloosibakteri avastamisest 285
A. Schotter — 80 aastat Voldemar Üpruse sünnist 288

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

S. Kaldma — Eesti NSV naistearstide X kongress 289
J. Reinaru, S. Umanski — V vabariiklik immunoloogialane teaduslik-praktiline konverents 289
I. Laan — TRÜ 350. ja Tartu Kliinilise Lastehaigla 60. aastapäeva konverents 290
A. Liiv — Ülevabariigiline psühhiaatrie ja narkoloogia seminar 290
N. Elstein — Eesti NSV ja Soome Vabariigi arstide ning farmakoloogide sümposium 291
H. Kapral — Esmine vabariiklik laboriarstide konverents 292
N. Elstein — Ülevabariigiline terapeutiline nõupidamine 292
S. Velbri — Liiduvabariikidevaheline endokrinoloogiakonverents 293
M.-A. Riikjärv — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia üldkogu 46. sessioon 293
H. Poola — Üleliiduline konverents sapiteede kirurgia alal 294
M. Moks — Üleliiduline nõupidamine «Laboratoorsed meetodid kutsepatoloogias» 294

MEIE JUUBILARE 295

Arnold Koop, Feliks Skubiš, Heino Noor, Voldemar Liiv, Valve Pillesaar, Ingrid Koo, Enn Värk, Maimu Oja, Maie Lövi-Kainin

ASKLEPIOSE KLUBIS

Üliõpilase tervis 299

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Kuldjuure vedelekstrakt 304

IN MEMORIAM

Otto Pappel 11. XI 1930... 13. III 1982 305

Anna Koort 12. VII 1900... 25. IV 1982 306

KROONIKA 307

Eesti NSV teadlaste publikatsioonide välistemaal 314

Artiklite venekeelsed resümeed 315

Artiklite ingliskeelsed resümeed 318

NB

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

Toimetuse nõukogu

M. Allik (Kingissepa), S. Ellervee (Tartu rajoon), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), R. Mihelson (Hiiumaa), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), T. 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. 06. 1982. Trükkimisele antud 02. 08. 1982. Trükiarv 5850. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 9,12. Tell. nr. 2197. MB-07276. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5850. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 9,12. Заказ № 2197. MB-07276. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, 200090, Таллин, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika»
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsikirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsikiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valed, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initiaaliid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatu kokkusurutult mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend**, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsikirjaga. Teadusliku töö käsikirja viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatu vene keeles (15... 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8... 12 rida) või lisatu 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, initiaaliid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initiaaliid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsikirja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

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

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 618.19-006.6:576.8.097.3

HILINE ÜLITUNDLIKKUS- REAKTSIOON RINNAVÄHI- HAIGETEL

VÄINO RÄTSEP JURI NIKITIN · TALLINN

hiline ülitundlikkusreaktsioon, rinnavähk, pre-
kantseroosid, tuberkuliiniproov, DNCB-test

Organismi immuunpuudulikkuse tun-
nuste väljaselgitamise eesmärgil kasuta-
tavate uurimismeetodite aluseks on et-
tekujutus sellest, et immuunjärevalve
tagab organismi sisekeskkonna stabiil-
suse, ning laitmatu funktsionaalse sei-
sundi puhul elimineeritakse organismist
geneetiliselt kehavõõrad rakud (11).
Kasvaja arenemisel teostavad A. Allisoni
jt. arvates (1) immuunjärevalvet
aberrantsete rakkude üle T-lümfotsüü-
did. Mittespetsiifiliste näitajate hulka,
mille abil on võimalik hinnata immuun-
suse T-süsteemi seisundit, kuuluvad
nahatestid, mis näitavad allergiliste hi-
lisreaktsioonide väljendumist.

Tänapäeval laialdaselt kasutatavad
nahatestid tuberkuliini ja 2,4-dinitro-
kloorbensooliga (DNCB) annavad aller-
gilise hilisreaktsiooni väljakujunemise
kohta rinnavähihaigetel vastukäivaid
tulemusi. Osa teadlasi (5, 6, 7, 9, 10) ei
ole leidnud tõenäost erinevust reaktiiv-
suses eespool nimetatud antigeenide
suhtes kontrollrühma kuuluvate ja rin-
navähihaigete vahel, kelle haigus on
algstaadiumis. Vastupidiselt sellele sei-
sukohale on teised uurijad (2, 3, 4, 8, 15)
immuunreaktiivsuse languse kindlaks
teinud juba algstaadiumis vähi korral.

Oleme arvamusel, et vasturääkivused
eri autorite uurimuste tulemustes tule-
nevad uurimismaterjali ja -meetodi
mitteadekvaatsusest. Metoodilise lähe-
nemise osas rõhutagem järgmist: esi-
teks, DNCB annus kõikus suurtes pii-
rides, nimelt 5 µg kuni 100 µg, tei-
seks, samuti DNCB lahjenduste arv kõi-
kus ühest neljani, kolmandaks kasuta-
vad ühed lahustina atsetooni, teised aga
atsetoonõlilahustit. Materjali hetero-
geensuse kohta võib öelda järgmist: esi-
teks, kontrollrühma kuulusid kas ter-
ved või need, kes põdesid mittekasvaja-
likke haigusi; teiseks, kasvajaprotsessi
leviku astmest olenevalt jaotati rinna-
vähihaiged sageli heterogeensetesse
rühmadesse, nagu näiteks lokaalne ja
dissemineerunud protsess või operaabel
ja mitteoperaabel. Kui rühm dissemi-
neerunud — mitteoperaabel on enam-
vähem ühesugune, siis teistes rühmades
on haiged, keda omavahel võrrelda ei
saa.

Eespool toodut arvestades võtsime
haigete immuunkompetentsuse hinda-
miseks kasutusele kõige standardiseeri-
tuma DNCB-testi. Kontrolliks uuriti
healoomulisi rinnanäärmehaigusi põde-
jaid, rinnavähihaiged aga jaotati rüh-
madesse haiguse staadiumi järgi TNM
klassifikatsioonile vastavalt.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Töös uuriti
Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanse-
ris ravil olnud 172 haiget, neist oli 71-l rinna-
vähk ja 101-l rinnanäärme prekantseroos.
Rinnavähihaiged jaotati haiguse staadiumide
järgi vastavalt NSV Liidu Tervishoiuadminis-
triumi poolt 1972. aastal esitatud kliinilisele
klassifikatsioonile. Prekantserooside rühma
kuulusid haiged, kes põdesid fibroadenoomi,
tsüstilisi haigusi, lokaliseerunud või difuusset
mastopaatiat. Rinnanäärmevähi ja prekantse-
roosi diagnoosid pandi kliiniliste, röntgeno-
loogiliste, tsütoloogiliste ja histoloogiliste and-
mete põhjal.

Allergiline nahaproov tuberkuliini suhtes
tehti vastavalt juhenditele ja soovitus-
tele (13,17). Hilist ülitundlikkusreaktsiooni
DNCB suhtes uurisime Salijevi meetodil (14).
Uurimistulemused on töödeldud statistiliselt
üldtuntud meetodite järgi.

Uurimistulemused. Kui rinnavähihai-
gete ja vähieelses seisundis patsientide
organismi reaktiivsust DNCB suhtes

Tabel 1. Uuritud haigete rühmade võrdlusandmed DNCB suhtes väljendunud nahareaktsioonide intensiivsuse kohta

Haigete rühm ja diagnoos	Uurituid	Reaktsiooni intensiivsus		
		++++/++++	++/+	0
Rinnanäärme prekantseroos	101	69,3% ± 4,59	17,8% ± 3,81	12,9% ± 3,33
Rinnavähk I staadiumis	22	27,3% ± 9,72	36,4% ± 10,5	36,3% ± 10,5
II staadiumis	15	26,7% ± 11,82	33,3% ± 12,6	40,0% ± 13,1
III staadiumis	28	53,6% ± 9,60	32,1% ± 8,98	14,3% ± 6,74
IV staadiumis	6	33,3% ± 21,08	33,3% ± 21,08	33,3% ± 21,08
Kokku	71	38,0% ± 5,76	33,8% ± 5,61	28,2% ± 5,34

Tabel 2. Uuritud haigete rühmade võrdlusandmed tuberkuliini suhtes väljendunud nahareaktsioonide intensiivsuse kohta

Haigete rühm ja diagnoos	Uurituid	Reaktsiooni intensiivsus		
		++++/++++	++/+	0
Rinnanäärme prekantseroos	86	38,3% ± 5,27	19,8% ± 4,32	41,9% ± 5,35
Rinnavähk I staadiumis	19	5,3% ± 5,28	26,3% ± 10,37	68,4% ± 10,95
II staadiumis	13	7,7% ± 7,19	30,8% ± 13,33	61,5% ± 14,05
III staadiumis	25	16,0% ± 7,48	32,0% ± 9,52	52,0% ± 10,20
IV staadiumis	6	0	33,3% ± 21,07	66,6% ± 21,07
Kokku	63	9,5% ± 3,72	30,2% ± 5,83	60,3% ± 6,21

hinnati vaid negatiivseks või positiivseks testi tunnistades, siis ilmselt (vt. tabel 1), et vähihaigetel esineb DNCB suhtes areaktiivsust sagedamini (28,2%) kui prekantserooside rühma haigetel (12,9%) ($t=2,43$, $P<0,05$). Kui aga tulemusi võrrelda reaktsiooni väljendumisastme järgi DNCB suhtes, siis selgub, et vähihaigetel on intensiivset reaktsiooni (+++ ja +++) harvem kui vähieelses seisundis haigetel ($t=4,25$, $P<0,001$). Samuti selgus, et immuunreaktiivsus on märgatavalt langenud I–II staadiumi vähktõve korral (negatiivseid reaktsioone vastavalt 36,3% ja 40%). Ootamatu aga oli see, et III staadiumi rinnavähi korral oli organismi reaktiivsus lähedane reaktiivsusele rinnavähi prekantserooside puhul. Selle staadiumi vähi põdejate analüüs näitas, et nende hulgast võib eraldada kaks immunoloogiliselt erisugust haigete rühma: koldelise protsessiga (T1-3N2-3) ja infiltratiiv-turselise haigusvormiga vähihaiged (T4NO-3). Viimati nimetatuid mitte ühelgi ei ilmnenu negatiivset reaktsiooni DNCB-suhtes, teise rüh-

ma haigetest oli areaktiivseid 28,5% ($t=2,28$, $P<0,05$).

Rinnavähihaigete ja rinnanäärme prekantseroosidega haigete reaktiivsuse võrdlemisel selgus (vt. tabel 2), et vähihaigetel leiti areaktiivsust tuberkuliini suhtes sagedamini (60,3%) kui vähieelses seisundis haigetel (41,9%) ($t=2,24$, $P<0,05$). Nimetatud haigete rühmade võrdlemine reaktsiooni väljendumisastme järgi näitas, et intensiivset reaktsiooni (+++ ja +++) täheldatakse vähihaigetel märkimisväärselt harvem kui vähieelses seisundis haigetel ($t=4,46$, $P<0,001$).

Rinnavähihaigetel tehti kõikides haiguse staadiumides kindlaks väljakujunenud areaktiivsus tuberkuliini suhtes. See areaktiivsus langeb vähesel määral III staadiumi puhul, kuid tuberkuliini suhtes reaktiivsuse ja haiguse staadiumi vahelist sõltuvust ei leitud ($K=6$, $\chi^2=6,56$, $P<0,05$). Analoogiliselt reaktiivsusega DNCB suhtes võib ka tuberkuliintesti puhul III staadiumis haigete hulgast nende reaktiivsuse põhjal eraldada kaks haigete rühma: T1-3N2-3 ja T4NO-3. Nii ilmneb esimese rühma 10

haigest negatiivne tuberkuliinireaktsioon 8-1, samal ajal kui 12 infiltratiivturselise vähivormiga haigest ilmnis analoogiline vastus ainult neljal haigel ($t=2,45$, $P<0,05$).

Arutelu. Meile oli ootamatu I—II staadiumi rinnavähki põdejatel DNCB suhtes negatiivsete reaktsioonide suur protsent, kuna enamiku uurijate andmeil (3, 12, 15, 16) oli DNCB-testi positiivsete reaktsioonide sagedus kõige suurem haiguse algstaadiumis ning langes progressiivselt haiguse süvenemisega. Võimalik, et osal I—II staadiumi vähi põdejail, kellel oli kindlaks tehtud areaktiivsus antud antigeeni suhtes, on arenenud kaugmetastaasid. Retrospektiivne analüüs näitas, et 13 I—II staadiumi vähi põdejaist, kelle organism DNCB-le ei reageerinud, avastati kolmel 6...8 kuu jooksul kaugmetastaasid. See aga ei välista esmase immuundepressiooni võimalust selles haigete rühmas. Niisuguseks näiteks esitame väljavõtte ühe vähihaige haigusloost.

Haigusjuht. 39-aastane nashaige F. A. (Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri haiguslugu nr. 2080/1977. a.) pöördus arsti poole, kaevates valusid paremas rinnanäärmes. Objektivselt: paremas rinnanäärmes palpeeritav hulgaliselt väikesemõõtmelisi ebaselgete kontuuridega tihkestusi. Nahk ja regionaarsed lümfisõlmed normis. Mammograafial ilmnis mastopaatia üldpilt. Tsütoloogiline uuring: mastopaatia. Diagnoos: koldeline parempoolne mastopaatia. Allergiline nahaproov DNCB suhtes negatiivne. Haigele ordineeriti konservatiivne ravi.

Haige tuli kontrollile viie kuu pärast. Kaebusi ei ole. Objektivselt: parema rinnanäärme ülemises-lateraalses kvadraadis hulgaliste väikeste tihkestuste taustal palpeeritav kasvajasõlm, mille diameeter 1,5 cm. Regionaarsed lümfisõlmed ei ole suurenenud. Mammogrammidel mastopaatia üldpilt. Tsütoloogiline diagnoos: vähk. DNCB-test positiivne (+). Tehti radikaalne operatsioon. Lõplik diagnoos: parema rinnanäärme vähk II staadiumis (T2N1M0).

On raske öelda, kas esmasel uurimisel oli tegemist vähiga või oli kasvaja kliiniliselt mittemääratav. Tähtis aga on see, et vähi arenemisel läks DNCB-negatiivne reaktsioon üle positiivseks. Ka teised uurijad (2, 10) on haigetel III

staadiumi vähi ja prekantserooside puhul täheldanud ligilähedast reaktiivsust DNCB- ja tuberkuliiniproovis. Selle haigete rühma analüüs näitas, et kõige madalamad näidud fikseeriti $T_{1-3}N_{2-3}$ rühma vähihaigetel, võrreldes näitudega infiltratiivturselist rinnavähivormi põdejail. Nähtavasti võib haigus nendel patsientidel ($T_{1-3}N_{2-3}$) areneda kahes suunas. Esimene tee: patsientidel, kellel ilmnis tugev reaktsioon DNCB suhtes, on organism immunokompetentsuse piiril, mis on küll võimeline pidurdama protsessi dissemineerumist, kuid ei ole võimeline peatama kasvaja progresseeruvat lokaalset kasvu. Need haiged lähevad üle T4 rühma. Teine tee: haigetel, kellel DNCB-test oli negatiivne, ei ole organism võimeline peatama haiguse tormilist kulgu ning T4-staadiumi vahele jättes läheb haigus üle disseminatsioonistaadiumi.

Meie tähelepanekud näitasid, et intensiivne tuberkuliinireaktsioon tekkis vaid 9,5%-l vähihaigetest, vähieelses seisundis haigetest aga 38,3%-l. Küllaldase intensiivsusega tuberkuliinireaktsioon ilmnis ka neil, kellel haigus oli juba kaugele arenenud. Positiivne tuberkuliinireaktsioon võib areneda ka T-süsteemi depressiooni ajal vanade, kaua tsirkuleerivate lümfotsüütide olemasolu tõttu, mis olid tekkinud immuunsüsteemi aktiivse seisundi perioodil (pseudopositiivsed juhud). Peale selle oleneb tuberkuliiniproov ka tuberkuloosibakteri leidumisest organismis, mistõttu proov on infitseerumata haigeil negatiivne (pseudonegatiivsed juhud). Neid asjaolusid on vaja selle reaktsiooni trakteerimisel arvesse võtta.

Järeldused.

1. Rinnavähihaigeil täheldatakse märkimisväärset reaktiivsuse langust DNCB suhtes, mis kõige enam väljendunud on haiguse algstaadiumides. III staadiumis täheldati kõige madalamaid näitajaid $T_{1-3}N_{2-3}$ rühma haigeil võrreldes infiltratiivturselist rinnavähivormi põdejatega.

2. Rinnavähihaiged reageerivad tuberkuliinile harvem kui vähieelses sei-

sundis haiged (vastavalt 39,7% ja 58,1%), kusjuures väljendunud reaktsiooni esines vähi puhul 9,5%-l ja prekantserooside puhul 38,5%-l juhtudest.

3. Reaktiivsuses DNCB ja tuberkuliini suhtes on prekantserooside ning rinnavähi vaheline erinevus statistiliselt oluline.

KIRJANDUS: 1. Allison, A. C., Denman, A. M., Barnes, P. Lancet, 1971, 7716, 135—140. — 2. Bolton, P. M., Teasdale, C., Mander, A. M. a. o. Cancer Immunol. Immunother., 1976, 1, 251—258. — 3. Botto, H. G., Gauthier, H., Pouillart, P. a. o. Eur. J. Cancer, 1977, 13, 329—332. — 4. Dutta, T. K., Sengputa, U., Gupta, B. D. Indian J. Cancer, 1977, 14, 351—353. — 5. Kopersztych, S., Rezkallan, M. T., Miki, S. S. a. o. Cancer, 1976, 38, 1149—1154. — 6. Nemoto, T., Han, T., Minowada, J. J. Natl. Cancer Inst., 1974, 53, 641—645. — 7. Pinsky, C. M., Domeiri, A., Caron, A. S. a. o. In: Investigations and Stimulation of Immunity in Cancer Patients. Berlin—Heidelberg—New York, 1974. — 8. Stefanits, K., Kuhn, E., Csere, T. Radiother. Radiother., 1977, 5, 585—590. — 9. Wanebo, H. J., Thaler, T., Urban, J. a. o. Ann. Surg., 1976, 184, 258—267. — 10. Whitehead, R. H., Teasdale, C., Hughes, L. E. Lancet, 1976, 7979, 258.

11. Бернет Ф. Клеточная иммунология. М., 1971. — 12. Городилова В. В., Бабакова С. В., Мандрик Э. В. В кн.: Вопросы онкоиммунологии. М., 1977, 51—63. — 13. Инструкция по применению туберкулиновых проб. Пробл. туб. (Москва), 1966, 5, 88—91. — 14. Салиев В. П. В кн.: Теоретические и клинические аспекты иммунологии опухолей. Кемерово, 1975, 116—130. — 15. Семизлазов В. Ф., Кондратьев В. Б., Марьенко А. И. и др. Вопр. онкол., 1978, 24, 74—79. — 16. Шех Б. А., Бабаева Р. А., Гаченко С. С. Актуальн. вопр. онкол. и рентгенорадиол., 1978, 29, 93—96. — 17. Шмелёв Н. А. В кн.: Многоотомное руководство по туберкулезу. М., 1959, 1, 411.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

Joonis. Ülemine kõver kujutab vähihaige vere-seerumi kromatograafial saadud elutsioonide profiili, alumine kõver terve doonori vere-seerumi kromatograafia samalaadseid andmeid. Punktiirjoon tähistab pH muutusi. Autorite joonis.

UDK 616.33-006.6:576.8.097.3

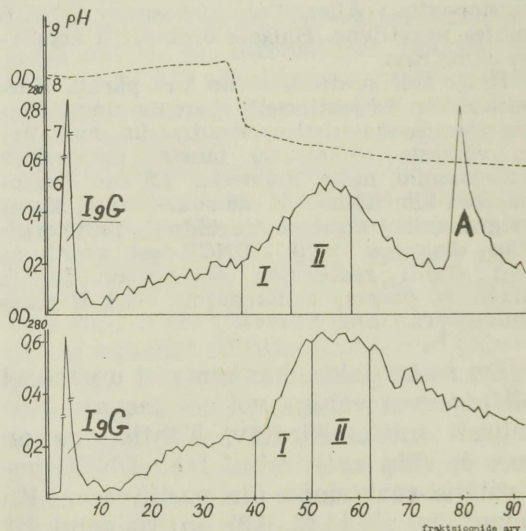
VERESEERUMI MÖNEDE FRAKTSIOONIDE IMMUNO- DEPRESSIIVNE AKTIIVSUS TERVETEL JA MAOVÄHI KORRAL

OLEG KURTENKOV JEVGENI SMORODIN
TALLINN

Onkoloogiliste haigete vereplasma ja vere-seerumi immunodepressiivsed omadused, seda eriti haiguse hilisstaadiumis, on hästi teada ja need omadused tehakse kindlaks lümfotsüütide blasttransformatsiooni reaktsiooniga mitogeenidele ja muude testide abil (5, 8). Immunodepressiivne aktiivsus ilmneb ka vere normaalseerumi peamiselt alfa-globuliini fraktsioonis ning seda seostatakse immunodepressiivse normaalproteiini ja teiste glükoproteiididega (4, 6, 10). Kuid seni ei ole veel selge, millest on tingitud vere-seerumi immunodepressiivse aktiivsuse tõus vähi korral.

Uurisime kromatograafilisel kahe doonori ja ühe maovähihaige (diagnoos: adenocarcinoma anaplasticum, T3N1M1) vere-seerumite fraktsioonide aktiivsust.

Metoodika. DEAE-tselluloosiga (suspensiooniline polümeer, Reanal) ioonivahetuskolonni (mõõtmed 1,5×30 cm) viidi 6,0 milliliitrit vere-seerumit, mis oli dialüüsitud lähtepuhvri vastu. Elueerimisel kasutati tõusvaid kontsentratsioone: 0,01-molaarne naatriumfosfaatpuhver,



Tabel. Doonori ja maovähihaige vereseerumi I ja II fraktsiooni toimeefekt tervete vaatlusaluste lümfotsüütide blasttransformatsiooni reaktsioonile

I fraktsioon				II fraktsioon				
doonor	maovähihaige			doonor	maovähihaige			
annus µg/ml	500	1000	500	1000	500	1000	500	1000
1	-7,50	-26,90	-37,29	-43,21	+15,00	-11,3	-65,44	-71,63
2	-5,50	-56,72	-53,13	-80,00	-37,29	-75,41	-6,25	-56,25
3	-14,59	-18,52	-45,47	-24,50	-37,50	-18,75	-64,77	-64,10
4	-21,25	-70,38			-68,13			
5	-16,11	-59,74						
M	-12,99	-46,45	-45,30	-49,24	-31,98	-35,15	-45,49	-63,99
±m	2,04	10,03	4,58	16,32	17,26	20,27	19,64	4,44

P < 0,001

pH=8,2 (lähtepuhver) → 0,2-molaarne fosfaatpuhver, pH=6,0, toatemperatuuril. Kromatogramm on esitatud joonisel. Fraktsioonide koostist analüüsiti polüakrüülamiidgeelelektroforeesil (7,5%-line geel) veronal-trispuhver, pH=7,5).

Doonori lümfotsüütide blasttransformatsiooni reaktsioon fütöhemaglutiniiniga (kasutati fütöhemaglutiniini M (Difco) annuses 50 mikrogrammi ühe milliliitri toitelahuse kohta) tehti varem kirjeldatud meetodika järgi (11). I ja II fraktsiooni uuriti kontsentratsioonides 500 ja 1000 mikrogrammi ühe milliliitri kohta.

Andmeid töödeldi statistiliselt Studenti t-testi kasutades.

Tulemused ja arutelu. Väljakujunenud immunodepressiivset aktiivsust täheldati nii tervete kui ka maovähihaige vereseerumi kummaski fraktsioonis (vt. tabel). Kuid üksnes maovähihaige I fraktsioon annuses 500 µg/ml ilmutas tõenäoselt suuremat aktiivsust doonorite analoogiliste fraktsioonidega võrreldes. Need erinevused nivelleerusid annuse suurendamisel kuni 1000 µg/ml.

II fraktsioonil oli väljakujunenud immunodepressiivne toimeefekt, olenev annusest ja uuritavatest (kas haige või doonor), mis arvatavasti on tingitud immunodepressiivsete «normaalvalkude» olemasolust. Mõlemad analüüsitud fraktsioonid olid elektroforeetiliselt heterogeensed ja sisaldasid alfa-2-makroglobuliini, albumiini, samuti ka teisi valke.

Anomaalne sakk A, mis ilmnis maovähihaige vereseerumi kromatogrammis, oli elektroforeetiliselt samuti heterogeenne ja ilmutas lümfotsüütide

blasttransformatsiooni reaktsioonis nõrka immunodepressiivset aktiivsust.

Alfa-2-makroglobuliin, üks alfa-globuliinifraktsiooni proteiine, pakub huvi kui laia toimespektriga proteaaside inhibiitor (2). On andmeid alfa-2-makroglobuliini ja alfa-1-antitrüpsiini (proteasaaside füsioloogiliste inhibiitorite) osalemise kohta proliferatsiooni ja immunokompetentsete rakkude tsütotoksiliste efektide pidurdamises (1, 3, 7, 9).

Meie esialgsed tulemused alfa-2-makroglobuliini enam puhastatud preparaatide kasutamise kohta tunnistavad, et normaalseerumi ja vähihaige vereseerumi vaheline pidurduse erinevus lümfotsüütide blasttransformatsiooni reaktsioonis fütöhemaglutiniinile on seoses alfa-2-makroglobuliiniga. Seega ei saa välistada selle valgu osatähtsust immunodepressiooni tekkes vähktõve korral.

KIRJANDUS: 1. Arora, P. K., Milles, H. C., Aronson, L. D. *Nature*, 1978, 274, 5671, 589—590. — 2. Barret, A. J., Starkey, P. M. *Biochem. J.*, 1973, 133, 709—724. — 3. Bata, J., Devilles, P., Colobert, L. C. *r. Acad. sci.*, 1977, D 285, 16, 1499—1501. — 4. Hanna, N., Kalderson, R., Nelken, D. *Immunology*, 1975, 29, 433. — 5. Kamo, J., Friedman, H. *Adv. Cancer Res.*, 1977, 25, 271—321. — 6. Nelken, D. *J. Immunol.*, 1973, 110, 1166. — 7. Shenton, B. K., Proud, G., Smith, B. M. *a. o. Transplant. Proc.*, 1979, 11, 1, 171—174. — 8. Silk, M. *Cancer*, 1967, 20, 2088. — 9. Stein-Streilein, J., Hart, D. A. *Fed. Proc.*, 1978, 37, 7, 2042—2044.

10. Ионов, И. Д. *Ж. Микробиол. (Москва)*, 1976, 7, 6—12. — 11. Куртенок О. А. *Вопр. онкол.*, 1974, 20, 1, 101—102.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

UDK 616.921.5:615.371

INAKTIVEERITUD GRIPI- VAKTSIINI IMMUNOGEENNE AKTIIVSUS

RAUL VODJA VELAINÉ POKK · PÄRNU

gripivaktsiin, immunogeenne aktiivsus

Inaktiveeritud gripivaktsiin leidis Pärnus esmakordselt kasutamist 1981. a. sügisel. Tema immunogeense aktiivsuse kohta anname omapoolse hinnangu käesolevas artiklis.¹

Uurimismaterjal ja -meetodid. Vaktsineerimiseks oli Pärnu Polikliinikus moodustatud kaks brigaadi eelnevalt hästi väljaõpetatud inimestest, kes ligikaudu 8 tuhande tööstustöölise kaitsepookimise toimetasid 1981. a. novembris põhiliselt kolme nädala jooksul (2...3 tundi päevas)².

Kasutati Leningradi Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudis toodetud vaktsiini, mis sisaldas kaht A-tüübi viirusetüve antigeense valemiga (H3N2) ja (H1N1). Vaktsiini manustati ühekordselt (!) annuses 0,1 ml nõelata püstolinjektori abil naha sisse õlavarre ülemisse kolmandikku.

Gripiantikehade sisaldust vereseerumis (immuunsuse pingsust) määrati Pärnu elanikel 1981. a. igas kvartalis, kokku 454 juhul. Viimases kvartalis (detsembris) uuriti 118 inimest, kellest 54 oli 2...4 nädalat enne vereproovi võtmist vaktsineeritud inaktiveeritud gripivaktsiiniga. Lisaks sellele uuriti seroloogiliselt veel 18 vaktsineeritu seerumite paare — esimesed seerumid olid saadud kaitsepookimise päeval, teised 15...19 päeva pärast.

Vereseerumite uurimiseks kasutati hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsiooni, millesse antigeenidena võeti gripiviiruse tüved A/Habarovsk/74/77(H1N1), A/Texas/1/77(H3N2), A/Hongkong/1/68(H3N2) ja B/Leningrad/369/76.

Tulemused. Nagu tabelist nähtub, oli Pärnu elanike immuunsus A-gripi suhtes kogu 1981. aasta võrdlemisi madal. Uuritute arv, kelle vereseerumis leiti antihemaglutiniine tiitrites 1:40 või

¹ Kirjanduse andmeid selle kohta võib leida Nõukogude Eesti Tervishoius, 1982, 4, 274—277.

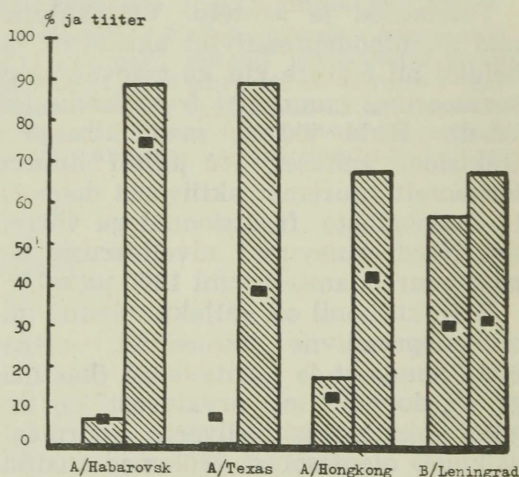
² Brigaadide ettevalmistamist ja praktilist tööd juhendas Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloogiaosakonna juhataja H. Tüür.

enam, ei küündinud tüvede A/Habarovsk ja A/Texas puhul 10 protsendini; tüve A/Hongkong puhul kõikus see 20...30% vahel. IV kvartalis vaktsineeritute rühmas suurenes taoliste näitajatega inimeste arv tunduvalt, isegi üle 50%. Mittevaktsineeritutega võrreldes ületasid vaktsineerituid ka antikehade keskmise geomeetrilise tiitri väärtused neid 5,3 (A/Habarovsk) ja 4,7 (A/Texas) korda. Andmete tõepärasus on statistiliselt kinnitatud.

Seerumite paaride uurimisel ilmnes järgmist: A/Habarovsk — 1/16³ ja 6,5/74⁴, A/Texas — 0/16 ja 6,5/39, A/Hongkong — 3/12 ja 13/42, B/Leningrad — 10/12 ja 30/32. Tulemused peaks joonis ilmekamalt esile tooma. Seejuures täheldati tüvede A/Habarovsk ja A/Texas puhul arvestatavat serokonversiooni — tiitri tõusu neli või enam korda — 83%-l uurituist (15/18), A/Hongkong puhul aga 33%-l uurituist (6/18).

³ Uuritute arv, kellel tiitrid 1:40 või enam, lugejas I seerumi, nimetajas II seerumi kohta.

⁴ Keskmise tiitri väärtused: I/II.



Joonis. Gripivaktsiini immunogeenne aktiivsus. Serokonversioonist annavad ülevaate tulpade paarid: vasakpoolsed tulbad märgivad vaktsineerimispäeval võetud seerumite antikehade tiitrit, parempoolsed tulbad 15...19 päeva pärast vaktsineerimist võetud vereseerumite antikehade tiitrit; must ruudu ke tähistab antikehade keskmist geomeetrilist tiitrit. Autorite joonis.

Tabel. Gripiimmuunsus Pärnu linna elanikel 1981. a. hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsiooni tulemuste põhjal

Kvartal	I		II		III		IV		vaksineeritud		
	arv		%		arv		%		arv		
Uuritute arv	113		106		117		64		54		
Viirus	0...20	108	95,6	96	90,6	113	96,6	60	94	31	48
A/Habarovsk	40 ja <	5	4,4	10	9,4	4	3,4	4	6	23	52
	Keskmi- geomeetri- lised	1:3,7		1:5,3		1:4,6		1:2,6		1:13,9	
A/Texas	0...20	105	92,9	103	97,2	114	97,4	62	97	35	55
	40 ja <	8	7,1	3	2,8	3	2,6	2	3	19	45
	Keskmi- geomeetri- lised	1:4,3		1:4,0		1:3,5		1:2,6		1:12,1	
A/Hongkong	0...20	81	71,7	74	69,8	89	76,1	51	80	39	61
	40 ja <	32	28,3	32	30,2	28	23,9	13	20	15	39
	Keskmi- geomeetri- lised	1:17,1		1:16,0		1:14,9		1:13,0		1:17,1	
B/Leningrad	0...20	73	64,6	74	69,8	93	79,5	46	72	46	72
	40 ja <	40	35,4	32	30,2	24	20,5	18	28	18	28
	Keskmi- geomeetri- lised	1:22,6		1:19,7		1:14,9		1:17,1		1:21,1	

Gripiviiruse B/Leningrad antikehade osas mingeid arvesse tulevaid nihkeid ei toimunud.

Arutelu. Vaktsiinile hinnangu andmiseks lähtutakse põhiliselt kolmest asjast: 1) missugune on vaktsiini immunogeenne aktiivsus, s. t. kui intensiivne on spetsiifiliste antikehade teke organismis; 2) kui sageli tekivad kõrvalnähud ja millises ulatuses nad välja kujunevad; 3) missuguse profülaktilise efekti vaktsiin annab.

1981. a. Pärnus kasutatud inaktiveeritud gripivaktsiin on meie arvates täitnud heale vaktsiinile esitatava esimese tingimuse. Juba viroloogilabori plaani-pärase seroloogiliste uuringute tulemused tõid esile märgatavaid erinevusi vaksineeritud ja vaksineerimata isikute rühmade vahel. Veelgi tundavam oli vahe, mis saadi seerumite paaride uurimisega ühtedel ja samadel inimestel. Kuigi viimaseid oli ainult 18, ei pidanud me vaktsiini immunogeenuse tõestamisel vajalikuks uuringute arvu

suurendada, seega niigi selget asja veel selgemaks rääkida. Tagasihoidlikum oli tulemus küll gripiviiruse A/Hongkong osas, ent tuleb arvestada selle antikehade suhteliselt kõrgemaid algitiireid (on pöördvõrdelised antikehade tiitri tõusu kordsusega).

Vaktsiini reaktogeensust seekord sihipäraselt ei uuritud, kuid on päris tõenäoline, et hea vaktsiini teinegi nõue on täidetav. Vaksineerimisperioodil ei registreeritud Pärnu Poliklinikus ühtki arsti poole pöördumist kõrvalnähtude tõttu, mis varajasematel aastatel oli pärast elusvaktsiiniga nina kaudu vaksineerimist üpris tavaline.

Profülaktilise efektiivsuse hindamine ei osutunud võimalikuks, sest gripepidemia jäi lihtsalt tulemata. Ent ka haigestumise osas on loota senisest soodsamat prognoosi, sest enamikul vaksineerituid leiti vereseerumis antihemaglutiniini 1:40 või kõrgemates tiitrites. Tauliste näitajatega grippi põdenud inimesed haigestuvad hiljem suhteliselt har-

va. Et see kehtiks ka vaktsineeritute puhul, siis loomulikult tingimusel, et vaktsiiniviiirus oleks epideemiat põhjustanud tüvega antigeenselt sarnane.

Vaatamata sellele, et intrakutaanse vaktsineerimise alaseid kogemusi järkjärgult alles omandati, kulges kaitsepookimine kõikjal ladusalt. Et püstol-injektori ühekordse laadimisega on võimalik järjeapanu «tulistada» kuni 500 inimest, siis vilunud vaktsineerijal nõudis see töö laitmatu ettevalmistuse korral aega isegi vähem kui kaks tundi. Tahaks loota, et gripi vastu vaktsineerimise seni kahtlaseks loetud maine eeskätt meedikute, seejärel ka tootmisjuhtide ja rahva hulgas paraneb. Seda lootust Pärnu kogemused kinnitasidki.

Järeldused.

1. Uurimistulemuste põhjal võib Pärnus 1981. a. kasutusel olnud inaktiveeritud gripivaktsiini immunogeenset toimet heaks pidada.

2. Inaktiveeritud gripivaktsiini toime uurimist oleks vaja ka meie vabariigis jätkata ja laiendada, selgitamaks vaktsineerimisega omandatud immuunsuse püsivust ja epidemioloogilist efektiivsust.

*Pärnu Linna Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam*

Raseda suitsetamine kahjustab loodet. Lastele, kelle emad suitsetasid ka raseduse ajal, on iseloomulik aeglustunud keheline ja intellektuaalne areng, sealhulgas ka emotsionaalne areng. Kanada teadlane H. Dunn ja tema kaastöötajad uurisid neuroloogiliselt, intellektuaalselt ja käitumiselt seitsmeaastasi lapsi, kelle emad olid suitsetajad (ka rasedusperioodil) või mittedsuitsetajad. Selgus, et neuroloogilisi kõrvalekaldumisi, kaasa arvatud minimaalsed tserebraalsed düsfunktsioonid, patoloogiliste muutustega entsefalogrammid, ilmnes suitsetavate emade lastel sagedamini, ehkki see erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Psühholoogilised testid olid paremad mittedsuitsetajate emade lastel.

Экспресс-информация (Новости медицины и медицинской техники), 1982, 2.

UDK 616.89-008.454:576.8.097.3

TERAPEUTILINE RESISTENTSUS DEPRESSIIVSETE SEISUNDITE PUHUL

SOFIA OSKOLKOVA · MOSKVA

terapeutiline resistentsus, ravimiantikehad, antidepressandid, reaktiivne depressioon

Epidemioloogiliste uurimuste järgi on 3...4%⁰-l maakera rahvastikust ühte või teist laadi depressiooni tunnused (1, 6). See on ka põhjus, miks üha enam on suurenenud huvi afektiivsete häirete ning nende seoste vastu tänapäeva elu bioloogiliste ja sotsiaalsete teguritega (9). Depressiivsete seisundite hulgas on tähtsal kohal reaktiivsed seisundid. Paljudel juhtudel provotseeritakse endogeensete afektiivsete häirete ilmnemist väliste stressorite poolt, mis annab haiguse kliinilisele pildile reaktiivse laadi.

Seoses depressiivsete seisundite viimastel aastakümnetel täheldatud patomorfoosiga (15) on tunduval määral suurenenud haiguse pühkunud vormide arv. Endiselt on täheldatud ka pikka aega kestvaid haigusvorme (10, 13), ehkki nüüd on nende kulg soodsam kui varem. Viimastel aastatel on suurt tähelepanu pööratud pühkunud depressioonivormidele (nii endogeensetele kui ka reaktiivsetele), mis varjuvad somaatilis-vegetatiivse sümptomaatika taha ning kujundavad mõiste «larveeritud depressioon» (3, 12). Välismaa autorite andmeil on larveeritud depressiooni põdejaid 10...30% üldarsti vastuvõtule pöördujaist (4, 5).

Enamal või vähemal määral mõjusad depressioonide ravi meetodid ilmusid alles käesoleval sajandil. Kõige laialdasemalt kasutatakse depressiooni raviks antidepressante (tritsüklilised antidepressandid ja monoamiini oksüdaasi inhibiitorid — MAO-inhibiitorid). Teisel kohal on elektrokonvulsiooniterapia, mis oma ravitoime poolest ikka veel ületab kõik teised antidepressantravi liigid. Viimastel aastatel on saagenud

atüüpilised depressiivsed seisundid, mis kulgevad pikka aega (2, 15) ja mis alati on ravi suhtes resistentsed (16). H. Lehmann on niisuguse resistentsuse kindlaks teinud 30...40% -l haigetest ning ta peab farmakoteraapiat nende puhul täiesti mõjutuks (7). P. Kielholzi tähelepanekuil (3) kulgeb $\frac{1}{3}$ depressioonijuhtudest krooniliselt.

Vaatamata arvukatele uurimistöõdele, on mitmed ravimiresistentsuse põhjused tänaseni veel lõplikult selgitamata. Oletatakse, et üks põhjusi võiks olla ravimiantikehad. Niisuguseid andmeid on saadud pärast seda, kui 1936. aastal K. Landsteiner koos kaastöötajatega tõestas eksperimendis, et keemilised lihtained, kui nad seostuvad kindlalt suuremolekuliste ainetega, näiteks valkudega, võivad omandada täisväärtusliku antigeeni omadused. On arvamusi, et ravimiantikehad on üks ravimiresistentsuse põhjusi psüühiliselt haigetel, sealhulgas reaktiivsete seisunditega haigetel (11, 14).

Uurimismaterjal ja -meetodid. Käesolevas töös uuriti vereseerumeid 82 reaktiivset depressiooni põdejal, 10 reaktiivse algusega skisofreeniat põdejal ja 24 tervel inimesel (kontrollrühm). Vereseerumitest otsiti antikehi tritsükliliste antidepressantide — melipramiini ja amitriptüliini — vastu, samuti ka fenotiasiini derivaatide vastu. 67 haige puhul oli haiguse tunnuste järgi tegemist psühhootilise depressiooniga, 15 haigel diagnoositi neurootilist depressiooni. Haiguse kestuse järgi jaotasime 67 haiget kolme rühma: I rühmas 22, kel haigus oli kestnud kuni 5,5 kuud, II rühmas 13, kel haiguse kestus oli 6,5...11 kuud, III rühmas 32 haiget, kes reaktiivset depressiooni olid põdenud aasta või enam.

Psühhopatoloogiliste sümptomide eripära järgi eristasime uuritavatel reaktiivse depressiooni kolme kliinilist varianti: paranoiline, hüsteeriline ja lihtdepressioon. Uuritud haigete ja kontrollrühma kuuluvate keskmise vanuse erinevus ei olnud tõepärane. I rühma kuuluvaid haigeid ja osa teise rühma haigeid uuriti esimese kord enne ravi alustamist, teist korda uuriti kogu I ja II rühma ravi ajal. Kolmandasse rühma kuuluvatele haigetele tehti mõlemad seerumiurinnud ravi ajal. Ravimiantikehade määramiseks kasutati komplemendi konsumptsiooni reaktsiooni V. Chudomeli, Z. Jeskova ja I. Libansky järgi N. Kuznetsova ja L. Giljadova modifikatsioon (14).

Tulemused ja arutelu. Esimese uuringu põhjal leidsime vereseerumites tritsükliliste antidepressantide või fenotiasiini derivaatide antikehi 29-1, teise uuringu põhjal 32 haige veres.

Uurimiste tulemused on töödeldud statistilisel variatsioonimeetodil, kusjuures on kasutatud Studenti t-kriteeriumi.

Triftasiiniantikehad tehti kindlaks reaktiivse depressiooni alaägeda kulu (II rühma haiged) ja pikaajalise kulu korral, kusjuures viimati nimetatud juhtudel suhteliselt sagedamini ($46,6 \pm 9,8\%$) kui haiguse alaägeda kulu korral ($15,3 \pm 10,4\%$). Melipramiinantikehi leiti kõikide rühmade haigetel peale reaktiivselt alanud skisofreeniat põdejate. Haigetel oli haiguse pikaajalise kulu korral antikehi tõenäoselt sagedamini ($46,6 \pm 8,8\%$) kui siis, kui haigus oli kestnud kuni 5,5 kuud ($9,1 \pm 6,1\%$; $P < 0,01$), ning ka siis, kui haige põdes neurootilist depressiooni ($6,7 \pm 6,5\%$; $P < 0,01$).

Amitriptüliinantikehi leiti kõikide rühmade haigetel, välja arvatud reaktiivse depressiooni juhud kestusega 6,5...11 kuud. Haiguse pikaajalise kulu korral leiti antikehi $50,0 \pm 8,8\%$ -l haigeist, mis tõenäoselt oli suurem kui kuni 5,5 kuud kestnud haigusjuhtudel ($4,5 \pm 4,4\%$ -l juhtudest), samuti suurem kui neurootilise depressiooni ($13,3 \pm 8,7\%$) ja reaktiivselt alanud skisofreenia juhtudel ($10,0 \pm 9,4\%$). Kõikidel neil võrdlusjuhtudel oli $P < 0,01$. Esimese ja teise uuringu tulemuste vahel erinevusi ei olnud.

Ravimiantikehi leiti kõige sagedamini pikaajalise kuluga paranoilise depressiooni korral: melipramiinantikehi $47,6 \pm 10,8\%$ -l haigetest, amitriptüliinantikehi $52,4 \pm 12,8\%$ -l ja triftasiiniantikehi $61,7 \pm 11,0\%$ -l haigetest. Reaktiivselt alanud skisofreenia juhtudel oli seropositiivsete reaktsioonide sagedus eespool nimetatud ravimpreparaatide osas esitatud näitajatele üldkokkuvõttes ligilähedane.

Tritsükliliste antidepressantide ja triftasiiniantikehade väljaselgitamine

reaktiivse depressiooni pikaajalise kulu korral tõi ilmsiks järgmised tulemused: 32 uuritust leiti ravimiantikehi esimesel, teisel või mõlemal uuringul 26-l. Üheksal haigel oli reaktiivne depressioon kestnud kuni kaks, 17 haigel kauem kui kaks aastat. Andmete statistiline töötlus näitas, et pikaajalise reaktiivse depressiooniga kaasneb tõenäoselt sagedamini ravimiantikehade ilmumine ($81,0 \pm 7,8\%$ -l juhtudest) kui nende puudumine ($18,7 \pm 17,4\%$ -l juhtudest; $P < 0,01$). Kuid seropositiivsete ja seronegatiivsete reaktsioonidega haigete rühmade vahel ei olnud tõenäolist erinevust haiguse esinemissageduses, kui haigus oli kestnud kaks aastat või kauem.

Seetõttu võib küllaldase tõenäosusega oletada, et ravimiantikehad on üks reaktiivset depressiooni põdejate raviresistentsuse põhjusi. Kahtlemata avaldavad kauem kui üks aasta kestnud haigusvariantidele, nagu ka reaktiivse depressiooni kulule üldse, samal ajal mõju ka mitmesugused muud tegurid, iseäranis psühhotraumat tekitava situatsiooni laad.

Komplemendi absorptsiooni reaktsiooni intensiivsus ravimiantikehade olemasolul oli ++ ja +++ piires. Uuritavate preparaatide puhul erinevusi antikehade esinemissageduses peaaegu ei olnud. Seetõttu võib oletada, et nende haptensed omadused on enam-vähem samasugused. See ilming on tõenäoliselt tingitud nende ainete keemiliste valemite struktuurilistest ligilähedusest, samuti biotransformatsiooniprotsesside sarnasusest, s. t. ka struktuuriliselt lähedaste metaboliitide ilmumisest. Käesolevast tööst tuleneb, et selgitati välja komplemendi sidumise reaktsiooni spetsiifilisus tritsüklilist tuuma sisaldavate preparaatide puhul.

Arvame, et ravimiantikehade leidmine reaktiivset depressiooni põdejate vere-seerumis, eriti haiguse ebasoodsa kulu puhul, võib kergendada ravimiresistentsuse põhjuste mõistmist ja võib olla ravi muutmise vajaduse kriteeriumiks ning eelduseks, seni kasutatud ravim asendada teise keemilise rühma kuu-

luva raviainega. Kahtlemata oleneb ravimpreparaadi valimine mitmest asjaolust: depressiooni raskusastmest, haiguse kulu, haige somaatilise seisundi, ravimipaiga (haigla, päevastatsionaar, dispaser) eripärast, suitsiidiohu astmest.

On tõenäoline, et ravimiantikehad on ravimiresistentsuse kujunemise üks põhjusi mitmesuguse geneesiga depressiivsete seisundite puhul. Me ei uurinud spetsiaalselt depressiooni raviks kasutatavate psühhotroopsete ravimite farmakoloogilist kombineerimist ühtede või teiste somaatiliste haiguste raviks mõeldud ravimpreparaatidega. Need ravimpreparaadid, omades keemilise struktuuri tervikus elemente, mis on ka antidepressantide ja neuroleptikumide koostises, võivad omalt poolt mõju avaldada depressiooni ravi tulemustele.

Terapeutilise resistentsuse probleem vajab täpseid ja mitmekülgseid uurimisi tänapäeva meetodilisel tasemel.

KIRJANDUS: 1. Baro, F. Acta psychiat. Belg., 1978, 78, 5, 736—745. — 2. Guensberger, E., Fleicher, L. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. Psychiatr., 1972, 1, 109—119. — 3. Kielholz, P. In: Masked Depression. Stuttgart, 1973, 283. — 4. Kirchoff, K. Acta psychol. Scand., 1961, 37, Suppl., 254. — 5. Kraines, S. Mental Depressions and Their Treatment. New York, 1957. — 6. Lehmann, H. Excerpta Medica, 1971, 32. — 7. Lehmann, H. Pharmacopsychiatr. Neuropsychopharmacol., 1974, 7, 156—163. — 8. Miles, C. P. J. Nerv. Ment. Dis., 1977, 164, 4, 231—246. — 9. Saarna, J. Kliiniline psühhiaatria. Tln., 1980, 272.

10. Боброва И. Н. Клинические варианты реактивной депрессии в судебно-психиатрической клинике. Дисс. доктора мед. наук. М., 1970. — 11. Гилядова Л. А. Антитела к аминазину и некоторые особенности их биологического действия. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1970. — 12. Десятников В. Ф. Клини. мед., 1980, 7, 119—121. — 13. Иммерман К. Л. Затяжные реактивные психозы в судебно-психиатрической клинике. Дисс. доктора мед. наук. М., 1969. — 14. Кузнецова Н. И., Гилядова Л. А. Невропатол. психиатр. нейрохирург., 1968, 3, 159—164. — 15. Морозов Г. В., Кудрявцев И. А. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1979, 9, 1356—1361. — 16. Нуллер Ю. Л. В кн.: Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения душевных заболеваний. Л., 1969, 31—37.

V. Serbski nim. Üleliiduline
Üld- ja Kohtupsühhiaatria
Teadusliku Uurimise Instituut

UDK 616.12-005.4-036-072

SÜDAME ISHEEMIA TÕVE PROGNOOSI SÕLTUVUS PÄRGARTERITE ATERO- SKLEROOTILISE KAHJUSTUSE LAADIST

PEETER LAANE · TALLINN

südame isheemiatõve kulg ja prognoos, selektiivne koronarograafia, koronaarterite stenoseeriv ateroskleroos

1970-ndate aastate algul näitasid paljud autorid, eelkõige G. C. Freisenger, A. V. G. Brusckhe ja V. Mazajev (1, 3, 8), et südame isheemiatõve kulg ja prognoos sõltuvad kõige enam pärgarterite anatoomilisest seisundist, millest saab ülevaate selektiivse koronarograafia abil. Tõestati, et mida väiksemad on angiograafiliselt sedastatavad muutused pärgarterites, seda parem on haiguse prognoos ning kergem kulg ja vastupidi, mida rohkem suuri koronaartereid raskest, stenoseerivast koronaarskleroosist on kahjustatud, seda halvem on prognoos (1, 3, 8). Seejuures on kirjanduses tähelepanu pööratud nn. kõrge riski kriteeriumidele. Neid kriteeriume, mis viitavad soodsa prognoosi võimalusele, on veel vähe uuritud (2, 4, 5, 6, 7, 9).

Taoliste soodsate koronarograafiliste tunnuste leidmine stenoseerivat koronaarskleroosi põdevatel haigetel oli antud töö peaeesmärk.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Ajavahe-
mikul 11. XI 1971... 20. II 1979 uurisime Tallinna Vabariiklikus Haiglas 70 südame isheemiatõbe põdevat haiget. Uurimiseks kasutasime selektiivset koronarograafiat Judkinsi järgi. Vaatlusalustest oli mehi 64 ja naisi 6; haigete keskmine vanus 45,7 a. Müokardiinfarkti varem põdenud oli 34, mittepõdenud 36. NYHA klassifikatsiooni järgi kuulus esimesse funktsionaalsesse klassi viis haiget, teise 19, kolmandasse 36 ja neljandasse klassi 10 haiget.

Diagnoosimise aluseks olid anamnees, kliiniline leid ja instrumentaaluuringute, sealhulgas selektiivse koronarograafia tulemused. Angiograafiliselt leiti kõikidel haigetel stenoseeriva koronaarskleroosi tunnuseid (selektiivse koronarograafia hindamist vt. Nõukogude Eesti Tervishoid 1975, 1, lk. 3—6).

Selektiivse koronarograafia leidu kõrvutamisega haiguse kuluga, milles eristasime kolme varianti:

1) letaalne lõpe või uus suurekoldeline transmuraalne müokardiinfarkt; 2) stabiilne seisund (ägenemine vahelduvate remissioonidega); 3) remissioon: kaebuste täielik või peaaegu täielik puudumine >1,5 aastat.

Haiged jälgiti kahest viie aastani.

Uurimistulemused ja arutelu. Haiguse kulu alusel kuulus esimesse rühma 14 haiget. Nendest kolm põdes suurekolde-
list müokardiinfarkti, 11 haiget suri. Koronarograafilisele leiule on antud rühmas iseloomulik kahe või kolme suure koronaarteri raske stenoseeriv koronaarskleroos (12 haigel 14-st). Eranditult kõigil oli üks stenoosi asukohti kas vasaku koronaarteri põhitüvi või tema eesmine vatsakestevaheline haru, enne esimest diagonaalharu. Ahenenud oli >75% arteri valendikust või oli arter täielikult sulgunud. 10 haigel kaasnes stenoos >75% ka vasakus ümbritsevas harus enne südame lame-servale suunduvat haru.

Enamik haiged, 40 haiget (57%), kuulus teise rühma. Koronarograafiline leid osutus neil väga varieeruvaks: alates ühe arteri algavast stenoosist kuni kõigi nelja koronaarteri raskekujulise kahjustuseni, kaasa arvatud põhitüve stenoos >75%. Samal ajal ilmnas neil kliinilise seisundi raskusastme ja selektiivse koronarograafia tulemuste vahel küllalt suur paralleelism. Teise funktsionaalse klassi haigetel oli koronarograafiline leid tunduvalt tagasihoidlikum kui III ja IV funktsionaalse klassi haigetel. Teise rühma kuulumise määras ära mitte haigete kliinilise seisundi raskusaste, vaid see, et esialgne seisund jälgimisaja jooksul oluliselt ei muutunud. Seetõttu on selle rühma haiged erilised mitte ainult selektiivse koronarograafia leiu poolest, vaid ka kliiniliselt.

Kolmandasse rühma kuulus 16 haiget. Seda rühma iseloomustab enamasti vaid ühe suure koronaarteri kahjustus >50% arteri valendikust, mis oli 13 haigel. Kaks või enam koronaarterit olid >50% ahenenud vaid kolmel hai-

gel. Kui kahjustatud oli vasaku koronaaarteri eesmine vatsakestevaheline haru kas üksi või koos teiste arteritega, siis stenoos >75% või oklusioon lokaliseerus enne I diagonaalharu vaid ühel juhul, kõikidel teistel pärast I diagonaalharu.

Tulemuste analüüsimisel tuleb kõigepealt tõdeda, et spetsiifilisi koronograafilisi tunnuseid, mis viitaksid vältimatult halvale prognoosile või kindlale remissioonile, ei ole. Seda tõendab ka asjaolu, et südame isheemiatõbi võib vähemalt kaks aastat stabiilselt kulgeda igasuguse, nii raske kui ka kerge stenoseeriva koronaaarteri korral.

Küllalt suur erinevus I ja III rühma haigete koronograafilises leius osutab sellele, et siiski on mõningad angiograafilised kriteeriumid, mis viitavad remissiooni, aga ka halva prognoosi võimalikkusele. Millised need võimalikud kriteeriumid siis on? Kõrvutatades koronograafilist leidu I ja III rühma haigetel, leidsime kaks peamist erinevust. Esiteks, I rühmas ei olnud ühtegi, kellel ainsa koronaaarterina oleks kahjustatud kas parem koronaaarter või vasak ümbritsev haru. III rühmas aga oli neid haigeid 31,2%, nimelt 16 haigest oli neljal kahjustatud ainult parem koronaaarter ja ühel ainult vasak ümbritsev haru. Teiseks ja kõige silmatorkavamaks erinevuseks I ja III rühma haigete koronograafilises leius oli eesmise vatsakestevahelise haru kahjustuse (stenoosi) aste ja asukoht (kas enne või pärast I diagonaalharu).

Seega näeme, et remissioon esines neil, kellel oli järgmine selektiivse koronograafia leid:

- 1) kas ainult parema koronaaarteri või vasaku ümbritseva haru stenoos;
- 2) eesmise vatsakestevahelise haru stenoos oli <75%; või stenoos oli >75%, kuid asus I diagonaalarterist distaalsemal.

Prognoosi seisukohalt halb variant — uus suurekoldeline müokardiinfarkt või letaalne lõpe — oli eelkõige siis, kui 2 või 3 suure koronaaarteri stenoos oli >50%, kusjuures eesmine vatsakestevaheline haru oli ahenenud >75% ning

stenoosi asukoht oli I diagonaalharust proksimaalsemal.

Töö tulemused ühtivad suures osas kirjanduses avaldatuga. Suhteliselt uudne aga on remissiooni võimaluse prognoosimine sõltuvalt vasaku koronaaarteri eesmise vatsakestevahelise haru kahjustuse astmest ja lokaliseerimisest.

Südame isheemiatõve kulu määramisel ja prognoosimisel etendab küllalt tähtsat osa vasaku koronaaarteri eesmise vatsakestevahelise haru anatoomiline seisund. Soodsat või vähemalt rahuldavat prognoosi võib oodata neil puhkudel, kui nimetatud arter on kas intaktne või kui arter on aterosklerootiliselt ahenenud (sulgunud) I diagonaalharust distaalsemal.

KIRJANDUS: 1. *Bruschke, A. V. G., Proud-fit, W. L., Sones, F. M.* Circulation, 1973, 47, 1147—1153. — 2. *Burggraf, G. W., Parker, I. O.* Circulation, 1975, 51, 146—156. — 3. *Friesinger, G. C., Page, E. E.; Ross, R. S.* Trans. Assoc. Am. Physicians, 1970, 83, 78—82. — 4. *Humphries, I. O., Kuller, L., Ross, R. S. a. o.* Circulation, 1974, 49, 489—497. — 5. *Reeves, T. J., Oberman, A., Jones, B. a. o.* Am. J. Cardiol., 1974, 33, 423—430.

6. *Бусленко Н. С.* Клиника, диагностика ишемической болезни сердца и принципы отбора больных для операции аорто-коронарного шунтирования. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1975. — 7. *Григорьянц П. А., Лобова Н. М., Игнатъева Н. Ф. и др.* Кардиология, 1978, 6, 73—76. — 8. *Мазаев В. М., Матвеева Л. С., Сидельникова Т. Я. и др.* Кардиология, 1976, 7, 34—41. — 9. *Фителева С. Б.* Судьба больных ишемической болезнью сердца в зависимости от характера поражения коронарных артерий. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1978.

*Експериментalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 616.831-005.1-036.8-082

INSULDIHAIGETE HOSPITALISEERIMINE TARTUS 1980. AASTAL

MAI ROOSE ASTRID KOKK · TARTU

insult, haigestumissagedus, letaalsus, hospitaliseerimissagedus

Nagu südameinfarkti, nii ka ajuinsuldi juhtudel hospitaliseerib haiged kõikides arenenud maades kiirabi. Sellist põhimõtet tuleb pidada ainuõigeaks, sest üksnes haiglaravi võib anda häid tulemusi. Nõukogude Liidus on kehtestatud nõue, et insuldihai­ged analoogiliselt infarktihaigetega hospitaliseeritaks erakorralistena. Suuremate linnade kiirabi­jaamades on eribrigaadid ja ajuinsuldiosakond. Eesti NSV Tervishoiu­ministeerium kehtestas insuldihai­gete hospitaliseerimise kiirabi korras juba 1975. aastal (1).

Töö eesmärk oli analüüsida insuldi­haigete hospitaliseerimist Tartus 1980. aastal ja võrrelda seda olukorraga kümme aastat tagasi, ajavahemikul 1970... 1973 (2).

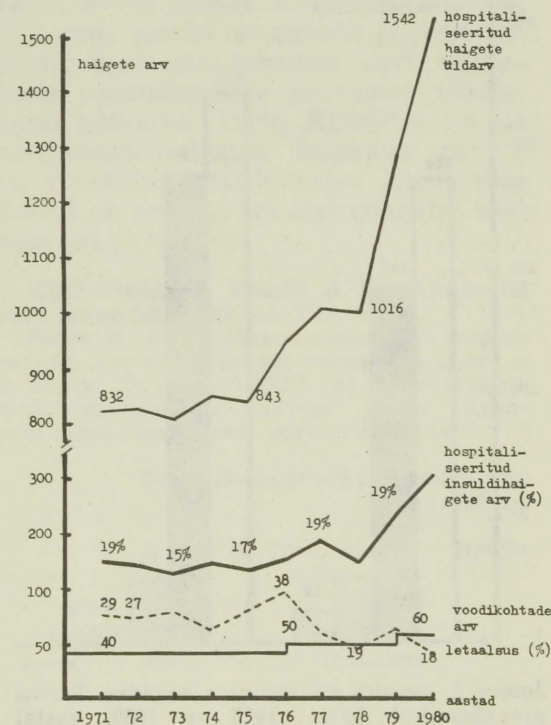
Uurimismaterjal ja -meetodid. Töötati läbi kõigi nende Tartu elanike haiguslood, kes 1980. a. olid Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas insuldi tõttu ravil olnud. Lisaks sellele vaadati informatsiooni saamiseks läbi kõigi nende haigete ambulatoorsed kaardid, kes ajuvereringe häire tõttu olid pöördunud Tartu Linna Polikliiniku neuroloogi poole. Tutvuti ka nende Tartu elanike kohta käiva meditsiinidokumentatsiooniga, kellel insult oli lõppenud kas äkksurmaga või kes olid surnud väljaspool Tartut. Seega on rakendatud epidemioloogilist meetodit: kokku on kogutud kõik insuldijuhud 1980. aastal Tartu kui epidemioloogilise üksuse kohta. Analüüsitud on kolme ajuinsuldi vormi — ajuinfarkt, ajuhemorraagia ja subarahnoidaalne hemorraagia — ning nende haigete hospitaliseerimist. Aju transitoorset isheemiat põdejad, kellest enamik hospitaliseeritakse plaanilises korras, on analüüsist välja jäetud.

Epidemioloogiliste näitajate leidmisel on aluseks võetud Tartu elanike arv 1980. aastal.

Uurimistulemused. Analüüsinud äge­date aju vaskulaarsete haigustega hai­gete hospitaliseerimist Tartu Kliinilise

Haigla neuroloogiaosakonda kümne aasta jooksul, selgus, et koos hospitaliseeritud neuroloogiliste haigete üldarvu järsu suurenemisega on 1979. aastast suurenenud ka haiglas ravitavate insuldihaigete arv (vt. joonis 1). Seejuures insuldihai­gete suhe hospitaliseeritud neuroloogiliste haigete üldarvusse ei ole kümne aasta vältel oluliselt muutunud, kõikumine on 15% -st 20% -ni. Aju vas­kulaarsete haiguste tõttu neuroloogiaosakonnas ravil viibijate keskmine ravi kestus lühenes 21 päevalt 1970. aastal 16,9 päevani 1980. aastal.

Ajuvereringe häirete all kannatajate hospitaliseerimise täpsemal analüüsimisel on aluseks võetud insuldi esinemis­agedus Tartu linnas 1980. aastal (vt. joonis 2). Võrdlusena on andmed aastast 1970...1973 (2). Insuldi esinemis­agedus on Tartus kümne aasta jooksul mõnevõrra suurenenud, 184 juhult 223 juhuni aastas 100 000 elaniku kohta ($P > 0,05$), põhiliselt seetõttu, et on sa­genenud ajuinfarkti juhud. Ajuhemor-



Joonis 1. Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonda aastail 1971...1980 ravile saadetud insuldihai­ged.

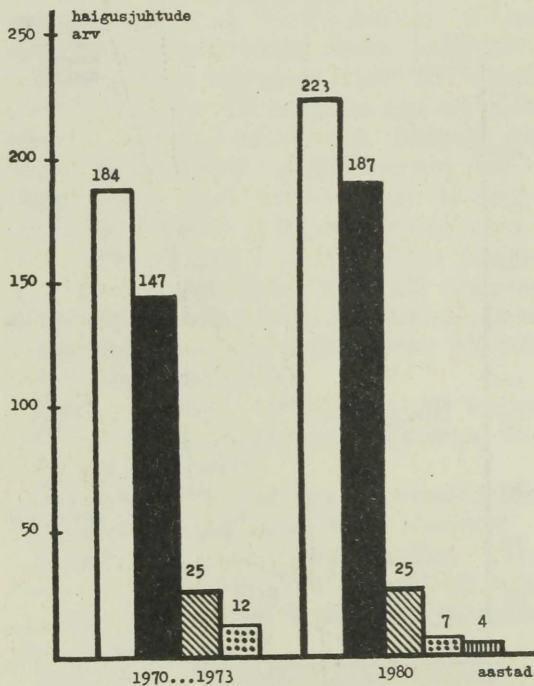
raagiade arv on endiseks jäänud, vähenenud aga on subarahnoidaalse hemorraagiade juhtude arv.

Mõningasele insuldi haigestumise saenemisele vaatamata ei ole aju vaskulaarsete haiguste struktuur sel ajavahe-
mikul nimetamisväärselt muutunud. Endiselt on ülekaalus ajuinfarkti juhud (84%), järgnevad ajuhemorraagia (12%) ja subarahnoidaalse hemorraagia juhud, mis moodustab vaid 3% kõigist insuldi-
juhtudest.

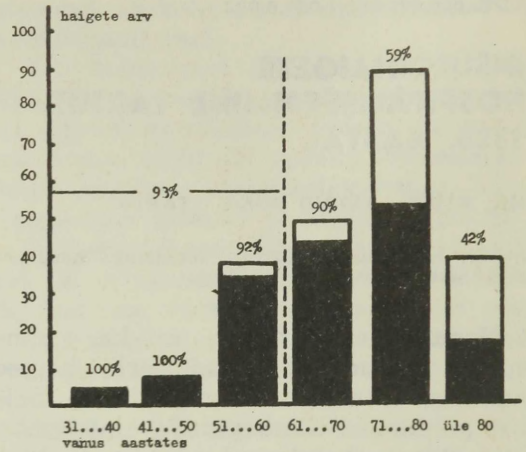
21% insuldi haigestunuist olid töövõimelises eas, kuni 60-aastased mehed ja naised. Ajavahe-
miku 1970...1973 näitajatega võrreldes oli nooremaelisi insuldihaigeid 1980. aastal rohkem: kui aastail 1970...1973 oli neid 14%, siis 1980. aastal 21% ($P > 0,05$).

1980. aastal oli 238 insuldihaigest haiglaravil 173 (73% kõigist haigetest). Enamik, 62% hospitaliseeriti esimese 24 tunni, 48% isegi kuue tunni jooksul pärast haigestumist.

Haigusjuhtude arv, ka hospitaliseeri-



Joonis 2. Insuldi eri vormide sagedus Tartus ajavahe-
mikul 1970...1973 ja 1980. aastal (100 000 elaniku kohta): 147 ja 187 — aju-
infarkt, 25 ja 25 — ajuhemorraagia, 12 ja 7 — subarahnoidaalne hemorraagia, 4 — di-
ferentsiaaldiagnoosimata insuldivormid.



Joonis 3. Insuldihaigete hospitaliseerimine (diagrammil mustaga tähistatud) eri vanuse-
rühmade järgi.

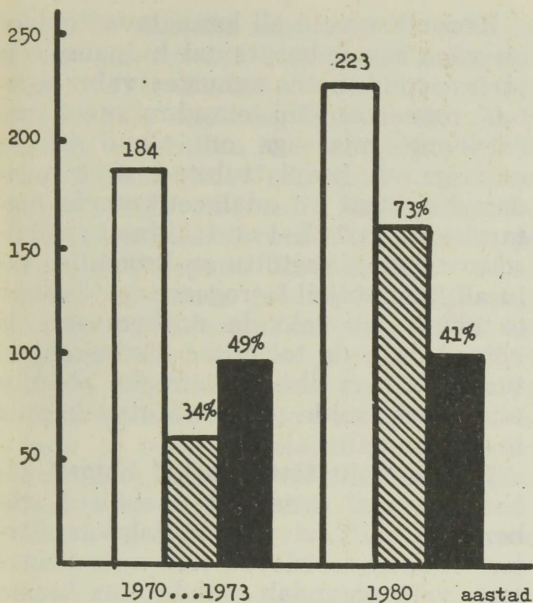
missagedus oli suurim detsembris, jaanuaris ja aprillis, madalaim suvekuudel.

Insuldihaigete hospitaliseerimise sa-
gedus eri vanuserühmade järgi on esita-
tud joonisel 3. Sealt ilmneb, et kõiki-
dest töövõimeeas insuldi haigestunu-
test hospitaliseeriti 93%, 31...50 aasta
vanustest isegi kõik. Seda võib pidada
heaks näitajaks. Haiglas viibimise sa-
gedus oli küllalt kõrge ka 61...70 aasta
vanustel (90%), hospitaliseerimissa-
gedus kahes viimases (71...80 ja 81...90
aastat) vanuserühmas mõnevõrra küll
langes.

Nähtus, et 7 subarahnoidaalse hemor-
raagiaga haigest hospitaliseeriti 6 (87%),
üks neist suri kodus. Ajuhemorraagia
korral raviti haiglas 64%, ajuinfarkti
korral 75% haigeist.

Insuldihaigete hospitaliseerimise sa-
gedus (vt. joonis 4) on aastaist 1970...
1973 kuni 1980. aastani üle kahe korra
suurenenud, nimelt 34%-lt 73%-ni
($P < 0,05$). Mõnevõrra on vähenenud le-
taalsus (letaalsus ühe kuu jooksul, ar-
vestatuna kõigist insuldi-
juhtudest): 49%-lt 41%-ni ($P > 0,05$). Suremus aga
on tegelikult samaks jäänud: 98 insuldi-
juhtu 100 000 elaniku kohta aastail
1970...1973 ja 100 juhtu 1980. aastal.

Arutelu ja kokkuvõte. Ägedate aju
vaskulaarsete haigustega haigete hospi-
taliseerimise võimalused on Tartus
heaks muutunud — 73% kõigist insuldi-



Joonis 4. Insuldihaigete hospitaliseerimine (viirutatud ala) ja letaalsus (mustaga tähistatud) Tartus aastail 1970...1973 ja 1980. Valged tulbad — insuldijuhtude arv 100 000 elaniku kohta. Autorite joonised.

haigetest on 1980. aastal ravitud haiglas. Selline märgatav tõus 34% -lt 73% -ni kümne aasta jooksul on osaliselt tingitud sellest, et neuroloogiaosakonnas on 40 voodikoha asemel 60, insuldihaigetele on seejuures juurde saadud 4...5 voodikohta. Tähtsaks tuleb pidada seda, et sagedamini on hospitaliseeritud kergemate haigusvormidega haigeid. Sellest omakorda on tingitud insuldihaigete keskmise raviaja tunduv lühenemine Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas. Paranenud on neuroloogiaosakonna töötajate ja Tartu Linna Polikliiniku neuroloogide koostöö, mille tulemusena 62% haigetest on hospitaliseeritud juba esimese 24 tunni jooksul pärast haigestumist. Seda kõi ke kinnitab hospitaliseeritute hulgas letaalsuse tunduv vähenemine, nimelt 38% -lt 1976. aastal 18% -ni 1980. aastal.

Insuldihaigete ravi võimalused on Tartus 1980. aastal olnud head eriti nooremaealistel. Haiglaravil on olnud pea-aegu kõik (92%) töövõimelises eas haiged, ka 60...70 aasta vanustel on hospi-

taliseerimissagedus kõrge (90%). Kahe vanima vanuserühma haigetest on hospitaliseeritud keskmiselt pooled, see aga on hea näitaja, kui arvestada haiguse prognoosi selles vanuses.

Kuigi insuldihaigete hospitaliseerimine on tunduvalt tõusnud, on suurem jäänud endiseks, vähenenud aga on letaalsus haiguse ägedal perioodil. Aju vaskulaarsete haiguste all kannatajate varajane ja sage hospitaliseerimine ei vähenda ainuüksi letaalsust, vaid õigeaegse kompleksravi tulemusena taandarenevad pareesid, bulbaarnähud ja kõnehäired isegi vanemaelistel, seega harvenevad ka invaliidistumisjuhud.

Insuldihaigete ravi tulemused saaks veelgi paremaks muuta, kui meie vabariigis oleks rehabilitatsioonisüsteem. See tagaks haigetele nii varajase kui ka hilise adekvaatse järelravi kõne, motoorika ja koordineerimise taastamiseks.

Kuigi Tartus on insuldihaigete hospitaliseerimise alal küllalt palju ära tehtud, ei saa olukorda meie vabariigis veel rahuldavaks pidada. Kohalikud linnade, rajoonide tervishoiuorganid peaksid insuldihaigete statsionaarse ravi võimaluste parandamisele suuremat tähelepanu pöörama. Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonna kogemus näitab, et voodifondi ratsionaalse kasutamise korral on arstiabi sel alal võimalik veel suuresti parandada.

KIRJANDUS: 1. Kaasik, A.-E. Ajuinsuldi ravi. Metoodiline juhend. Tln., 1975.

Роозе М. И.-Ф. Эпидемиология острых сосудистых заболеваний головного мозга в г. Tartu Эстонской ССР за 1970—1973 гг. (заболеваемость и факторы риска). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Tartu, 1977.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Tartu Kliiniline Haigla

Ülevaated

UDK 616-009.7(047)

KROONILINE VALU

REIN ZUPPING · TALLINN

krooniline valu, psühhogeenne valu, neuroosid, peavalu, lumbalgia

Valu on väga sageli haiguse esimene või põhiline väljendusviis. Valu mõjutamine aga on arstile tihti küllalt raske ülesanne, mis vahel võib lõppeda ka nurjumisega.

Äge valu on põhjustatud koekahjustuse tagajärjel tekkinud perifeersetel valuretseptorite ärritusest ja tal on tähtis bioloogiline funktsioon: ta signaliseerib indiviidile haigusest. Peale selle ajendab ta inimest otsima arstiabi ja abistab väga tõhusalt ka arsti diagnoosimisel.

Kroonilisel valul, vastupidi, ei ole mingit bioloogilist väärtust. Peamine tunnus on see, et tema etioloogias on ülekaalus psühholoogilised tegurid, mistõttu teda nimetatakse ka psühhogeenseks valuks. Seega kroonilist valu ei erista ägedast mitte ainult tema kuid või aastaid kestev kulg, vaid ka erinev etioloogia ja patofüsioloogia, diagnoosimine ja ravi (1, 2, 12, 13).

Enamikul kroonilise valu all kannatavatel haigetel on algul olnud ilmne orgaaniline haigus, mis küll on terveks ravitud, kuid valu on psühhogeensete tegurite kaasumise tõttu püsima jäänud. Patsient on aga ise veendunud valude orgaanilises päritolus. Sellistel juhtudel on haigus alati healoomuline. Mõned kroonilise valu sündroomid, nagu lihasekontraktsiooni- ehk pingepeavalu, on algusest peale psühhogeenset päritolu.

Kroonilise valu all kannatavad haiged on väga sageli kasutanud hulgaliselt ja järjest suuremates annustes valuvaigisteid, mõned on läbi teinud mitmeid operatsioone, mis aga on olnud vähese efektiga või hoopis tulutud. 35% nendest haigetest on analgeetikumide liigtarvitajad ja 24% -l on tekkinud ravimisõltuvus (10). Seetõttu on kroonilise valu all kannatajail iatrogeensete tüsistuste oht: võib tekkida narkomaania ja võivad ilmned toksilised ravimkahjustused. Et ravi tihti on toimetu, pöörduktakse šarlatanide poole või otsitakse abi imevahendeilt.

Pideva valu tõttu paljud haiged kõhetuvad, neil arenevad unehäired, vähenevad valulävi ja valu taluvus. Järjest rohkem mõtlevad nad oma haigusest, valu omandab nende elus keske koha ja nad muutuvad sotsiaalselt inaktiivseteks.

Sagedamad kroonilised valusündroomid on järgmised: spinaalsed valusündroomid, nende hulgas kaela- ja nimmevalu, kas vahel koos radikulaarse või pseudoradikulaarse valuga, lihasekontraktsiooni- ehk pingepeavalu, atüüpiline näovalu, herpesejärgne neuralgia, fantoomvalu.

Krooniliseks võivad üle minna ka igasuguse lokalisatsiooniga ja muude elundite haigusi imiteerivad valud.

Krooniline valu on tavaliselt neurootikutel või psühhopaatidel. D. W. Swanson ja kaastöötajate (15, 16) poolt uuritud olid hüsteerilised ja hüpohondriilsed juoned ülekaalus 42% -l, depressioon ja ärevus 22% -l ning psühhopaatia tunnused 18% -l.

Mitmeid kroonilisi valusündroome võib vaadelda ka kui ebanormaalselt haiguskäitumist. Seda defineeritakse kui enese tervisliku seisundi püsivalt ebaõiget ja mitteadekvaatset tajumist ja hindamist ning sellele mittevastavat käitumist, vaatamata arstide põhjalikele selgitustele haiguse olemuse kohta (11). Ebanormaalne haiguskäitumine, milles esiplaanil on valu, avaldub sagedamini hüpohondriilise või somatisatsioonisündroomina või -neuroosina. Hüpohondriilise sündroomi korral kaebab haige valu

kindlas elundite süsteemis ja selle puhul võib eristada foobilist ja somaatilist vormi (11). Foobilise vormi korral tunneb haige kogu aeg hirmu, et valu on raske, eluohtliku haiguse väljendus. Nii kardetakse peavalude puhul tavaliselt ajukasvajat või insulti. Somaatilise vormi korral ollakse mures oma tervise pärast, tähelepanu koondatakse valule, valu põhjusena pakutakse välja palju haigusi. Sündroomi iseärasuseks on haigusesse süvenemine ja hirmu puudumine selle võimalike tagajärgede ees. Tihti on neid haigeid väga raske rahustada ja neile raviplaani koostada, sest arsti soovitusel nendeni lihtsalt ei jõua. Nendega võib tundide kaupa vestelda küll haigusest, mitte aga tervekssaamise teedest.

Somatisatsioonisündroom on hiljuti kirjeldatud neuroosivorm. Selle iseloomulik tunnus on aastaid kestvad rohked korduvad kaebused paljudes elundite süsteemides tekkinud valude kohta, mida ei saa adekvaatselt seletada orgaanilise kahjustusega (14). Haigus algab tavaliselt enne 30. eluaastat. Varem diagnoositi sellistel puhkudel hüsteeriat, kuid alati ei ole tegemist hüsteeriliste isikutega.

Kestev psühhoemotsionaalne stress võib vallandada psühhogeense haiguse, kaasa arvatud valu, ka emotsionaalselt küpsel inimesel. Sagedamad põhjused on ebaõnn, konfliktid tööl ja perekonnas ning saavutamata emotsionaalsed vajadused. Tihti ei hinda patsient ise objektiivselt nende tegurite psühholoogilist ega emotsionaalset mõju.

On ka inimesi, kellel valu võib esineda kui väliskeskkonnaga suhtlemise vahend. Võimetus rakendada ennast tööl või perekonnas (üksikud, lesed) võõrandab nad ühiskonnast, kroonilise haige osa aga võimaldab stabiliseerida tema kui kannataja identsust. Haiguse tõttu pööratakse talle tähelepanu ja tema emotsionaalsed vajadused saavad rahuldatud.

Ärevuse ja depressiooni korral on valude patofüsioloogiliseks mehhanismiks tavaliselt ülemäärane lokaalne lihase-

pinge, sagedamini kolju ning selgroo kaela- ja nimmeosas.

Valu ülekaalukalt psühhogeenses päritolus selgusele jõudmiseks tuleb kõigepealt välja selgitada psühhogeensed tegurid ja psühhiaatri abiga kindlaks teha psühhopatoloogia. Selleks võib edukalt kasutada ka teste. Tuleb hoiduda sellest, et ilmse orgaanilise teguri puudumise korral peetakse valu primaarselt psühhogeenseks. Suurel osal haigetel ei ole valu puhtal kujul psühhogeenne, vaid esineb ka orgaaniline tegur, sageli küll tühine.

Orgaanilisel neurogeensel valul on tüüpiline anatoomiline lokalisatsioon: segmentaarne või perifeerse närvi alal. Sageli kaasuvad valule tundlikkushäired. Iseloomulikult häirib tugev orgaaniline valu ka und. Siseelundite valu korral kinnitavad selle orgaanilist geneesi objektiivsed haiguse tunnused mingis elundis.

Tunduvale funktsionaalsele komponendile valu geneesis viitavad järgmised tunnused (9): sümptoomid ei vasta tuntud haigustele, pikk anamnees, mittevastavus valu intensiivsuse ja objektiivse leiu vahel, valu ebamäärane, sageli väga laialdane lokalisatsioon — ta võib enda alla võtta mitmeid piirkondi ja kanduda ühest kohast teise —, valu ebamäärane laad, ilmne valu tugevdav tegur puudub, valu ei häiri und. Kindlat valu leevendavat abinõu ei ole; analgeetikumid ja pühkus tavaliselt ei aita.

Enne valu psühhogeense olemuse lõplikku kindlakstegemist peab arst objektiivsete uuringute varal olema veendunud, et orgaanilisi tegureid ei ole või on need tühised; selles tuleb veenda ka patsienti.

Kroonilise valu all kannatava haige ravimisel peab arst tunnustama valu reaalsust ja sellest informeerima ka haiget. Valu ette kujutada ei saa. Kui orgaanilist haigust ei leita ja kui haigele öeldakse, et valul põhjust ei ole, on ravi alati nurjumisele määratud.

Kui on leitud psühhogeensed tegurid, tuleb patsiendile selgitada valu olemust ja sõltuvust emotsionaalsest seisundist. Väga sageli nõuab see arstilt suurt kan-

natust ja on erakordselt aeganõudev. Ravi mõjususe eelduseks olev hea kontakt, usk arstisse ja veendumus arsti järelduste õigsuses — see kõik oleneb suuresti ka haige intelligentsist ja haritusest.

Kroonilise valu ravis on kolm peamist suunda: valu leevendamine, kehaline rehabilitatsioon ja psüühiline adaptatsioon (3, 6, 17). Eesmärgiks ei tohi alati seada valu kõrvaldamist, vaid peab seadma ka valu leevendamise, selles peab teadlik olema ka haige. Kui patsiendile antakse ebareaalset lootust ja kui need ei täitu, pettub ta arstis ja katkestab ravi ning hakkab otsima abi ebarstidelt. Haige peab teadma ka seda, et ravi võib kesta väga kaua.

Valu leevendamiseks analgeetikumide kasutamine ei ole õigustatud, sest psühogeense valu korral nad ei toimi. Neurogeense komponendi olemasolul on otsustav teha lühiaegne kuur mittesteroidsete reumaravimitega (indometatsiin, brufen, voltareen). Orgaanilise valu ravis tuleb kasutada kõiki traditsioonilisi vahendeid (novokaiinblokaadid, füsioteraapia, lokaalne süstimine jne.), nende käsitlemine aga ei kuulu käesolevasse ülevaatesse.

Kroonilise valu, eriti aga depressiooni esinemisel on valikvahendiks tritsüklilised antidepressandid (5, 7, 8, 18). Need pärsivad serotoniini ja noradrenaliini tagasitransporti sünapssides, mistõttu nende ainete hulk ajukoos suureneb. Serotoniinil aga on teatavasti valu moduleeriv ja valuläve suurendav toime. Mõjusamaks on amitriptüliin, mida kasutatakse 50...150 mg päevas nädalate, isegi kuude kestel. Päevase unisuse vältimiseks võib kogu annuse anda öhtul. Ravitoime hakkab tavaliselt ilmne ma 2...3 nädala pärast. Soodsalt võivad mõjuda ka neuroleptikumid: 100...150 mg kloorpromasiini, 50...75 mg tioridasiini (melleriil, sonapaks) ja 3 mg haloperidooli päevas nädalate kestel. Trankvillisaatorid (sedukseen, tasepaam, eleenium) seevastu võivad haigete närvisüsteemi liigselt pärssida ja valuläve langetada, mistõttu neid ei ole tavaliselt otstarbekas kasutada. Kroonilise valu

korral on alati mõttekas ordineerida ka nõelravi, millega on saadud kas ajutist või kestva terapeutilist efekti kuni 60% -l ravituist (4).

Et krooniline valu inimese kehalist aktiivsust sageli vähendab, langeb ka psüühiline toonus ja süveneb depressioon. Soovitav on tegelda kehaliste harjutustega. Eriti tähtis on see spinaalsete valusündroomide korral: haiged veenduvad peagi, et kehaline aktiivsus ei tugevda, vaid nõrgendab valu.

Oluliseks tuleb pidada ka psühhosotsiaalset adaptatsiooni, osavõttu kultuuriüritustest ja seltskonnaelust.

Kroonilise valu all kannatajate ravi ei ole arstile kuigi tänuväärne ülesanne. Mitmes riigis on spetsiaalsed valukliinikud, kus töötavad paljud spetsialistid. Ka sellistes keskustes on terapeutiline efektiivsus siiski vaid 50...60%. Arsti sügav huvi haige isiku ja tema murede vastu, kannatlikkus ja mõistmine võimaldavad piinavatest valudest paljudel haigetel vabaneda.

KIRJANDUS: 1. Blazer, D. South. Med. J., 1981, 74, 2, 203—208. — 2. Bonica, J. J. Arch. Surg., 1977, 112, 783—788. — 3. Chapman, C. R. Arch. Surg., 1977, 112, 767—772. — 4. Chen, G. S., Hwang, Y. C. Am. J. Chin. Med., 1977, 5, 1, 45—61. — 5. Fields, H. L. Ann. Neurol., 1981, 9, 101—106. — 6. Fordyce, W. E. Geriatrics, 1978, 1, 59—62. — 7. Halpern, L. M. Arch. Surg., 1977, 112, 861—869. — 8. Kocher, R. Schweiz. med. Wochenschr., 1978, 108, 686—691. — 9. Long, C. J., Webb, W. L. Neurosurgery, 1980, 7, 3, 225—229. — 10. Maruta, T., Swanson, D. W. Finlayson, R. E. Mayo Clin. Proc., 1979, 54, 241—244. — 11. Pace, J. B. J. Fam. Pract., 1977, 5, 4, 553—557. — 12. Pilowsky, I. In: The Pain Therapy. Lancaster, 1981, 31—60. — 13. Pinsky, J. J. J. Hum. Stress, 1978, 9, 17—21. — 14. Reuler, J. B., Girard, D. E., Nardone, D. A. Ann. Intern. Med., 1980, 93, 588—596. — 15. Ries, R. K., Bokan, J. A., Katon, W. J. a. o. J. Fam. Pract., 1981, 13, 2, 257—265. — 16. Swanson, D. W., Swenson, W. M., Maruta, T. a. o. Mayo Clin. Proc., 1976, 51, 401—408. — 17. Swanson, D. W., Floreen, A. C., Swenson, W. M. Mayo Clin. Proc., 1976, 51, 409—411. — 18. Webb, W. L. Psychosomatics, 1978, 19, 10, 593—600.

Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla

350 - aastane Tartu Ülikool



UDK 614(474.2)(092)Hlopin

GRIGORI HLOPIN JA TARTU ÜLIKOOI

VIKTOR KALNIN · TARTU

Grigori Hlopin, elukäik, Tartu Ülikooli hügieeni kateeder, teaduslik tegevus ja pärand

Tartu Ülikoolis töötanud silmapaistvate teadlaste plejaadi kuulub ka Grigori Vitaljevitš Hlopin, XX sajandi esimese veerandi vene hügieenikoolkonna pea, üks nõukogude hügieeni rajajaid.

G. Hlopin sündis 28. jaanuaril 1863 Permi kubermangus vaimuliku perekonnas. Pärast gümnaasiumi lõpetamist astus ta 1882. aastal Peterburi Ülikooli füüsika-matemaatikateaduskonna loodusteaduse osakonda. Ülikoolis liitus G. Hlopin 1884. a. D. Blagojevi poolt asutatud Venemaa esimese sotsiaaldemokraatliku ringiga, mille tsaaripolitsei peatselt likvideeris. Jälitati ka G. Hlopinit, kes selleks ajaks oli lõpetanud ülikooli ning saanud loodusteaduse kan-

didaadi kraadi oma esimese, I. Setšenovi juhendamisel valminud teadustöö «Valkkehade sültjast olekust» eest. Pagenõus 1886. a. Permi kubermangu Tšerdõni linna kaheks aastaks politsei salajase järelevalve alla — selline oli noore teadlase elutee algus (7).

Samal aastal kutsuti G. Hlopin Permi kubermangusemstvo sanitaarlaboratooriumi keemialaborandiks, kus töötas 1890. aastani. Puutudes seal kokku hügieeni küsimustega, pühendabki ta kogu oma elu võitlusele rahva tervise eest. Spetsialiseerumiseks hügieeni alal astus ta 1890. a. Moskva Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1893. a. kiitusega. G. Hlopin jäeti tööle silmapaistva vene hügienisti prof. F. Erismani instituuti laborandina. Juba ülikoolis alustas ta uurimistööd, mille tulemusena valmis 1896. a. doktoriväitekirja «Vees lahustunud hapniku määramise meetodikast». Töö üldjuhendajaks oli F. Erisman, gaasialased määramised tegi Hlopin I. Setšenovi juhendamisel (kes vahepeal oli asunud Moskva Ülikooli) füsioloogiainstituudis. Pärast väitekirja kaitsmist määrati G. Hlopin hügieeniinstituudi prosektori kohale.

Sel ajal oli F. Erisman Moskva Ülikoolist sunnitud lahkuma, sest koos teiste professoritega oli ta osa võtnud kindralkubernerile märgukirja esitamiseks palvega pehmendada üliõpilaste saatust, kes politsei omavoli läbi olid kannatada saanud. F. Erismani asemele toodi Tartust üle tema endine õpilane, silmapaistev vene hügienist prof. S. Bubnov, kes töötas Tartus aastail 1895... 1896 ning rajas hügieeniinstituudi Uues Anatoomikumis. Viimase asemele aga määrati hügieeni erakorraliseks professoriks G. Hlopin. Tartu Ülikool sai nüüd kõrge kvalifikatsiooniga hügienisti, I. Setšenovi ja F. Erismani õpilase, kes oli omandanud laialdased teadmised keemia, füsioloogia ja hügieeni alal Peterburi ning Moskva ülikoolis, samuti praktilise töö kogemused Permi semstvo sanitaarjaamas ning Moskva Ülikooli hügieeniinstituudis.

G. Hlopini saabumise eel Tartusse oli hügieeniinstituudil vaid neli väheldast

tuba esimesel ja kolm keldrikorrusel, koosseisuline hügieeni kateeder aga, mis 1895. a. oli eraldatud riikliku meditsiini ühisest koosseisulisest kateedrist, oli muudetud ülemääraliseks, seevastu ülemääraline kohtumeditsiini kateeder muudetud koosseisuliseks. G. Hlopin taotles 1897. a. juurde veel kaks suurt tuba¹. Selleks rajati kahekorruseline juurdeehitis koridori pinnale, mis ühendas Uue Anatoomikumi auditoriumi hoonet instituutide hoonega ja mis läks maksima ligikaudu 5000 rbl.² Olgu lisatud, et Uue Anatoomikumi hoone välimus on sellest ajast tänapäevani muutumatuks jäänud. Ühe toa kohandas G. Hlopin praktikumiruumiks (26 kohta), teises toas tehti bakterioloogilisi uuringuid, seal jätkus ruumi ka muuseumile ja raamatukogule. Juba S. Bubnov oli hügieeniinstituudile Uues Anatoomikumis eraldatud ruume pidanud ajutiseks ja esitanud omapoolsed kaalutlused seoses ülikoolivalitsuse kavatsusega ehitada keemialaboratooriumidele ja hügieeniinstituudile uus hoone. 1901. a. esitas G. Hlopin taotluse spetsiaalse hoone ehitamiseks hügieeniinstituudi tarvis, selle võimatuse osutumise korral aga vivaariumi rajamiseks. Ta taotles ka instituudi eelarve ja koosseisude suurendamist (2).

Palju energiat kulutas G. Hlopin instituudi sisustamiseks. Tema eelkäija S. Bubnov oli hankinud peaasjalikult üliõpilastele vahendeid praktilisteks töödeks. G. Hlopinil tuli muretseda aparaadid, instrumendid, tabelid jm. süstemaatilise hügieenikursuse demonstreerimiseks ning uurimistööks dissertantidele³. Instituudi kogu inventar suurenes G. Hlopin ajal nimetuste ja numbrite osas neli korda, maksumuse järgi kaks korda. Õppetöö ja teadusliku tegevuse laienemisest tingitud kulude suurenemine viis välja suurte võlgadeni, mis 1901. aastaks küündisid ligi-

kaudu 2000 rublani. G. Hlopin kandis olukorrast ette õppekuraatorile, 1900. a. aga külastas teda Riias⁴ (muu hulgas puhkas G. Hlopin pere mitu korda Riia rannas)⁵. Selle tulemusena osutus võimalikuks pool võlast kustutada, ent see olukorda ei leevendanud. 1901. a. augustis teatas G. Hlopin ülikoolivalitsusele: «... hügieeniinstituudis pole praegu ühtki kopikat raha isegi pakilisteks jooksvateks vajadusteks, ... subsiidiumita valitsuse poolt pole instituut suuteline alustama oma tegevust.»⁶

Ülikooli aulas 1897. a. jaanuaris peetud avaloengul «Hügieen ja sanitaaria ajaloolisest seisukohast» (vt. foto 2) käsitles G. Hlopin mitte üksnes vaateid hügieeni arengu kohta, vaid osutas ka keskkonnatingimuste tähtsusele, mille all mõtles nii ümbritsevat loodust kui ka sotsiaalseid ja kultuurilisi tingimusi. Et hügieeni alal edukalt tegutseda, pidas ta kohustuslikuks statistiliste, füüsikalise-keemiliste ja füsioloogiliste uurimismeetodite valdamist (3). Need G. Hlopin mõtteavaldused, eriti tema poolt esilenihutatud seisukoht inimese ja keskkonna uurimise ühtsusest seoses sotsiaal-majanduslike teguritega, saidki tema poolt rajatud koolkonna teaduslikeks alusteks.

G. Hlopin luges IV kursuse üliõpilastele hügieeni neli tundi nädalas aastaringelt ja V kursuse üliõpilastele epistoloogiat kaks tundi nädalas kevadsemestritel. Kohustuslikke praktilisi töid nägi õppeplaani ette kolm tundi nädalas ühe semestri vältel. Ent kitsaste ruumide ja üliõpilaste suure arvu (100...130) tõttu tuli praktikume juhendada 9 tundi nädalas kahe semestri vältel, jaotades üliõpilased 25 kaupa rühmadeks. Peale selle juhendas G. Hlopin ka neid, kes uurisid laboratooriumis teaduslikke eriprobleeme (1). Aastail 1896...1903 töötas tema juhendamisel 45 inimest, sealhulgas need, kes soovi-

¹ ENSV RAKA, f. 402, nim. 5, s.-ü. 1267, l. 513.

² Sealsamas, l. 468.

³ ENSV RAKA, f. 402, nim. 9, s.-ü. 1327, l. 25.

⁴ Sealsamas, l. 75; f. 384, nim. 1, s.-ü. 3430, l. 18.

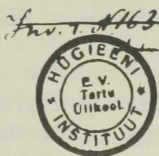
⁵ Sealsamas, f. 402, nim. 3, s.-ü. 1791, l. 62.

⁶ Sealsamas, nim. 9, s.-ü. 1327, l. 90.

ФАЛЬСИФИКАЦІЯ ПИЩЕВЫХЪ ПРОДУКТОВЪ

ПРОСТѢЙШІЕ СПОСОБЫ ЕЯ РАСПОЗНАВАНІЯ.

Общедоступное руководство къ изслѣдованію пищевыхъ и
вкусовыхъ веществъ.



С ПЕТЕРБУРГЪ

ИЗДАНИЕ ПЕРВОЕ. С ПЕТЕРБУРГА. 1902.

Foto 1. G. Hlopin 1902. aastal ilmunud käsi-
raamatu tiitelleht.

sid saada maakonnaarsti nimetust. Tartu Ülikoolis farmaatsia õpetamise omapäraste tingimuste tõttu oskas G. Hlopin ka farmatseutides äratada huvi hügieeni vastu, mis neile oli mittekohustuslik aine. Suunates nende uurimisi hügieeni valdkonda, pidas ta silmas võimalust kasutada neid laborantidena, sanitaararstide abilistena. Seega alustas G. Hlopin kvalifitseeritud kaadri ettevalmistamist Venemaa sanitaartalituse jaoks juba Tartus. Tema esimeseks assistendiks oli B. Jurkovski, kes koos temaga oli õppinud Moskva Ülikoolis⁷. Lähimateks abilisteks aga said Tartus assistent A. Rammul ja üliõpilane A. Nikitin, hiljem assistent K. Dobrovolski. Nad kõik olid hilisemad professorid, farmatseutidest J. Kuptsis töötas Riias.

G. Hlopin arendas Tartus teaduslikku uurimistööd, andes sellele originaalse

suuna. Ta avaldas 45 tööd ajakirjartiklite, monograafiate ja käsiraamatute näol, nendest 10 välismaa ajakirjades (osa neid olid stereotüüpsed). Tema juhendamisel valmis Tartus 16 väitekirja, neist 14 olid farmatseutide kirjutatud magistriväitekirjad. Peale selle ilmus tema õpilastelt üle 15 töö ajakirjades ja kogumikes. G. Hlopin toimetamisel anti välja kolm «Tartu Ülikooli hügieenilaboratooriumi tööde kogumikku» (1902...1903), milles trükiti peaaesjalikult algajate teadustöötajate töid (3). Tartu kogumike jätkuks oli «Novorossiiski Ülikooli hügieenilaboratooriumi tööde kogumik» (1904), millesse paigutatud väitekirjad olid kas valminud või alustatud Tartus (9).

Uurimuste põhitemaatika oli kommunaal- ja toilushügieeni alalt, ent uuriti ka koolihügieeni, desinfektsiooni, epidemioloogiat jm. Kommunaalhügieeni alal tehti ulatuslikke ja originaalseid uurimisi veekogude sanitaarkaitse kohta. G. Hlopin uuris aastail 1897...1899 sanitaarolusid Volga deltas ja Kaspia mere põhjaramnikul selleks, et korraldada katkutõrjet, samuti välja selgitada nafta poolt Volga jõe reostumisest põhjustatud kahju kalamajandusele. Tartus organiseeris ta eksperimentaalkontrolli nafta, samuti linnade majanduslike ja vabrikute reovete mõju üle kaladele ning korraldas Bakuu nafta keemilise koostise uurimise katseid. Sellesse töösse kaasas ta A. Nikitini, J. Kuptsise, G. Spalwingki ja A. Melkerti. Viimane uuris Emajõe vee reostumist Tartu linna majanduslike ja vabrikute reovetega, pöörates erilist tähelepanu heitvete poolt kalamajandusele tekitatud kahjule (4). Veekogude sanitaarkaitse alla mahtus ka A. Rammuli ulatuslik keemilis-bakterioloogiline uurimus «Emajõgi kui asulate veevarustuse allikas» (5).

Peamiselt uurimiste eest Volgal sai G. Hlopin senaator V. Lihhatšovi ettepanekul 1898. a. riiginõuniku tiitli, 1899. a. anti talle korralise professori nimetus. Meditsiininõukogu esimees prof. S. Pašutin tunnistas G. Hlopinile selle ala silmapaistvaks spetsialistiks

⁷ ENSV RAKA, f. 402, nim. 3, s.-ü. 2037, l. 6.

(1). Uurimuste novaatorlik tähtsus seisnes selles, et esmakordselt Venemaal rakendas ta sanitaartoksikoloogilist uurimismeetodit. Kõrvuti veekogude isepuhastuse uurimisega tavalistel keemilistel ja bakterioloogilistel meetoditel korraldas G. Hlopin katseid kahjulike ainete toime uurimiseks algloomadel, kaladel ja soojaverelistel. Kodumaal saadud kogemused ning välismaa andmed võttis ta kokku 1902. a. avaldatud monograafias «Läbivoolavate vete reostumine majanduslike ja vabrikute heidetega ja abinõud selle kõrvaldamiseks» (10). Selles on süstematiseeritud veekogude sanitaarkaitse tähtsamad teoreetilised ja praktilised küsimused ning kavandatud probleemi uurimise teed. G. Hlopin seisukohad said selle ulatusliku ja tänapäeval väga aktuaalse kommunaalhügieeniharu edasiarendamise lähtealuseks.

Kommunaalhügieeni valdkonnas pööras G. Hlopin tähelepanu ka asulate heakorrale ja planeerimisele ning elamuhügieenile. 1902. a. avaldas ta töö «Linnade hügieen» (11). Praktiline tähtsus Moskva kanalisatsiooni õigeks korraldamiseks oli G. Hlopinil tööl kanalisatsioonitorude vedela sisaldise ja õhu sanitaarselt seisukohalt uurimisest (1899, 1902) (3).

Toitlühügieenialastest töödest väärivad esiletõstmist G. Hlopinil monograafiline töö patenteeritud kaeratangude sanitaarkeemilisest tähtsusest (1897... 1902), A. Nikitini uurimus odra ja selle produktide keemilisest koostisest ning A. Rammuli töö rukkijahu uurimisest tungaltera sisalduse suhtes. Hügieeni seisukohalt oli tol ajal väga tähtis veel toiduainete värvimine ja selle mõju tarbijate tervisele, mida oli vähe uuritud. G. Hlopin kontrollis mitmesuguseid värve eksperimentaalselt (mõnede katsetega endal), kaasates sellesse töösse üliõpilasi (A. Vinogradov jt.) ja assistent K. Dobrovolski. Uurimistulemused võeti kokku monograafias «Kivisöevärvid» (1902... 1903), mille eest G. Hlopin sai preemia. See on eksperimentaaluurimise näidistöö, millele on

Всего 29 июля 1897 г. в 12 часов
 года моего имени в том же порядке
 вменяется на имя не Точнейшего
 Аппаратного и на имя „Турина“
 и вменяется на имя не Точнейшего
 года 1897 г.

Проф. Т. Хлопин.

Foto 2. Näide G. Hlopinil autograafist (ENSV RAKA, f. 402, nim. 3, s.-ü. 1791, l. 22) (avaldatakse esmakordselt).

iseloomulik samasugune füsioloogiline lähenemisviis nagu G. Hlopinil teistele suurematele eksperimentaaluurimustele (3).

Erakaubanduses oli ebatavaliselt suure ulatuse võtnud toidu- ja maitseainete võltsimine. Uurimine selles valdkonnas oli seepärast väga aktuaalne. See G. Hlopinil suund väljendus paljudes magistriväitekirjades (S. Ginzburg, A. Zimmermann, O. Beck, B. Lorenz, J. Masing, J. Pontag, A. Zenning). Toitlühügieeni käsitlevate hulka kuulus ka M. Brickmanni väitekirj «Seatina-glasuuriga kaetud toidunõude uurimine sanitaarses suhtes». Toiduainete rohkearvulised uurimised võimaldasid G. Hlopinil veel Tartus avaldada töö «Toiduainete võltsimine ja lihtsamad meetodid selle avastamiseks» (12) (vt. foto 1).

Nii G. Hlopinil kui ka tema õpilaste poolt esitatud eksperimentaalsed määramismeetodid (hapnik ja osoon õhus, lahustunud hapnik vees, kivisöevärvid jt.) võeti sisse ka välismaa käsiraamatutesse (K. Lehmann, I. König, T. Weyl jt.). 1897. aastast alates külastas G. Hlopin igal aastal Lääne-Euroopa silmapaistvate teadlaste, sealhulgas M. Pettenkoferi laboratooriumi, ning oli seetõttu alati kursis uusimate saavutustega hügieeni, eriti nn. toitluskeemia vallas.

G. Hlopin ei olnud kabinetiteadlane. Teadus- ja õppetööd ühendas ta laialdase ühiskondliku tegevusega, uurimis-

tulemusi püüdis viia laialdastesse teadusringkondadesse ja rahva hulka. Tartus viibimise ajaga langeb kokku tema toimetatud trükise «Populaarteaduslik käsiraamat haiguste vältimiseks ja tervise säilitamiseks» ilmumisaeg (4 köidet, 1902...1903). Sellest osa võtma tõmbas ta mitmeid nimekaid sanitaarala tegelasi. G. Hlopin oli Tartu Ülikooli Loodusuurijate Seltsi tegevliige, samuti võttis osa nn. Dozenten-Abende'st, mis toimusid järjekorras iga liberaalse rühma professori juures koduses miljöös.

G. Hlopin töötas Tartu Ülikoolis 20. juunini 1903. Alalised raskused instituudi tegevuse finantseerimisel olid ajendiks, miks ta juba 1902. a. andis nõusoleku siirduda Odessa Ülikooli juures avatava arstiteaduskonna hügieeni kateedri juhatajaks (8). Seal rajas ta kateedri ja eeskujuliku laboratooriumi, milles oli, nagu nähtub A. Rammuli väitekirjast, 11 tuba (6). Juba 1904. a. märtsis määrati G. Hlopin haridusministeeriumi õppeasutuste arstiosakonna juhatajaks ja Põderburi Naiste Meditsiiniinstituudi hügieeniprofessoriks. 1906. a. rajas ta hügieeni kateedri kliinilises instituudis, kus hakkas ette valmistama sanitaararste.

Eriti viljakas oli G. Hlopin tegevus pärast Oktoobrirevolutsiooni. 1918. a. kevadel valis Sõjaväemeditsiini Akadeemia G. Hlopin hügieeni kateedri juhatajaks, selle ametikohal jätkas ta tegevust sõjaväesanitaaria uurimisel ja sõjaväearstide koolitamisel. Peterburi-Petrogradi-Leningradi aega kuuluvad G. Hlopin tähtsad tööd kooli- ja kutsühügieeni alalt, keemiatööstuse sanitaarhügieeniliste tingimuste ja Venemaa mitmete paikkondade sanitaarseisundi uurimise alalt. Tema raamat gaasikaitsest oli sel alal esimeseks vene kirjanduses. Aastail 1912...1917 avaldas ta mitu käsiraamatut joogi- ja reovete ning toiduainete ja jookide uurimise meetodite kohta. Need ilmusid ümber-
töötatult ka hiljem. Aastail 1921...1923 ilmus temalt kahes köites õpik «Hügieeni alused», mis oli üks populaarsemaid erialaõpikuid Suure Isamaa-

sõjani. Kokku avaldas ta üle 140 töö. G. Hlopin kui silmapaistvam kaasaegsetest nõukogude hügienistidest valiti 1926. a. Londoni Kuningliku Sanitaarinstituudi auliikmeks, 1927. a. anti talle Vene NFSV teenelise teadlase aunimetus. G. Hlopin suri 12. augustil 1929. Ta on maetud Leningradis Smolenski kalmistule (7).

G. Hlopin käsiraamatuid sanitaarsete uurimismeetodite kohta kasutati ka kodanliku Eesti hügieenilaboratooriumides ja administratiivasutustes. Tema õpilane A. Rammul, kes oli Tartu Ülikooli hügieeniprofessoriks aastail 1920...1940, jätkas teadustöös oma õpetaja põhisuundi, oli temaga kirjavahetuses ning sai temalt nõukogude hügieenikirjandust (3). Sellega avaldas G. Hlopin märgatavat mõju hügieeniteaduse ja sanitaarpraktika arengule Eestis ka hiljem.

KIRJANDUS: 1. Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского университета (1802—1902). Юрьев, 1903, 11, 223—232. — 2. Заключения факультетов. Юрьев, 1901, 83—84. — 3. Калнин В. В. Развитие гигиенической науки в Тартуском (б. Дерптском, Юрьевском) университете (1802—1917 гг.). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1972. — 4. Мелькерт А. К. Загрязнение Эмбаха городскими и фабричными сточными водами г. Юрьева с обращением особенного внимания на вред, наносимый отбросами рыбы. Дисс. маг. фарм. Юрьев, 1904. — 5. Раммуль А. И. Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1900, 10, 1515—1547. — 6. Раммуль А. И. Материалы к санитарной оценке некоторых систем центрального отопления и вентиляции. Докторская диссертация. М., 1909. — 7. Рачков А. А. Григорий Витальевич Хлопин. Л., 1965. — 8. Русский врач, 1902, 29, 1079. — 9. Сборник работ гигиенической лаборатории Новороссийского университета. Под ред. Г. В. Хлопина. Вып. 1. Одесса, 1904. — 10. Хлопин Г. В. Загрязнение проточных вод хозяйственными и фабричными отбросами и меры к его устранению. 2-е исправленное и дополненное издание. Юрьев, 1902. — 11. Хлопин Г. В. Гигиена городов. СПб., 1902. — 12. Хлопин Г. В. Фальсификация пищевых продуктов и простейшие способы ее распознавания. СПб., 1902.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja
tervishoiuorganisatsiooni kateeder

UDK [612.2+612.13](474.2)(091)

HINGAMISE JA VERERINGE FÜSIOLOOGIA UURIMISE ARENGUST TARTU ÜLIKOOLIS

ROBERT LOOGA · TARTU

Tartu Ülikooli ajalugu, hingamise ja vereringe füsioloogia, teadustöö, Alfred Fleisch

Kolmekümnendatel aastatel hakkas Tartu Ülikoolis pingeliselt arenema uurimistöo hingamise ja vereringe füsioloogia alal, areng jätkub edukalt tänapäevalgi. Paljudel saavutustel on fundamentaalne tähtsus ja nad on tunnustust leidnud kogu maailmas. Sellise suuna initsiaatoriks ja viljakaks arendajaks oli prof. Alfred Fleisch, kes 1926. a. valiti Tartu Ülikooli Füsioloogia Instituudi (kateedri) juhatajaks. Ent prof. A. Fleischi tähtsus Tartu Ülikoolile seisneb peale väljapaistvate teadussaavutuste veel selles, et ta oskas enda ümber koondada hulgaliselt noori eesti arste, kes tema juhendamisel tegid edukalt uurimistööd. Nende teaduslikud artiklid ilmusid tähtsates rahvusvahelistes ajakirjades, kaitsti mitmeid doktoriväitekirju (6, 18). Prof. A. Fleischi õpilane prof. Maks Tiitso sai pärast oma õpetaja lahkumist 1932. a. Tartu Ülikooli füsioloogia kateedri esimeseks eesti soost juhatajaks. Prof. A. Fleischi teine õpilane prof. Ilo Sibul oli pärast sõjaaegsel perioodil Tartu Riiklikus Ülikoolis biokeemia, hiljem patofüsioloogia kateedri juhatajaks. Prof. A. Fleischi juhendamisel kaitsesid doktoriväitekirju ka F. Grant, hiljem Tartu Ülikooli arstiteaduskonna sisehaiguste kateedri juhataja, ja V. Steinfeldt (Hiie), hilisem Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri juhataja.

Prof. A. Fleischi oli väljapaistev tehniline talent, mis võimaldas tal hingamise ja vereringe uurimiseks konstrueerida originaalseid aparate. Tuntuimad neist on Tartu Ülikoolis töötamise ajal konstrueeritud pneumotahhograaf ja kardiointervallograaf (2, 3). Esimesest on saanud asendamatu seadeldis maa-

ilma kõikides hingamise uurimise laboratooriumides, teine aga pani aluse mitmesuguste tsükliliste protsesside täpsaks ja ülevaatlikuks registreerimiseks. Suurt tähelepanu väärivad ka prof. A. Fleischi konstrueeritud kunstliku vereringe aparaat ja gaasidevahetuse registreerimise aparaat (18).

Prof. A. Fleischi poolt esitatud hingamise ja vereringe uurimise meetodite tehnilise täiustamise ideid on Tartu Ülikoolis pärast sõda edasi arendanud tema õpilased ja järglased. Nii on siin konstrueeritud rohkem kui 20 intervallograafi täiustatud mudelit (24), uut tüüpi andurid pneumotahhograafia jaoks (28), hingamisfaaside kestuse pideva registreerimise seadeldis (19). Hingamise ja vereringe füsioloogia uurimiseks on olemas ka printsiipiaalselt uut tüüpi aparaat ja meetodid. Eriti viljakalt on sel alal töötanud TRÜ biofüüsikalaboratooriumi ja TRÜ spordimeditsiini kateedri teadurid, kes laialdaselt on kasutanud nüüdisaja elektroonika ja arvutustehnika võimalusi. Esiletõstmist väärib keskmise vererõhu pideva registreerimise aparaat (25), EKG-komponentide automaatse registreerimise meetod (26), algoritmide ja programmide koostamine hingamise ja vereringe füsioloogiliste näitajate uurimiseks raaliga (13, 14). Välja on töötatud mitmeid funktsionaalseid proove südame ja selle innervatsiooni uurimiseks, milleks on kasutatud Aschneri fenomeni (1), Valsalva katsu (5), ortoklinostaatilist mõjutust (4), tahtlikku hingamispeetust (7) ja lihasetööd (12, 23).

Prof. A. Fleischi ja tema õpilastel õnnestus avastada arvukalt uusi seaduspärasusi hingamise ja vereringe füsioloogias. Artikli piiratud mahu tõttu ei ole võimalik kõiki neid käsitleda, seda enam, et mõnevõrra põhjalikumalt on seda varem juba tehtud (6, 9, 18). Seejärel loetleme prof. A. Fleischi ja tema õpilaste saavutustest Tartu Ülikoolis vaid kõige tähtsamad. Nendeks on hingamise propriotseptiivse regulatsiooni avastamine ja uurimine, venoosse süsteemi mahu reflektorse regulatsiooni avastamine ning uurimine, südame res-

piratoorse arütmia mehhanismide uurimine, südameraktsioonide uurimine kehaliste ja psühhoogeensete koormuste puhul, südame siinussõlme kronotroopse reaktsiooni avastamine parema *atrium*'i mehhaanilise venituse puhul.

Hingamise ja vereringe uurimine sõjajärgsel perioodil jätkus ja laienes. Sel alal on TRÜ-s kaitstud neli doktori-väitekirja (8, 16, 22, 27) ja hulgaliselt kandidaadiväitekirju. Nendes on põhjalikult ning igakülgsest iseloomustatud hingamise ning südame ja veresoonte reaktsiooni inimestel mitmesugustes füsioloogilistes ja patoloogilistes tingimustes, terapeutiliste mõjutuste ja operatsioonide toimel. Eksperimentaalselt avastati loomadel südame ja veresoonte depressoorne reaktsioon kopsude venitusretseptorite ärritamisel (17) ja pressoorne reaktsioon kopsu peente veresoonte mehhanoretseptorite ärritamisel (22). Tõestati, et iseloomulik tahhüpnos, mis esineb kopsude kokkulangemisel, tekib reflektorsel teel kopsude peente veresoonte mehhanoretseptorite ärrituse tagajärjel. Ent kopsuparenhüümis leidub ka spetsiifilisi deflatsioonireseptoreid, mille ärritus kutsub esile bradüpnos ja bradükardia (20, 21). Spordifüsioloogia alal tehti kindlaks mitmed tähtsad seaduspärasused südame ja veresoonte reaktsioonide osas kehalise koormuse puhul ka väljaspool laboratooriumi seinu, nagu spordivõistlustel (suusatamisel, ujumisel, tõstmisel, sportvõimlemisel jt.) (9, 11). Nii näiteks avastati, et südamerütm muutus olenevad suusatamisel maastiku reljeefist ja sportlase treenitusastmest (29), et südame respiratoorne arütmia ja nn. pikad lained nõrgenevad või kaovad täiesti stardieelse seisundi ja järgneva sportliku pingutuse ajal (10). Eksperimentaalne uurimine näitas, et pikaajalise kehalise töö puhul oleneb südame töövõime suuresti müokardi rakkude sarkolemmi Na- ja K-pumpade reaktsioonist glükokortikoididele (15).

Fleisch, A. Z. ges. exptl. Med., 1930, 72, 3—4, 384—400. — 4. Lepp, Ü. TRÜ Toimetised, 1957, 52, 30—40. — 5. Looga, R. TRÜ Toimetised, 1957, 52, 54—62. — 6. Looga, R. Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi III. Trt., 1975, 22—36. — 7. Vasar, E., Kingisepp, P.-H. 28th International Congress Physiological Sciences. Budapest, 1980, 639—646.

8. *Васар Э. Ф. Спирографические исследования для установления должных величин показателей внешнего дыхания и физиологическая характеристика пробы повторного апноэ. Дисс. доктора мед. наук. Tartu, 1973. — 9. Вуру А. А. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1964, 154, 113—130. — 10. Вуру А. А. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1961, 106, 61—73. — 11. Вуру А. А. В кн.: Экспериментальные и иммуно-физиологические исследования моторно-висцеральной регуляции. Пермь, 1971, 18—22. — 12. Вуру Э. А., Вуру А. А. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1975, 68, 105—110. — 13. Кару Т. Э., Ландырь, А. П., Ноормаа Р. Ю., Ландырь А. В. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1976, 394, 125—152. — 14. Kingisepp П.-Х. Г., Хумаль Л.-Х. А., Мартин А. А., Вайно П. П. В кн.: Медицинский факультет здравоохранению. Tartu, 1980, 57—59. — 15. Кырге П. К. Кардиология, 1976, 16, 9, 15—21. — 16. Лаане Э. Я. Особенности дыхания и гемодинамики при артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца. Дисс. доктора мед. наук. Tartu, 1975. — 17. Лоога Р. Ю. Физиол. ж. СССР, 1964, 50, 10, 1227—1238. — 18. Лоога Р. Ю. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1966, 191, 121—169. — 19. Лоога Р. Ю. Физиол. ж. СССР, 1967, 53, 1247—1249. — 20. Лоога Р. Ю. Физиол. ж. СССР, 1970, 3, 392—399. — 21. Лоога Р. Ю. Бюлл. exper. биол., 1970, 12, 3—6. — 22. Лоога Р. Ю. Влияние объема легких и кровотока в малом кругу на регуляцию системного кровообращения и дыхания. Дисс. доктора мед. наук. Л., 1970. — 23. Пярнат Я. П. Физиология тренировки. Tartu, 1976. — 24. Рэзбен В. А. В сб.: Тезисы докладов республиканской научно-технической конференции посвящена дню радио. Таллин, 1980, 9—11. — 25. Рэзбен В. А., Эплер М. А. Биол. и мед. электроника, 1963, 5, 33. — 26. Рэзбен В. А., Хумаль Л.-Х. А. Прибор для непрерывной регистрации некоторых параметров электрокардиограммы. Описание изобретения к авторскому свидетельству № 163707. М., 1964. — 27. Рулли А. М. Гемодинамика у больных оперированных под местным обезболиванием. Дисс. доктора мед. наук. Tartu, 1968. — 28. Сермат Т. И., Рэзбен В. А., Раамат Р. Э. Пнемотахограф. Бюлл. изобрет., 1973, № 30, Авторское свидетельство № 389780. — 29. Сильдмяе Х. Ю. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1964, 154, 21—29.*

KIRJANDUS: 1. *Epler, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1954, 1, 29—34. — 2. Fleisch, A. Pflügers. Arch., 1929, 223, 3, 364—368. — 3.*

TRÜ arstiteaduskonna patofüsioloogia kateeder

Tervishoiutöö korraldus

UDK 614.2

TEADUSLIKU TÖÖKORRALDUSE ÜLESANDED JA ARENGUSUUNAD POLIKLIINIKUS

EVALD VÄÄRT ANDREI SARAP · TALLINN

polikliiniline arstiabi, teaduslik töökorraldus, arengusuunad

Polikliiniline arstiabi on meie vabariigis aastast aastasse paranenud ja täiustunud. Pidevalt on suurenenud arstide ja keskastme meditsiinitöötajate arv, tõusnud nende kvalifikatsioon. On suurenenud ka polikliinikute arv, täiendunud nende varustatus nüüdisaegse meditsiiniaparatuuri ja sisseseadega.

Ligikaudu 85% arstiabi vajavast elanikkonnast saab seda ambulatoorselt. Kiiresti on arenenud ambulatoor-polikliiniline spetsialiseeritud arstiabi, näiteks linnade ja rajoonide polikliinikutes antakse arstiabi kuni 20 erialal. Spetsialiseeritud abi niisama paljul erialal saavad ka lapsed. Lisaks eeltoodule on Tallinnas noorukite polikliinik ja üldse kokku 17 noorukite kabinetti. Polikliiniku jaoskonnaterapeutide ja -pediaatrite tööst langeb 30...42% profülaktikale; kitsa eriala spetsialistidel võtab profülaktiline töö ajast vaid 8...12%. Jaoskonnaterapeutide vastuvõtule polikliinikus langeb 44...55% külastuste üldarvust ja 93% koduvisiitidest. Seega näeme, kui mahukas ja komplitseeritud on tänapäeval polikliinikuarsti töö. Selle efektiivsus ja arstiabi kvaliteet üldse olenevad suuresti arstide, keskastme

meditsiinipersonali, registratuuritöötajate jt. teaduslikust töökorraldusest, juhtimisest, infotalitusest, töötajate ratsionaalsest töölerakendamisest ja kohustuste täitmisest.

Eesti NSV tervishoiuasutuste teadusliku töökorralduse ülesanded, arengusuunad 1985. aastani vastavalt asutuse suurusele ja profiilile on kinnitatud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi korraldusega 1979. aasta detsembrist. Selle lisas toodud teadusliku töökorralduse ürituste elluviimisel on nii mõndagi ära tehtud. Enamikus suuremates tervishoiuasutustes tegutseb peaarsti asetäitja juhtimisel teadusliku töökorralduse rühm või nõukogu. On koostatud perspektiiv- ja aasta kompleksplaanid, iga töötaja kohta on fikseeritud kohustused, mille peaarst on kinnitanud. On kasutusele võetud mitmesuguseid trükitud blankette, klišeesisid, üle 100 liigi unifitseeritud retsepte, meelespeasid.

Eriti edukalt ja sihikindlalt on kasutusele võetud teadusliku töökorralduse põhimõttele tuginevaid töövorme, mis eelnevalt on aprobeeritud. Selles osas on palju ära tehtud Tallinna Pelgulinna Haiglas (peaarst Eesti NSV teeneline arst V. Ilmoja), Tallinna Vabariiklikus Sadamahaiglas (peaarst Eesti NSV teeneline arst V. Subi), Tartu Linna Polikliinikus (peaarst S. Aru) jm. Juba palju aastaid tagasi kehtestati Pelgulinna Haiglas ratsionaalne tööajajaotus ja fikseeriti kõikide töötajate kohustused ning struktuuriskeemid kõigis allüksustes. See tagas kindla alluvuskorra, tagas ka informatsiooni normaalse kulgemise. On koostatud unifitseeritud retseptide kartoteek, on saatekirjade ja trükitud vormide mapid, tänu millele on kogu dokumentatsioon igal arstil käepärast. On korraldatud süstalde tsentraliseeritud pesemine ja steriliseerimine ultraheli abil.

Igati on end õigustanud boksidega registratuur ja spetsiaalsed registratuurikapid. Registraatoritel on kindel tööjaotus. Polikliinikusse pöördujate registreerimise ja arsti vastuvõtule ettevalmistusega tegelevad üksnes velskrid. See võimaldab haigeid saata õige eri-

arsti juurde vastuvõtule, kusjuures ajakulu on väike. Jaoskonnaterapeutidele on koduvisiitideks valmistatud kerge ja mugav, igati nägus esmaabivahendite paun, milles eripakendites on valmis pandud ka steriilsed süstlad ja esmaabivahendid.

Ainuüksi viimase kahe aasta jooksul on kasutusele võetud üle 20 uue diagnoosimis- ja ravimeetodi. Füsioteraapiaosakonnas rakendatakse elekter-uniravi rasedatele, sapipöie uuringuid fluoroograafiameetodil, nõelravi. Tänu teaduslikule töökorraldusele, vaatamata polikliiniku ruumikitsikusele ja raskustele kaadri komplekteerimisega, ei ole Pelgulinna Polikliiniku töö kohta kodanikelt kaebusi saanud.

Tallinna Vabariiklikus Sadamahaiglas toimub tsentraliseeritult kõikide sondeerimisprotseduuride tegemine, samuti kogu laboratoorne talitus, nagu raali kasutamine laboratoorsete analüüside kvaliteedi kontrollimiseks, haigestumuse analüüs aruandlusvormi nr. 16 järgi ning konsultatiiv-diagnostilise puldi tegevus. Igal laeval on spetsiaalne laboratooriumikomplekt, milles on valmisreaktiivid ja ka analüüside tegemise juhendid, mille järgi on võimeline neid kiiresti tegema isegi mittemeedik. Esiletõstmist väärib Tallinna Sadamahaigla ja selle polikliiniku ruumide esteetiline kujundus. Väga palju on eeskujuks võtta Võru Rajooni Polikliiniku funktsionaaldiagnostika-osakonnalt (juhataja arstiteaduse doktor E. Laane). Siin on tänapäeva meditsiinitehnika kasutamine ja töökorraldus heal järjel nii diagnoosimise kui ka teadusliku uurimistöö alal.

Tallinna Mustamäe ja Pelgulinna lastepolikliinikus on täiustatud infotalitust, ambulatoorsete kaartide liikumise kohta on kasutusel kontrollkaardid, on ühtlustatud mitmeid meditsiinidokumentide vorme. Võiksime tuua rohkesti häid näiteid selle kohta, kuidas teadusliku töökorralduse progressiivseid aluseid on kasutusele võetud ka teistes polikliinikutes.

Ent polikliinikuarstide, -õdede, -laborantide jt. töökorralduses on ka suuri

puudusi. Vähe on tähelepanu pööratud arsti töökoha esteetilisele kujundusele ning vähe on järgitud töökoha hügieen nõudeid. Silma torkab puudulik varustatus side- ja bürootehnikaga ning töö vähene mehhaniseeritus.

Liiga vähe on kasutatud arhitektide, disainerite ja aednike abi polikliinikute sisesel ning välisel kujundamisel. Paljus jätab soovida tööaja ratsionaalne kasutamine. Mõnes polikliinikus, ambulatooriumis ja tervishoiupunktis on ebaseaduslikult kasutusele võetud mitmesuguseid arvestus- ja aruandlusvorme, valitseb paberirohkus. Meditsiinipersonalil kulub rohkesti aega asjatuteks käikudeks, pikkadeks ja üldsõnalisteks sõnavõttudeks tööajal pikalevenivatel koosolekutel ning nõupidamistel.

Paljude polikliinikute nõrgemaks lüliks on registratuuri töö ja infotalitus. Samuti igapäevase funktsionaalsete kohustuste täpne teadmine ja täitmine jätab soovida.

Missügused on ülesanded ja millest alustada?

Esiteks tuleb põhjalikult analüüsida ja välja selgitada puudused polikliiniku töökorralduses, mis põhjustavad patsientide pahameelt polikliinilise abi kättesaadavuse ja kvaliteedi kohta. Teiseks on vaja koostada teadusliku töökorralduse kompleksürituste perspektiivplaan. Kompleksplani koostamisel tuleb lähtuda arengu põhisuundadest, kohapealsetest võimalustest ja tingimustest. Alustada tuleb registratuuri, jaoskonnaterapeudi ja jaoskonnapediaatri töö korraldamisest (kohustused, töökoha sisustus ning varustatus kõige vajalikus) ning sidest polikliiniku kõikide struktuuriüksustega (statsionaar, erialaspetsialistid, laboratoorium, apteek, protseduurikabinet, funktsionaaldiagnostika- ja füsioteraapiaosakond, polikliiniku juhataja ja vanemõde).

Meditsiinitöötajate tööaja otstarbekamaks kasutamiseks on end õigustanud järgmised ettevõtmised.

1. Erialakabinettide töös keerukate laboratoorsete uuringute ja konsultatsiooni korraldamise tsentraliseerimine, arstikabinettide varustamine steriilsel

materjali ja ravivahenditega, infotalituse ning polikliiniku kogu abiteenistuse tsentraliseerimine. Kooskõlastatult toimuva haigete saatmine statsionaarsele uurimisele ja ravile, vältimaks korduvaid analüüse ja uuringuid haiglas.

2. Teadusliku töökorralduse organisatsiooniliste ja tehniliste elementide rakendamine. Siia hulka kuulub mitmesuguse bürootehnika, nagu side-, mehhaniseerimis-, arvutustehnika, samuti eritemplite, standardblankettide, perforaartide, magnetofoni, teleri või muu kasutuselevõtt.

3. Teadusliku töökorralduse sanitaarhügieeniliste elementide rakendamine, tööks parimate hügieeni-, füsioloogiliste ja psühholoogiliste tingimuste loomine: soodne temperatuur ja valgus, puhas õhk, vaikus, tööruumi sobiv sisustus ja otstarbekad töövahendid.

4. Õige tööjaotus, kohustuste, õiguste ja vastutuse täpne määratlemine ning konkreetne juhtimissüsteem. Selleks peab koostama juhtimisskeemid, et iga töötaja teaks, kelle juurde ja millal oma tööalaste küsimuste ja ettepanekutega pöörduda.

5. Arstiteaduse saavutuste ja eesrindlike kogemuste kasutuselevõtt profülaktika, diagnoosimise, ravi ja organisatsioonilise töö alal.

6. Kogu teadusliku töökorralduse süsteemi kompleksne lahendamine jooksva aastal ja perspektiivis. Igas asutuses peab olema sotsiaalse arengu plaan, mille koostisosaks on kompleksüritused kõikides tööloikudes, eriti aga teadusliku töökorralduses.

7. Partei-, ametiühingu-, komsomoliorganisatsiooni osavõtt plaanide koostamisest ja nende täitmisest, sest teadusliku töökorralduse rühm sellega üksi toime ei tule.

8. Tervete psühholoogiliste ja eetiliste töötingimuste loomine, meditsiinilise deontoloogia põhimõtete kõrvalekalduvat elluviimine igapäevases töös.

Teadusliku töökorralduse üritustes kuulub väga suur osa polikliiniku esteetilisele kujundusele ja heale töökorrale, info- ja sanitaarhariduslike stendide nägusale kujundusele, ooteruumide aja-

kohasele sisustusele, mis loob soodsa mikrokliima ning mõjub hästi nii külastajatele kui ka meditsiinipersonalile.

Teadusliku töökorralduse laiemaks levikuks polikliinikute tegevuses on palju veel teha. Eelkõige on vaja üldistada seniseid häid kogemusi ja nende alusel koostöös peaarstide ja arhitektidega välja töötada uute polikliinikute projektid, milles on loodud arhitektuurilised ja tehnilised eeldused polikliinikute teadusliku töökorralduse parandamiseks. Teadusliku töökorralduse elementide sisseviimine projekti võiks olla välja toodud projekti eraldi osana. Teises etapis tuleb projekt nii ehituslikult kui ka tehniliselt realiseerida. Siin avaldub tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» eriline osa tarvismineva meditsiinitehnika ja sisustuse soetamisel just ehitatavate polikliinikute jaoks.

Kolmandas etapis, s. o. polikliiniku valmimisel peavad realiseeruma kavatsused, mis on organisatsioonilist või organisatsioonilis-tehnilist laadi. Sellega kaasneb kaadri väljaõpe teadusliku töökorralduse konkreetse rakenduse alal.

Eespool toodust tuleneb, et meie vabariigis on teaduslikus töökorralduses vaja kohaliku initsiatiivi kõrval tugevdada ka kesksét juhtimist. Selle valdkonna praktiliste probleemide lahendamine peab toimuma Eesti NSV Tervishoiuministeriumi, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Tallinna Vabariikliku Haigla kui organisatsioonilise ja metoodikakeskuse ning tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» kui varustaja tasandil.

Meie vabariigi tervishoiusüsteemi tegevust peab lähematel aastatel iseloomustama teadusliku töökorralduse probleemide kompleksne uurimine ja lahendamine.

Eesti NSV Tervishoiuministerium

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 615.099.8/83

KOGEMUSI TOKSIKOLOOGILISTE HAIGETE RAVIMISEL TALLINNA KIIRABIHAIGLAS

ARTUR TALIHÄRM LEONID DMITRIJEV
IRENE KAMENIK TALLINN

raskekujulised mürgitused, kiir- ja vältimatu abi, reanimatsioon, toksikoloogiliste haigete ravi, Tallinna Kiirabihaigla

Mitmesuguste keemiliste ainete kasutamine tööstuses, põllumajanduses ja koduses majapidamises, samuti ravimite omaalgatuslik tarvitamine on põhjustanud ägedate mürgitusjuhtude sagedamist. Mürgitusnähud, mürgituse raskus ja kulg sõltuvad mürkaine omadustest, hulgast, organismi vastupanuvõimest ning seisundist, kuid suurel määral ka esmaabi kvaliteedist ja õigeaegsusest.

Töö eesmärk oli esmaabi ja ravi kogemuste analüüs raskete mürgituste korral, eriti varajase hemodialüüsi näidustuste ning võimaluste täpsustamine.

Analüüsisime mitmesuguste eksogeensete mürgituste tõttu Tallinna Kiirabihaigla üldreanimatsiooniosakonda ajavahemikul 1980. aasta märtsist 1981. aasta detsembrini toodud 272 haige haiguslugu. Haigete vanus oli 13... 87 a., neist oli 141 naist ja 131 meest. Mürgitusi diagnoositi anamneesi põhjal ja kliinilise kulu järgi, kusjuures diagnoosi kinnitas toksikoloogiline ekspertiis. Tabelis 1 on hospitaliseeritute jaotumus

mürgituse liigi ja surmajuhtude järgi. Surmajuhte oli kõige rohkem kloororgaanilistest ainetest ja etüleenglükoolist põhjustatud mürgituste tagajärjel. Hapete ja leelistega mürgitatute rühmas esines kõige sagedamini mürgitusi äädikhappega eakatel patsientidel, mille puhul surmajuhte oli küllaltki palju.

Vingugaasmürgituse läbi kannatada saanutest õnnestus kõik (14 haiget) tervenenutena haiglast välja kirjutada.

Tinglikult jaotasime haiged rühmadesse aluseks võttes hospitaliseerimise viisi (vt. tabel 2). Reanimobiilibrigaad toimetab haiglasse 52 haiget (19%), sel puhul võib esmaabi pidada igati piisavaks.

Kiirabiirbrigaad hospitaliseeris 141 haiget (52%). On täiesti ilmne, et teadvuseta patsiendil, kellel on aspiratsiooni oht, on maoloputust esmaabi korras suuteline tegema vaid reanimatoloogia alal ettevalmistuse saanud meditsiinitöötaja. Sama seisukoht kehtib ka tsentraalveeni kanüülimise ja kopsude kunstliku ventilatsiooni alustamise kohta.

Teistest Tallinna haiglatest toodi

Tabel 1. Haigete jaotumus mürgituse liigi ja surmajuhtude järgi

Mürgituse põhjustanud aine	Haigete arv	Neist suri
Happed ja leelised Ravimpreparaadid (välja arvatud barbituraadid)	54	7
Barbituraadid	60	2
Etüleenglükool	40	—
Alkoholisurrogaadid (parfümeeria, puhastusvahendid jne.)	21	9
Kloororgaanilised ained	21	—
Methemoglobiini moodustavad ained, sealhulgas vingugaas	18	10
Fosfororgaanilised ained	24	—
Alkohol	14	—
Muud ained	4	1
Kokku	16	—
	14	—
	272	29 (10,66%)

Tabel 2. Esmaabi ja tüsistused toksikoloogiliste haigete eri rühmades

Haigete hospitaliseerimise viisid	Esmaabi		Tüsistused							
	Haigete arv	maoloputus	desintoksikatsiooniterapia	trahhea intubatsioon, kopsude kunstlik ventilatsioon	tsentraalveeni kanüülimine	süptomataalne ravi	antidoot-teraaapia	kopsupõletik	hepatorenaalne sündroom	toksiline entsefalopaatia
Reanimobiliga tooduid	52	52	52	27	17	52	40	16	2	5
Hospitaliseeritud kiirabi-brigaadi poolt	141	92	11	6	—	141	65	43	8	15
Teistest statsionaaridest ja rajoonidest ületooduid	79	54	79	—	—	79	—	61	10	18
Kokku haigeid	272	198	142	23	17	272	105	120	20	38

üle 55 (20%) ja rajoonidest 24 haiget (9%). Põhjuseks oli eksogeense mürgituse kahtlus. Enamik oli raskes üldseisundis: teadvuseta, toksiline kopsuturse, mikrotsirkulatsiooni häired, äge maksa- ja neerupuudulikkus.

Üldreanimatsiooniosakonnas läbiviidud ravivõtetest ja nende efektiivsusest saab ülevaate tabelist 3.

Patsientidel, kellel oletati mürgitust kloororgaaniliste preparaatide, etüleen-glükooli või fosfororgaaniliste ainetega, tehti hemo- ja peritoneaaldialüüsid veel enne toksikoloogiliselt ekspertiisilt vastuse saamist. Sõltuvalt protsessi kulust viidi läbi 1...15 seansi. Analüüse tehti valikuliselt.

Toome kaks mürgitusjuhtu, mille puhul ravi tulemused ja tervenemine sõltusid esmaabi kvaliteedist, õigeaegselt hospitaliseerimisest ja adekvaatselt ravist.

Haigusjuht 1. 21-aastane naispatsient V. T. (haiguslugu nr. 9609/1981) hospitaliseeriti pärast 50 tableti barbamiüüli ja 50 tableti eleeniumi sissevõtmist. Sugulased olid kiirabi kutsunud, kui toimunud oli möödas umbes tund. Kodus tehti trahhea intubatsioon, maoloputus 20 l veega, kanüülit rangluualust veeni ja alustati tilkinfusiooni (Ringeri lahus, 5%-line glükosilahus, 200,0 ml *Trisamini*) kui desintoksikatsioon-ravi forsseeritud diureesi meetodil, arvesta-

des, et vereplasma ja uriini leelistamine (uriini pH 8,0) tõstab barbituraatide elimineerumise kiirust kuni 10 korda.

Osakonda saabumisel oli patsient sügavas koomas. Pupillid kitsad, valgusele ei reageerinud. Lihaste toonus puudus. Vererõhk 105/60 mmHg, pulss 142 korda minutis. Hingamine juhitav, haige kohanes aparaadiga hingama; mõlemal kopsul kare hingamiskahin, kuulda ka suure- ja keskmisemullilisi räginaid. See viitas aspiratsioonile, mis oli toimunud enne arstiabi andmist. Esines ka ajutüve kahjustuse sümptoome (sirutuskrampid). Köht pehme. Maks ja põrn ei olnud palpeeritavad, peristaltika loid. Diurees haige transportimise ajal 400,0 ml.

Tilkinfusiooni teel manustati esimese 12 tunni jooksul kokku 12,5 liitrit, põhilahusena

Tabel 3. Tähtsamad ravivõtted toksikoloogilistel haigetel

Ravivõtted	Haigete arv
Kliinilisest surmast elustatud:	23
neist püsiva efektiga	7
ajutise efektiga	10
efektita	6
Kopsude kunstlik ventilatsioon	167
Kopsude kunstlik ventilatsioon üle 10 päeva	24
Tsentraalveeni kanüülimine	251
Trahheostoomia	42
Hemodialüüs-ravil viibinuid	19
(nendel 94 hemodialüüsiseansi 6 kuu jooksul)	
Peritoneaaldialüüs	6

kasutati 20%-list glükoosilahust, 0,9%-list NaCl-lahust, Ringeri lahust, elektrolüüte, trisamiini, südamevahendeid, vitamiine, glükokortikoide, diureetikume ja antibiootikume.

Diurees esimese 12 tunni jooksul oli 11,2 liitrit. Viielial ravitunnil omahingamine taastus, hemodünaamika stabiiliseerus. Tüsitusena tekkis kerge kopsupõletik. Neljandal ravipäeval oli haige üldseisund rahuldav ja ta viidi üle teraapiaosakonda.

Haigusjuht 2. 34-aastane naispatsient J. T. (haiguslugu nr. 9239/1982) toodi rajoonihaiglast Tallinna Kiirabihaiglasse soproosese seisundis. Haigusloo väljavõttest selgus, et patsient oli kolm päeva tagasi sisse võtnud 50 tabletti barbamiüüli ja 25 tabletti eeleniümi. Rajoonihaiglas oli tehtud maoloputus, manustatud 30,0 0,5%-list bemegriidi-, 40,0 40%-list glükooosilahust ja 20,0 5%-list askorbiinhappelahust. Kokkuleppel valvoreanimatoloogiga toodi patsient üldreanimatsiooniosakonda, sest haige seisund pidevalt halvenes, kujunes välja hepatorenaalpuudulikkuse anuuriaga.

Patsient kahvatu, ikteeriline, pastosne. Tugevatele ärritustele vastas silmade avamisega. Kontakt puudus, valule ei reageerinud. Hingamine vaba, pindmine, 32 korda minutis. Kopsudes hulgaliselt krepitatsioone ja peenemullilisi räginaid.

Vererõhk 140/100 mmHg, pulsisagedus 150 korda minutis, üksikud ekstrasüstolid. Südametoonid tuhmid, südamepitul nõrk süstoolne kahin. Maks palpeeritav 5 cm allpool roidekaart. Diurees puudub.

Vereanalüüs: SR 5 mm/t., hgb. 10,2 g %, erütrots. 3 250 000, leukots. 26 000, trombots. 80 000. Verevalem: müelots. 0,5%, metamüelots. (noori vorme) 0,5%, keppt. 20,6%, segment. 62,5%, lümfots. 10,5%, monots. 5,5%. Hematokriti näit. 30. Happe-leelise tasakaal venooses veres hapniku inhalatsiooni korral: pH 7,12, BE 10,0, pCO₂ 54,6, pO₂ 30. Bilirubiini 4,92 mg %, alaniinaminotransferaas 3272 üh/l, urea 16,65 mmool/l, kreatiniini veres 8,4 mg %, K⁺ veres 6,64 mekv/l, Na⁺ 128 mekv/l, Ca⁺ 7,8 mekv/l, Cl⁻ 75,6 mekv/l.

Arvestades anamneesi, kliinilisi ja laboratoorseid andmeid, määrati diagnoosiks eelenium- ja barbamiüülmürgitus. Soproosne seisund. Maksa- ja neerupuudulikkus. Kahepoolne kopsupõletik. Toksiline südamelihase kahjustus.

Patsiendil kanüüliti rangluualust veeni. Alustati tilkinfusiooni (põhilahusena 20%-line glükooosilahus). Forsseeritud diurees anuuria tõttu ei õnnestunud. Konservatiivne ravi tulemusi ei andnud. Esimesel ööpäeval pandi käele arteriovenoosne šunt ja alustati hemodialüüsi, seda tehti 20 päeva jooksul (keskmise kestus 7 tundi) 15 seansi. Pärast teist dialüüsi muutus patsient kontaktseks, püsima aga jäi anuuria. Üheaegselt hemodialüüs-raviga ordineeriti antibiootikume, südame-

vahendeid ja vitamiine. Korduvalt tehti vere ja plasma ülekandeid ning manustati valgu-preparaate ja mikrotsirkulatsiooni parandavaid vahendeid.

Patsiendil kujunes välja allergia vitamiinide, antibiootikumide, valgu-preparaatide suhtes. Ureemilisest gastriidist põhjustatuna tekkis korduvalt seedetrakti verejookse, mis haiguse kliinilist kulgu raskendas. Üldseisund stabiliseerus 26. ravipäevaks ning patsient viidi üle teraapiaosakonda rahuldavas üldseisundis.

Oma tagasihoidlike kogemuste põhjal võime teha järgmised järeldused:

1. Ravi tulemused sõltuvad rasketel mürgitusjuhtudel suuresti varajasemast kvalifitseeritud meditsiinilisest abist õnnetuspaigal. Peale maoloputuse kuuluvad siia ka desintoksikatsioon-, antidoot- ning sümptomaatilise ravi ja vajaduse korral elustamisvõtete kompleks (intubatsioon, kopsude kunstlik ventilatsioon, hemodünaamika stabilisatsioon).

2. Rasketel mürgitusjuhtudel ei tohi kirurgiliste desintoksikatsioonimeetodite kõrval unustada ka ravi forsseeritud diureesi, vereplasma ja uriini leelistamisega, mis tunduvalt tõstab toksiliste ainete kliirensit ning mis on neerupuudulikkuse profülaktikas tähtis. Selle meetodi väärtuseks on lihtsus ja kättesaadavus.

3. Ägedad olmemürgitused ei ole paratamatus. Nad on täiesti vältitavad. Sanitaarharidustöö planeerimisel peame seda kindlasti arvestama.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Proceedings of the Second Prague Symposium on Chronic Failure. Prague 1979.

2. Бережной Р. В. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений, М., 1980. — 3. Ганжара П. С., Новиков А. А. Учебное пособие по клинической токсикологии. М., 1979. — 4. Голиков С. Н. Неотложная помощь при острых отравлениях. М., 1977. — 5. Горизонтов П. Д., Гурвич А. М. Современные проблемы реаниматологии. М., 1980. — 6. Комаров Б. Д., Лужников Е. А., Шиманков И. И. Хирургические методы лечения острых отравлений. М., 1981. — 7. Лужников Е. А., Дагаев В. Н., Фирсов Н. Н. Основы реаниматологии при острых отравлениях. М., 1977. — 8. Неговский В. А. Основы реаниматологии. Ташкент, 1977. — 9. Стрельчук И. В. Острая хроническая интоксикация алкоголем. М., 1973.

Tallinna Kiirabihaigla

Mõtte- vahetus

UDK 616.921.5:576.8.097.3(049.2)

GRIPIVAKTSINATSIOONILT LOODETAKSE PAREMAID TULEMUSI

RAUL VODJA · PÄRNU

gripivaktsiin, immunogeenne aktiivsus, epidemioloogiline efektiivsus, majanduslik-ökonomiline kasu

Sõltuvalt A-gripiviiruse evolutsiooni eripärast — antigeense struktuuri alalisest muutumisest ning seega viiruse uute tüvede või variantide järjepidevast ringlusse ilmumisest — on tõhusa spetsiifilise gripiprofülaktika korraldamine üks tervishoiu raskemaid ülesandeid.

Gripivaktsiini tuleb valmistada viirusetüvest (antigeense struktuuri poolest analoogilisest), mis epideemia tekitaja kohale tõenäoliselt pretendeerib. See eeldab kõikide kontinentide ja riikide territooriumil gripiviiruse tsirkuleerimise pidevat jälgimist uute ning virulentsete tüvede avastamiseks.

Vaktsiini tootmine tuleb korraldada juba lõpule viia minimaalse ajaga, valmistada teda aga maksimaalsetes kogustes. Et vaktsiin enne epideemia tekkimist vajajateni jõuaks ja et seda riikidel kümnetes või sadades miljonites annustes käepärast oleks, selleks läheb tarvis tõelist suurtootmist. See kõik eeldab omakorda laitmatult töötavat ülemaailmset gripitõrjeorganisatsiooni, milles juhtivat osa etendaksid tugeva majandusliku potentsiaali ja kõrge tehnilise kultuuriga suurriigid. Ka lääneriikides on laustaudide uurimisele ja leviku

tõkestamisele küllaltki suurt tähelepanu pööratud.

Gripi spetsiifiliseks profülaktikaks on maailmas loodud palju vaktsiine, mis 1960-ndatest aastatest alates on ka laialdaselt kasutusel. Noukogude Liidus pandi pearõhk elusvaktsiini — sisaldab elusaid, kuid nõrgestatud viirusi —, USA-s ja teistes lääneriikides aga inaktiveeritud (surmatud) vaktsiini uurimisele ja valmistamisele. Kummalgi on nii häid kui ka halbu omadusi, kusjuures järk-järgult püüti heade osa tõsta ja halbade osa alandada, kasutades viiruste töötlemisel võrdlemisi keerukaid menetlusi.

1960-ndate aastate elusvaktsiinialastes töodes (8, 12, 15, 16) olid tulemused üsnagi optimistlikud: gripihaigestumus vähenes 2...4 korda, serokonversiooni (antikehade tiitri tõusu neli või enam korda) täheldati ca 90%-l vaktsineeritud, saadi rahuldav tulemus isegi mitteküllaldaselt spetsiifiliste viirusetüvedega vaktsineerimisel, ilmnes preparaadid mõõdukas reaktogeensus. Seda kõike vaid ajutiselt. Juba 1970-ndate aastate alguse võrdlemisi põhjalikud uurimused (7, 19, 20) taandasid näiteks elusvaktsiini epidemioloogilise efektiivsuse indeksi 1,1...1,4-ni või immunogeenne aktiivsuse (hinnatud serokonversiooni põhjal) 4,6...35,5%-ni. A. Sumarokov ja teised (19) arvavad elusvaktsiini vähese toime põhjuse peituvat eeskätt selle immunogeensuse puudumises ja vaktsiiniviiruse antigeensete omaduste erinevuses epideemiat põhjustanud viirusest.

Elusvaktsiini vähese immunogeenne aktiivsuse kohta leidub ka Eesti NSV erialakirjanduses viiteid juba 1971. aastast (6), on viiteid ka tema kaheldava epidemioloogilise efektiivsuse kohta (5). L. Priimägi jt. (4) leidsid vaktsineerimise mõjul antikehade tiitri arvestatavat tõusu vaid 27,6%-l uuritud; epidemioloogilist efekti üldse ei sedastatud¹.

Missugune saatus elusvaktsiini käekäiku edaspidi määrab, seda näitavad järgmiste aastate kogemused. Siinkohal meenutaksime paljude elusvaktsiinide (ja mitte ainult gripivaktsiini) looja



Fotol Pärnu Polikliiniku vaksineerimisbrigad. Vasakult J. Tšassovskihh, T. Lebedeva, M. Torma. A. Pöldme foto.

akadeemik A. Smorodintsevi sõnu, mis olid lausunud Pasteuri-nimelise Instituudi konverentsil Leningradis 1969. aastal².

Teatud edusammudele vaatamata tuleb teadlaste tööd ka inaktiveeritud gripivaktsiinidega veel otsingute ja katsetuste järku arvata, täiusliku preparaadi saamisest ollakse nähtavasti veel küllalt kaugel. Seepärast on erialakirjandusse ilmuv informatsioon katsetuste tulemuste kohta üsnagi kirju. Vahel on autorite arvamused ja järeldused üksteisele vasturääkivad, mille tõttu süsteemikindlat ülevaadet on peaaegu võimatu saada. Seega on ka lõplike üldistuste tegemine veel varajane. Näiteks kui üks autor on saanud küll hea immunogeense efektiga vaktsiini, siis aga osutub see kasutamiskõlbmatuks rohkete kõrvalnähtude tõttu jne. Väiel-

¹ Ehk on autorid gripiviiruse A(H3N2) puhangulist laadi 1979/1980. aastavahetuse paiku siiski ülehinnanud, sest laboratoorsete uuringute põhjal diagnoositi A(H3N2)-gripi vaid 67 uuritul 516-st (13% -l juhtudest), mis ei saa olla epideemilise situatsiooni tunnuseks. Pealegi oli haigestumisenäitaja Tallinnas 1979/1980. a. viimase 10 a. madalaim (3,5%) (vrd. 1974/1975. a. 15,2%).

² «... ühe annuse elusvaktsiini tootmise kuld ei ületa 5 kopikat, see tähendab, et 10 tuhandele inimesele piisab 500 rublast ja nii edasi... isegi 1,1-kordse efektiivsusega vaktsiini tootmine õigustab end, arvestades gripi epideemia tekitatud kahju rahvamajandusele... laske seda ka tootmisjuhtidel välja arvutada... suure riigi mastaabis tõuseb tulu miljonitesse rubladesse...»

davaid ning epidemioloogilistel mudelitel kontrollimata küsimusi on ka vaktsiini annuste ja manustamise viiside osas, samuti paljude muude tegurite mõju tõlgendamisel.

Kvaliteetse inaktiveeritud gripivaktsiini saamiseks on oluline, et vaktsiin puhastataks ballastainetest, milleks on näiteks kasutatud ultratsentrifuugimist või kromatograafilist meetodit (2), selle kõrval ka keemiliste ainete abil viiruste lõhustamist fragmentideks, milleks on viiruse pinnaantigeenid hemaglutiniin (H) ja neuraminidaas (N) ning viriooni sisekomponendid, kaasa arvatud RNA. Need moodused on kasutusel ka Nõukogude Liidus, praegusajal juba arvukate ning tõhusamate vaktsiinivariantide loomisel (9).

Leningradi teadlased (13), kasutades inaktiveeritud monovaktsiinides gripiviiruse eri tüvesid antigeense valemiga H3N2, said 0,1 ml manustamisel naha sisse serokonversiooni 68...79% -l vaksineerituist antikehade tiitri tõusu korral keskmiselt 10 korda. Naha alla manustamisel, kuid 0,5 ml suuruses annuses, olid tulemused veelgi paremad, vastavalt 95% ja 17,1 korda. Vaktsiini kõrge immunogeense aktiivsuse kohta leidub nii kodumaises kui ka välismaa kirjanduses veelgi andmeid — 86% (14), 84...95% (11), 78...95% (3) jt. samalaadilisi.

Aastail 1974...1975 uurisid Tarassevitši-nim. instituudi töötajad gripiepideemia ajal esimest korda suurt rühma inimesi Moskvast (17). Kaitseepokimiseks oli kasutatud hea immunogeensusega (75,9%) inaktiveeritud vaktsiini, mis sisaldas gripiviirust A/Victoria/35/72 (H3N2). Et profülaktilise efekti hindamisel võeti aluseks ainult seroloogiliste uuringute põhjal dokumenteeritud haigusjuhud, saadi epidemioloogilise efektiivsuse indeksiks 3,45 (gripihaigestumus mittevaksineerituil 11,6%, vaksineeritute rühmas 3,36%). Seevastu klii-

³ See näitab veel kord, kui raske on grippi eristada teistest ägedatest viirusnakkustest kliiniliste tunnuste alusel, eriti siis, kui see toimub epideemiaaegse haigete kiirläbivaatuste korras.

nilise diagnoosi põhjal (nii gripp kui ka teised akuutsed respiratoorsed haigused langesid epideemia ajal «paratamatult» kõik ühte) võrdus näitaja vaid 1,74³.

Sellest, kui suuresti mõjutab vaktsineerimise tulemusi vaktsiini koostisse õigesti valitud viirusetüvi, annab tunnistust eelnimetatud instituudi kollektiivne uurimus (18) 1978/1979. a. puhangu kohta, mille oli põhjustanud gripiviirus A/SSSR (H1N1). Kaitsepookimine tehti kahe monovaktsiiniga, mis olid valmistatud tüvedest A/Texas/1/77 (H3N2) ja A/Ufa/771/77(H1N1). Puhangu ajal haigestunuist diagnoositi grippi (seroloogiliselt tõestatuna) kontrollrühmas (vaktsineerimata) 63% -l uurituist, mitteadekvaatse tüvega (H3N2) vaktsineerituist 53,4% -l ja (H1N1)-tüvega (antigeenselt struktuurilt epideemilisele tüvele vastav) vaktsineerituist ainult 20,5% -l, olgugi et kaitsepookimisest oli möödas koguni neli ja pool kuud.

Inaktiveeritud vaktsiinide kasutamise korral täheledatai (1976. a.) mõningaid üldreaktsioone, näiteks kehatemperatuuri tõusu 3...4% -l uurituist (1,13). Hiljem Nõukogude Liidus valmistatud vaktsiinide puhul on neid puudusi püütud järjekindlalt vältida. Nii ei täheledata A. Sumarokov jt. (18) üldhäireid, organismi funktsionaalsed näitajad ei ületanud füsioloogilisi piire, vaktsineeritute töövõime ei kannatanud ka väljakujunenud lokaalse reaktsiooni puhul. Muide, viimane kadus hiljemalt 2...3 päeva jooksul.

Siiani on vähe räägitud gripivaktsinatsiooni majanduslikust efektist. Muidugi mõista jäägu tõhusate ja ohutute gripitõrje preparaatide leiutamine, tootmine ja nende kasutamine meditsiini kohustuseks, kuid kasuteguri hindamisel peavad oma sõna sekka ütleva eelkõige ettevõtete juhid, kellele riiklikud plaanid täita. Osa neid on selle vastu ükskõiksed, iga uue gripikampaania (s. t. vaktsineerimine pluss muud üritused) puhul võtnud isegi tõrjuva hoiaku, sest elusvaktsiini kasutamisel tekkis kõrvalnähte, mis võisid rütmilist tööd tõepoolest häirida.

Tuginedes 1970-ndate aastate teise

poole ja selle aastakümne alguse positiivsetele kogemustele, mis on saadud inaktiveeritud gripivaktsiini kasutamisel, söandavad arstiteadlased järjest kindlamalt rõhutada ka vaktsineerimise ökonoomilist külge. J. Ivannikovi ja kaasautorite andmetel (10) vaktsineeriti surmatud vaktsiiniga, kasutades nahasse süstimiseks injektorit, Leningradis aastail 1977...1979 1613 000 inimest. See põhjustas nn. kollektiivse immuunsuse tunduvalt tõusu ja gripiviiruse tsirkuleerimise vähenemist, seega suuresti nõrgendades A(H3N2)-viirusest 1979/1980. a. põhjustatud epideemiat. Autorite arvestuse järgi võrdus ökonoomiline efekt 8,4 miljoni rublaga: üks gripijuht toob riigile keskmiselt 55,74 rubla kahju; laste puhul umbes 30 rubla võrra vähem, tööstustöölise haigestumisel aga sellevõrra rohkem.

Kas Leningradi kogemusi oleks võimalik näiteks meie vabariigile kohandada? Kui Eesti NSV Tervishoiuministriumi käskkirja (1981. a.) alusel kuulus 1981. aastal gripi tõrjeks vaktsineerimisele Tallinnas ja vabariigilise alluvusega linnades kokku 287 tuhat inimest ehk umbes kolmandik nende linnade elanikkonnast, siis sellest vaid 43,5 tuhandet vaktsineeriti intrakutaanselt inaktiveeritud vaktsiiniga. Et meil samasuguseid tulemusi saada kui Leningradis, aitaks ka poole meie vabariigile eraldatava elusvaktsiini koguse asendamisest surmatud vaktsiini kogusega. Leningradi ja meie suuremate linnade elanike arvu suhte korral 5:0,83 võiksime ühe gripiepideemia pealt kokku hoida 1,6...1,7 miljonit rubla. Teades, et ulatuslikud gripilained ähvardavad iga 2...3 aasta tagant, siis viisaastaku eelarvesse maksaks meditsiin kaudselt tagasi üle 3 miljoni rubla.

Kirjutises ei ole püütud valgustada kõiki gripi vastu vaktsineerimise tahke. Ent toetudes mõningatele kirjanduse andmetele ja oma kogemustele (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 4, 248—250), julgeme siiski väita, et viimastel aastatel käibele tulnud inaktiveeritud gripivaktsiinil on palju eeliseid eelkäijate ees.

KIRJANDUS: 1. Barry, D. W., Mayner, R. E., Hochstein, H. D. *Am. J. Epidemiol.*, 1976, 104, 47—59. — 2. Kilbourne, E. D., Chanock, R. M., Choppin, P. W. *J. Infect. Dis.*, 1974, 129, 750—771. — 3. Marwick, Ch. *S. Med. World News*, 1976, 17, 60—64. — 4. Priimägi, L., Silla, R., Subi, K., Nigesen, U., Sidorenko, L., Kremerman, I., Teoste, M., Kasesalu, G., Kutsar, K., Tomberg, E., Märtin, J. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1981, 2, 103—105. — 5. Urman, I., Priimägi, L., Mirotšnik, V., Vasjutina, E., Subi, K., Lember, A. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1974, 1, 21—23. — 6. Vodja R. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1971, 5, 344—349.

7. Аксенов В. А., Селидовкин Д. А., Сорокина Л. В. и др. *Вопр. вирусол.*, 1971, 81—86. — 8. Александрова Г. И., Микуцкая Б. А., Плешанова Р. А. и др. В сб.: *Грипп и острые респираторные заболевания. Материалы научной сессии институтов инфекционных болезней УССР. Киев, 1963*, 3—4. — 9. Анджанпаридзе О. Г., Бектемиров Т. А. *Вопр. вирусол.*, 1978, 5, 520—532. — 10. Иванов Ю. Г., Ефименко И. Б., Маричик И. Г. и др. *Ж. микробиол. (Москва)*, 1980, 11, 18—27. — 11. Малафеева Л. К., Бундзен Н. Г., Полянская Н. Ю. и др. В сб.: *Труды Ленинградского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии*, Л., 1976, 47, 140—146. — 12. Никитин М. Я., Малафеева Л. К., Бундзен Н. Г. В сб.: *Респираторные вирусные инфекции*. Л., 1969, 189—194. — 13. Перадзе Т. В., Фридман Э. А., Коликов В. М. и др. *Ж. микробиол. (Москва)*, 1976, 9, 18—22. — 14. Руденко Л. Г., Ишкильдин М. И., Егоров П. А. и др. В сб.: *Убитые вакцины. Труды Ленинградского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии*. Л., 1976, 47, 160—163. — 15. Слепушкин А. Н. В сб.: *Острые респираторные вирусные инфекции. Реферативные материалы научной конференции Свердловского научно-исследовательского института вирусной инфекции*. Свердловск, 1966, 16—17. — 16. Смородинцев А. А. *Вестн. АМН СССР*, 1970, 8, 3—9. — 17. Сумаруков А. А., Агафонов В. И., Перепелкин В. С. и др. *Ж. микробиол. (Москва)*, 1976, 9, 22—27. — 18. Сумаруков А. А., Нефедова Л. А., Ярошевская И. Ю. и др. *Ж. микробиол. (Москва)*, 1981, 9, 76—81. — 19. Сумаруков А. А., Попов В. Ф., Нефедова Л. А. и др. *Ж. микробиол. (Москва)*, 1971, 2, 46—53. — 20. Сумаруков А. А., Попов В. Ф., Нефедова Л. А. и др. *Ж. микробиол. (Москва)*, 1971, 1, 110—117.

Pärnu Linna Sanitaar- ja
Epidemioloogijaam

UDK 616-053.89/9(049.2)

INIMESE ELUEA PIKENDAMISE VÕIMALUSI

OLO KRISTUHAN · TALLINN

eluea pikendamise, vananemise profülaktika, keskmine eluiga

Arenenud maades on eeskätt laste suremuse vähenemise tõttu inimese keskmine eluiga küllalt pikk, enamasti 70...72 a., seejuures meestel 66...70 a., naistel 73...75 a. (6, 7, 9). On levinud arvamus, et seda ei ole meditsiiniliste ega sotsiaalsete abinõudega enam võimalik isegi mõne aasta võrra pikendada.

Viimastel aastatel on keskmine eluiga paljudes arenenud maades püsima jäänud (Nõukogude Liidus 70 a.).

Vastavalt ÜRO viimastele prognoosidele (7) pikeneb eluiga arenenud maades käesoleva sajandi lõpuks enamasti vaid 2...3 aasta võrra. Pikemaks kujuneb see meestel Norras — 72,8 a., naistel Rootsis — 78,1 a. Gerontoloogid ei ela kauem teistest inimestest (2). Viimastel aastakümnetel ei ole eluiga, mille puhul on täiskasvanuil kõige suurem tõenäosus surra, praktiliselt tõusnud. Uurijad on enamasti leidnud, et südame ja veresoonte haiguste — sagedam surma põhjus — täielik likvideerimine võimaldaks eluiga pikendada vaid 6...7 a. Näib, et alles vananemise rakusiseste bioloogiliste seaduspärasuste väljaselgitamine võimaldab eluiga märgatavalt pikendada, kuid seda alles 50...100 aasta pärast.

Kas ehk siiski 5...10 aasta võrra ei ole see võimalik juba lähemal ajal? Võiks vastata jaatavalt, sest selline eluiga tänapäeval mingites tingimustes esineb. 1. «Seitsmenda päeva adventistidel» (meestel) Kalifornias on keskmine eluiga teistest meestest 6,2 aastat pikem (3). 2. Ameerika aktsiaseltside juhtide hulgas on suremus tunduvalt alla rahvastiku keskmist suremust (4). 3. Kanada parlamenti, Ameerika Ühendriikide kongressi ja Suurbritannia parlamenti

valitud esindajate hulgas on suremus rahvastiku keskmisest suremusest märkatavalt väiksem (5). 4. Juba nüüdisajal on Islandil keskmine eluiga meestel 73,0 a. ja naistel 79,2 a. (6), Jaapanis aga keskmiselt 76 a. (9); need arvud ületavad mõne aasta eest tehtud kõige julgemad prognoosid. 5. Parose saare (Kreekas) elanike keskmine eluiga on 77 a. (1).

Kuigi ei ole kaugeltki selge, mis neis tingimustes mõjub soodsalt, on ilmne, et keskmist eluiga pikendada 5...10 aasta võrra (75...80. eluaastani) on lähemal ajal reaalne. Kirjanduses võib leida arvukalt andmeid inimeste kohta, kes on elanud kaugelt üle saja aasta vanaks, kuid sageli ei ole andmed küllalt usaldusväärsed.

Et keskmist eluiga pikendada, on tingimata vaja teada tegureid, mille reguleerimine seda võimaldab ja kas see on teostatav. Arvukad uurimised on näidanud, et esmajärguline tähtsus on järgmistel teguritel: huvitav kutsetöö, õnnelik perekonnaelu, positiivsed vaa- ted elule, vaimse ja kehalise koormuse õige vaheldumine, head töötütingimused, otstarbekas puhkerežiim, ratsionaalne toitumine, nimelt suhteliselt madal ööpäevane kalorite hulk ja rasvasisaldus, puu- ja juurvilja küllaldasuses koguses söömine, alkoholi liigtarbimise ja suitsetamise vältimine, kvaliteetne arstiabi ning haige hooldus, eriti geriaatriline abi. Et keskmine eluiga oluliselt pikeneks, oleks vaja, et rakendataks selliseid teaduslikult põhjendatud meetmeid, mis tagaksid nende tegurite elluviimise enamiku inimeste puhul. Seni aga ei ole neid mitmesugustel põhjustel tihti kasutatud: alkoholi tarbijate ja abielulahutuste arv järjest suureneb, kuigi on teada, et lahutatute eluiga on mõni aasta lühem kui abielus olijail jne. Samas oleks vaja jätkata nende tegurite mõju edasist uurimist ja täpsustamist. Pikaealiste uurimine on näidanud, et nüüdisaja seisukohad ratsionaalse toitumise kohta vajavad edasist korrigeerimist (8).

Et mitmesuguste väliskeskkonna tegurite mõju sõltub suuresti konkreet-

sest inimesest, on nende abinõude efektiivsuse edasise suurendamise üks reaalseid võimalusi vananemise profülaktika alaste (elustiili) soovitude koostamine igale inimesele, lähtudes pärilikest ja ümbritseva keskkonna teguritest, eluloo iseärasustest, harjumustest,

Kui senisest rohkem tähelepanu pöörata uute eluea pikendamise viiside otsingu strateegiale, oleks lähemas tulevikus kindlasti võimalik neid leida. Nähtavasti ei ole küllalt põhjendatud see, et hoopis laialdasemalt uuritakse vananemisprotsesse kui selle kitsast alaprobleemi — protsesse, mis juhivad vananemist ning mõjutavad eluiga.

Kokku võttes võib öelda, et inimese keskmist eluiga on ka arenenud maades võimalik oluliselt pikendada. Selleks on esmajoones vaja rakendada teaduslikult põhjendatud meetmeid, mis tagaksid, et seni teadaolevad pikka eluiga soodustavad tegurid oleksid realiseeritavad enamiku inimeste puhul.

KIRJANDUS: 1. *Beaubier, J.* Biological Factors of Aging. New York., 1980. — 2. *Freeman, J. T.* J. Am. Geriatr. Soc., 1975, 23, 5, 200—206. — 3. *Lemon, F. R., Kuzma, J. W.* Arch. Environ. Health, 1969, 18, 6, 950—955. — 4. Longevity of Corporate Executives. Statistical Bulletin Metropolitan Life Insurance Company. New York, 1974, 55, 2—4. — 5. Longevity of Members of Canadian Parliament. Statistical Bulletin Metropolitan Life Insurance Company. New York, 1975, 55, 3—6. — 6. Statistical Yearbook. 1978. New York, 1979. — 7. World Population Prospects as Assessed in 1973. New York, 1977.

8. Григорьев Ю. Г., Козловская С. Г. В сб.: Долгожители. Киев, 1973, 141—148. — 9. Народное хозяйство СССР в 1979 г. М., 1980.

TPI töökaitse kateeder

Abiks **velskritele ja õdedele**

UDK 616.988.6

EPSTEINI-BARRI VIIRUS

KUULO KUTSAR · TALLINN

viirusnakkuse diagnoosimine, viiruse onkogeensus, infektsioosne mononukleosis, Burkitti lümfoom, nasofarüngeaalne kartsinoom

Epsteini-Barri viiruse isoleerisid Burkitti lümfoomi koest 1964. aastal M. Epstein, B. Achong ja Y. Barr (1). Viirus kuulub herpesviiruste rühma. Tänapäeval peetakse teda infektsioosse mononukleosisi tekitajaks, lastel võib ta esile kutsuda tonsilliidi ja farüngiidi, samuti võib kahjustada kesknärvisüsteemi. Epsteini-Barri viirusega seostatakse ka kasvajate, eeskätt Burkitti lümfoomi ja nasofarüngeaalset kartsinoomi teket. Veres antikehade kõrged tiitrid Epsteini-Barri viiruse suhtes esinevad ka Hodgkini haiguse, sarkoidoosi ja süsteemse *lupus erythematosus*'e korral.

Viirus paljuneb üksnes primaatide lümfotsüütide koekultuuris, rakuväliselt koguneb viirust väga vähe. Seetõttu on viiruse omaduste uurimine raske.

Epsteini-Barri viiruse bioloogilistest omadustest on tähtsaim võime eksisteerida rakkudes latentselt. Latentne viirusnakkus võib reaktiveeruda mitme teguri, eelkõige malaarianakkuse ja immunosupressorite toimel. Niisama tähtis on Epsteini-Barri viiruse võime transformeerida primaatide lümfotsüüte. Seega on viirus potentsiaalselt

onkogeenne. Rakulisi viiruseantigeene on neli: membraani-, kapsiidi-, varajane ja tuumaantigeen. Nendest kapsiidi- ja membraaniantigeeni antikehi leidub inimesel sageli Burkitti lümfoomi ja nasofarüngeaalset kartsinoomi endeemilistel aladel. Et sellele nakkusele on iseloomulik viiruse harv esinemine väljaspool rakku, siis viiruse ülekandmiseks nakatunud rakkude kaudu ühelt inimeselt teisele on vajalik tihe kontakt. Viirusnakkuse sagedam esinemine lastel on tõenäoliselt seletatav tugevalt nakatamisvõimeliste viiruste moodustumisega laste neeluruumis.

Epsteini-Barri viiruse isoleerimine on keerukas ja aeganõudev ning baseerub viiruse võimel transformeerida inimese mittenakatatud leukotsüüte püsi-koekultuurides. Transformatsioon avaldub 30...90 päeva pärast koekultuuride nakatamist uuritava materjaliga, milleks kõige sagedamini on ninaneeluruumi uhted. Kiiremateks tõestusmeetoditeks on viiruse nukleaarse antigeeni olemasolu näitamine kaudsel immunofluorestsentsimeetodil ja viiruse DNA stimulatsiooni kindlakstege mine radioimmunoloogilise analüüsi teel.

Epsteini-Barri viiruse antikehi, näiteks spetsiifilisi IgM-antikehi, määratakse kaudsel immunofluorestsentsimeetodil, kasutatakse ka komplemendi sidumise, neutralisatsiooni- ja immunodifusioonireaktsiooni. Heterofiilsete antikehade määramiseks on kasutusel klassikaline Pauli-Bunnelli reaktsioon ja selle Davidsohni-Walkeri modifikatsioon, hemolüsiintest Masoni järgi (4) või Wöllneri ensüümtest (7).

1968. aastal seostati Epsteini-Barri viirusega infektsioosse mononukleosisi etioloogiat (3). Seroepidemioloogilised uuringud on näidanud, et infektsioosest mononukleosisist ohustatud inimestest on osal Epsteini-Barri viiruse antikehi üsna erinevalt. Nii on neid 4...6 aasta vanustest lastest USA-s leitud 28% -1, Inglismaal ja Rootsis 42% -1, Prantsusmaal 50% -1, Mehhikos 76% -1, Indoneesias ja Ugandas 88% -1 ning Barbadoses 95% -1; 15...25 aasta

vanustest Uus-Meremaal 48% -1, Inglismaal 57% -1, USA-s 26...63% -1, Filipiinidel 82% -1 ja Tais 100% -1 (2). Kooliõpilaste uurimine Inglismaal ja USA-s on näidanud, et mononukleoosi suhtes seronegatiivseid proove oli 43% -1, nendest nakatus Epstein-Barri viirusega 12%, kellest kliiniliselt väljendunud infektsioosne mononukleosis kujunes 59,1% -1 (5, 6).

Seega võib haiguse kulgu Epstein-Barri viirusega nakatumisel küllalt sageli olla asümptomaatiline. See on üks tegureid, mille tõttu infektsioosset mononukleoosi mittepõdenud lapsed lastekollektiivides ja halbades hügieenioludes omandavad Epstein-Barri viiruse antikehi suhteliselt sageli vähemalt kümnendaks eluaastaks. Heades hügieenioludes, kus viiruse ringlus lastel on minimaalne ning antikehade moodustumine ei ole seetõttu sage, haigestutakse infektsioosesse mononukleoosi põhiliselt 15...22 aasta vanuses.

IgM- ja IgG-antikehad ilmuvad verre haiguse ägedal perioodil. IgM-antikehi leidub vähemalt 85% -1 haigetest ning antikehad püsivad organismis 3...6 kuud, IgG-antikehad aga aastaid. Viiruspetsiifilistest erinevad heterofiilsed antikehad, mis üldjuhul on IgM-tüüpi. Neid saab määrata kolmandast haiguspäevast alates, kusjuures kõige tundlikum on test hobuse erütrotsüütidega, mis püsib 75% -1 juhtudest positiivne aasta või kauem. Lastel võib heterofiilseid antikehi ka mitte moodustuda, samal ajal aga esineb neil viiruseantikehi. Noorukitel ja noortel täiskasvanutel tuleb sellist nähtust ette harva.

Infektsioosesse mononukleoosi haigestunud 15...22 aasta vanustel levib Epstein-Barri viirus süljeosakeste kaudu, näiteks suudlemisel, tunduvalt harvem vereülekanne tegemisel, levib ka süljega saastatud esemete kaudu. Viirus ei levi vertikaalselt. Viirused paljunevad neeluruumis, kuid ei ole täpselt teada, millistes rakkudes see toimub. Et Epstein-Barri viirusel on selgelt väljenduv lümfotroopsus, siis võib arvata, et viirus paljuneb näiteks neelu submukoosa lümfoidsetes rakkudes.

Haige eritab viirusi nii haiguse kõrgkui ka paranemisperioodil, isegi veel mitu nädalat või kuud pärast kliinilist tervistumist, hoolimata sellest, et viiruseantikehi veres leidub. Epstein-Barri viiruse paljunemise iseärasuseks lapse organismis on suhteliselt suure hulga rakuvaba ja suurema kontagioosusega viiruse vabanemine ning nende sattumine ninaneelu eritisse, mille tõttu viirused võivad levida süljega saastunud käte, mänguasjade või muu sellise vahendusel. Infektsioosesse mononukleoosi vaktsiini vajalikkus on ilmne, kuid Epstein-Barri viiruse potentsiaalse onkogeensuse tõttu selle loomine tõenäoliselt arvesse ei tule.

Epstein-Barri viirusnakkuse patogeenes ei ole veel üksikasjadeni selge. Nähtavasti kulgeb see järgmiselt: 1) kujuneb välja latentne viirusnakkus; 2) viirused satuvad vereringesse, nakatavad B-lümfotsüüdid, edasi aga kujuneb välja a) produktiivne viirusnakkus, mis kliiniliselt avaldub infektsioosesse mononukleosisina, või b) mitteproduktiivne krooniline viirusekandvus; 3) viirused satuvad vere- ja lümfiringesse ning kujuneb välja mitteproduktiivne krooniline viirusekandvus; see võib uuesti aktiveeruda, ilmneb onkogeensus näiteks malaarianakkuse või immunosupressorite toimel. Nii võivad areneda Burkitti lümfoom ja nasofarüngeaalne kartsinoom.

Kuigi Epstein-Barri viiruse onkogeensus on vaieldamatu, on tema põhjustatud kasvaja patogeneesis arvukalt selgitamata asjaolusid, näiteks kas või päriliku soodumuse või endeemilisuse osatähtsus. Epstein-Barri viiruse poolt esilekutsutud onkogeneesi olemus vajab alles selgitamist. Mõned momendid on sellest siiski teada, näiteks malaarianakkuse onkogeenne mõju Epstein-Barri viirusliku päritoluga mitteproduktiivsele nakkusele. Ühelt poolt võib malaaria esile kutsuda retikuloendoteeliaalsüsteemi hüperplaasia. Selles seisundis alluvad selle süsteemi rakud Epstein-Barri viiruse transformeerivale toimele väga kergesti. Teiselt poolt võib malaaria esile kutsuda mittetäie-

liku immunoloogilise paraliüsi, mille tõttu osa viiruste poolt transformeeritud rakke hakkab pidurdamatult paljunema.

Ei ole välistatud ka võimalus, et teatud endeemilistes tingimustes toimivad seni identifitseerimata kantserogeenid, mis rakkude mutatsioonide esile kutsudes tõstavad viiruse onkogeenset toimet. Keemiliste kantserogeenide ja Epsteini-Barri viiruse koosmõju oletatakse näiteks nasofarüngeaalse kartsinoomi tekkes endeemilistel piirialadel. Selle kasvaja tekkes näib suurt osa etendavat ka immunogeneetiline komponent.

Kokku võttes võime Epsteini-Barri viiruse tähtsuse inimpatoloogias koondata kolme hüpoteesi.

1. Epsteini-Barri viirusnakkus on laialt levinud latentne nakkus, mis kutsub esile infektsioosse mononukleoosi. Mõnede reaktiveerivate tegurite mõjul ning immunoloogilise kontrollmehhanismi puudulikkuse korral võib viirus muutuda onkogeenseks.

2. Epsteini-Barri viirused on põhiliselt onkogeensed, mille üksikud mitte-onkogeensed tüved põhjustavad ka produktiivset nakkust.

3. Epsteini-Barri viirus toimib kofaktorina onkogeneesiprotsessis, valmistades ette pinda spetsiifilistele kantserogeenidele.

KIRJANDUS: 1. *Epstein, M. A., Achong, B. G., Barr, Y. M. Lancet, 1964, 1, 702—703.* — 2. *Evans, A. S. Mod. Med., 1974, 1, 18—24.* — 3. *Henle, G., Henle, W., Diehl, V. Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 1968, 59, 94—101.* — 4. *Mason, K. L., J. Hyg., 1951, 49, 471—481.* — 5. *Sawyer, R. N., Evans, A. S., Niederman, J. C. a. o. J. Infect. Dis., 1971, 123, 263—269.* — 6. *University Health Physicians and PHL Laboratories. Br. Med. J., 1971, 4, 643—646.* — 7. *Wöllner, D. Z. Immunitätsforsch., 1955, 112, 290—308.*

Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam

13. aprillil toimus Mustamäe Polikliinikus järjekordne Tallinna ülelinnaline keskastme meditsiinitöötajate kutsemeisterlikkuse konkurs, kus selgitati välja ka Tallinna 1982. aasta parim meditsiiniõde. Nimetatud üritusele olid eelnenud kutsevõistlused kõikides linna ravi- ja profülaktikaasutustes.

Keskastme meditsiinitöötajate ülelinnalisest konkursist võtsid osa kõik Tallinna suuremate raviasutuste parimad, kokku 28 õde. Kõigepealt hinnati teoreetilisi teadmisi. Praktilisest oskusest oli peatähelepanu pööratud esmaabile õnnetuspaigas, arteriaalse verejooksu ajutisele peatamisele, ravimlahuste manustamiseks tilkinfusioonisüsteemi ülesseadmisele ja tuubsüstla kasutamisele välitingimustes.

Tallinna 1982. a. parimaks meditsiiniõeks tunnustati Tallinna Kliinilise Lastehaigla elustamisosakonna õde Irina Malinko. Teise koha vääriliseks arvati Mai Johanson Mustamäe Polikliinikust ja kolmanda koha vääriliseks Gabriele Meinart Tallinna Harjumäe Haiglast.

Parimatele anti Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna aukiri, kingitused ja rahapreemia. Kõik osavõtjad said nägusad mälestusesemed ja vimplid.

Selgitati välja ka parimad õed kommunistlike noorte ja noorte arvestuses ning neile anti ELKNÜ Tallinna Linnakomitee aukiri ja hinnalised meened.

Põhieesmärk — paremate töövõtete omandamine, parimate väljaselgitamine ja eriala populariseerimine — konkursil saavutati. Kõik keskastme meditsiinitöötajad olid nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt hästi ette valmistatud.

Artur Talihärm

2...25. maini 1982 toimusid Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas põhitööd katkestamata meditsiiniõdede täienduskursused. Käsitleti psühhiaatria, neuroloogia, psühholoogia, narkoloogia, füsioterapia, kutseetika ning sanitaaria ja epidemioloogia küsimusi.

Kursustest võttis osa 33 õde haigla 13 osakonnast, ka füsioterapiaosakonnast ja kolmest dispanserist. Lektoriteks olid oma haigla arstid. 25. mail toimus teadmiste kontroll. Täienduskursuste lõpetamisel anti tunnustused kõikidele kursustele, kes nüüdsest peale on spetsialiseerunud psühhiaatria haiglas töötamiseks. Taoline täienduskursus oli meie haiglas juba teist korda. Tulevikus on plaanis neid korraldada igal aastal ja ka teiste psühhiaatriasutuste õdedele.

Mai Kull

Kaadri **ettevalmis-** **tamine**

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegium andis dotsendikutse TRÜ õppejõududele: 28. oktoobril 1981. a. arstiteaduse kandidaat **Laur Karule** tervishoiuorganisatsiooni ja sotsiaalhügieeni alal (hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder) ning 25. novembril 1981. a. bioloogiakandidaat **Tiiu Vihalemale** bioloogia alal (biokeemia kateeder).

Irene Maaros

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi otsusega 24. veebruarist 1982. a. anti vanemteadurikutse viroloogia erialal Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi viroloogiaosakonna vanemteadurile bioloogiakandidaat **Viivi-Marget Sarapile** ning otsusega 21. aprillist 1982. a. vanemteadurikutse mikrobioloogia erialal sama instituudi epidemioloogiaosakonna vanemteadurile bioloogiakandidaat **Elin Lökkile**.

Semjon Umanski

UUS ARSTITEADUSE KANDIDAAT

1. juunil 1981. a. kaitses Tartu Riiklikus Ülikoolis kandidaadiväitekirja «Algoritmiline rögaanalüüs krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste korral» Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla peaarsti asetäitja ravi alal, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Insti-

tuudi mittekoosseisuline teadur **Heljut Kapral**.

Uurimus on valminud arstiteaduse kandidaat A. Küngi juhendamisel. Oponeerisid professorid A. Tšutšalin Moskvast ja K. Kõrge Tartust. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni otsusega 25. novembrist 1981 kinnitati H. Kapralile arstiteaduse kandidaadi kraad.

Et välja selgitada rögaanalüüsi kõige informatiivsemad komponendid, uuris H. Kapral kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejate röga tsütoloogiliselt ja tsütokeemiliselt. Ühtlasi koostas algoritmi, mis, hõlmates informatiivseid rögaanalüüsi komponente, võimaldab summaarselt hinnata põletiku aktiivsust bronhides ja kindlaks määrata allergilise ning obstruktiivse komponendi olemasolu patsiendil. Seejuures on algoritmiline rögaanalüüs vähese töömahukusega.

H. Kapral on sündinud 19. juunil 1923. a. Tallinnas raudteelase perekonnas. 1956. a. lõpetas ta eksternina Fr. R. Kreutzwaldi nimelise Võru Keskkooli. Seejärel astus Tartu Riiklikku Ülikooli, mille arstiteaduskonna raviosakonna lõpetas 1962. a. Ajavahemikul 1962...1963 töötas Tapa Rajoonihaiglas laborijuhatajana ja terapeudina, aastail 1963...1976 Eesti Raudteekonna Tallinna Haiglas laborijuhatajana. 1976. aastast on praegusel ametikohal.

H. Kapral on trükis avaldanud 38 teadusartiklit ja kaks meetodilist soovitus. Ta on 12 ratsionaliseerimisetepaneku autor.

Vello Subi

Eakate probleemi arutelu ÜRO Peaassamblee istungjärgul, mis toimub Viinis Hofburgi lossis 26. juulist kuni 6. augustini 1982, on osutunud pakiliseks ja edasilükkamatuks ning ülemaailmselt tähtsaks. Eakate arv suureneb kogu maailmas kiiresti, sest nende keskmine eluiga suureneb kõikjal. Mitte üksnes nende kogemused ja teadmised, vaid ka nende ühiskondlik jõud ning mõju avaldavad märkimisväärset toimet sotsiaalsesse ja rahvuslikku arengusse lähematel aastakümnetel. Samal ajal on eakate inimeste tervis tähtsaks meditsiiniprobleemiks, mille kohta meie igapäev toob üha uut teavet.

Здоровье мира, 1982, 2—3.

Uusi tervishoiu- asutusi

UUS VÕRU RAJOOINI KESK- HAIGLA KUBIJAL

Vähem kui viis aastat tagasi, 24. juunil 1977 ütles Võru Rajooni Keskhaigla pidulik nurgakivi panekul Võru Rajooni RSN Täitevkomitee tollane esimees F. Pärtelpoeg kõne lõpetuseks järgmised sõnad: «Me pöörume kogu rajooni üldsuse poole, et see ehitus muutuks meie ühistööks.» Täna me teame, et see üleskutse ei läinud tuulde, vaid jäi võrulastele hästi meelde.

Võru Rajooni Keskhaigla on rajatud, valmis ehitatud suure kohusetundega — ehitaja on oma tööst lugu pidanud. Võru rajooni ettevõtetele, asutustele ja organisatsioonidele oli see auasjaks, Võru meedikutele südameasjaks.

Võru Rajooni Keskhaigla avati 15. mail 1982. Avamisele olid saanud NLKP Keskkomitee liige, EKP Keskkomitee esimene sekretär K. Vaino, EKP Keskkomitee teine sekretär A. Kudrjajtsev, EKP Keskkomitee sekretär R. Ristlaan. Eesti NSV Ministrite

Nõukogu esimehe asetäitja A. Green, Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep, ehitusminister P. Palu, tervishoiuministriumini juhtivad töötajad, meditsiiniüldsuse, organisatsioonide ja töökollektiivide esindajad ning tuhanded võrulased.

Seltsimees K. Vaino õnnitles kõiki suurepärase haigla valmimise puhul, öeldes muu hulgas: «Siin on häid võimalusi haigete uurimiseks ja ravimiseks, hakatakse kasutama teaduse uusimaid saavutusi. Moodsad laboratooriumid ja aparaadid võimaldavad teha kõik haiguste õigeaegselt avastamiseks ja raviks ning inimeste tervise kiireks taastamiseks.» Siinkohal tahaks korrata ka Võru Rajooni RSN Täitevkomitee esimehe E. Tiidu sõnu, mida ta lausus Tamula kaldal linnapargis Fr. R. Kreutzwaldi ausamba juures: «Täna saab teoks see, millest enam kui sajand tagasi unistas meie Lauluisa ja tunnustatud arst Friedrich Reinhold Kreutzwald». Muidugi kandis legendaarne Võru tohter, kelle surmast (14. augustil 1882) möödub tänavu 100 aastat, oma südames suurt soovi, et rahval oleks võimalus saada tõelist, keeldumatult antud arstiabi hoopis paremas ja otstarbekamas haiglas, kui seda oli tema aegne Võru linnahaigla.

Võru haigla ehitas Võru Mehhaniseeritud Ehituskolonn. Haiglakompleksi on projekteerinud RPI «Eesti Projekti» Tartu osakonna arhitekti H. Kingo töögrupp. Keskhaigla maksumus on 6,1 miljonit rubla.

Haigla peahoone on suur, kolmest eri korpusest — 9-korruselisest A-, B- ja neid ühendavast 4-korruselisest C-korpusest —

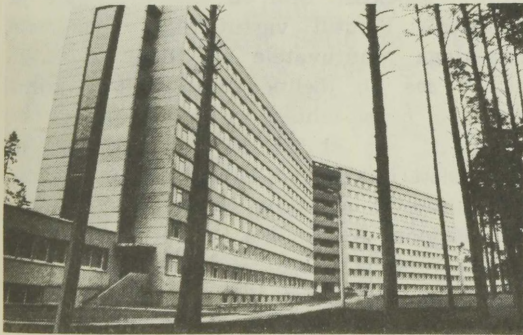


Foto 1. Võru Rajooni Keskhaigla uued hooned on läbimõeldult projekteeritud ning väga hästi ehitatud.



Foto 2. Peaarst H. Kalda külalistele uut haiglat tutvustamas. Esiplaanil EKP Keskkomitee esimene sekretär K. Vaino ja tervishoiuminister V. Rätsep. K. Jakobi fotod.

koosneb hoone, milles on 360 voodit ühe-, kahe- või neljakohalistes palatites. Palatid on avarad ja valgusküllased, koridorid laiad ning ruumikad, ravikabinetid, protseduuri-ruumid, personali tööruumid läbimõeldult projekteeritud, sisustatud ja seadmestatud. Peahoones on üldse 1564 ruumi, 22 lifti ja tõstukit.

A-korpuse soklikorrusel on tsentraliseeritud steriliseerimisosaakond. I korrusel võetakse vastu ja määratakse diagnoos kiirabi korras saabunud haigetel, seal on ka reanimatsiooniosakond. II ja III korrusel on 60 voodiga sünnitusosakonnad, ka nendes on eraldi sissepääs. IV korrusele on üle kogu maja (A-, B- ja C-korpused) paigutatud väga mitmesugused laborid: kliiniline, biokeemia- ja bakterioloogia- ning teised laborid, ka haiglaapteek asub seal. V ja VI korrus 60 voodiga on sisehaigusi põdejate, ka neuroloogiliste haigete jaoks, VII korrusel paikneb günekoloogiaosaakond ning VIII korrusel kirurgia- ja traumatoloogiaosaakond. IX korrusel olevas neljas operatsioonisaalis on kirurgidel võimalik samaaegselt opereerida. Katusegaleriil, X korrusel üle kogu maja, on solaarium, kust avaneb suurepärane vaade üle Võrumaa kauni looduse.

Peahoone B-korpuse soklikorrusel töötab isotoopdiagnostikaosaakond. Samal korrusel on ka haigla laomajandus. Rehabilitatsiooniosakond kõikide tänapäevaste taastusravi võimalustega (vesiravi, mudaravi, massaaž, ka veealune massaaž, venitusravi, ravikehaskultuur jm.) on avatud I korrusel, lasteosakonnad (väikelapsed ja kuni 14-aastased lapsed eraldi) paiknevad II ja III korrusel. Lapsed hospitaliseeritakse omaette asuva vastuvõtuosakonna kaudu. V ja VI korrusel ravitakse sisehaigusi põdejaid täiskasvanuid, VII ja VIII korrus on kirurgiliste haigete jaoks ning IX korrusel on operatsioonisaalid ning intensiivravipalatid.

C-korpused, mis on neljakorruselised, asub soklikorrusel haigla köök ja laomajanduse ruumid. Seal on ka haiglapersonali riietusruumid. Sama korpuse I korrusel on füsioteraapiaosaakond, ka haigla peasissekäik, vestibüül, riidehoid ning personalisöökla. II ja III korrusel on haigla administratsiooni tööruumid.

Eraldi hoones on 40-kohaline nakkusosaakond, mis on nagu omaette haigla, esimene

omalaadne tänapäeva kõikide nõuete kohane nakkusosaakond meie vabariigis. Haige paigutatakse täiesti omaette palatkorterisse, mis koosneb esikust, toast, vannitoast ja sanitaarsõlmest. Niisugune täielik isoleeritus väldib nakkuse leviku võimaluse.

Eraldi paikneb ka haigla majanduskorpus, kus asuvad pesumaja, kogu majandusosaakond koos oma struktuuriliste allüksustega, ka patoanatoomiaosaakond.

Kogu haiglakompleks — peahoone, nakkusosaakond, majandushoone — on omavahel ühendatud maa-aluste tunnelite kaudu. Peale nende on kõik kogu haigla kommunikatsioonisüsteemid rajatud ning koondatud nn. tehnilisse tunnelisse. Seega mis tahes avariis mis tahes kommunikatsioonisüsteemis ei tingi mingeid kaevamistöid, vaid kõik rikked, häired tehnilistes süsteemides on lihtsalt avastatavad ning kõrvaldatavad.

Võru Rajooni Keskhaiglas antakse arstiabi 26 erialal. Kõikides osakondades on tänapäeva nõuete kohane meditsiiniaparatuur ja -tehnika, millest suur osa on pärit sotsialismimaade meditsiinitööstusest. Kliimaseadmed tagavad konditsioneeritud õhu operatsioonisaalides, reanimatsiooni- ja intensiivraviosakonnas, vastsündinute osakonnas ja sünnitus- toas. Haiglas töötavad 500 öde ja arsti, lisaks veel 150 inimest tehnika- ja majandussfääris.

Nüüd, pärast Võru Rajooni Keskhaigla valmimist, on sellega rajooni tervishoiuvõrgu materiaalse baasi väljaarendamine lõpetatud.

Võru Rajooni Keskhaigla kogu projekteerimise, ehitamise, sisustamise ja lõpuks valmimise käik on heaks ja hinnatavaks näiteks mitmest aspektist. Siin oli projekteerijate ja arhitektide lõputut vastutulekut meedikute koos ajaga muutuvatele soovidele ja vajadustele; see oli tõeline rajooniehitus, kuhu tuldi appi heast tahtest ja kohusetundest tiivustatuna; see ehitus oli sotsialistliku ja kustumeisterlikkuse võistluse paigaks, kümnest rahvusest ehitajate ühise töö näiteks. Võru Rajooni Keskhaigla on ka Eesti NSV Tervishoiu- ja sotsiaalministeeriumi selgesuunalise tegevsemise ja igakülgse toetuse näiteks. Et ehitajad oskavad loodust hoida ja säästa — ka see paistis Kubijal selgelt silma. Seda kõike saab võtta heaks eeskujuks meie vabariigi järgmiste tervishoiuehituste rajamisel.

Vello Laos

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 576.852.211(092)

100 AASTAT TUBERKULOOSI- BAKTERI AVASTAMISEST

HEINART SILLASTU · TARTU

tuberkuloos nakkushaigusena, tuberkuloosibakteri avastamine, Robert Koch

Nii kliinilises kui ka teaduslikus tuberkuloosialases töös on kogu maailmas eriti tähtis 1882. a. Tänavu täitub 100 aastat tuberkuloosibakteri (tolleaegse nimetusega «tuberkuloosibatsilli») — *Mycobacterium tuberculosis*'e — avastamisest sakslase Robert Kochi poolt. Seetõttu nimetatakse käesolevat aastat sageli ka Kochi-aastaks. Rahvusvaheline Tuberkuloosivastane Assotsiatsioon on kavandanud palju üritusi eri maades 1981. a. teisest poolest alates kuni 1982. a. lõpuni, et tähtpäeva väärikalt tähistada.

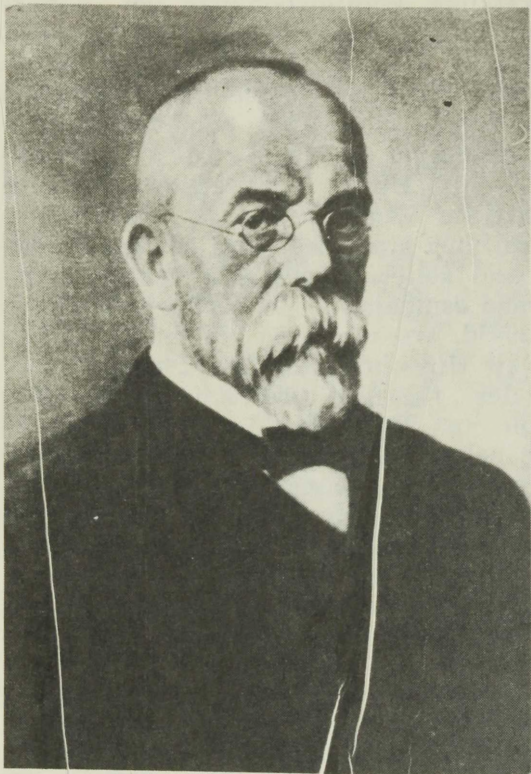
Tuberkuloosi ajalugu on osa inimühiskonna ajaloo ajaloost. Selle tõve esinemist juba neoliitikumis (umbes 4000 a. e. m. a.) kinnitavad arheoloogilised leiud luude muutustena. Vanas-Egiptuses peeti seda juba levinud haiguseks umbes 1000 a. e. m. a. (5).

Väljendunud kontagioosus ja kõrge letaalsus eri ajaperioodidel olid paljudes maades iseloomulikud haigusele, mida on nimetatud väga erinevalt — enamasti ftiisiks, sest haiged olid pea-aegu alati kõhnunud, üldises kurnatusseisundis (ftiis on kreeka keeles kurnatus). Haigust on nimetatud ka valgeks

katkuks, kopsupalavikuks või -kõhaks jne. Sageli tabas haigus noori parimas elueas, kuid ei jätnud puutumata ka vanu. Taolisele tõvele on tähelepanu pööranud ka antiikaja erinevate kultuuride paljud esindajad alates iidsest Babülonist Hiina tsivilisatsioonini välja. Hiljem, Vana-Kreeka ja Vana-Rooma kultuuri ning meditsiini arenguga, pöörasid sellele tähelepanu vanaaja parimad esindajad — filosoofid-entsüklopedistid, arstiteadlased või teised. Erinevalt Hippokratesest oletas juba Aristoteles ftiisilise protsessi nakkuslikku olemust (7). Seda tingisid tema tähelepanekud ftiisahaige lähiümbruskonna inimeste sagedasest haigestumisest. Viimast seletas ta mingi haigust tekitava aine eritumisega haige poolt väljahingatavas õhus. Ka teine kuulus kreeka arst Galenos pidas seda tõbe nakkuslikuks, kooselamist tiisikushaigega ohtlikuks (6).

Pärast Rooma impeeriumi langust tekkis seisak ka loovas meditsiinilises mõtlemises ja uurimistöös. Valitses religioon, laipade lahkamist peeti võrdseks kuriteoga. Kuid leidis ka suuri õpetlasi, eriti Idamaades. Silmapaistvaimaks neist oli Abu Ali ibn Sina (Avicenna), kes oma maailmakuulsas «Arstiteaduse kaanonis» pidas ka ftiisi nakkuslikuks haiguseks nähtamatute tekitajate abil, ühtlasi kirjeldas ta haiguse leviku võimalusi (8).

Aastasadu hiljem (XV...XVI sajandil) intensiivistus renessansiajastul uurimistöö, kaasa arvatud patoanatomia osas. Paljud arstiteadlased, näiteks Paracelsus, Frascatorius, Sylvius jt., kirjeldasid ftiisi kliinikut. Eriti tähtis oli H. Frascatoriuse töö «*De Contagione*», mis käsitleb nakkuse leviku kolme võimalust — otsene kontakt, nakatumine esemete kaudu ja kaugnakkus nagu katku korral (7). Ta uskus nakkusidude olemasollu, mis võivad olla ka väljaspool organismi ning millel võib olla nakkust tekitav võime isegi aastate pärast. Üldise heakskiidu osaliseks see kontseptsioon ei saanud. Tema positiivset mõju aga oli tunda, isegi hiljem. Näiteks tegi Hispaania



Robert Koch (1843...1910).

kuningas Ferdinand VI kohustuseks kõik ittiisahaiged registreerida. See kehtestati ka Napoli kuningriigis 1782. a. koos korraldusega hävitada või desinfitseerida ftiisi surinud haige esemed (2).

XVIII...XIX sajandil arenes koos perkussiooni (L. Auenbrugger, J. N. Corvisart), patoanatomia, eeskätt lahangu rakendamise (G. L. Bayle, R. T. H. Laënnec) ja auskultatsiooni (R. T. H. Laënnec) arenguga ka õpetus ftiisist. See ei kulgenud ihtlaselt, vaid erisuguste arvamuste-kontseptsioonide võitluses, nende taustal ja mõjutusel. Tänu G. L. Bayle'i, eriti R. T. H. Laënneci patoanatomilistele uurimustele (kirjeldas tuberkulite teket kopsudes ja muudes elundites, nende laadi ja arengut) hakati kasutama nimetust «tuberkuloos».

Erinevustele ja otsingutele vaatamata koguti palju faktilist materjali tuberkuloosi kui üldhaiguse kohta, samuti

tema esinemise kohta (P. Ch. A. Louis, R. Carswell, J. Clark, G. I. Sokolski, S. P. Botkin, H. Lebert jt.). Tõestamata aga oli tuberkuloosi nakkuslik laad. Võidutses R. Virchow' tsellulaarpatoloogia.

XIX sajandi keskpaigaks oli aga kogunenud küllalt palju tõendeid haiguste nakkusliku laadi kohta. Leiti faavuse ja soori tekitaja. Tupe sekreedis leiti infusore. Suuri teeneid bakterioloogia kui teaduse kujunemisel oli L. Pasteuril. Nende avastuste ja saavutuste taustal (XIX sajandi teisel poolel) sai alguse ja kujunes põhjapanevaks eeskätt kahe arstiteadlase tegevus tuberkuloosi alal. Nendeks on prantslane Jean Antoine Villemin (1827...1892) ja sakslane Robert Koch (1843...1910).

J. A. Villemin töötas sõjaväehaiglas ja meditsiinikoolis Prantsusmaal. Ta tundis erilist huvi tuberkuloosi vastu. 1865. a. nakatas ta küülikuid tuberkuloosse materjaliga subkutaanselt kõrvatagusesse piirkonda. Nakatamiseks kasutas ta ka surnud haige kopsukaverni sisu. Lahkamisel leiti tuberkuleid elundis, eriti aga kopsudes (1). Ühtlasi täheldas ta, et nakatumine on võimalik ka kuivanud nakkusliku materjali sissehingamisel. Oma tulemusi tutvustas ta Prantsuse Meditsiini Akadeemia koosolekul sama aasta 5. detsembril. Ta pidas tuberkuloosi spetsiifiliseks haiguseks, mille tekitaja on inokuleeritav, näiteks inimeselt küülikule. Meditsiini tunnustatud esindajad seda seisukohta ei aktsepteerinud. Valitses kontseptsioon pärikkusest ja dispositioonist.

J. A. Villemin jätkas oma uurimistööd. Tulemused avaldas ta 1868. a. raamatus «*Etudes sur la Tuberculose, preuves rationnelles et experimentales de sa specificité et de son inoculabilité*» («Uurimised tuberkuloosi alal, ratsionaalsed ja eksperimentaalsed tõestused selle spetsiifilisuse ja nakatavuse kohta»). See sisaldas väga palju väärtuslikku tuberkuloosi kohta, käsitledes teda omaette spetsiifilise haigusena, rõhutades olmetingimuste (eriti toas tihedat kooselamist, vähest viibimist värskes õhus) tähtsust. Ta näitas, et

nakatamiseks inimeselt loomale ja loomalt loomale ei ole vaja üksnes kahjustatud elundi (kopsu) sisu, nakatada on võimalik ka tuberkuloosihaige röga. Ta oli veendunud, et haiguse tekitajaks on elav agens, mis paljuneb ja levib haigestunud organismis. Ta soovitas parandada elu- ja korteritingimusi, juhtis tähelepanu vajadusele haigete esemed desinfitseerida, et vältida haiguse levikut (3). Prantsuse Meditsiini Akadeemia poolt moodustatud hilisem komisjon, kes tegeles J. A. Villemini tulemuste täiendava uurimisega, suhtus nende paikapidavusse juba küllalt heakskiitvalt. Ka teiste arstiteadlaste (A. Klencke, A. Chauveau, L. Armann, H. Tappeiner jt.) tähelepanekud kinnitasid tuberkulite teket elundis pärast inokulatsiooni tuberkuloosse materjaliga. Tuberkuloosi nakkuslikku laadi uskus samuti N. Pirogov.

Bakterioloogiaküsimustega tegeles samal ajal ka sakslane R. Koch. Tema uurimistöole on iseloomulik andumus, põhjalikkus ja täpsus. Seda kinnitavad ka tema kolm kuulsat postulaati — Kochi postulaadid — haiguse tekitaja võimalikkuse ja olemuse määramisel. Nende alusel võib mikroobi pidada spetsiifiliseks haigusetkitajaks siis, kui teda leidub uuritava haige kahjustatud kudedes, mitte aga teiste haiguste korral (esimene postulaat). Peab osutama võimalikuks puhta haigusetkitaja kultiveerimine väljaspool organismi (teine postulaat) ja kultuuri manustamisel katseloomadele peab tekkima analoogiline haigusprotsess (kolmas postulaat).

Pärast siberi katku tekitaja esmakordset isoleerimist arendas R. Koch koos teiste teadlastega bakterioloogia eriuurimismeetodite rakendamise võimalusi (värvimismeetodid, fotograafia, mikrofotoograafia, söötmete valmistamine jt.) ning asus energiliselt ja veendunult otsima oletatavat võimalikku tuberkuloositekitajat nakkuslikust materjalist. Erilist tähtsust pärast esialgseid ebaõnnestumisi omistas ta värvimismeetoditele. Seda seni, kuni tuberkuloosetes kudedes leiti reeglipäraselt

eri suurusega tumesiniseid kepikesi, kui värvimiseks oli kasutatud aluselist metüleensinise lahust.

Järgnes teise postulaadi täitmine. See oli vaevaline, sest tuberkuloositekitaja kasv on aeglane. Alles hiljem, kasutades koaguleeritud vereseerumit, õnnestus seegi. Kolmanda postulaadi täitmine aga osutus tunduvalt lihtsamaks ja reeglipärasemaks — kultuuri manustamine põhjustas tüüpilise haigusprotsessi tekke katseloomadel, kusjuures haigusetkitajaid leiti samal ajal ka muudes elundites.

Oma uurimistöö tulemusi tutvustas R. Koch 1881. a. Inglismaal VII rahvusvahelisel arstiteadlaste kongressil koos mikrofotode ja puhaskultuuride esitamisega. Tuberkuloositekitaja avastamise aga tegi ta ametlikult teatavaks alles kaheksa kuud hiljem, 24. märtsil 1882. a. Berliini Füsioloogide Seltsi koosolekul tollaegse Füsioloogia Instituudi auditooriumis. Kuulajate hulgas olid sellised kuulsused nagu H. L. F. Helmholtz, P. Ehrlich, F. Löffler, R. Virchow jt. Tema töö avaldati ühtlasi 10. aprillil 1882. a. ajakirjas «*Berliner Klinische Wochenschrift*» (4). Oli pandud punkt tuberkuloosi ajaloo peatükile, mis lahendas aastasadade lahk-arvamused tuberkuloosi tekke kohta ja lõi eeldused uuteks saavutusteks tulevikus.

1982. aastal, 100 aastat pärast tuberkuloositekitaja avastamist, võib ütelda, et tuberkuloositõrje tulemused on kohati olnud kolossaalsed. Tõdeda tuleb ka seda, et teha on veel väga palju.

KIRJANDUS: 1. *Cummings, S. L.* Tuberculosis in History. London, 1949. — 2. *Dubos, R., Dubos, J.* The White Plague. London, 1953. — 3. *Flick, L. F.* Development of our Knowledge of Tuberculosis. Philadelphia, 1925. — 4. *Koch, R.* Klin. Wochenschr., 1882, 15, 221—230. — 5. *Morse, D., Brothwell, D. R., Ucko, P. J.* Am. Rev. Resp. Dis., 1964, 90, 4, 524—541. — 6. *Walsh, J.* Am. Rev. Tuberc., 1931, 24, 1, 1—41. — 7. *Webb, G. B.* Tuberculosis. New York, 1936.

8. Ибн Сина Абу Али (Авиценна). Канон врачебной науки I—V. Ташкент, 1954—1960.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateeder

UDK 618.8(092)«1902/1956»Üprus

80 AASTAT VOLDEMAR ÜPRUSE SÜNNIST

5. märtsil möödus 80 aastat Tartu Vabariikliku Närvikliiniku ning TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri endise juhataja dotsent Voldemar Üpruse sünnist.

V. Üprus lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1933. a., olles selleks ajaks juba viis aastat töötanud Tartu Närvikliinikus. Prof. L. Puusepp esitas V. Üpruse pärast arstikutse omandamist Rockefelleri stipendiumi saamiseks, mis võimaldas tal aastail 1933...1934 oma teadmisi täiendada Euroopa parimates neuroloogiakeskustes. Närvikliinikus tegeles V. Üprus nii kliinilise, pedagoogilise kui ka eksperimentaalse tööga. Ta oli ligikaudu 90 teadustöö autor. Enamik neist põhineb kliinilisel materjalil, umbes neljandik loomkatsetel. Viimased kujutavad endast uurimusi südamevahendite toimest südame glükokeenisse, ovaariumi intrarenaalsest transplanteerimisest, alkoholi lagunevusest organismis *post mortem*, alkoholismiga kaasnevatest ajukoe histoloogilistest muutustest. Suurt tähelepanu on V. Üprus pööranud vanemate alkoholismi sugujärglasi kahjustavale toimetele.

Sõjajärgsetel aastatel oli V. Üprus TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri ning Tartu Närvikliiniku juhataja (1944...1948), Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi õpetatud meditsiinilise nõukogu esimehe asetäitja, Tartu linna peaneuroloog. Ta oli ka Vabariikliku Kliinikute Valitsuse direktori asetäitja, kellena organiseeris Maarjamõisa ning Toomekliinikute taastamist. 1947. aastal kaitses V. Üprus kandidaadiväitekirja. 1949. a. anti V. Üprusele dotsendikutse. 1949. a. veebruarist kuni surmani 5. novembril 1956. a. töötas V. Üprus Kohtla-Järve Linna Haiglas, kus suure kliinilise koormuse kõrval tegeles põlevkivibasseini töötajate kutsehaiguste



uurimisega ning rakendas kaevuritel profülaktilisi abinõusid perifeerse närvisüsteemi kahjustuste vastu, samuti jätkas poliomieliitidialaste materjalide kogumist.

L. Puusepa nimeline Vabariiklik Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Teaduslik Selts tähistas dotsent V. Üpruse 80. sünniaastapäeva mälestuskoosolekuga, kus Voldemar Üprusest kui klinitsistist rääkis prof. E. Raudam.

V. Üprust iseloomustati kui silmapaistvat klinitsisti, erudeeritud teadlast ning humanisti, kes pidas väga oluliseks haige isiksuse tundmaõppimist. Tema töökus ning maalähedus olid sulanud tervikuks tema musikaalsuse ning kunstilembesusega. Ta oli nõudlik enese ja teiste vastu ning samal ajal lihtne oma suhtlemismaneeris. V. Üprus oli neid, kes leidis eneseteostuse jäägitus arduumuses tööle.

Anne Schotter

Konverentsid ja nõupidamised

Eesti NSV naistearstide X kongress peeti 7...8. detsembrini 1981 Tallinnas. Käsitleti väga aktuaalset probleemi — riskitegurid sünnitusabis ja günekoloogias. Kongressi avas ja sellest osavõtjaid tervitas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt.

Plenaaristungitel kuulati 41 ettekannet.

Raseduse hilistoksikoosid võivad riskirühma kuulujail põhjustada raseduse katkemist. Raseduse kulg on NSV Liidu Teaduste Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudi prof. H. Košeleva arvates suuresti rase põhihaigustest, mille taustal kujuneb välja raseduse hilistoksikoos. Perinataalne risk on hilistoksikoosi korral neil juhtudel, kui rase ei põe mingeid haigusi, suhteliselt väike ning vastsündinu suhtes sünnituse kulg soodus. Neeruhaiguste tõttu arenenud hilistoksikoos tingib kõrge perinataalse suremuse. Raseduse hilistoksikoos areneb igal teisel suhkurtõbe põdeval rasedal, perinataalne suremus aga on suhkurtõve kompensatsioonistmest. Endotsüütsiidid ja kolpiidid põhjustavad hilistoksikoosi igal teisel või neljandal rasedal. Perinataalse suremuse vähendamisel etendab tähtsast osa nii raseduse tüsistuste kui ka neid tüsistusi põhjustanud haiguste väljaselgitamine ning nende ravi.

I. Orlean koos kaasautoritega (Riia) täheledeb riski 76,2%-l rasedatest, suurt riski 31,7%-l. Eristil rõhku panevad autorid pretoksikoosi sümptomidele.

Funktsionaalse diagnostika kabineti töö tähtsusest perinataalse suremuse vähendamiseks Narva Linna Haigla Sünnitusmajas rääkis F. Šmorgun. Funktsionaalne diagnostika on võimaldanud välja selgitada pretoksikoosi, platsenta aetsuse anomaaliat, loote elutegevust ähvardavaid seisundeid, mille tõttu perinataalne suremus on vähenenud 2,3% kuni 1,5%-ni.

Funktsionaalse diagnostika alalt olid veel ettekanded Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja ning ultrahelidiagnostikast Tallinna Vabariikliku Haigla Sünnitusmaja arstidelt. Samuti räägiti amnioskoopia ja amniotsenteesi kasutamisest nimetatud raviasutustes.

Funktsionaalsete proovide osast riskitegurite väljaselgitamisel oli mitmeid ettekandeid IRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja güneko-

loogia kateedri õppejõududelt eesotsas prof. K. Grossiga. Tähelepanu väärtsid ka ettekanded hormonaalse regulatsiooni alalt.

Kongressil esitati palju huvitavaid ettekandeid. Kongressi kogumik tõi muu hulgas ära ka NSV Liidu Tervishoiuministreeriumi Üleliidulise Emade ja Laste Tervise Kaitse Teadusliku Üürimise teadurite kokkuvõtliku ülevaate selle kohta, mida NSV Liidus 19 teaduslikus sünnitusabi, günekoloogia ja pediaatria uurimisinstituudis ning 161 sama eriala kateedris on tehtud perinataalse patoloogia uurimise alal ning suure riskiga sünnitajate väljaselgitamisel.

G. Saveljeva ja kaastöötajate (Moskva) ettekandes analüüsiti laste seisundit ohustavate riskitegurite väljaselgitamise tänaseid meetodeid. Heaks näiteks meie vabariigi sünnitusmajade koostööst oli E. Zuppingu, E. Petermanni, U. Leisneri ja V. Kaselau ettekanne fonokardiograafilise uuringu informatiivsusest laste ohuseisundite hindamisel.

Arteriaalne hüper- või hüpotensioon võib põhjustada raskekujulisi tüsistusi raseduse ajal ja sünnitamisel, ka sünnitusjärgsel perioodil, samuti suurendada perinataalset suremust ning kahjustada lapse arengut (A. Bergman Riia jt.). J. Novikovi ja kaasautorite (Leningrad) töö käsitles suhteliselt uut teemat — loote sugu kui riskitegurit. Matemaatilise analüüsi põhjal on poeglapsena ilmaletulek riskiteguriks perinataalsel perioodil. Sünnituse tüsliku kulu korral on intranataalsel perioodil loote soo kindlakstegemine tähtis just sünnituse juhtimise ratsionaalse taktika valimiseks. Teises ettekandes esitasid Leningradi kolleegid tähelepanekuid raseduse katkestamise kohta. Suure riski rühma kuuluvaiks tuleb edaspidi pidada ka neid noori mitesünnitanud naisi, kellel varem rasedus oli katkestatud võrdlemisi hilja.

Naiste arstiabist Eesti NSV-s, nii sünnitusabist kui ka günekoloogiast, esitas ülevaate allakirjutanu.

Kongressist võttis osa EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja A. Aben.

Silvia Kaldma

V vabariiklik immunoloogiaalane teaduslik-praktiline konverents «Immunodiagnostika ja immunoregulatsiooni uued meetodid kliinikus ja epidemioloogias» toimus 23...24. märtsini 1982. a. Tallinnas. Konverentsi avas tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Konverentsist võttis osa ligikaudu 200 praktiseerivat arsti ja teadustöötajat, arutati üle 68 ettekande.

J. Reinaru, J. Märtini, A. Tetsovi töös toonitati, et immuunpuudulikkuse varajane avastamine haiguse subkliinilisel perioodil, kuid ka sümptomide tekke ajal peab olema iga infektsionisti, terapeudi ja pediaatri üks peamisi ülesandeid.

V. Ilmoja, I. Looga, A. Beljanina ettekanne näitas, et immunoloogiliste testide rakenda-

mine Tallinna Pelgulinna Haiglas ja Pelgulinna Polikliinikus on tunduvalt paremaks muutnud haiguse diagnoosimise ja ravi. Prof. O. Aleksejeva ja kaasautorite (Moskva) ettekanne käsitles T-, B-, D- ja O-lümfotsüütide kui organismi peamiste immuunkomponentsete rakkude arvu ja funktsionaalse seisundi hindamist. Prof. V. Rätsep, O. Kurtenkov, V. Salijev ja M. Männiko olid vaatluse alla võtnud vähi immunoloogilised kriteeriumid ja diagnostika ning prognostika aspektid. Kombineeritud immunoloogiliste meetodite rakendamine võimaldas tõsta vähijuhtude avastamise tõenäosust kuni 80%. V. Taigro ja prof. V. Gorodilova (Tallinn, Moskva) ettekandes «Praktiliselt tervete naiste kliinilis-immunoloogiliste uuringute hilistulemused kümneaastase analüüsi põhjal Eesti NSV põlevkivitööstuses» toodi ära töötajate mass-uuringute tulemused.

Prof. V. Vassiljeva ja kaasautorite (Moskva) töös rõhutati, et immunoloogilised uurimismeetodid võimaldavad lastekollektiivis avastada infitseeritud hepatiitviirustega. Nimeetatud seisukoht avaldus ka J. Reinaru, G. Pavlovski, V. Belokoni, A. Kallikormi jt. (Tallinn, Tartu), P. Budnitskaja, E. Ljubashevskaja jt. (Moskva) ettekandis. Istungil, kus käsitleti sisehaiguste immunodiagnoosimist ja immuunregulatsiooni, juhtis L. Volkova (Moskva) oma ettekandes «Immunodepressantide määramise vastunäidustusi» tähelepanu vajadusele uurida nende preparaate ordineerimisel immunogeneesi patofüsioloogiat. Huvi äratas prof. V. Saarma ja H. Everausi (Tartu) ettekanne, mis vaatles lümfoleukoosi põdejate immunoloogilise reaktiivsuse uurimise meetodeid, E. Müllerbeki (Tallinn) töö «Immunomoduleeriv mõju mõningatele füüsilise ravi meetoditele reumahaigete laste rehabilitatsiooni puhul» ning prof. A. Poljaki jt. (Rostov Doni ääres) ettekanne, milles oli vaatluse all astmahaigete autoimmuunsete mehhanismide immunodiagnoosimine ja immunoregulatsioon.

Konverentsi lõpetamisel märkis prof. N. Elštein, et ettekanded olid sisukad ja neil on suur praktiline väärtus, ühtlasi rõhutas, et meie vabariigis on vaja luua immunoloogia-teenistus. Ettekannete teesid ilmusid trükist kogumikus «Immunodiagnostika ja immunoregulatsiooni aktuaalsed küsimused». Tallinn, 1982. VI vabariiklik immunoloogiakonverents otsustati korraldada 1985. aastal Tallinnas.

Joosep Reinaru, Semjon Umanski

TRÜ 350. ja Tartu Kliinilise Lastehaigla 60. aastapäeva konverents toimus 1...2. aprillini TRÜ uue raamatukogu konverentsisaalis.

Konverentsi avas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt, kes tunnustavalt rääkis pediaatria kateedri ning lastekliiniku kollektiivi osast meie vabariigi pediaatrie kasvata-

misel ja juhendamisel. Juubelihõngu lisasid ajaloolaste prof. H. Piirimäe ja dotsent H. Palametsa huvipakkuvad ettekanded Tartu Ülikooli ajaloost. Neid täiendas dotsent L. Kerese ettekanne, kellelt kuulsime, kuidas ja kes on õpetanud lastehaigusi Tartu Ülikoolis. Lastehaigla peaarst K. Mitt rääkis peamiselt viimase kümne aasta töödest ja tegemistest. Ettekande lõpul tänati nii haigla endisi kui ka praegusi aktiivseid ning kauaaegseid töötajaid, kellele anti lilled ja aukirjad.

Päeva teisel poolel anti ülevaade laste eriarstiabi arendamisest Tartus, millest kokkuvõtlikult rääkis A. Ormisson ja mida täiendasid juhtivate erialaspetsialistide ettekanded. Nii rääkis laste ägeda kopsupõletiku ravi tulemustest T. Soo, reuma ravist ja profülaktikast A. Paves, neeruhaiguste ravist H. Tälli, seedeelundite haiguste uurimisest A. Volonkina ning kesknärvisüsteemi kahjustustega laste ravi tulemustest A. Vedler. Sellest, mida tartlased on teinud haigestumise vähendamiseks koolieelsetes lasteasutustes, rääkis E. Samarütel. Erilist rõhku pannakse esmastulajate kohanemisrežiimile ja erirühmade tööle. R. Bachmann andis ülevaate Tartu keskkooliõpilaste tervishoiualastest teadmistest.

Konverentsi teisel päeval peatuti probleemidel, mis vajavad pediaatrie senisest rohkemat tähelepanu, nagu immunoloogia (M. Maser) ja geneetika (R. Mikelsaar). Selle kohta, et laste kõhuvalu põhjuseks võib olla sooletrakti malrotatsioon, kuulsime I. Noveki ettekandest. Esmakordselt räägiti meil nõelravi näidustustest ja ravi tulemustest lastel. J. Tani oli nõelravi kasutanud enureesi, enkopreesi, logoneuroosi ja bronhiaalastma atopiliste vormide korral. Nõelravi on näidustatud ka vegetodüstoonia, hüpertoonia, seede- ja düskineesia, neurodermiidi, urtikaaria jt. haiguste all kannatavate laste ravimisel. Nõelraviga paralleelselt ei soovitata kasutada füsioteraapiat, ja üldse on parem, kui nõelravi ajal välditaks muid raviprotseduure ning ravimite manustamist. K. Pruunsild oma ettekandes kaasasündinud endogeenselt rauavaegusest põhjustatud aneemiast tuletas meelde, et ema aneemia raseduse ajal on üks peamisi imiku rauavaegusaneemia põhjusi. Seetõttu tuleb rasedal kolmel viimasel raseduskuul kindlasti määrata vere punaliblede arv. On tal nende hulk vähenenud, tuleb imikul varakult alustada aneemia profülaktikat.

Lastehaigla juubelile on pühendatud ka lähemal ajal trükist ilmuv TRÜ Toimetiste väljaanne, milles enamik ettekandeid leiab kajastamist.

Ingrid Laan

Ülevabariigiline psühhiaatrite ja narkoloogide seminar peeti 2. aprillil 1982 Tallinnas. Vähemalt neli korda aastas kogunetakse arutamaks aktuaalseid erialaprobleeme. Seekord tehti kokkuvõtteid möödunud aasta töötule-

mustest. Seminari avas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Kohal oli ka TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri juhataja prof. J. Saarma jt.

Ülevaate psühhiaatrilisest abist andis Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarsti asetäitja organisatsioonilis-metoodilise töö alal V. Jänes. Ettekandest selgus, et psühhikahäirete väljaselgitamine ja ravi Eesti NSV-s on järjest paremaks muutunud. Seondunult psühhiaatrilise abi organisatsiooni edendamiseks on viimastel aastatel suurenenud mittepühkootiliste psühhikahäirete all kannatavate patsientide osatähtsus. See on päevakorrale tõstnud vajaduse laiendada piir-seisundis haigetele mõeldud sanatoorset tüüpi haiglaosakondi. Arvestades demograafilist situatsiooni, oleks tarvis avardada ka geriaatriliste patsientide hospitaliseerimise võimalusi.

Allakirjutanu esitas ülevaate meie vabariigi narkoloogilisest abist 1981. a. Kui meesalkohoolikute hospitaliseerimise võimalustega on 1981. aastast alates võinud enam-vähem rahule jääda, siis naisalkohoolikute osas on veel raskusi. 1981. aastal rajati Eesti NSV esimesed velskri-narkoloogiapunktid. Et järgmistel aastatel nende arv märgatavalt suureneb, on tarvis hästi läbi mõelda, kuidas kaadrit süstemaatiliselt välja õpetada. Senisest rohkem on vaja tähelepanu pöörata joomarluse profülaktikale, kaasates sellealasesse tegevusse enam ühiskondlikke organisatsioone.

H. Eiso rääkis laste psühhiaatrilisest abist. Praegu on Eestis nende tarvis kaks raviasakonda ning kaks eriinternaatkooli. Laste psühhiaatrilise abi materiaalsel baasi on vaja tugevdada. H. Nurm analüüsis psühhiaatrilise ATEK-i tegevust 1981. a.

Pikema sõnavõtuga psühhiaatrite ülesannetest esines ministri esimene asetäitja E. Väärt. Psühhiaatrilise abi päevaprobleemid olid Eesti NSV peapsühhiaatri ja narkoloogi prof. H. Väre ettekande teemaks.

Anti Liiv

Eesti NSV ja Soome Vabariigi arstide ning farmakoloogide sümposioonil, mis toimus 5. mail 1982 Tallinnas Nõukogude Liidu ja Soome Vabariigi teaduslase koostöö osana, arutati Soome firma *Orion Pharmaceutica* toodetud uute ravimite sisehaiguste raviks kasutamise tulemusi, samuti analüüsi nende mõjusust.

Sümposiooni avas Eesti NSV Tervishoiuministeriumi valitsusejuhataja, sotsialistliku töö kangelane R. Toots, pärast seda ütles tervitussõnu Soome firma direktor Tuure Lahti.

Kokku esitati 12 ettekannet, neist kolm Soome teadlastelt ja 9 meie arstidelt ning arstiteadlastelt. Kardioloogiapraktikas kasutatavate ravimite mõjusust analüüsi kuues ettekandes. B. Libermani ja kaastöötajate



Foto 1. Soome esindus sümposioonil. Vasakult: K. Reionen, U. Käyhkö, R. Kala, R. Mäntylä, T. Lahti.

kliinilised tähelepanekud *Pratsioli* toime kohta südamepuudulikkuse raviks kandis ette M. Kundla. Ühes töös analüüsi *Dopmini* tõhusat ravitoimet transmuraalsest müokardiinfarktist tabandunud haigete kardiogeenset šokist väljatoomisel (R. Teesalu, A. Mesikepp, J. Gross jt.), teises töös sama ravimi kasutamise otstarbekust anesteesiaks aortokoronaaršunteerimise operatsiooni ajal (R. Teesalu, T. Kask jt.). Dotsent R. Kala Helsingist selgitas nitroglütseriindinitraadipreparaatide toimet stenokardia raviks, prof. J. Riiv ja P. Laane ning M. Kundla kaasautoritega nitroglütseriinsalvi ravitoimet samuti stenokardia puhul.

Cimetidine'i kasutamise kogemusi haavandtoive ravits tutvustas allakirjutanu koos kaasautoritega.

Antibakteriaalsete preparaatide kasutamist käsitlesid viis ettekannet. Dotsent R. Mäntylä andis ülevaate kombineeritud bakteritsiidse preparaadi *Ditrimi* farmakokineetikast. Vaadeldi ka preparaadi *Oribact* (Trimetoprim + sulfametoksasool) mõju ägeda kopsupõletiku ja mittespetsiifiliste krooniliste kopsuhaiguste raviks täiskasvanuil (L. Jannus jt.) ning bronhiitide ja kopsupõletiku ravits lastel (M. Riikjärv ja kaastöötajad). Arstiteaduse



Foto 2. Sümposiooni presiidiumis vasakult: T. Lahti, R. Toots, N. Elstein, K. Reionen, V. Nisu, V. Salupere.

doktor K. Reionen Helsingist kirjeldas tinidasooli toimet anaeroobsetest bakteritest põhjustatud nakkuste profülaktikas ja ravis. Ta näitas ka filmi, mis tutvustas uut süsteppreparaati tsefamesiini, laia toimespektriga uut antibiootikumi. Kõne all olid veel *Ditrimi* uroloogiapraktikas kasutamise kogemused, mis on vaid esialgsed (E. Mihkelsoo ja kaastöötajad).

Ettekannetele järgnenud arutelus ja mõttevahetuses võtsid sõna professorid L. Allikmets, V. Salupere ja J. Riiv, vanemteadur B. Liberman jt.

Sümposoorist, mis pakkus suurt teaduslikku huvi ning mis oli NSV Liidu ja Soome sõbralike suhete, samuti Soome ja Eesti NSV meedikute heanaaberlike suhete ilusaks näiteks, võttis osa üle 100 arsti.

Natan Elštejn

Esimene vabariiklik laboriarstide konverents toimus 4...5. maini käesoleval aastal Tallinnas. Kohal oli rohkesti laboriarste, teadlasi ja õppejõude meie vabariigist ning paljudest Nõukogude Liidu suurematest linnadest. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Esitati 47 teadustööd. Esimese istungi ettekanded puudutasid pulmonoloogiat, südameinfarkti ja seedetraktihaiguste diagnoosimist.

Ettekanded resümeeris Minski Arstide Täiendamise Instituudi laboratoorse diagnostika kateedri juhataja prof. V. Kolb.

Teisel istungil pakkusid suurt huvi prof. E. Ivanovi (Minsk), arstiteaduse doktor M. Kotovštšikova (Leningrad) ja F. Ivanova (Tbilisi) ettekanded vere hüübimissüsteemide funktsiooni hindamise uudsetest viisidest. Käsitleti ka tsütodiagnostikat. Istungil esita-

tust tegid kokkuvõtte professorid E. Ivanov ja M. Bazarnova (Ukraina NSV).

Kolmandal istungil räägiti laboratoorsest diagnostikast merereiside ajal ja transmissiivsete troopiliste haiguste diagnoosimisest. Tootmiskoondise «Eesti Kalatööstus» peadirektor H. Maide andis lühiülevaate meremehe elust merel, asutuse ülesannetest ja arstiabi vajalikkusest merel. Konverentsi tervitades rääkis baaslaeva kapten E. Lõssenko paljudest juhtudest, kui nende laeva meedikutel on tulnud arstiabi anda ka välismaa laevade meeskonna liikmetele.

Neljandal istungil olid vaatluse all organisatoorsed küsimused, laboriarstide kvalifikatsiooni tõstmine, kvalifikatsiooniteste kasutamine laboriarstide atesteerimisel, laboratoorsete analüüside kvaliteedi kontroll, laboriteaduslik töökorraldus jm.

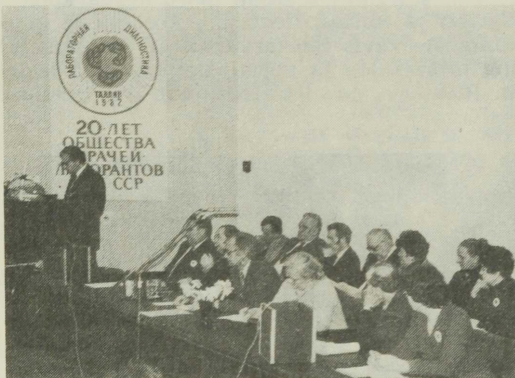
Heljut Kapral

Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine toimus 12. mail 1982 Tallinnas. Koos olid linnade ja rajoonide peaterapeutid ning teraapiaosakondade juhatajad, kokku 120 arsti.

Nõupidamise avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Seejärel andis tervishoiuministeeriumi peaterapeut N. Elštejn ülevaate meie vabariigi rahvastiku terapeutilisest abist ja ülesannetest. 1981. aastal moodustati uusi terapeudijaoskondi, mille tulemusena keskmine elanike arv jaoskonnas vähenes veelgi. Ka dispanseerimises on märgata edasiminekut. Teraapiaosakondade voodifondi kasutamine on paranenud. Esmakordselt meie vabariigis on vähenema hakanud südame- ja veresoonte haigustest põhjustatud suremus. On väga tähtis, et sellist tendentsi suudaksime toetada. Meie terapeutide osavõtt XVIII üleliidulise terapeutide kongressi korraldamisest oli märkimisväärne.

Kõige selle kõrval on terapeutilise abi parandamisel mitmeid probleeme, mille lahendamine kulgeb aeglaselt või üldse mitterahuldavalt. Uute jaoskondade moodustamine jääb planeeritust maha. Terapeutide arvu suurendamine on meie vabariigis üleliidulisest keskmisest väiksem. Dispanseerimine, eriti ägedaid haigusi põdenute dispanseerimine, jätab soovida. Samuti ei rahulda meditsiinilise abi järjepidevus ühelt poolt linnade ja rajoonide ning teiselt poolt meditsiinilise abi keskuste vahel. On ilmnenud puudusi ägeda kopsupõletiku, suhkurtõve, südame isheemiatõve diagnoosimises ja ravis. Arstikohuse rikkumisi on olnud Narvas ja Paides.

Tervishoiuministeeriumi inspektorarst T. Vaasna rääkis noorukite tervisliku seisundi ja nende terapeutilise abi paranemisest. Apteekide Peavalitsuse juhataja V. Nisu käsitles arstide ja farmatseutide vahelise koostöö parandamist, kusjuures juhtis tähelepanu ravimite sünonüümide ja ravimite asendatavuse tundmise hädavajalikkusele. Allkirju-



Laboriarstide konverentsi presiidiumis. Esireas vasakult: V. Subi, prof. N. Elštejn, E. Väärt, L. Jannus. Teises reas vasakult: prof. J. Ivanov, I. Levinstein, N. Jakuškov (Jakuvia), H. Kapral, R. Martsiševskaja (Moskva), R. Savtšenko (Pensa), prof. M. Bazarnova (Ukraina). T. Toimetaja foto.

tanu esitas veel ettekande terapeutiliste haigete töövõimetuse ekspertiisi alaste puuduste kõrvaldamise kohta. Eriti nõuavad tähelepanu just lühiajalised (kuni 6 päeva) töövõimetushäired, samuti luu- ja liigesehaigusi ning südame- ja veresoonte haigusi põdejad. Vaid erandjuhtudel, näiteks pärast müokardiinfarkti, võib haiglaravil viibimise järel välja kirjutada veel haiguslehe. Paljude haiglate peaarsti asetäitjate tegevus töövõimetuse ekspertiisi alal on suures osas mitte konstruktiivset, vaid konstateerivat laadi.

Läbirääkimistel võtsid sõna prof. K. Kõrge, E. Laane Võrust, tervishoiuministeriumi peaspetsialistid I. Kalits ja B. Liberman, Tartu Linna Polikliiniku peaarst S. Aru, Narva linna peaterapeut N. Jašina. Kokkuvõtliku sõnavõtuga esines tervishoiuministeriumi valitsusejuhataja R. Toots.

Natan Elštejn

Liiduvabariikidevaheline endokrinoloogia-konverents toimus 27...28. aprillini 1982 Kaunases, kus oli üle 200 osavõtja, sealhulgas 12 Eestist. Konverentsiga tähistati Leedu Endokrinoloogide Teadusliku Seltsi 20. aastapäeva. Põhjaliku ülevaate tehtust andis seltsi esimees prof. V. Astrauskas. Leedus on teadustöö endokrinoloogia alal intensiivistunud eriti viimastel aastatel, sest 1978. a. asutati Kaunases NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse Endokrinoloogia ja Hormoonide Keemia Instituudi filiaal. Avastungil arutati ka endokrinoloogide ettevalmistamist, endokriinsete haiguste diagnoosimist, ravi ja profülaktika võimalusi Leedus.

Suur osa ettekandeid käsitles suhkurtõbe. J. Kelk esitas andmeid suhkruhaigete dispanseerimise kohta Eesti NSV-s, A. Norkus ja kaastöötajad vaatlesid suhkurtõve epidemioloogiat Leedu NSV-s. Paljud ettekanded käsitlesid suhkurtõve seost teiste haigustega (rasvumine, isheemiatõbi, kilpnäärmehaigus), haiguse varajase diagnoosimise võimalusi, suhkurtõve kulgu mõjutavaid tegureid. Immunoloogiliste uuringute osatähtsust analüüsid L. Narodetskaja Alma-Atas ja allakirjutav. Suurt huvi äratasid Riia endokrinoloogide poolt esitatud suhkurtõve dekompensatsioonistmete klassifikatsioon ja ravi skeem.

Teisel päeval arutati neuroendokrinoloogia küsimusi, kilpnäärme ja teiste endokriinsete näärmete patoloogilisi muutusi. Sisuka loenguga endokriinsete haiguste farmakoterapiast esines Eksperimentaalse Endokrinoloogia ja Hormoonide Keemia Instituudi ase-direktor prof. N. Starkova Moskvast. Huvipakkuv oli L. Lašase informatsioon somatotropiini füsioloogiliste ja bioloogiliste omaduste kohta. Somatotropiini, insuliini ja mitmeid muid preparaate toodetakse Kau-

nase Endokriinsete Preparaatide Tehases. I. Kalits rääkis rasvumise adiposinravist ja selle mõjust kilpnäärme funktsioonile.

Sirje Velbri

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia üldkogu 46. sessioon toimus 16...19. veebruarini 1982. a. Moskvast. Käsitleti peamiselt emade- ja lastekaitset.

Sessiooni avas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia president N. Blohhiin. NSV Liidu tervishoiuminister S. Burenkov andis ülevaate emade- ja lastekaitse alal saavutatust X viisaastakul. Viisaastakul on vähenenud laste suremus ning emade haiguspäevade arv. Ema ja lapse probleemidega tegeleb 26 teadusliku uurimise instituuti ja 525 profiilset kateedrit.

Küsimuse aktuaalsusest tingituna kinnitati 1980. a. emade- ja lastekaitse alane riiklik programm aastaiaks 1981...1985.

Tingimuste loomine terve järglaskonna sünniks on teravalt päevakorrale kerkinud. Eelkõige tuleb luua tervislikud töötingimused emale (J. Novikov jt.). Tähelepanu keskmes on tööstusfaktorite ebasoodsa mõju kõrvaldamine. Väga tähtis on loote ante- ja intranataalne kaitse. Koorioni biopsia, ultraheli, elektrofüsioloogiliste, endokrinoloogiliste uuringute ning teiste uurimisviisidega on võimalik esimesel trimestril prognoosida arenguhäireid ja otsustada raseduse säilitamise üle. Teisel trimestril võib algust teha loote hüpotroofia ja kolmandal ägeda ning kroonilise hüpofoosia diagnoosimisega (N. Pobedinski). Keskkel kohal on tsirkulatoorne adaptatsioon ning selle häirete (fetoplaatsentaarne puudulikkus) kindlakstegemine (E. Vihljava).

Terve lapse kasvu ja arengut käsitles akadeemik M. Studenikin. Lapse kalendaarne vanus näitab üha vähem tema tegeliku küpsusastet. Suurim tähtsus on lapse bioloogilisel vanusel, mille hindamiseks ei piisa antropomeetristest, anatoomilistest ega kliinilistest andmetest. Seejuures on bioloogilise vanuse määramisel oluline süsteemne lähenemine. Informatiivsemaks on kohastuslikud reaktsioonid. Vaja on koostada diferentseeritud soovitusi karastamiseks ja optimaalseks liikumisrežiimiks eri geograafilistes piirkondades ning täpsustada kehalise kasvatused meditsiinilise kontrolli süsteemi.

Vastsündinute ja varaealiste laste reanimatsioon ja intensiivravis jääb kõige olulisemaks eluliselt tähtsate funktsioonide korrigeerimine. Kunstliku hingamise vajaduse korral on ainuke mõjus meetod intubatsioon. Perspektiivis on kopsuvälise oksügenatsiooni väljatöötamine, detoksikatsiooniks hemosorptsiooni rakendamine ning nakkus- ja mädaste haiguste profülaktikas gnotobioloogiline isolatsioon (G. Saveljeva, V. Mihelson).

Vastsündinute ja varaealiste laste kopsu-

patoloogia on tihedalt seotud loote arenemistingimustega. Intrauteriinsed ja neonataalsed pneumooniad on patogeneetiliselt seotud pneumopaatia, südame ja kopsu väärarengu, peaaegu kahjustuste ning küpsusetuse faktoriga. On leitud korrelatiivne seos sünnituse algerioidil esineva ema hüpoksia ja loote või vastsündinu kopsupatoloogia tekke vahel (S: Ratsinski).

Huvi pakkusid sõnavõttud, mis käsitlesid γ -globuliini kasutamise otstarbekust viirushepatiidi profülaktikas, geneetilisi ning kongenitaalseid nägemishäireid, aju minimaalsete düsfunktsioonide ravi, vastsündinute reanimatsiooni — aju elustamist ja järgnevat rehabilitatsiooni. Akadeemik V. Negovski tõstatas küsimuse elustatavate valiku kohta. Huvi pakkus väide loote aktseleeratsioonist, mis on tingitud ema vere liigsest glükoosisaldusest.

Mall-Anne Riijärvi

Üleliiduline konverents sapiteede kirurgia alal toimus 30...31. märtsini 1982 Moskvas.

Esimesel päeval arutati sapiteede kirurgias ettetulevaid vigu ja ohte ning nende vältimise võimalusi. Avaettekandes rõhutas akadeemik B. Petrovski, et halbade histoloogiliste sageda põhjus on diagnostilised, taktikalised ja puhtkirurgilised vead operatsioonis. Operatsioonilõike valikul tuleb lähtuda haige iseärasustest. Tüsedatel ja neil, keda opereeritakse juba mitmendat korda, eelistatakse roidekaarealust lõiget, kitsa epigastraalnurga puhul ülemist kesklõiget. Viimasel juhul paraneb haav kiiremini, harvem tekib kopsutüsistusi ja operatsioonijärgseid herniaid.

Kroonilise koletsüstiidi puhul on valikmeetodiks koletsüstektomia «kaelalt», mis võimaldab täpsemini orienteeruda sapiteede ja veresoonte anatoomilistes variantides.

Rõhutati, et nn. postkoletsüstektoomilise sündroomi mitmesugused ilmingud on sageli operatsiooniaegse diagnoosimise praak. Operatsiooniaegne kolangiograafia on kohustuslik iga koletsüstektomia puhul, teised uuringud (sondeerimine elastsete kalibreeritud sondidega, fiiberkolangioskoopia, transilluminatsioon jt.) peavad sellest lähtuma valikulisel. Operatsiooni lõpul peab alati olema sapi vaba pääs soelde.

Välistest dreanaazidest eelistati T-dreanaazi ning ühissapijuha dreenerimist sapipõiejuha kõndi kaudu. Nn. peidetud dreanaazidest on loobutud. Višnevski dreanaazi kasutamisel tekib tüsistusi sagedamini.

Bilidigestiivse anastomoosi valik konkreetsetes oludes sõltub kirurgist ja tema teadmistest ning võimest õigesti otsustada. Seejärel peavad sapipõie ja sapiteede operatsioonid tegema kogenud kirurgid. Koledohhoduodenostoomia puhul peab anastomoosi laius olema vähemalt 2,5 cm. Papilli stenooosi puhul peetakse valikmeetodiks transduode-

naalset papillosfinkteroplastikat. Sapiteede õmbluste tegemisel tuleks kasutada atraumaatilisi nõelu.

Kõhuõõne tamponeerimist soovitati vaid erandjuhtudel (verejooks), seevastu peeti otstarbekaks lühiajalist kõhuõõne dreenaazi. Teise päeva ettekanded käsitlesid sapikivitõve diagnoosimise uusi meetodeid. Rõhutati ultraheli suurt diagnostilist väärtust, eriti koos radioisotoopsete uuringutega. Soovitati paralleelselt kasutada fiiberduodenoskoopiat ja retrograadset pankreatokolangiograafiat. Rohkem tuleks rakendada vältimatut laparoskoopiat, eriti vanemaealistel diagnoosi täpsustamiseks urgentsete operatsioonide eel.

Rõhutati fiiberkolangioskoopia ning röntgentelevisiooni koledohhoskoopia diagnostilist väärtust eriti väikeste konkrementide avastamisel.

Sapipõie- ja sapiteede haigusi põedejate ravi tulemuste parandamiseks peetakse otstarbekaks rajada suuremates keskustes maksa- ja sapiteede kirurgia osakonnad, mis ratsionaalsemalt ning oskuslikult võimaldaks kasutada moodsat diagnostilist aparatuuri nii enne operatsiooni kui ka operatsiooni ajal.

Konverentsi teesid ilmusid trükist raamatuna «Проблемы хирургии желчных путей». М., 1982.

Hubert Poola

Üleliiduline nõupidamine «Laboratoorsed meetodid kutsepatoloogias» toimus 30. märtsist 1. aprillini 1982 Moskvas NSV Liidu Teaduste Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudis.

Kuulati 20 ettekannet. V. Sokolov rääkis laboratoorsete uuringute tähtsusest ja ülesannetest kutsepatoloogias. O. Arhipova andis ülevaate biokeemilistest ja kliinilis-toksikoloogilistest uuringutest. Ta mainis, et biokeemilisi meetodeid on vibratsioonitõve korral kasutatud veel vähe. N. Pavlovskaja rõhutas vajadust välja töötada toksiliste ainete määramise ühtsed tingimused ja meetodid, mida tuleks unifikseerida ja standardiseerida.

Mitmed ettekanded käsitlesid laboratoorse töö kvaliteeti, rahvusvahelise mõõtühikute süsteemi kasutuselevõtmist.

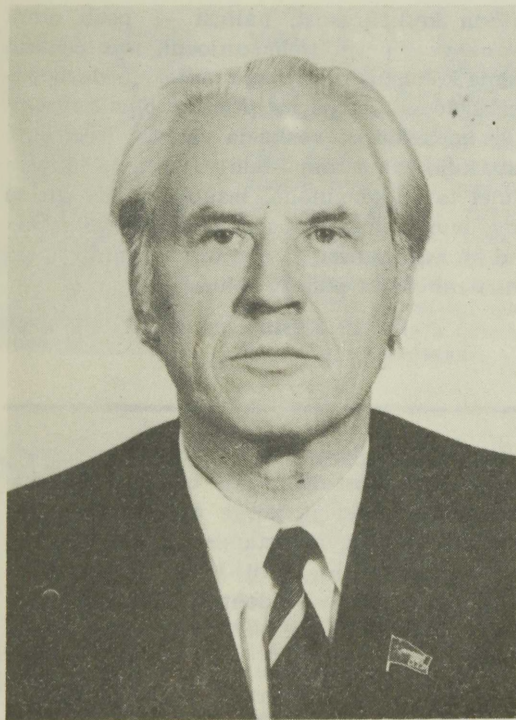
Toksiliste ainete varajase toime väljaselgitamisel etendab küllalt tähtsat osa porfüriinide ja valkude ainevahetuse uurimine. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ja NSV Liidu Teaduste Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi teadurite (H. Kahn, A. Vilks, N. Pavlovskaja ja L. Semenova) ühistööna on välja töötatud modifitseeritud meetodid deltaaminolevuliinhappe dehüdraasi määramiseks veres.

Milvi Moks

Meie juubilare

JUUBILAR ON TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI REKTOR PROFESSOR ARNOLD KOOP

Meile kõigile tuntud NSV Liidu Ülemnõukogu saadik, NSV Liidu Pedagoogika Akadeemia korrespondentliige, auväärse *alma mater*'i rektor professor Arnold Koop sai tänavu 16. juulil 60-aastaseks. Silmapaistva ühiskonnategelase ja pedagoogina on väga austatud juubilaril paljude aastate jooksul olnud sagedad kokkupuuted ka arstiteadlaste ja meditsiinitöötajatega, seda nii E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi rektorina aastail 1960...1968 kui ka meie vabariigi kõrg- ja keskerihariduse ministrina aastail 1968...1970, kõige enam aga 1970. aastast



tänaseni, juhtides Tartu Riiklikku Ülikooli, mille suurim teaduskond on arstiteaduskond. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetus palus juubilaril jagada mõningaid mõtteid meie ajakirja veergudel.

1. Milline ja kui suur osa on täita arstidel ja meditsiinitöötajatel üldse meie arenenud sotsialistlikus ühiskonnas?

Arstidel, meditsiinitöötajatel üldse, tuleb tänapäeval täita terve hulk ülesandeid, mis nõuavad neilt eelkõige laitmatut professionaalsust, kõrgeid moraalseid omadusi. Oluline on, et iga meditsiinitöötaja, täites eeskujulikult oma otseseid ülesandeid, mõistaks ka kogu tervishoiusüsteemi nüüdisaegset strateegiat, selle riiklikku tähtsust ja polüfunktsionaalsust.

On raske ülehinnata kas või puhtmajanduslikku efekti, mida saavutatakse töötajate aktiivse töövõime pikendamisega, nende kehalise ja vaimse tervise tugevdamisega, arvestades väljakujunenud demograafilist situatsiooni ning pinget tööjõuressursside alal. Arstiabi süsteemil on kahtlemata täita suur osa kõigi nende sotsiaalsete ülesannete lahendamisel, mis on kavandatud partei ja valitsuse otsustes.

Eriti tahaksin rõhutada humanistliku funktsiooni tähtsust, mis lasub arstidel ja kõigil meditsiinitöötajatel, igakülgelt arenenud isiksuse kujundamisel. Kehaline ja vaimne tervis on eelduseks isiksuses peituvate võimete ja kalduvuste maksimaalseks avaldumiseks ning arendamiseks, elamiseks iluseaduste järgi. On suur õnn olla terve. Selle humanistliku eesmärgi nimel töötada on samuti suur õnn, aga ka suur vastutus — suur vastutus ja suur rahuldustunne. Idamaades räägitakse, et see, kes elu jooksul on istutanud kas või ühe puu, ei ole asjatult elanud. Päästa kas või ühe inimese elu on palju enam väärt kui istutada mitu puud.

2. Milline osa on arstiteaduskonnal Tartu Riikliku Ülikooli tegevuses, tema maines?

Arstiteaduskondade likvideerimist meie maa enamiku ülikoolide juures ei saa õigeks pidada. See samm oli mõeldav üksnes seal, kus olid kujunenud väga suured ülikoolid, kus teaduskonna baasil oli võimalik luua kõrge teadusliku potentsiaali ja teaduslike haruasutustega esimese kategooria kõrgkoole — meditsiiniinstituute või akadeemiaid. Meie vabariigi oludes oleks see samm olnud mitte ainult vale, vaid toonud suurt kahju meditsiini arengule ning meedikute ettevalmistamisele. Tartu Ülikooli ajaloo on arstiteaduskonnale kuulunud alati auväärne koht. Tänapäeval jätkab ta kuulsaid ülikoolihariduse traditsioone, arendades neid edasi uutes oludes. Ta on ülikooli suurim ning parim teaduskond, kus õpib umbes 1800 üliõpilast. Teaduskonna 25 kateedris ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis töötab ligemale poolsada professorikutsega teaduste doktorit ning üle saja dotsendikutsega teaduste kandidaadi. Arstiteaduskonnas viljeldavad teadussuunad on pälvinud nii üleliidulise kui ka rahvusvahelise tunnustuse. Julgen väita, et nii professionaalselt kui ka ideelis-kõlbeliselt kuuluvad meie *alma mater*'i kasvandikud Nõukogudemaa paremiku hulka. Enamik meie vabariigi arste, stomatolooge, farmatseute on saanud hariduse TRÜ arstiteaduskonnas. Suur hulk neid tõstab siin ka oma kvalifikatsiooni. Tänu sellele on Tartust saanud tähtis meditsiini- ja ravikeskus. Teaduskonna hea maine ulatub kaugele väljapoole ülikooli, tal on ülevabariigiline ja üleliiduline tunnustus. Kuulsaid minevikutraditsioone jätkates arendab neid edasi uutes, reaalse sotsialismi tingimustes. Arvan, et neid suuri saavutusi tagavad eelkõige ülikooliharidusele omane universaalsus, kõrge teaduslik-teoreetiline tase, paljude teadusalade koostöö ning koostöö võimalused, aga ka psühholoogiline atmosfäär jne.

3. Mida ütleksite arstiteaduskonna endistele ja tänastele kasvandikele Tartu Riikliku Ülikooli suurest juubelist mõeldes?

Eelkõige tahaksin neid õnnitleda juubeli puhul, tänada selle eest, et nad täidavad oma kohustust riigi ja rahva ees eeskujulikult, tehes sellega au oma *alma mater*'ile.

Ülikooli juubel on tähtis sündmus meie rahva elus. Kuulub ju ülikoolidele auväärne

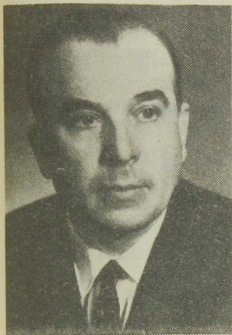
koht kogu inimkonna vaimse kultuuri ajaloos. Alati on nad olnud eesrindliku ühiskondliku mõtte, hariduse ja teaduse keskusteks. Seda üllast funktsiooni on täitnud ja täidab ka Tartu Riiklik Ülikool. Sellise ülikooli kasvandik olla on suur au, ühtlasi suur kohustus. Olla oma *alma mater*'i vääriline, see tähendab olla inimene ja kodanik. Aktiivne eluhoiak, maailmavaateline selgus ja kõlbeline täiuslikkus — need omadused annavad elule mõtte ning õige suuna, panevad pürgima õigluse ja tõelise humaansuse poole, vastukaaluks ükskõiksusele, kalkusele ja südametusele. Tahaksin loota, et Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna kasvandikud suudavad alati ja igasugustes tingimustes oma patsientidega käitumisel lähtuda arstivandest ja kutse-etikast.

4. Mida ütleksite arstidele siis, kui oleks juhtunud nii, et Teie ise oleksite valinud arstitee ja seda kogu eluks?

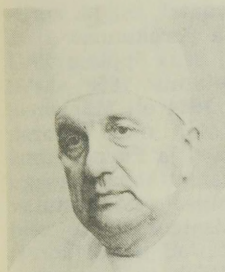
Kui oleksin valinud arstitee ja seda kogu eluks? Arvan, et ei kahetseks seda. Olen arsti elukutsesse alati suhtunud suure lugupidamise, austuse ja imetlusega. Vaieldamatult on see kõige humaansem ja üks vajalikumaid elukutseid. Kuid olla arst selle sõna tõelises tähenduses ei ole kindlasti lihtne. Peale kõrge professionaalsuse — arsti elukutse ei tohiks sallida keskpärasust, hallust — peab arstil olema veel palju iseloomujooni, mis peaksid olema kohustuslikud, nagu näiteks pedagoogil-psühholoogil. Seepärast ütleksin oma kolleegidele: meie töö on raske ja väsitav, isegi kurnav, kuid ta on inimestele vajalik. Ja inimese nimel tasub pingutada, tasub pidevalt otsida ning luua, täiendada oma teadmisi, täiustada end ka kui inimest, et olla õnnelik ning tunda suurt rahuldust pühast kohusest.

Küsimused esitas Vello Laos

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 13. juulist 1982 anti teenete eest teaduse arendamisel ja kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistide ettevalmistamisel Tartu Riikliku Ülikooli rektorile NSV Liidu Pedagoogika Akadeemia korrespondentliikmele professor **Arnold Koobile** Eesti NSV teenelise teadlase aunimetus.



Felix Skubiš, Balti Raudtee apteegi nr. 10 juhataja Tartus, sai 17. juunil 70-aastaseks. Sündinud talupoja perekonnas Taga-Karpaatias, kus omandas ka alghariduse. Tegi läbi Suure Isamaasõja. Teda on autasustatud paljude Suure Isamaasõja autasudega. Pärast demobiliseerimist asus tööle Balti Raudtee apteegis nr. 10 Tartus. 1947. aastal õiendas ta Tallinna Meditsiinilise Keskooli juures eksternina proviisori abi eksamid ning 1955. aastal astus Moskva Farmaatsiainsituudi kaugõppeosakonda, mille lõpetas 1960. aastal. Pärast instituudi lõpetamist määrati ta eespool nimetatud apteegi juhatajaks. F. Skubiš on palju teinud apteegiruumide laiendamiseks ning selle sisustuse tänapäevasemaks muutmiseks. Nimetatud apteek on eesrindlik tervishoiuasutus ning tal on hea maine ka tarbijaskonna hulgas. F. Skubiši hea töö on leidnud äramärkimist, ta on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgi.



Heino Noor, Eesti NSV teeneline arst, Tartu Kliinilise Haigla toksikoloog, sai 24. aprillil 60-aastaseks. Sündinud 1922. a. Haapsalus teenistuja perekonnas. 1941. a. lõpetas Haapsalus gümnaasiumi. Võttis osa Suurest Isamaasõjast. 1954. a. lõpetas Tallinna Meditsiinikooli velskrina ning 1961. a. TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna kiitusega. Aastail 1961...1971 oli kutsehaiguste arst Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinikus ning toksikoloogiks ja neuroloogiks Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas, ajavahemikul 1971...1975 Tartu Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja maaelanikkonna arstiabi alal, 1975...1979 peaarsti asetäitja polikliinilise töö alal. 1979. a. alates on töötanud toksikoloogina. H. Noor on erudeeritud, kohusetruu ja täpne oma erialal ning argitöös. Korduvalt viibinud täienduskursustel meie maa juhtivates kliinikutes ja täiendusinstituutides, avaldanud 16 teadusartiklit kutsehaiguste, kliinilise toksikoloogia ja tervishoiuorganisatsiooni alalt. Ta on I kategooria toksikoloog. H. Noor on Eesti NSV Toksikoloogide Teadusliku Seltsi asutajaliige ja seltsi aseesimees. Juubilari on autasustatud mitme aukirja ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga.



Voldemar Liiv, Tartu Kliinilise Haigla otorinolarüngoloog, sai 8. juulil 60-aastaseks. Sündinud 1922. aastal Võrus. 1941. aastal lõpetas Tartu 4. Keskkooli ning 1950. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Tartu Kliinilise Haigla kõrva-, nina-, kurgu- ja silmahaiguste osakonnas on töötanud 1949. aastast alates. Ta on korduvalt osa võtnud täienduskursustest meie maa täiendusinstituutides. V. Liiv on I kategooria otorinolarüngoloog. Ta on aastaid juhendanud interne ning täienduskursustel viibivaid arste, esinenud teaduskonverentsidel ja avaldanud erialaartikleid. Edukalt on ta osalenud ühiskondlikus tegevuses. Kauaaegne Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi liige ning laekur, kurgu-, nina-, kõrva- ja silmahaiguste osakonna rahvakontrolli grupi esimees. Ta on olnud Eesti NSV Ülemkohtu kaasistuja ning haigla ametiühingukomitee esimees. Aastaid laulnud meeskooris «*Gaudeamus*». V. Liivi hea töö on pälvinud mitmeid aukirju.



Valve Pillesaar, Tartu Kliinilise Haigla hematoloog, sai 13. augustil 60-aastaseks. Sündinud 1922. aastal Virumaal kooliõpetaja perekonnas. 1940. aastal lõpetas ta Eesti Noorsoo Kasvatuse Seltsi Tütarlastegümnaasiumi ning 1962. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Ta on töötanud õpetajana, pärast ülikooli lõpetamist alati aista Sakus jaoskonnaarstiks. 1963. aastast alates on töötanud Tartu Kliinilises Haiglas, algul laboriarstina vereülekandeosakonnas, 1968. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Aastaid on ta juhendanud üliõpilasi, tema juhendatud õpperühmad on eksamitel alati aista paistnud heade praktiliste oskuste ja teadmistega. V. Pillesaar on viibinud täienduskursustel Moskva ja Leningradi täiendusinstituutides. Lõuna-Eesti rajoonide konsultandina on ta palju ära teinud hematoloogilise abi organiseerimisel. Juubilari on autasustatud Tööveterani medaliga.



Ingrid Kõo, Tartu Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja töövõimetuse ekspertiisi alal, sai 2. märtsil 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölisperekonnas. 1950. a. lõpetas Tallinna 7. Keskkooli hõbemedaliga ning 1956. a. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna kiitusega. 1956. aastast alates on töötanud Tartu Kliinilises Haiglas. Ta on olnud statistikarst ja meditsiinilise statistika kabineti juhataja, peaarsti asetäitja Tartu linna elanikkonna arstiabi alal. 1976. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Põhitöö kõrval on pidevalt töötanud ka terapeudina. I. Kõo on korduvalt viibinud täienduskursustel, avaldanud trükis teadusartikleid ja esitanud ettekandeid konverentsidel. Ta on I kateegoria tervishoiuorganisatsioon. 1975. aastast on I. Kõo Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu mitmekoosseisuline usaldusarst. Kohusetruu ja eeskuju vääriva kutsetöö eest on juubilari autasustatud arvukate aukirjade ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».



Enn Värk, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla laevaarst, sai 13. aprillil 50-aastaseks. Sündinud Tartu rajoonis teenistuja perekonnas. 1950. aastal lõpetas Tartu 1. Keskkooli ning samal aastal asus õppima TRÜ arstiteaduskonna raviosakonda. Pärast ülikooli lõpetamist 1956. aastal suunati Moostesse jaoskonnaarstiks. Aastail 1959...1964 oli Märjamaa rajoonihaiglas ftisiaater, peaarsti asetäitja ravi alal ning peaarst, 1964...1977 Pärnu Linna Tuberkuloositorje Dispanseri ja Pärnu Linna Haigla peaarst. 1978. aastast on töötanud praegusel ametikohal. Praegu on E. Värk reisilaeval «Georg Ots» arstiabi tagamise eest vastutav arst. Siin on ta täies ulatuses kasutanud oma organisatoorseid võimeid ja teadmisi. Oma erialateadmisi on juubilar täiendanud neljal korral kesktäiendusinstituutides Moskvas ja Kaasanis. E. Värk on I kateegoria tervishoiuorganisatsioon. Juubilar on distsiplineeritud, kohusetruu ja sirgjooneline, aktiivne ühiskondlikus töös. Ajavahemikul 1967...1975 oli EKP Pärnu Rajoonikomitee liige. Juubilari on autasustatud medaliga «Töövapruse eest» ning mitmete aukirjadega. NLKP ridadesse kuulub 1963. aastast alates.

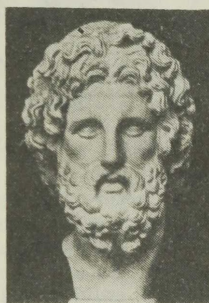


Maimu Oja, Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja vanemämmaemand, sai 1. mail 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölisperekonnas. 1954. a. lõpetas Tartu Vabariikliku Meditsiinikooli. Seejärel oli ämmaemandaks Tapa Rajoonihaiglas. Aastail 1955...1970 töötas Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Kuus aastat oli ta vanemämmaemand. 1970. a. alates on töötanud praegusel ametikohal. M. Oja on I kateegoria ämmaemand. Juubilarile on omane töökus, kohusetruudus ja objektiivsus, need omadused on teinud temast eduka juhtiva töötaja. Lööb kaasa ühiskondlikus töös ning taidluses. Aastaid on olnud Eesti NSV Meditsiinööde Põhja-Eesti Seltsi esinaine. Palju teinud ödede kvalifikatsiooni tõstmisel. M. Oja on kommunistliku töö eesrindlane ning ta kannab sotsialistliku võistluse võitja rinnamärki. Juubilari hea töö on pärvinud arvukalt autasusid, nende hulgas V. I. Lenini juubelimedali ning Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja.



Maie Lövi-Kalnin, TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri dotsent, sai 21. augustil 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1953. a. lõpetas keskkooli ning 1958. a. Permi Meditsiinistiituumi. Seejärel töötas Pärnu-Jaagupi Linnahaiglas stomatoloogina. Aastail 1960...1963 oli Leningradi Arstide Täiendusinstituudi näo- ja lõualuude kirurgia ning kirurgilise stomatoloogia kateedri aspirant. Kandidaadiväitekirja «Lõualuude osteomüeliidid lastel» kaitses 1964. a. Alates 1963. a. on töötanud stomatoloogia kateedris, algul assistendina, 1973. aastast dotsent. Täidab ka raviarsti ning konsultandi kohuseid Tartu Kliinilise Haigla näo- ja lõualuude kirurgia osakonnas. Aastail 1976...1978 oli doktorantuuris, väitekirja on esitatud kaitsmiseks. Juubilar on rohkem kui 80 teadusartikli ja kolme erialase brošüüri autor. M. Lövi-Kalnin on olnud Tartu Stomatoloogide Teadusliku Seltsi ja TRÜ Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni esimees. Aastaid on ta kuulunud Eesti NSV Stomatoloogide Teadusliku Seltsi juhatusse, 1978. a. on olnud selle seltsi aseesimees. Juubilari töö on pärvinud aukirju.

Asklepiose klubis



UDK 614.2-052.63(049.2)

ÜLIÕPILASE TERVIS

Et üliõpilane omandaks kõrgkoolis kõik teadmised ja oskused, mis õppeprogrammides ette nähtud, selleks peab ta olema suure töövõimega ning stabiilse akadeemilise edukusega. Seega on igati mõisteta, miks üliõpilane peab olema terve. Suur vaimne pinge ja suhteline liikumisvaegus, ka ebaratsionaalne toitumine ning muutlik päevarežiim on peamised põhjused, mis koostoiemes kahjustavad üliõpilase tervist, nõrgestavad organismi reaktiivsust ja vähendavad adaptatsiooni võimet.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» Asklepiose klubi vestlusringi, mis toimus 3. märtsil 1982, oli mõtteid vahetama kutsunud Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumist tervishoiu-ministri esimene asetäitja E. Väärt ja inspektorarst T. Vaasna, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori asetäitja teadusosal prof. R. Silla, TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi direktor dotsent L. Karu, E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi teadusprorektor M. Arvisto, sama instituudi meditsiinilise ettevalmistuse kateedri juhataja S. Tamm, vanemõpetajad R. Mardi ja E. Lausvee ning pedagoogika ja psühholoogia kateedri vanemteadur M. Enno, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur L. Maser, Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeriumi peainspektor J. Kunder, TRÜ kõrgkooli kompleksse uurimise laboratooriumi vanemteadur T. Kaasik, Tallinna Polütehni-

lise Instituudi kehalise kasvatuse kateedri dotsent H. Unger ja Tallinna Noorukite Poliikliniku pearsti asetäitja ravi alal V. Maidvee.

Vestlusringi avas tervishoiu-ministri esimene asetäitja

Evald Väärt. On väga oluline uurida ja hoida noorte inimeste tervist, ka üliõpilaste oma. Tänapäevane üliõpilane elab hoopis uutes sotsiaalsetes tingimustes: kiire elurütm, pidev vaimne pinge ja mahukad õppeprogrammid nõuavad tugevat ja tervet isiksust. Kõrgkoolis õppimise aeg on üliõpilase suure aktiivsuse periood. Kui aga vaadata haiguspäevade arvu kõrgkoolides, ei ole pilt sugugi lohutav, viimastel aastatel on see pidevalt suurenenud. Me diagnoosime haigusi, dispansseerime ja ravime üliõpilast õigesti, kuid peaksime kursis olema ka sellega, millistes tingimustes üliõpilane viibib, milline on teda ümbritsev miljöö, tema toitumine, kehaline koormus, õppimisharjumused, et nendest lähtudes välja selgitada haigestumise põhjused.

Tänapäevases vestlusringis arutatakse üliõpilase tervisega seotud probleeme. On väga oluline, millised eluviisid, tööharjumused ja füüsilise seisund on tänapäevase üliõpilase — homsel arstil, pedagoogil, filoloogil, põllumehel või inseneril. Hakkab ju eelkõige tema mõjutama meie homset päeva, ning selleks, et tulevane spetsialist oleks terve ja tugev, saame palju ära teha juba praegu.

Üliõpilaste tervisega seoses olevaid probleeme on palju ja on teravitatav, et TRÜ-s ja E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilises Instituudis on üliõpilaste tervisele hakatud suurt tähelepanu pöörama.

Vestlust sissejuhataja ettekande esitas kateedrijuhataja dotsent

Saima Tamm. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide komisjoni otsuse järgi on üliõpilaste tervislik seisund ja väljangevus üliõpilaste desadaptatsiooni näitajaks. Adapteerumine kõrgekooli õppe- ja kasvatustöö tingimustele on isiksuse moraalsete ning psüühilis-füsioloogiliste külgede vastavusse viimine psühho-pedagoogiliste nõuetega, mis neile õppeprotsessis esitatakse.

Üks tervisliku seisundi näitajaid on haigestumine. 1978. aastal moodustati tervishoiu-ministri esimese asetäitja E. Väärti ettevõtmisel üliõpilaste meditsiinilise abi koordineerimise komisjon, mis NSV Liidus on esimene omalaadne, ning sellest ajast alates laekuvad üliõpilaste haigestumise andmed ka tervishoiu-ministeeriumi. Kui 1961. aastal oli 100 üliõpilase kohta 100...200 töövõimetuspäeva, 1971. aastal 200...300 päeva, siis 1981. aastal 300...400 päeva, mis on tunduvalt kõrgem NSV Liidu keskmisest (227 päeva). Samal ajal keskkooli IX—XI klassi õpilaste haiguspäevade arv on 132, nende õpetajatel seevastu 1024. Tervise probleemi lahendamisel on vaja mitmete teadusharude koostööd.

Kõrgkooli sisseastuja on 18...20-aastane



Foto 1. Mõttevahetuse üliõpilase tervise üle juhatas sisse tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt.

noor inimene. See on eriti tähtis eluperiood, mil organismi funktsionaalsete iseärasuste ja isiksuse väljakujunemine alles toimub. Viimase 20 aasta jooksul on naisüliõpilased kasvanud 2,5 cm, meesüliõpilased 3,3 cm. Ent muutused ei ole ainult välised. Meie instituudi adaptatsiooniuurimise rühmal on hea koostöö psühholoogide ja sotsioloogidega ning 1976. aastast alates oleme teinud psühhoogramme — isiksuse struktuuri uurimise teste, mis kinnitavad, et üliõpilane on muutunud vastuvõtlikumaks, tundeõrnemaks.

Probleemiks, mis tuleb välja ka isiksusestestist, on üliõpilaste ängistus, s. o. kõrge sisepeinge. Ängistusele kalduvad ohu suhtes tundlikud, tunnete alluvad, kergesti häiritavad, kahtlevad, muretsevad, ebakindlad, madala enesekontrolliga isiksused. Taylori testi järgi eristatakse kolme ängistuse laadi: neuropsüühiline, sotsiaalpsüühiline ja somaatiline ängistus. Psühholoogid aga kasutavad veel ühte testi, mis määrab nii lühiajalise kui ka püsiajängistuse. Püsiajängistus on selline alaline sisemine peinge, rahulolematuse, — ja ilmselt on see üliõpilaste puhul seotud sellega, et tekib korraka palju uusi probleeme, mida noor inimene peab ise lahendama. Pidev pingeseisund viib lõpuks selleni, et need üliõpilased muutuvad tuimaks ja loiuks ning omandavad ainet halvemini. Ka eksami ajal mõjutab ängistus mõtetegevust, see on pingutatud, aeglustunud — üliõpilase ärritunud olek säilib, enesetunne on halb. Esikohal on üliõpilaskonnas sotsiaalpsüühiline ängistus, suhtlemise ja sotsiaalsete probleemidega seotud küsimused.

Oleme uurinud ka üliõpilaste väärtushinnanguid. Õpperühmiti on see küll erinev, kuid üldiselt seati pedagoogilises instituudis esikohale perekondlikud probleemid. Iga aas-

taga on suurenenud esimestel kursustel abiellujate ja noorte emade arv. Mõtlemapanev on see, et sport on nende väärtushinnangute hulgas eelviimasel kohal.

Uurisime ka vererõhku. Selgus huvitav tõsiasi, et esimestel kursustel tõusis vererõhk nendel üliõpilastel, kes on tublid, kohusetundlikud, edukad. Ilmselt on asi selles, et nad on rohkem ajahädas kui teised, õpivad ka öösiti ja puhkepäevadel. Noormeestel oli vererõhk suhteliselt kõrgem kui tütarlastel. TPI-s on hüpertensiooniga üliõpilasi viis korda enam kui meie instituudis. Vastuoluline on fakt, et 29% kõrgkooli lõpetanuist tunneb, et nende tervislik seisund on õppimise ajal halvenenud, kuid tervishoiupunktis ei ole neist enamikul mingit haigust diagnoositud!

Üliõpilasi eksmatrikuleeritakse omal soovil või õppevõlgnevuste tõttu. Ainult 2% peab õpingud katkestama haiguse tõttu. Küllaltki paljudel üliõpilastel esineb asteenilist seisundit, mis tihti ongi akadeemilise puhkuse põhjus. Mis tekitab asteenilist seisundit? Siin on tugev seos sotsiaalpsüühilise ja neuropsüühilise ängistusega. Asteenilist seisundit soodustavad ka mikrokliima õpperühmas, ühiselamus, sage stress-situatsioon, vähene liikumisaktiivsus, suur koormus ja kohanemiskeskused.

Üliõpilased hindavad üle oma tervist, kuid oma kehakaalu, kehalist arengut hindavad väga kriitiliselt. Nad on endile loonud ideaalsuse mudeli ja peavad seda väga silmas. Kuid siiski võib kinnitada, et tänapäeva üliõpilase enesetunnetus on mitteametlikult vaadates, ta ei tunne iseennast.

Kõrgkoolis õppimise ajal langeb paljudel nägemisteravus, ka EKG muutusi on paljudel üliõpilastel. Pärilikku infarktsoodumust

on juba 8,2%-l üliõpilastest, neist aga, kelle perekonnas on hüpertooniahaigeid, on pärilik soodumus 37%-l. Peamiselt on nad kõik linnast pärit üliõpilased, maarajoonidest tulnud on hoopis tervemad.

Meie uuringud on näidanud, et üliõpilaste toit on valguvaene, madala kalorsusega, lisaks veel ebakorrapäraseid söögiajaid. Millegipärast ei ole populaarsed dieettoitlustustusikud, meie instituudis kasutab neid vaid 4...5 inimest.

Üliõpilaste tervise uurimises ja õigete eluviiside kujundamises on suur töö ees nii meedikutel kui ka psühholoogidel. Üliõpilaste meditsiinilises teenindamises on tunduvalt suurenenud psühhoprofülaktika osatähtsus, psühhohügieeni vajadus. Tuleb leida vahendeid, kuidas üliõpilased muuta stressitaluvaks, aidata vabaneda ängistusest, alalisest pingest.

Raul Mardi. Uurisime elektrokardiograafilisi muutusi 878 üliõpilasel, neist oli 27,9% mees- ja 72,1% naisüliõpilasi. Mitmesuguseid EKG-kõrvalekaldeid esines 37,5%-l uurituist, kusjuures noormeestel olid nihked sagedamad ja intensiivsemad. Muutus hindasime Minnesota koodi alusel. Sagedamad muutused olid QRST-kompleksi kalded paremale, siinustah-

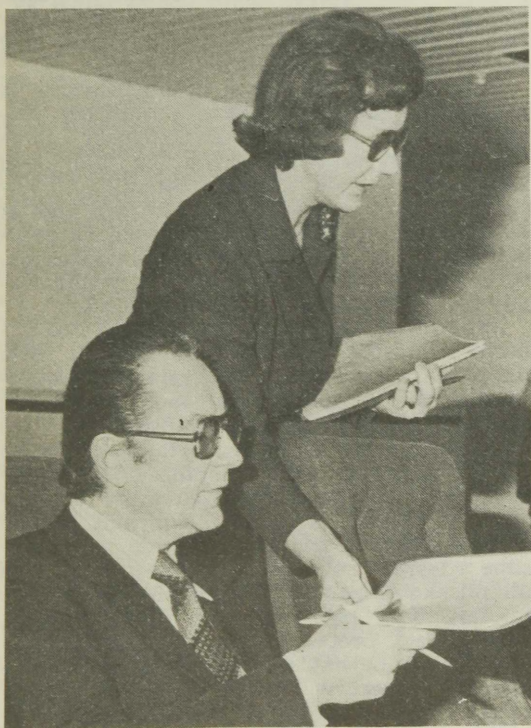


Foto 2. Vestlusringi teemakohane ettekanne oli E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi meditsiinilise ettevalmistuse kateedri juhatajalt S. Tammelt. Vasakul R. Mardi.

hükardia, R-saki muutused, T-saki kõrgene-mine, laienemine või lamene-mine, siinusrüt-mia. Samuti selgus, et seoses õpiaja pikene-misega EKG-muutuste arv ja intensiivsus suurenesid, esines korrelatiivne seos stressi, negatiivsete emotsioonide, ülekaalu, liikumis-vaeguse, kõrge vererõhu ning sapiteede hai-gustega, ka suitsetamisega oli seos tõenäo-line.

Ene Lausvee. Vaadates E. Vilde nim. Tal-linna Pedagoogilise Instituudi üliõpilaste ambulatoorseid kaarte, võib näha vaid väga napisõnalisi märkmeid, üksnes kaebusi pea-valude ja närvivalude üle ning peamiselt vegetodüstoonia diagnoosi. Teine allikas oli Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla doku-mentatsioon. Närvisüsteemi häiretega on kõi-gist Eesti NSV kõrgkoolidest arvel 112 üli-õpilast, mis aga ei ole täielik arv. Kõige enam on neid Tallinna Polütehnilisest Insti-tuudist. 70%-l neist on akadeemiline puhkus või eksamisessiooni pikendus. Et psühhiaatri poole nõu saamiseks pöördus ise ainult 17...19% abivajajaid, on selge, et sellealast arstiabi on vaja tõhustada. Peame välja sel-gitama need üliõpilased, kellel on eelsoodu-mus psüühiliste haiguste tekkeks. Üliõpilane ise ei taha endale seda tunnistada ja kui ta lõpuks psühhoneuroloogiahaiglasse pöördub, on juba hilja. Palju esineb ka selliseid juhtu-meid, kus psühholoog enam ei oska aidata ja psühhiaater ei pea patsienti veel psühhia-atrilist abi vajajaks. Olen arvamusel, et üliõpilase tervise kohta on meil andmed ühe-külgsed, selles uurimistöös on veel väga palju tarvis teha. Tegelikult peaks üliõpilaste psüü-hilisi muutusi uurima juba prekliinilises staadiumis. Kirjandusest otsisin riskitegureid ja tunnuseid, mis aitaksid paremini mõista üliõpilase tervises toimuvaid nihkeid õpiaas-tail. Olen 179 üliõpilase kohta püüdnud sel-gust saada küsimustiku abil — tihes seos on ängistusega, ilmneb ka riskitegureid. Esialgu ei oska testi kvaliteeti hinnata. Tunneme huvi TRÜ-s tehtud uurimiste vastu — seal ollakse põhjalikud. Oluline on välja selgitada ohustatute rühm.

Mait Arvisto. Üliõpilaste terviseprobleem on viimasel ajal vastukaja leidnud mitmel pool. See on eldkõige õppimistervishoid. Uurimistöodes lähenetakse õppimisele sageli kui istumistegevusele. Ei vaadelda õppimis-spetsiifika seisukohalt, mida ta inimesel nõuab ja talle annab. Ja just õppimistervis-hoiu seisukohalt annaks palju ära teha õppe-protsessi parema korraldamisega. Rasked eksamisessioonid tuleks hajutada kogu se-mestri peale, suurendada ainete õpetamise tsüklilisust, s. t. tihendada selle aine tunni-plaan ning sooritada eksam enne sessiooni algust. Peale õppeprotsessi on väga oluline tutvuda ka üliõpilaste vaba aja veetmisega. Praegused olmetingimused ühelt poolt ja olmekultuur ühiselamutes teiselt poolt ei või-maldagi normaalset väljapuhkamist.

Kehaline kasvatus kõrgkoolis ei tõmba



Fotod 3, 4, 5, 6 ja 7. Vasakult: R. Silla, E. Lausvee, M. Arvisto, M. Enno, T. Vaasna.

noori, pahatihti on temas ka liiga palju formalismi. Seni kuni täidame üksnes norme ja kohustame naisüliõpilasi kuuli tõukama, ei kulge meie töö õiget rada pidi. Mingid kehahilise liikumise vormid tuleks leida ka eksamissessiooni ajaks. Teha on võimalik palju, kõrgkooli õppekavad ei olegi nii väga jäigad. Ja lõpuks. Instituudi õppetegevust ei saa lahutada pidevast üliõpilase tervise uurimisest, see peab tingimata jätkuma. On vaja ülevabariigilist koordineeritud tegevust ja koostööd kõikide üliõpilaste tervise tundmaõppimisel, nende tervisliku seisundi muutuste selgitamisel dünaamikas.

Liidia Maser. Me uurisime 782 üliõpilaste siinset pedagoogilist instituudist ja diagnoosisime kroonilist bronhiiti 8,2%-l uurituid. Kõiki neid üliõpilasi uuriti veel täienavalt ja leiti, et nad on kehaliselt suhteliselt nõrgalt arenenud, halvasti taluvad kehalist koormust. Koormusproovi ajal tõusis neil hingamissagedus, tekkis tohutu hüperventilatsioon, mis jäi püsima veel 10 minutit pärast proovi. Samalaadsed 40-aastaste uurimise tulemused on paremad kui üliõpilastel! Seegi uurimine näitas, et tänapäeva üliõpilane on pingestatud, võib-olla alatoitunud, ei ole võimeline taluma kehalist koormust.

Jaan Kunder. Selge on see, et kehakultuuritööd on üliõpilaste hulgas vaja populariseerida, hoogustada. Seni on E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogiline Instituut ainuke kõrgkool, kus kehalisest kasvatusest ei vabastata, tõendi esitajad peavad seda ainet teoreetiliselt õppima. Kehaline kasvatus tuleks viia ka ühiselamusse, muidugi leides sobivad vormid ja vahendid. Sel aastal tahetaksegi üliõpilasmalevas korraldada kohustuslikud ujumiskursused kõigile.

Tiiu Vaasna. Seni kuni kõrgkoolide juurde ei ole loodud baase ja tingimusi nendele üliõpilastele, kes on vabastatud või kuuluvad ettevalmistusrühma, ei ole lootustki, et kehakultuuriga kõik üliõpilased tegelema hakkavad. VTK kõrged normid peletavad isegi noori emale, sest neil on raskusi normide täitmisega. Kõrged nõudmised ja kesised eeldused viivadki üliõpilase hoopis arsti juurde vabastustõendit hankima ja lõpptulemusena

ütleb ta kehakultuurist end täiesti lahti.

Raiot Silla. Üldtendents on selles suunas, et noorte kasvamine kiireneb, kuid tervis ja kehaehitus nõrgenevad. Viimastel aastatel on tütarlapsed pikkuses juurde võtnud, kaalus aga mitte, poisid aga juurde võtnud nii pikkuses kui ka kaalus. Kõige rohkem terveid on puberteedieas, mida vanemaks, seda viletsamaks muutub ka tervis. Laste, s.o. tulevaste üliõpilaste, juures teevad praegu muret kõrge vererõhk, rühihäired, hambakaaries, rasvumine, nõrgenenud nägemisteravus, lampjalgsus, vere koostis, hingamisteede haigused. Haigestumise põhjusteks peame õhu saastatust, liikumisvaegust, ebaõiget toitumist ning koolistressi, suurt õppimiskoormust.

Maie Enno. Suhtumises psühholoogiase ja psühhiaatriasse peab toimuma murrang. Selleks on vaja suurt tööd. Psühholoogi juurde millegipärast ei taheta tulla, ka üliõpilased käivad harva nõu küsimas. Ja nii võib inimev eluaeg elada suures ängistuses, ilma et kordagi oleks pöördunud neuroloogi või psühhiaatri poole. Tuleks uurida tervisekahjustuste ja psüühika seost, arstide ja psühholoogide vahel peaks olema tihedam koostöö.

Laur Karu. Oleme TRÜ-s uurinud 300 inimest. Põhimõtte — analüüsida ülikooli mõju üliõpilase tervisele kolmest aspektist: sotsioloogilisest (üliõpilase elulaad, perekond), meditsiinilisest ja psühholoogilisest. Meie töö mõte oleks selles, et välja selgitada, millisesse isiksustüüpi kuuluvad üliõpilased kogu ülikoolielu ja stressi taluvad paremini ja millisesse kuuluvad halvemini. Kui siin mingid seaduspärasused peaksid selguma, siis peaksime edaspidi tulemused ära kasutama juba üliõpilaskontingendi valimisel. Muidugi oleks huvitav teha koostööd teiste kõrgkoolidega, uurida neid probleeme ühiselt. Kahjuks ei ole TRÜ-l spetsiaalset meditsiinilise ettevalmistuse kateedrit, uurimisega tegelevad eri aastatel eri isikud. Et arvestatavate tulemusteni siiski jõuda, oleks vaja stabiilse koosseisuga spetsialistide-uurijate rühma.

Probleemiks jääb sisseastumisel nõutav vorm 286, millelt me tulevase üliõpilase kohta tegelikult midagi välja ei loe. Tulevik seisnekski sisseastujate igakülgse uurimisel,



Fotod 8 ja 9. Vasakult: H. Unger, T. Kaasik, J. Kunder. G. Lossi fotod.



L. Karu, T. Vaasna, L. Maser, V. Maidvee,

mis praegu on küll raskendatud. Veel peaks kõnelema suhtumisest. Üliõpilasesse ei saa suhtuda kui katsejänesesse, ta peab tundma, et ka temal sellest uurimisest kasu on, et ta huvituks tulemustest. Peab õpetama üliõpilast rohkem ennast tundma õppima, end analüüsima, end mõistma.

Taie Kaasik. Tartus on kõrgkooli kompleksse uurimise labor, mis püüab psühholoogiat ühendada terviseuurimisega. On uuritud tulevaste pedagoogide psühhogramme ja adaptatsiooniküsimusi. Arstiteaduskonna üliõpilaste psühhogrammidelt torkab näiteks silma, et tulevased arstid nii väga ärevil ja pingelised on kui tulevased pedagoogid. Kui otsustada sisseastumiskonkursi järgi, siis ilmselt on arstiks õppijad võimekamad ja siiski tervemad. Praegu uurime koostöös füsioloogia kateedriga sülje koostist erisugustes situatsioonides, ka seoses vaimse koormusega.

Vaike Maidvee. Võiksin esitada kolme viimase aasta andmed kroonilisi haigusi põdevate dispanseerete haigete kohta Noorukite Polikliinikus. Kutsekoollides on 1000 nooruki kohta arvel 61...67 õpilast, keskeriõppeasutustes 66...78 õpilast, üldhariduslikes koolides 105...113 õpilast. Nendest arvudest on näha, et need noored, kes kõrgkooli lähevad, on juba halvema tervisega ning haigemad kui teised samaealised noored. Külmetushaigusi on üliõpilastel teistest vähem. AKK otsuse põhjal oleme andnud töendeid 111 korral, sellest 17 akadeemilise puhkuse jaoks (üldse andsime akadeemilist puhkust 27 juhul, neist 10-l oli asteeniline seisund). Eksamitest oleme vabastanud ja sessiooni pikendanud 21 juhul, õppekoormust muutnud 12 juhul, kehalisest kasvatusest vabastanud 16 üliõpilast.

Tiiu Vaasna. Eelmisel aastal dispanseersel

arvel olnud üliõpilaste arv on kõrgkoolides erinev, suurim on ta konservatooriumis, väiksem TPI-s. 100 üliõpilase kohta on arvel TRÜ esimestelt kursustelt 4 üliõpilast, EPA-st 4,7, TPedI-st 3,6, TPI-st 1,4. Viimaste kursuste üliõpilaste kohta on see arv vastavalt 4,67, 5,0, 5,7 ja 1,57. Üliõpilaste dispanseerimist on vaja ka edaspidi jätkata.

Saima Tamm. Üliõpilaste tervise uurimisel on suur töö veel ees. Oleks vaja koostada küsimustik kõigile kõrgkoolidele ja selle kaudu välja selgitada pärilike haiguste esinemissagedus, koguda andmeid põetud haiguste kohta. Neid andmeid peaks siis arvestama ka edaspidi arstipunktide töös. Kahjuks üliõpilane ise ei tule meelsasti arsti juurde, tegelikult on nad rohkem haiged, kui meie kaardid seda kajastavad. Nad on ükskõiksed oma tervise vastu. Arstipunkti tullakse vaid tõesti viimases hädas. Võib-olla tuleks üliõpilaste paigutamisel ühiselamutubadesse arvestada ka seda, kes on nn. hommiku-, kes õhtu- inimesed. Üliõpilastega vesteldes oleme aru saanud, et nad ka ise tunnetavad ja saavad aru, et nad on pingestatud, kuid ei oska end aidata. Kõrgkoolides tuleks kindlasti tõhustada psühhoteraapiat.

Helve Unger. Üliõpilane loob seda pinget ka ise, kunstlikult. Nad võitlevad viiepäevase töönädala eest, kuid seda enam pingelised need päevad siis oleksid ning selle vaba päeva üliõpilane paljudel juhtudel lihtsalt magab maha. Tuleks rajada rohkem profülaktooriime, ehkki üliõpilaste suhtumine neisse oli varem eitav. Seal on üliõpilasele loodud kõik võimalused väljapuhkamiseks, on maitsev söök, vaikus, rahu. On oluline, et üliõpilased võtaksid pidevalt osa kehalisest kasvatusest, normid aga peaksid olema parajalt stimuleerivad. Praegune sisseastunu on

üldiselt kehaliselt ettevalmistuselt nõrgem kui keskkoolilõpetaja, kellele järgi ta kehalistes võimetes jõuab alles esimesel-teisel kursusel. Vanematel kursustel kehalistes võimetes tagasiminekut enam ei ole. Kõigele vaatamata on meie vabariigi üliõpilaste kehalised võimed paremad kui üleliidulised keskmised näitajad üliõpilastel.

Evald Väärt. On kaks suunda üliõpilaste terviseprobleemide lahendamisel. Esiteks teaduslik uurimistöö, mis praegu on põhjalikult planeeritud ja kulgeb küllalt edukalt. Uurimistulemused tuleb anda arstide, pedagoogide ja psühholoogide kätte, et nad võiksid üliõpilaste tervisliku seisundi parandamiseks tehtavat tööd õigesti korraldada. Teine rühm probleeme hõlmab üliõpilaste meditsiinilise abi organisatsiooni ja selle korraldamist ning sisulist tööd. Tähtis on haiguste varajane avastamine, riskitegurite väljaselgitamine juba haiguse prekliinilises faasis. See eeldab spetsialistide ja diagnostilise tehnika olemasolu. Siin põrkavad arstid tihti kokku noore inimese omalaadse hoiakuga. Kui häda ei ole veel kõige suurem, siis oma haigust tunnistada ei taheta, või kui ta ongi haige, siis trotsib haigust. Alles siis, kui olukord tunduvalt halveneb, tullakse arstilt abi otsima. Kõrgkoolide juurde tuleb luua profülaktoriime ja psühhoterapeutilisi kabinette — see oleks üks organisatoorse töö suundi. Tagatud peab olema ka spetsialiseeritud arstiabi ja sanatoorne ravi.

Kõigest sellest tulenevalt tahaks loota, et spetsialistid — arstid, pedagoogid, hügienistid, psühholoogid ja teadlased — mõne aja pärast töötaksid välja soovitud tervishoiuministeeriumile ning kõrg- ja keskerihariduse ministeeriumile üliõpilase tervise kaitse ja tervise parandamise alal. Osa neid küsimusi vajab aga meie vabariigi valitsuse koordineerivat kätt. Kui me niiviisi planeerime ja öeldud suundades edasi püüame, võib loota, et tänasel vestlusringil, ka nõupidamiseks võib seda nimetada, on oma lähem või kaugem viljakas tagajärg.

*Vestlusringis arutatust andsid
ülevaate Vello Laos ja Helle Abel*

Uusi ravimeid

KULDJUURE VEDELEKSTRAKT

(*Extractum Rhodiolae fluidum*, Экстракт (родиолы жидкий. Экстракт золотого корня)

Kuldjuure vedelekstrakt on kootava maitsega omapärase aromaate roosiõlilõhnaga läbi paistev tumepruun vedelik. Ravimit toodetakse paksuleheliste (*Crassulaceae*) sugukonda kuuluva taime kuldjuure (*Rhodiola rosea L.*) juurikatest ja juurtest, kasutades 40°-st etüülalkoholi., Juurika murrupind on sidrunkollane, millest taime nimigi. Taim kasvab peamiselt Siberis ja Kaug-Idas. Ravim pärineb Siberi rahvameditsiinist.

Meditsiiniliselt kasutatakse kuldjuureekstrakti 1970. aastast alates. Toimeaineteks peetakse fenoolseid ühendeid — fenoolalkohole, glükosiide, flavonoide ja pürogallooli tüüpi parkaineid.

Spetsiifilist toimet omistatakse glükosiidile salidrosiidile (varajasemas kirjanduses rodiosiidile), mida vedelekstrakt peab sisaldama 0,5...1,0%. Juurikas leidub veel eeterlikku õli, orgaanilisi happeid ja muid ühendeid.

Kuldjuure vedelekstraktil on tugev stimuleeriv toime asteeniliste seisundite ja väsimuse korral, sest ta tõstab vaimset ja kehalist töövõimet. Ordineeritakse närvisüsteemi funktsionaalsete haiguste, hüpotoonia, vegetatiivse düstoonia korral, samuti nõrgestatud organismi puhul, koos muude preparaatidega kasutatakse ka psühhiaatriapraktikas psühhofarmakonide kõrvaltoime korrigeerimiseks (asteenianähud, akinetohüpotooniline sündroom jm.).

Ravimit võetakse 15...20 minutit enne sööki 5...10 tilka korraga kaks kuni kolm korda päevas 10...20 päeva jooksul.

Psühhiaatrias kasutatakse 10...40 tilka korraga kaks kuni kolm korda päevas, ravi-kuur kestab 1...2 kuud.

Kuldjuure vedelekstrakti manustamine on vastunäidustatud närvisüsteemi tugeva erutuvuse, ajukoorerakkude kurnatuse, hüpertooniliste kriiside ja palaviku korral.

Ravimit võetakse vaid päeva esimesel poolel. Kõrvaltoimena võib mõnikord põhjustada unetust, erutust, peavalu, hüpotooniat, mis nõuab ravi katkestamist.

Ravim on müügil pudelites á 30 ml. Säilitatakse jahedas pimedas kohas.

Aino Jüriso

In memoriam

OTTO PAPPAL

11. XI 1930 ... 13. III 1982



13. märtsil lahkus pärast lühiajalist rasket haigust meie hulgast Jõgeva Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonna kauaaegne juhataja Otto Richardi p. Pappel.

O. Pappel sündis 11. novembril 1930. a. Pärnus. Pärnu 1. Keskkooli lõpetamise järel 1949. aastal alustas õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas, mille raviosakonna lõpe-

tas 1955. aastal. Sellest ajast alates töötas O. Pappel Jõgeva rajoonis. Algul oli ta Järve (praeguse Maarja) jaoskonnahaigla juhataja, seejärel Jõgeva Rajooni Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja, Jõgeva Rajooni Haigla peaarst. 1958. aastast alates kuni surmani juhatas Jõgeva Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonda, olles ka Jõgeva rajooni peakirurgiks.

Peakirurgina tegi ta palju ära kirurgilise abi arendamisel Jõgeva rajoonis. Tema initsiatiivil seati Jõgeva Rajooni Keskhaiglas sisse ööpäevane kirurgivalve.

O. Pappel oli esimese kategooria kirurg. Aastakümnete jooksul andis ta tunnustatud kirurgina paljudele inimestele tagasi tervise ja elugi, pälvides patsientide tänu ja lugupidamise. Tema teened olid suured noore kirurgide kaadri kasvatamisel, mitmed kirurgid omandasid vilumuse tema assistendina.

Ka ühiskondlikus töös oli O. Pappel pikka aega mitmel alal tegev. Kümme aastat oli ta Jõgeva rajooni tervise rahvaulikooli nõukogu esimehe asetäitja. Ta oli ka Punase Risti Seltsi Jõgeva rajoonikomitee presiidiumi liige, tsiviilkaitse meditsiiniteenistuse staabi ülem, kutsekomisjoni esimees, autojuhite komisjoni esimees. Hea organisatorina aitas ta levitada tervishoiualaseid teadmisi. Ta oli ühingu «Teadus» oodatud lektor. Agaralt osales ta kollektiivi ühistes ettevõtmistes ja üritustes, samuti võttis osa uue Jõgeva Rajooni Keskhaigla projekteerimisest.

O. Pappeli hea töö oli pälvinud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja N. I. Pirogovi nimelise rinnamärgi, Jõgeva Rajooni RSN Täitevkomitee aukirja.

Kaotus on korvamatu. Mälestus Otto Pappelist on tema kolleegide, arvukate patsientide ja sõprade südames jääv.

Kolleegid

ANNA KOORT
12. VII 1900 ... 25.IV 1982



Meie vabariigi arste on tabanud korvamatu kaotus. 25. aprillil 1982 lahkus jäädavalt Anna Koort, suurte kogemustega ja erudeeritud naistearst, kes on olnud paljude meie naistearstide õpetajaks.

A. Koort sündis 12. juulil 1900. aastal Mõisakülas põllupidaja perekonnas. Pärast Mõisaküla algkooli lõpetamist astus Pärnu Ühisgümnaasiumi, seejärel 1919. a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1925. a. Ajavahehikul 1926...1936 töötas Mõisakülas jaoskonnaarstina, aastail 1936...1939 Tartu Ülikooli Naistekliinikus voolontäärassistendina. 1939. aastast alates oli seal nooremassistendiks kuni 1940. aastani, mil kinnitati TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri assistendiks, 1942. a. nimetati ümber Tartu Ülikooli Naistekliiniku nooremassistendiks. 1944. aastast alates

töötas edasi TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri assistendina, kusjuures tema kohustuste hulka kuulus ka lugeda naistehaiguste diagnoosimist III kursuse arstiteaduskonna üliõpilastele ja günekoloogiat V kursuse üliõpilastele. Ta luges ka naistehügieeni sõjalise õpetuse kateedris ning sama ainet õigusteaduskonna ja põllumajandusteaduskonna naisüliõpilastele.

1950. a. kinnitati A. Koort sünnitusabi ja günekoloogia kateedri vanemõpetajaks. 1952. a. alates töötas ta samal ajal ka Tartu Kliinilises Sünnitusmajas kirurgilise günekoloogia osakonna juhatajana. A. Koort tegi palju ära Tartu Kliinilise Sünnitusmaja günekoloogiaosakonna väljakujundamisel. Oma teadmisi ja rikkalikke kogemusi rakendas töös üliõpilaste, arstide ja sünnitusmaja personaliga. A. Koort oli kirjutanud töid aborti ja septiliste haiguste kohta, oli uurinud ka ektoopilist rasedust; sellealane uurimus oli ette nähtud kandidaaditööna. A. Koort oli Tartu Akušööride ja Günekoloogide Teadusliku Seltsi liige, esines tihti seltsi koosolekutel ettekannetega.

A. Koort oli neid tublisid arste, keda ei tundnud mitte ainult üliõpilased ja arstid, vaid ka paljud patsiendid. Seejuures kuulus ta nende tagasihoidlike ja töökate arstide kilda, kes oskasid tööd teha loomunguliselt, südametunnetusega, olles äärmiselt täpne ja nõudlik nii enese kui ka teiste vastu, ilma end esile tõstmata. Pikaajalise, 35 pingerikka ja mitmekordse koormusega tööaasta järel läks ta 1961. a. Tartu Riikliku Ülikooli teenistusest pensionile. A. Koorti tööd on hinnatud ja seda on korduvalt esile tõstetud TRÜ rektori aukirjadega.

A. Koorti mäletavad tänu ja austusega mitmed naistearstide põlvkonnad.

*TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi
ja günekoloogia kateeder*

Tartu Kliiniline Sünnitusmaja

TERVISHOIUMINISTERIUMIS

25. märtsil toimunud kolleegiumi koosolekut, mida juhatas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt, alustati arstide ja proviisorite kvalifikatsiooni tõstmise plaanide aruteluga. On hästi mõistetav, et enam soovitakse lühiajalisi täiendustsükke ja -kursusi, sest enamik arste ja proviisoreid on naised ning perekonnainimesed. Täiendamise ja spetsialiseerumise kohta peab arstidel ja tervishoiujuhtidel täielik teave olema: millal, kus ja kui kaua kursused kestavad, samuti millal ja millisel erialal korraldatakse väljasõidutsükke. On tähtis, et ükski osavõtja-koht ei jääks komplekteerimata, on see TRÜ-s või üleliidulistes täienduskeskustes. Täienduskursustest ei tohi eemale jääda ka polikliinikuarstid ja tervishoiujuhid. On tähtis, et lähemate aastate plaanides oleks juba kooskõlastatult kirjas kõikide kursuslaste nimed. Farmatseutidel on kvalifikatsiooni tõstmine kulgenud regulaarselt ja üldiselt häireteta.

Seejärel arutati terapeutilise abi täiustamist Tallinnas, mille kohta kuulati linna peaterapeudi L. Pieli aruannet ning meie vabariigi peaterapeudi prof. N. Elsteini kaasaruannet. Tallinnas on viimastel aastatel selles valdkonnas küllaltki palju ära tehtud, kui mainiksime kas või ainult uute, Tallinna Kiirabihaigla, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla, Oismäe Polikliiniku tegevust. On avatud 24 uut arstijaoskonda, töötavad 31 tsehhijaoskonda. Igati on täiustatud spetsialiseeritud arstiabi. Edaspidi on vaja veelgi avada uusi terapeudijaoskondi, komplekteerida kõik jaoskonnaarsti kohad. Tähtsaks tööks jääb dispansseerimine, profülaktikameetmete täiustamine, väljastatud töövõimetuslehtede põhjendatuse kontroll, jaoskonnaarstide teadmiste süvendamine (seminarid, loengud jm. kohtadel), kvalifikatsiooni tõstmine üldse. Tallinna Kiirabihaiglas, kus juba praegu võetakse vastu kõik Tallinna linna ja Harju rajuoni toksikoloogilised haiged, tuleb avada toksikoloogiaosakond.

Vabariikliku Arstliku Kehakultuuridisperseri peaarst E. Annus esitas aruande arstliku kontrolli, ravikehakuultuuri ja massilise kehakultuurialase töö kohta. Tervislike eluviiside ja tervisespordi propaganda on ebapiisav, samuti ka tervishoiutöötajate hulgas.

Kolleegiumi otsuses on üksikasjalikult fikseeritud juhtnöörid edaspidiseks.

Koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumiga arutati samal päeval töötingimuste parandamist ning töökaitse ja sanitaartervistavate ürituste kompleksplaani elluviimist tervishoiuasutustes.

8. aprillil toimus Eesti NSV Tervishoiu- ja tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi laienatud istung, millest võttis osa enam kui 150 tervishoiujuhti, peaspetsialisti, TRÜ õppejõudu jt. tervishoiutöötajaid. Põhiettekanne «Eesti NSV tervishoiuasutuste 1981. aasta tähtsusetud ja ülesanded 1982. aastaks» oli tervishoiuminister prof. V. Rätsepalt.

Uusi raviasutusi tuleb meil juurde igal aastal. Tööd alustasid suurepärase Võru Rajooni Keskaigla, Tartu Kliinilise Lastehaigla nakkuskorpus, Kohtla-Järve Naistenõuandla, Pärnu Linna Lastepolikliinik ja mitmed väiksemad tervishoiuasutused. Arste tuli juurde 149, nüüd on meil 36 arsti 10 000 elaniku kohta. TRÜ arstiteaduskonna lõpetajaist 14,2% hakkas tööle kiirabihaiglas, 34,2% jaoskonnaarstidena, 80% pediaatristest jaoskonnapeediaatritena. Aasta jooksul paranes ambulatoorne ja polikliiniline arstiabi, ilmne edasiminekuks on kiirabitöös. Sotsialistlikus võistluses osalevad 60% meie meditsiinivõistlusest, neist 91% ka kommunistliku töö liikumises.

Minister analüüsis ka ehitus- ja kapitalremondi raskusi, millest tuleneb voodifondi suhteliselt halb kasutamine. On vaja komplekteerida kõik artikohad. Dispansseerimine peab paranema — ka see on profülaktika. Arusaamatutel põhjustel suureneb ajutine töövõimetus. Töövõimetuslehtede põhjendatus peab edaspidi olema range kontrolli all. On vaja parandada arstlikku järelevalvet kodusel ravil olevate laste üle, täpsustada soolenakkushaiguste diagnoosimist, selgeks teha vaktsineeritud laste leetrihaigestumuse suurenemise põhjused.

Läbirääkimistel kuulati ära 19 sõnavõttu. Kõne all olid meditsiinkaadri probleemid (M. Martinson, L. Jannus, T. Randlane, A. Rodin), sanitaarpropaganda ühekülgne ja vähi-profülaktika (Ü. Valvere), polikliinilise arstiabi eriline tähtsus ja asjaajamise operatiivsus (K.-M. Leivald), tuberkuloosi ja alkoholismi seos (L. Jannus), donorluse ja koduste põetajate ettevalmistus (U. Vagur), ebaselge etioloogiaga seedehäired lastel (E. Tomberg), ravimid ja apteekide tegevus (V. Nisu), ajutise töövõimetususe ekspertiis ja voodifondi ratsionaalne kasutamine (N. Elstein), arstide ettevalmistus ja polikliinikuarsti töö (L. Allikmets), tööstustöölise arstiabi (R. Toots), vastutustunne ja peaarsti töö (E. Väärt), töösse suhtumine, peaarsti osa arstide täiendamisel, raviasutuste kapital- ning sanitaarremont jm. küsimused.

Arutlust tegi kokkuvõtte tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Ta puudutas sõnavõttes öeldud ning rõhutas iga arsti kohuse- ja vastutustunde ning töökuse, samuti õppimissoovi suurt tähtsust, mis kõik kokku aitab arstil paremini töötada, arstiabi üldkvaliteeti parendada.

Samal istungil arutati ravi- ja profülaktikaasutuste 1981. aasta tööd statistiliste näitajate põhjal, ning kuulati tervishoiuministri abi N. Saarma analüüsi ministeeriumi saanud avalduste, ettepanekute ning kaebuste kohta.

15. aprillil peetud kolleegiumi koosolekul, mida juhatas tervishoiuminister prof. V. Rätsep, oli arutusel meditsiiniaparatuuri ja -seadmete kasutamine tervishoiuasutustes. Mitte igal pool ei ole sellega korras: on haiglaid, kus kallihinnalised aparaadid seisavad kasutamata mingi pisirikke või lihtsalt ükskõiksuse tõttu. Edaspidi toimub aparatuuri tellimine üksnes peaspetsialistide ja ministeeriumi vastava komisjoni otsuse põhjal.

Samal koosolekul arutati veel ministeeriumi isemajandavate organisatsioonide ja vabariiklike riigieelarveliste asutuste finantsmajanduslikku tegevust 1981. aastal, kuulati informatsiooni nakkushaiguste profülaktika kohta Tallinnas ning analüüsi ravimtaimede varumist 1981. aastal. Ravimtaimede kogumise plaan küll täideti, kuid vähe koguti kummeliõisikuid, kadaka- ja kibuvitsamarju. Lähimad ülesanded on fikseeritud kolleegiumi otsuses.

Ehkki tuberkuloositorjes on meil suuri edusamme, on selle haiguse suhtes siiski vaja valvsust. 13. mail arutati tuberkuloositorjet Põlva ja Võru rajoonis, kus sel alal on nii mõndagi võimalik veel paremini teha. Edaspidi peab fluorograafiliste läbivaatuste arvu suurendama, võimalus teha bakterioloogilisi uuringuid tuberkuloosibakteri leidmiseks peab olema nii Võrus kui ka Põlvas. Samal koosolekul kuulati S. Kaldma ettekannet sünnitusasutuste töö ja nendes valitsevate töötingimuste kohta. Pärast paranduste tegemist ja täienduste lisamist kiideti heaks 1983. aasta sotsiaalse arengu plaani projekt tervishoiu alal.

Samal päeval tehti kolleegiumi koosolekul koos tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumiga kokkuvõtet tervishoiuasutuste 1981. aasta vabariikliku ülevaatuse tulemustest. Nende põhjal tunnustati võitjateks, kellele määrati ka rahapreemia ja audiplot, järgmised tervishoiuasutused.

Vabariiklike tervishoiuasutuste rühmas Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut (preemiaks 2500 rbl.);

linnahaiglatest ja rajooni keskhaiglatest Võru Rajooni Keskhaigla (3000 rbl.), Tallinna

Nõmme Haigla (4500 rbl.) ja Tallinna Kliiniline Lastehaigla (4000 rbl.);

sanitaar- ja epidemioloogiaasutustest Narva Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam (1200 rbl.);

maajaoskonnahaiglatest ja maa-ambulaatoriumidest Ahja jaoskonnahaigla (1500 rbl.) ja Kose jaoskonnahaigla (1200 rbl.) ning Tarvasto maa-ambulaatorium (800 rbl.);

tervishoiupunktidest ning velskri- ja ämmaemandapunktidest Valga Õmblusvabriku «Baltika» ja tehase «Volta» tervishoiupunkt (à 150 rbl.), tootmiskoondise «Norma», Tallinna 15. kutsekeskkooli, Tartu Autode Remondi Katsetehase ja tootmiskoondise «Polümeer» tervishoiupunkt (à 100 rbl.), Linnamäe, Vastemõisa, Lümända, Häätare, Uusna ning Ruusamäe velskri- ja ämmaemandapunkt (à 100 rbl.).

Märgiti ära Tallinna Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla, Tartu Kliinilise Haigla, Tallinna Pelgulinna Haigla, Haljala maa-ambulaatoriumi, Risti jaoskonnahaigla ja tehase «Estoplast» tervishoiupunkti edukat tööd.

Päevakorras viimane punkt oli tervishoiutöötajate ajutise töövõimetusega haigestumise analüüs. Haigestumus on meil üldiselt kõrge, kuid Lätis või Leedus. Kindlasti mõjutavad seda osalt sellised tegurid, et enamik töötajaid on naised, igapäevane töökoormus on suur, mõju avaldavad sageli ka ebasoodsad töötingimused, suur viirusnakkusohu, pensionäridest töötajate suur osatähtsus. Haigestumise vähendamiseks on tarvis enam tähelepanu pöörata tervishoiutöötajate töötingimustele, nende tervise kaitsmisele ja dispanserimisele ning ka nende ravivajadusele haigestumise puhul.

Vello Laos

9. aprillil toimunud Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiinõukogu presiidiumi koosolekul, mida juhatas teadusliku meditsiinõukogu esimehe asetäitja prof. N. Elšteín, arutati kolme küsimust, sealhulgas teadlaskaadri ettevalmistamine tervishoiu-ministeeriumi teaduslikes uurimis-asutustes ja sotsialistliku võistluse kriteeriumide kinnitamine parima arstide seltsi väljasegitamiseks.

Esimese päevakorraküsimuse arutamisel oli osa võtma kutsutud mitmeid probleemiga kursis olevaid teadlasi, elektroonikainseneri, füsioterapeute, nõelraviarste jt. Teadusliku meditsiinõukogu presiidium ei andnud aparaadile hinnangut ega ka soovitusi selle katsetamiseks tervishoiuasutustes puudulike andmete tõttu.

Teadlaskaadri ettevalmistamisest EKMI-s rääkis teadusala asedirektor prof. V. Küng.

Teaduskraadiga töötajate arv moodustab teadurite üldarvust 63%. Instituut on laia profiiliga uurimisasutus, sellest on tingitud ka uurimissuundade rohkus. Doktorikraadiga teadurite arv suurenes aastail 1971...1981 üheksa võrra. Doktoritööd teevad V. Salijev, A. Luts, R. Trink, H. Pöder, B. Liberman ja P. Laane. 1981. a. täienes instituudi koosseis viie teaduste kandidaadi võrra, neli väitekirja on valmis ning need esitatakse kaitsmisele juba käesoleval aastal (N. Smidt, I. Avdejeva, Ü. Heinla, T. Sipilova), peale selle esitatakse sel aastal V. Rjazanovi, M. Männiko, A. Grafi, H.-M. Loidi ja I. Sergejevi kandidaaditöö teaduslikule nõukogule aprobeerimiseks ning 12 töötajat dissertatsiooniteema kinnitamiseks. Viis töötajat õpib aspirantuuris, neist kolm sihtaspirantuuris. Teadlaskaadri ettevalmistamist aspirantuuri teel ei saa veel küllaldaseks pidada. Instituudis pööratakse suurt tähelepanu noorteadlaste ja spetsialistide erialakvalifikatsiooni tõstmisele. Hästi töötab noorteadlaste ja spetsialistide nõukogu.

Edukalt on teadlaskaadri ettevalmistus toimunud Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis. Tänavu valmistatakse ette kolm doktorija 13 kandidaaditööd, neli teadurit (L. Kaljulaid, R. Peetso, E. Kruglova ja G. Pavlovski) kaitsesid 1981. a. kandidaaditöö edukalt. Aspirante on seitse, neist on viis sihtaspirantuuris Moskvast.

A. Seppo nimelises Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumis on lõpetamisel 9 kandidaaditööd.

Teadusliku meditsiininõukogu presiidium hindas noorteadlaste kaadri ettevalmistamise nimetatud asutustes heaks.

U. Sibul esitas läbivaatamiseks ja kinnitamiseks sotsialistliku võistluse kriteeriumid parima arstide seltsi väljaselgitamiseks. Sotsialistliku võistluse eesmärk on aktiviseerida arstide seltside tegevust. Kokkuvõtteid tehakse üks kord aastas.

Andrei Sarap

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi alalise alkoholismikomisjoni koosolek toimus 2. aprillil 1982. a. Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas. Koosolekut juhatas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Ülevaate komisjoni mullusest tööaastast, samuti meie vabariigi narkoloogilisest abist 1981. a. esitas Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla dispanserse narkoloogiaosakonna juhataja A. Liiv. Komisjon hindas 1981. a. töötulemused rahuldavaks. Vaadati läbi ja kinnitati 1982. a. tööplaan. Et komisjon koordineerib ka suitsetamisvastaseid üritusi, siis muudeti 1982. a. kevadest mõneti komisjoni koosseisu. Uueks sekretäriks sai narkoloogia organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja E. Striz.

Anti Liiv

ENSV Tervishoiuministeeriumi laste ravi- ja profülaktikanõukogu istungil, mis peeti 28. aprillil 1982, arutati kolme probleemi. Esiteks oli vaatluse all tuberkuliindiagnoosimine ja kaitsepookimine BCG-vaktsiiniga ning puudused selles töös (I. Einas). 1981. a. hõlmati tuberkuliindiagnoosimisega 87% kuni 12 aasta vanustest lastest. Kuigi meie vabariigi mõnes linnas või rajoonis on sellealane töö mitmeid aastaid toimunud brigaadiviisiliselt, puuduvad seni andmed töö tõhususe kohta. Leiti, et praegu ei ole meie vabariigis brigaadiviisilise meetodile tervikuna veel võimalik üle minna. Nõukogu otsustas moodustada komisjoni, kes selle küsimusega tegelema hakkab ja oma tööst juba järgmisel nõukogu koosolekul aru annab.

Teiseks arutati õpilaste ja lastekollektiivide arstiabi korraldust Viljandi rajoonis ning Pärnu linnas (V. Sarapuu, H. Tammiste). Viljandi rajoonis annab ühe jaoskonna lastele igal ajal abi jaoskonnapediaater. Et on vaid aastased kogemused, ei saa veel üldistusi teha. See meetod võimaldab aga lastekollektiivides enam tähelepanu pöörata sanitaarharidustööle, võimaldab paremini juhendada pedagoogilist ja keskastme meditsiinitöötajate tööd.

Nõukogu otsustas lastekollektiivide meditsiinilase töö korraldamisel aluseks võtta Viljandi rajooni kogemuse.

Kolmandaks analüüsiti laste suremust 1982. a. I kvartalis Tallinna linnas ja Harju rajoonis (H. Lazareva, A. Uuli).

Iga rajooni pediatritel ja günekoloogidel tuleb põhjalikult analüüsida laste suremust ning teha järeldusi töö parandamiseks.

Mall-Ann Riikjärv

3...6. maini viibis meie vabariigis viieliikmeline Soome tervishoiutöötajate delegatsioon, et tutvuda meie tervishoiuorganisatsiooniga ning kliinilise biokeemia ja isotoopdiagnostika laboratooriumide tööga. Samal ajal viibis Tallinnas ka Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuministeeriumi plaaniosakonna töötaja P. Pitkänen. 4. mail olid külalised tervishoiuminister V. Rätsepa juures vastuvõtul. Arutati kumbagi poolt huvitavaid tervishoiuprobleeme ning koostöö võimalusi.

Nelly Saarma

21. mail Eesti NSV Tervishoiuministeeriumis toimunud pidulikl koosolekul anti vabariiklikule tootmiskoondisele «Eesti Meditsiintehnika» üle rändpunalipp ja rahapremia elektrienergia ja kütuse kokkuhoiu eest 1981. a.

Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm ütles avasõnas, et teatavasti anti niisugune preemia NSV Liidus välja esimest korda ning on heameel, et selle pälvis «Eesti Meditsiintehnika» tubli kollektiiv. Rändpuna-

lipu andis üle üleliidulise koondise «Meditsiinitehnika» peainsener A Žabin. Kollektiivi nimel võtsid sõna peadirektor J. Raiend ja parteialgorganisatsiooni sekretär I. Saarlem. EKP Tallinna Linna Lenini Rajoonikomitee nimel tervitas sekretär R. Tuulemäe.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumis olid 1. juunil tervishoiuministri prof. V. Rätsepa vastuvõtul 19 Kuuba pediaatrit. Minister kõneles külalistele meie vabariigi tervishoiukorralduse isearasustest ja saavutustest. Ministeeriumi valitsusejuhataja E. Tomberg tutvustas lähemalt pediaatriaalaast tööd. Hoolitsuslaste eest algab meil juba tulevaste emade jälgimisega naistenõuandlas. Esimesel eluaastal on kõik imikud arstide ja õdede pideva kontrolli all. Et meie kliima on külm ja niiske, esineb lastel kõige rohkem ülemiste hingamisteede haigusi. Koolieelsetes lasteasutustes on moodustatud spetsiaalsed rühmad lastest, kes tihti on haiged või põevad kroonilisi haigusi. Niisuguste koolilaste jaoks on mitmed sanatoorsed internaatkoolid, Eestis on ka kolm lastesanaatoriumi. Suvel puhkab tuhandeid lapsi puhkelaagrites.

Eesti NSV Lastearstide Teadusliku Seltsi poolt tervitas Kuuba kolleegid TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhataja dotsent L. Tamm, kes tutvustas pediaatrite ettevalmistust TRÜ-s ja meie lastearstide seltsi tegevust.

Kuuba delegatsiooni esindaja rääkis oma maa tervishoiukorraldusest. Spetsiaalsed lastepolikliinikud puuduvad, polikliinikud on nii lastele kui täiskasvanutele ühised, kusjuures 25 tuhande elaniku kohta tuleb üks polikliinik. Pediaatreid on Kuubas üle 2000, ühe pediaatri hoole all on ligikaudu tuhat last. Rõõmstasvat väike on neil vastündinute suresum. Ka Kuubas on oma pediaatrite selts, kus vahetatakse kogemusi, tehakse uurimistööd ja korraldatakse kongresse.

Kuuba pediaatrid viibisid NSV Liidus poolteisekuulistel täienduskursustel, mille vältel kuulati loenguid, võeti osa konverentsidest, külastati meditsiinasutusi. Programmi kuulus ka neljapäevane tutvumine meie vabariigiga. Käidi Pärnu Lastepolikliinikus ja Tallinna Kliinilises Lastehaiglas, külastati lasteaeda.

Helle Abel

TRÜ ARSTITEADUSKONNAS

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 23. märtsil kuulati hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri dotsendi kt. M. Niidu *venia legenda* loengut «Põllumajanduskeemiast tulevavad ohud tervisele». Loengule anti hea hinnang ning M. Niit otsustati esitada dotsendikutsutuse saamiseks.

Arstiteaduskonna ametiühingubüroo esi-

mees dotsent A. Peetsalu tegi teatavaks 1981. a. sotsialistliku võistluse tulemused.

Arstiteaduskonna kolmeks paremaks kaatedriks tunnistati psühhiaatria, farmaatsia ning patoanatoomia ja kohtuarstiteaduse kateeder. Õppejõududest olid paremad professorid L. Allikmets, J. Saarma, L. Pokk, dotsendid L. Mehilane, J. Tammeorg, vanemõpetaja V. Kalnin, assistendid J. Linkberg, Ü. Langel, A. Panov, P. Roosaar ja L. Tanning. Üldtulemuste põhjal kuulusid ülikooli 10 parema õppejõu hulka L. Allikmets, J. Saarma ja L. Mehilane. Arstiteaduskond tuli bioloogia-geograafia- ja õigusteaduskonna järel kolmandale kohale.

Nõukogu analüüsis ka spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedri (juhataja prof. T. Karu) ning operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia kateedri (juhataja prof. E. Sepp) tööd. Edusammude kõrval teadus- ja õppe-kasvatustöös märgiti, et õppevahendeid on vähe kirjastatud. Soovitati ravikehakultuuri põhjalikumalt õpetada ravi- ja spordimeditsiini osakondade üliõpilastele ning otsustati VI kursuse õppeplaani sellele vastavalt korrigeerida.

NSV Liidus kinnitati uued õppeplaanid ravi, pediaatria ja farmaatsia erialal. Need hakkavad kehtima 1982. aasta 1. septembrist. On ühtlustatud õppetööd VI kursusel. Kõigile subordinatuuri erialadele (teraapia, kirurgia ning sünnitusabi ja günekoloogia) on sisse viidud endokrinoloogia, kliinilise farmakoloogia, onkoloogia ühtse pikkusega tsükklid. Farmakoterapia tundide arvu on suurendatud ka farmatseutidel. Mitmete kliiniliste õppeainetega alustatakse hiljem, kui on seni kehtinud plaanis. See jätab rohkem aega meditsiini ja bioloogia fundamentaalkursustele. Riigieksamid toimuvad ainult VI kursusel.

Eesti NSV bakterioloogide vabariiklik seminar «Bakterioloogilise diagnostika aktuaalsed küsimused» toimus 26...27. maini 1982 Tartus. Seminari korraldasid TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateeder ning ÜMPI mikroobide ökoloogia labor ja vabariiklik ning Tartu sanitaar- ja epidemioloogiajaam. Seminarist võttis osa üle 40 spetsialisti kõikidest meie vabariigi keskustest.

Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja arstiteaduse doktor A. Jõgiste andis ülevaate epidemioloogilisest olukorrast Eesti NSV-s 1981. a., bakterioloogialabori juhataja U. Jõks analüüsis samal ajavahemikul bakterioloogialaborites tehtud. Mittespetsiifiliste anaeroobsete infektsioonide osast kliinikus kõneles ÜMPI mikroobide ökoloogia labori vanemteadur M. Mikelsaar. Ta juhendas ka kahte praktikumi, kus käsitleti nimetatud infektsioonide mikrobioloogilise diagnoosimise põhiseid. Moodustavad ju need nakkused vähemalt 30% kliinikus esinevatest nakkustest. Allakirjutanu peatus haiguseteki-taja kvantitatiivse määramise tähtsusele mik-

robioloogilises diagnostikas. Ta rõhutas, et mikroobide hulgaline iseloomustus on eriti tähtis organismi mikrofloorasse kuuluvate mikroorganismide põhjustatud nakkuste puhul.

Akivo Lenzner

PUNASE RISTI SELTSIS

18...20. maini 1982. a. toimus Volgogradis I üleliiduline patronaaziõdede seminarnõupidamine, tähistamaks NSV Liidu moodustamise 60. aastapäeva.

Avamisel lausub tervitussõnad NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee esimehe asetäitja A. Rešetov. Ta rääkis ka patronaaziõdede töö täiustamisest, isamaasõja-, tööinvaliidide ning üksikute voodihaigete hooldamisest. Huvitavate ettekannetega esinesid Ž. Tokareva NSV Liidu Tervishoiuministeriumist ning J. Rjabotškin NSV Liidu Riiklikust Sotsiaalhoolduse Valitsuse Töö ja Sotsiaalküsimuste Komiteest jt. Samuti esines meditsiiniõde M. Išanhodžajeva, keda on autasustatud Florence Nightingale'i medaliga.

Sõna võttis patronaaziõdesid kõikidest liidu vabariikidest, kes jagasid oma töökogemusi. Eesti NSV Punase Risti Seltsi esindasid nõupidamisel patronaaziõded V. Aleksejeva ja L. Meerents ning allakirjutanu Punase Risti Seltsi Keskkomiteest.

Vilja Pern

28. ja 29. mail 1982. a. korraldas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee Räpina rannas XXXII vabariiklikud sanitaarsalkade võistlused, millest võtsid osa linnade ja rajoonide võistlustel esikohale tulnud sanitaarsalgad ning XXXI vabariiklike sanitaarsalkade võistluste võitja — Paide Tarbijate Kooperatiivi sanitaarsalk.

Võistlejaid tervitasid Eesti NSV tervishoiu-ministri esimene asetäitja E. Väärt, Eesti NSV Tsviilkaitse Staabi ülem kindralmajor V. Vare, Põlva RSN Täitevkomitee aseesimees J. Häelme.

22 sanitaarsalgast tuli võistluste põhimääruses ettenähtud esmaabinormatiivajaga toime 20. Tublid oldi ka individuaalsete kaitsevahendite kasutamises ja kunstliku hingamise ning kaudse südamemassaaži tegemises.

Väljaõppel tuleks rohkem tähelepanu pöörata tegutsemisele nakkuskoldes, kus saadi palju karistuspunkte, eriti proovide võtmisel ja lõppdesinfektsioonil.

Kui kõik karistuspunktid kokku arvati, selgus, et esikohale tuli taas Paide Tarbijate Kooperatiivi sanitaarsalk, teise koha sai Märjamaa sovhoos ja III koha «Saare Kaluri» sanitaarsalk.

Kõigi eespool mainitud sanitaarsalkade ettevalmistajad on keskastme meditsiinitöötajad:

A.-M. Jaksi Paidest, I. Leht Märjamaalt ja L. Liiv Kingissepast. Kiitus neile!

Ilm soosis võistluste korraldamist ja läbiviimist. Parimad meditsiinitöötajad märkis tervishoiuminister ära oma aukirjaga. Selle pälviseid võistluste peakohtunik E. Allikvee Võrust, K. Kase, M. Adoson, H. Leivo, L. Aruvee, E. Timmas ja H. Kurvet Tallinnast, M. Porila Põlvast, E. Raudsepp Türilt ja J. Porila Haapsalust.

Salme Tarmas

* * *

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 27. maist 1982 autasustati teinete eest kvalifitseeritud spetsialistide ettevalmistamisel rahvamajanduse jaoks, teadusliku uurimistöö arendamisel ning seoses asutamise 350. aastapäevaga Tartu Riiklikku Ülikooli Rahvaste Sõpruse ordeniga.

Eduka töö eest Võru Rajooni Keskhaigla ehitamisel autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 13. mail 1982 oma aukirjaga Eesti NSV teenelist arsti, Võru Rajooni Keskhaigla peaarsti **Hillar Kaldat**.

23. veebruaril 1982. a. toimunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul arutati tootmistraumatismi meie vabariigi tervishoiuasutustes ja kuurortides 1981. aastal. Märksa on vähenenud tootmistraumadest tingitud ajutise töövõimetuse kestus, võrreldes 1980. a. samade näitajatega. Ent mitme ravi- ja profülaktikaasutuse administratsioon ei ole taganud oma töötajatele ohutuid ja tervislikke töötingimusi. Nii oli õnnetusjuhtumeid ja suurenes töövõimetus Narva Linna Haiglas, IV Valitsuse Vabariiklikus Haiglas, Haapsalu Rajooni Keskhaiglas ning Kohtla-Järve Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Töökaitse osas ei ole kõik korras Tallinna Nakkushaiglas, Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris. Võeti vastu otsus, milles Eesti NSV Tervishoiuministeriumile tehakse ettepanek tagada tervishoiuministeriumi allasutustes tootmistraumatismi vähendamise 1981. a. plaani täielik täitmine. Ka Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariiklikule Nõukogule tehti ettepanek süstemaatilisel kontrollilida tööseaduste täitmist alluvates raviasutustes ja majandites. Ametiühingu rajooni-, linna- ja kohalike komiteede töökaitseaktiivi kohustati regulaarselt kontrollima ohutustehnika ja töötervishoiu nõuete ning nimetatud otsuse täitmist.

Koosolekul tehti teatavaks konkursi «Parim ühiskondlik töökaitseinspektor» tulemused. Koos Eesti NSV Tervishoiuministeriumi kolleegiumiga otsustati ravi- ja profülaktikaasutuste rühmas anda esikoht A. Laurimale, teine

koht R. Valmale ning kolmas koht V. Sündemale. Meditsiiniliste tööstusettevõtete rühmas oli parim Keemia- ja Farmaatsiatehase töökaitseinspektor V. Reiman.

Koos Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kollegiumiga kinnitati presiidiumi koosolekul Apteekide Peavalitsuse süsteemi töötajate 1982. a. sotsialistlikud kohustused osavõtuks üleliidulisest sotsialistlikust võistlusest. Kuulati ära 1981. a. laekunud avalduste ja kaebuste analüüs ja tervishoiuasutuste seltsimehelike kohtute töö 1981. a. ning ametiühingu 1981. a. eelarve ja sotsiaalhoolduse eelarve täitmine.

12. märtsil 1982. a. arutati Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee II pleenumil tööstus-, ehitus- ja transporditöötajate arstiabi parandamist. Pleenumist võttis osa Tervishoiutöötajate Ametiühingu Keskkomitee tootmistöö- ja töötasuosakonna instruktor E. Anurova. Põhiettekande esitas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt, kaasettekande I. Galanin.

Tööstus-, ehitus- ja transporditöötajate arstiabi on korraldatud eelisteendamise põhimõttel. Kõikides ettevõtetes, kus on normatiivile vastav arv töötajaid, on moodustatud tsehhiarstijaoskond (1. jaanuari 1982. a. seisuga 87 tsehhiarstijaoskonda), ettevõtetes töötavad tervishoiupunktid (224 tervishoiupunkti). Ettevõttes, kus töötajaid on üle 400, on määratud profülaktilise töö läbiviimiseks territoriaalsete polikliinikute juurde. Tähelepanu on pööratud haiglate töö parandamisele ning polikliinikute töökorraldusele õhtutel ja puhkepäevadel, ajutise töövõimetuse ekspertiisi korraldusele ja meditsiiniliste läbivaatuste efektiivsuse tõstmisele. Puudustest nimetati, et tervishoiuorganid ei ole suutnud kõiki tsehhiarstijaoskondi komplekteerida püsiva kaadriga (Kohtla-Järve, Kiviõli); perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste ja dispanserimise osas on veel palju formaalsust, on avastatud ajutise töövõimetuse ekspertiisi eeskirjade rikkumise juhte (Rakvere, Harju, Pärnu rajoon, Tallinn, Tartu). Pleenumil võeti vastu otsus ebakohade kõrvaldamiseks.

Kinnitati Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee komisjonid ja ametiühingu 1982. a. eelarve.

Lia Vahar

Arstide kvalifikatsiooni tõstmise eeldus on värseima erialakirjanduse hea tundmine. Selle heaks saavad palju teha haiglaraamatukogud, säästes sel viisil ka arstide kallist aega. Neid mõtteid väljendas Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla raamatukogu avamisel tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. See on Riikliku Teadusliku Meditsiini raamatukogu juba viies filiaalraamatukogu. Haigla peaarst V. Subi andis ülevaate sellest, mida on kavandatud ja juba asutud ellu viima meditsiini-personali teadmiste järjekindlaks täiendamiseks, samuti haigete ravi mitmeti täiustamiseks esteetikaravi, muusikaravi ja biblioteraapia näol. Samal päeval pidas haigla töötajatele biblioteraapia-alase loengu meditsiini raamatukogu direktor M. Tedremaa.



Foto 1. Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla raamatukogu avamise päeval. Värskemad raamatud ja ajakirjad on avariilistel käepärast.

Foto 2. Esiplaanil paremal haigla peaarst V. Subi, tema kõrval peaarsti asetäitja H. Kapral. U. Oksbuschi fotod.

Eesti NSV tervishoiuasutuste raamatukogu-töötajate seminar toimus 20...21. aprillil 1982 Riiklikus Teaduslikus Meditsiini raamatukogus. See korraldati koos Eesti NSV Kultuuriministeeriumi süsteemi raamatukogudega.

Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm rääkis meie vabariigi tervishoiu arenguprobleemidest XI viisaastakul. Tutvuti NSV Liidu Tervishoiu ministereeriumi teadusliku meditsiini nõukogu poolt kinnitatud juhendiga meditsiini raamatukogude kasutamise efektiivsuse tõstmisest aastail 1982...1983. Analüüsi tervishoiutöötajate erialakirjanduse kasutamist raviasutuste järgi.

Et rajooni keskhaiqlates ei ole veel koosseisulisi raamatukoguhoidjate ametikohti, olid

kõne all ka koostöövõimalused rahvaraamatukogudega, seda nii meditsiinitöötajate erialakirjandusega kui ka ravialuste ilukirjandusega varustamisel. Üksikutel rajooni keskraamatukogudel sellealase töö kogemused juba on. Nii näiteks on Võru Rajooni Keskraamatukogu meedikutega juba aastaid edukalt töötanud. Tänavu alustati seda tööd ka Viljandi rajoonis, koostöövõimalused on ka teiste raamatukogudega.

Seminar lõppes Tallinna Vabariiklikus Sadamahaiglas, kus tutvuti esteetikaravi üritustega. Haigla peaarst V. Subi rääkis kogemustest sel alal ja toonitas selle töö vajalikkust.

Milvi Tedremaa

Tallinna Kiirabihaigla tegutseb alles teist aastat, kuid temast on saanud juba nimekas meditsiinikeskus, seda eriti eluohtlikus seisundis südamehaigete ravimisel. Haigla töökorraldusest, kiirabi igapäevasest tööst, üli-raskelt haigete arstiabist on selles majas nii mõndagi kõrva taha panna. See on ka põhjus, miks haigla tööga on tutvumas käinud paljud külalismsaadikud.

6. aprillil olid kiirabihaiglas Saksa FV meedikud, neli Kieli arsti. Kõige muu kõrval huvitas neid ka ödede töö, ödede ettevalmistus ja kvalifikatsiooni tõstmine.

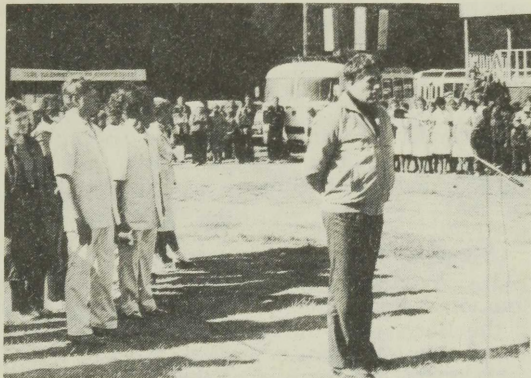
25. aprillil oli haigla külaliseks USA Pennsylvania Ülikooli tervishoiuorganisatsiooni eriala õppejõud prof. Marshall V. Raffel koos abikaasaga. Muljed ja hinnangu jäädvustas ta külalisraamatusse: «*This hospital is certainly one which meets the highest of world standards.*».

5. mail käis haiglaga tutvumas üks Soome tervishoiujuhte P. Pitkanen koos viie teadlasega, keda huvitas eriti laboratoorse töö organisatsioon. Nad kiitsid haigla laborite töökorraldust ja võimalusi.

14. mail saabus haiglasse Pori lääni arstide 31-liikmeline delegatsioon. Nende hulgas oli kirurge, anestezioloogid, psühhiaatreid ja muid eriarste. Kiirabihaigla peaarsti asetäitja A. Talihärm näitas külalistele kirurgiaosakondi, laboreid, röntgendiagnostika-, üldreanimatsiooni- ja kardioreanimatsiooni-osakonda, andis selgitusi külalistele huvipakkuvates küsimustes.

Samal päeval võeti haiglasse vastu rühm Moskva Arstide Täiendamise Instituudi kuulajaid — oblastite ja kraide tervishoiuosakondade juhatajaid. Eriti huvitas neid kiirabi ja vältimatu abi korras saabuvate haigete arstiabi organisatsiooniline külg: nende vastuvõtt, üldreanimatsiooni- ja kardioreanimatsioonisüste tegevus.

Eesti Meditsiiniõdede Seltsi XIV puhkelaa-ger peeti tänavu 11. kuni 13. juunini Uulu rannas, kuhu kogunes ligikaudu 1450 osalejat 60 tervishoiuasutusest. Kui mitte arvesse võtta



Hetk avamistseremoonialt. Eesti NSV Tervishoiuministeriumi nimel tervitas ödesid valit-
susejuhataja R. Toots. R. Ristoja foto.

jahedat ilma, siis kulges kõik ladusalt. Korraldajatele võib öelda vaid kiidusõnu: ajakava klappis, tegevuses polnud pause. Laagri hingeks oli Pärnu traumatoloog Ants Tali, kes oskas olla ühtaegu korraldaja, kultuuriorgani-
saator, löbus abimees ja talendikas sõna-
seadja. Toreda kavaga esinesid Vändra ja Tihemetsa külalistaidlejad. Ka isetegevus-
õhtuga võib igati rahule jääda, ka sel alal
võisteldi omavahel. Päeval aga prooviti jõudu
spordivõistlustel ja viktoriinis. Laager lõppes
välklehtede ülevaatusena. Lõpprivistusel anti
laagrilipp üle Valga rajooni ödedele, 1983. aas-
ta kokkutuleku korraldajaile.

Üldises punktiarvestuses tulid esikohale Kivilõli linnahaigla meditsiiniõed, teise koha
pälvisid Rapla Rajooni Keskhaigla ning kol-
manda Otepää haigla õed.

Maie Gustavson

27. aprillil 1982 toimus Eesti NSV Ajakir-
janike Liitu kuuluvate «Nõukogude Eesti
Tervishoiu» toimetuse kolleegiumi liikmete
koosolek. Päevakorras oli Eesti NSV Ajakir-
janike Liidu algorganisatsiooni asutamine.
Peatoimetaja tervishoiuministri asetäitja
O. Tamm, kes võttis osa 1981. aasta detsem-
bris toimunud Eesti NSV Ajakirjanike Liidu
VI kongressist delegaadina, selgitas algorgani-
satsiooni moodustamise vajadust, algorgani-
satsiooni ülesandeid ja tegevuse põhimõtteid.
Ühel häälel otsustati moodustada Eesti NSV
Ajakirjanike Liidu «Nõukogude Eesti Tervishoiu»
algorganisatsioon. Selle sekretäriks vali-
liti peatoimetaja asetäitja V. Laos.

EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

Allikmets, L. Adaptive Changes to Chronic Use of Neuroleptics: Possible Sites of Action and Clinical Significance. — In: Eight International Congress of Pharmacology, 1981, IUPHAR, Abstracts, Tokyo, 1981, p. 17—18.

Allikmets, L., Eichelman, B. Do the Direct GABA Agonists and Antagonists Change the Emotional Reactivity? — Annual Convention of the Society of Biological Psychiatry. Abstracts, New Orleans, 1981, p. 7.

Allikmets, L., Nurk, A. Sensitivity of Dopamine Receptors and Aggressive Behaviour. — Abstracts of the Vth International Neurobiological Symposium on Learning and Memory, July, 2—6, Magdeburg, 1980.

Allikmets, L., Zarkovski, A. Cholinergic Modulation of Dopamine Receptor Sensitivity in Rats with Drawn from Chronic Haloperidol. — In: Eight International Congress of Pharmacology, 1981, IUPHAR Abstracts, Tokyo, 1981, p. 625.

Allikmets, L., Zarkovski, A., Nurk, A. The Action of Chronic Lithium Treatment on Aggressive Behaviour in Morphine Dependent Rats and in Rats Chronically Treated with Dopaminomimetics. — Aggressive Behav., 1980, 6, p. 263.

Allikmets, L., Zarkovski, A., Nurk, A. Changes in Catalepsy and Receptor Sensitivity Following Chronic Neuroleptic Treatment. — Eur. J. Pharmacol., 1981, 15, p. 145—147.

Allikmets, L., Zarkovski, A., Otter, M. The Withdrawal Syndrome after Chronic Neuroleptic Treatment. — Abstracts of the 12th CIMP Congress, 22—26 June, Göteborg, 1980, p. 150.

Eller, A., Njekoš, T., Sabó, G., Endröczy, E. Corticosterone Binding in Myocardial Tissue of Rats after Chronic Stress and Adrenalectomy. — Acta Physiol. Acad. Sci. Hung., 1981, 58, p. 4.

Järv, J., Langel, Ü. pH-Dependent Conformational Change of Butyrylcholine Esterase Active Site. — 14th FEBS Meeting, Edinburgh, 1981, Abstracts of Symposia and Posters, S 22—25.

Kahn, H. The Problematic Issue of the Near-Future-Research on Individual Sensitivity to Toxic Substances among Humans. — Proceedings of the Third Soviet—Finnish Conference on the Results of Co-Operation on Work Physiology, Industrial Hygiene and Toxicology (Suzdal). Helsinki, 1981, p. 158.

Kekki, M., Villako, K. Dynamic Behaviour of Gastritis in Various Populations and Subpopulations. — Ann. Clin. Res., 1981, 13, p. 119—122.

Kleinrok, Z., Czuczwar, S., Kozicka, M., Zarkovski, A. Effect of Combined GABA-Ergic and Dopaminergic Stimulation on the Action of some Antiepileptic Drugs in Pentetrazol-

induced Convulsions — Pol. J. Pharmacol. Pharm., 1980, 33, p. 13—23.

Kleinrok, Z., Czuczwar, S., Turki, L., Zarkovski, A. Effect of Intracerebroventricular Injection of Kainic Acid on Electrically and Chemically Induced Convulsions in Mice. — Pol. J. Pharmacol. Pharm., 1980, 32, p. 265—269.

Maaroos, H.-I., Salupere, V., Uibo, R. Gastric Ulcer, Gastritis and Gastritic Carcinoma. — Ann. Clin. Res., 13, 1981, p. 151—153.

Nurmand, L., Mehilane, L. Pharmacokinetic Properties in Man: a Methodological Aspect of their Evaluation. — World Congress on Clinical Pharmacology and Therapy. London, 3—9 August 1980, Abst. No 0108.

Pokk, L. The Protective Effect of Magnesium on the Development of Experimental Cardiac Necrosis. — Summaries of 3rd International Symposium on Magnesium, Baden-Baden, 22—28 August 1981, p. 72.

Pokk, L. Coexistent Bronchogenic Carcinoma and Pulmonary Tuberculosis. — Summaries of UICC Conference on Clinical Oncology, Lausanne 29—31 Oct. 1981, p. 102.

Raudam, E., Kaasik, A.-E. Ludvig Puusepp 1875—1942. — Surg. Neurol., 1981, 16, 2, p. 85—87.

Keino, U. Термография в диагностике гнойных осложнений у больных с урологическими заболеваниями. — Материалы III конференции детских хирургов Болгарии. София, 1981.

Keino, U. Хронический пиелонефрит при мегатуретере у детей. — Материалы III конференции детских хирургов Болгарии. София, 1981.

Rägo, L., Allikmets, L., Zarkovski, A. Effects of Piracetam on the Dopaminergic Transmission. — Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol., 1981, 318, 1, p. 36—37.

Saarma, J. Group Work-Therapy in the Complex Inpatient Treatment of Alcoholics. — Proceedings of the 3rd Soviet—Finnish Symposium of Psychiatry. Helsinki, 1981, p. 3—7.

Saarma, J., Mehilane, L., Vasar, E., Pedakmäe, K. Anxiolytic Action of Tranquilizers in Neurotics. — 3rd World Congress of Biological Psychiatry, Abstract Book, Stockholm, 1981, p. 421.

Saarma, J., Toomaspoeg, L., Toomla, O. Serum Immunoglobulins in some Mental Disorders. — 3rd World Congress of Biological Psychiatry, Abstract Book. Stockholm, 1981, p. 420.

Sibul, S. Effects of Negative Air Ionization and of Highmortality on Blood Vessels of Nasal Mucosa and of Buccal Skin. — 9th International Congress of Biometeorology. Abstract Volume. Osnabrueck, 1981, p. 73—74.

Siiirde, E., Jents, A., Reinet, J. On some Peculiarities of Plant Growth under the Action of Ionisation. — 9th International Congress of Biometeorology. Abstract Volume. Osnabrueck, 1981, p. 75.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 4, июль, август 1982 г.

**В. И. Рятсеп, Ю. Г. Никитин — Реакция
замедленной гиперчувствительности у
больных раком молочной железы**

Кожно-аллергическими тестами на ДНХБ и ППД было обследовано 172 больных, из них 71 больной раком и 101 больной предраком молочной железы. Ареактивность на ДНХБ и ППД у больных раком имеет место чаще, чем у больных предраком молочной железы. Больные предраком молочной железы, давшие негативный ответ на ДНХБ, должны находиться под динамическим диспансерным наблюдением как возможная «группа риска» по раку молочной железы.

Наибольшее угнетение иммунитета выявлено у больных начальными формами рака молочной железы. Ретроспективный анализ показал, что у 3 из 13 больных раком I—II стадии, давших негативный ответ на ДНХБ, течение 6—8 месяцев были обнаружены отдаленные метастазы.

III стадия рака молочной железы иммунологически неоднородна. Наиболее выраженная реактивность на ДНХБ и ППД отмечена у больных инфильтративно-отечной формой рака молочной железы.

О. А. Куртенков, Е. П. Смородин — Иммунодепрессивная активность некоторых фракций сыворотки крови в норме и при раке желудка

Проведено сравнительное исследование иммунодепрессивной активности хроматографических фракций сыворотки крови доноров и больного раком желудка в тесте реакции бласттрансформации лимфоцитов на ФГА. Были выделены фракции, проявляющие иммунодепрессивную активность, причем одна из фракций больного раком,

по сравнению с аналогичной фракцией доноров, достоверно сильнее подавляла бласттрансформацию лимфоцитов. Обе фракции были гетерогенны и содержали белки с электрофоретической подвижностью альфа-2-макроглобулина, альбумина и других белков.

Предполагается возможное участие альфа-2-макроглобулина в генезе иммунодепрессии при раке.

Р. А. Водья, В. А. Покк — Иммуногенная активность убитой гриппозной вакцины

Для выяснения напряженности противогриппозного иммунитета в г. Пярну Эстонской ССР в 1981 г. были исследованы 454 сыворотки людей, из них 118 сывороток, взятых в течение 2..4 недель после вакцинации убитой гриппозной вакциной, введенной внутривожно с помощью безыгольного инъектора. Кроме того, исследовались 18 парных сывороток привитых людей. Результаты исследований, полученные в реакции торможения гемагглютинации, показали высокую иммуногенную активность инактивированной вакцины — сероконверсию (с повышением титра антител в 4 раза и более) в 83% случаев в отношении штаммов вируса гриппа А/Habarovsk/74/77 (H1N1) и А/Texas/1/77(H3N2) и повышение среднего геометрического титра антител соответственно в 11,4 и 6 раз. Побочного действия вакцины почти не наблюдалось. Следует продолжать изучение стойкости поствакцинального иммунитета и эпидемиологической эффективности.

С. Н. Осколкова — Изучение терапевтической резистентности при депрессивных состояниях

В статье представлены данные о возможной роли иммунологических процессов в возникновении терапевтической резистентности при депрессивных состояниях. Изучавшиеся противолечательные антитела (к мелипрамину, амитриптилину и трифтазину) чаще всего выявлялись при затяжном течении реактивно обусловленной параноидной депрессии. Высказывается предположение, что такие антитела могут являться одной из причин резистентности больных реактивными депрессиями к лечению. Обнаружение антител в сыворотке крови может служить критерием необходимости замены применяемых при лечении препаратов препаратами иной химической группы. Предлагается новый подход к дальнейшему изучению терапевтической резистентности у больных в депрессивном состоянии.

П. Г. Лаане — Зависимость прогноза ишемической болезни сердца (ИБС) от вида атеросклеротических нарушений венечных артерий

У 70 больных ИБС с ангиографически явным стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий данные коронарографии были сопоставлены с течением заболевания в ближайшие 2—5 лет после обследования. Изучались коронарографические критерии, допускающие возможность благоприятного течения болезни.

Клиническая ремиссия наблюдалась у некоторых больных с изолированным поражением правой или огибающей коронарной артерий. При поражении левой передней межжелудочковой артерии, изолированном или в сочетании с изменениями других артерий, клиническая ремиссия встречалась только при условии, если максимальная степень сужения этой артерии не достигала 75% ее диаметра или если сужение, независимо от степени, локализовалось дистальнее устья хорошо развитой первой диагональной артерии.

Эти коронарографические признаки не обязательно сочетаются с наступлением клинической ремиссии, но могут рассматриваться как благоприятные критерии ближайшего прогноза.

Отмечено также, что даже при коронарографических признаках резких и распространенных изменений артерий болезнь может в пределах ближайших лет протекать стабильно, без новых коронарных событий. Для определения неблагоприятного прогноза ИБС недостаточно опираться только на данные коронарографии, необходимо учитывать и другие клинические критерии.

М. И.-Ф. Роозе, А. Я. Кокк — Госпитализация больных инсультом в г. Тарту в 1980 г.

Исследовано заболеваемость, исход инсульта и госпитализация больных инсультом в г. Тарту в 1970—1973 и 1980 гг. В 1980 году заболеваемость инсультом по сравнению с 1970—1973 гг. несколько повысилась (с 184 случаев до 223 случаев на 100 тыс. населения в год). Структура инсульта осталась неизменной: как 10 лет назад, так и в 1980 г. превалировал инфаркт мозга (84%), затем следовали внутримозговое (12%) и субарахноидальное (3%) кровоизлияния. В 1980 г. в г. Тарту было госпитализировано 73% всех больных инсультом, в 1970—1973 годах — в среднем 34% ($P < 0,05$). Общая летальность от инсульта за первый месяц после заболевания несколько снизилась — с 49% в 1970—1973 гг. до 41% в 1980 г. ($P > 0,05$). Смертность от инсульта осталась неизменной.

Р. Х. Цуппинг — Хроническая боль

В обзорной статье представлены данные об этиологии, диагностике и лечении хронической боли. Характерной чертой хронической боли является превалирование в ее

развитии психогенных факторов. Наиболее распространенными болевыми синдромами являются спинальные боли с радикулярной или псевдордикулярной иррадиацией, головная боль напряжения, атипичная лицевая боль, посттравматическая невралгия. Хроническая боль обычно развивается у людей с неврозами, чаще всего с гипохондрическим, истерическим или депрессивным неврозом. В лечении основное внимание следует уделять уменьшению боли, физической реабилитации и психологической адаптации.

В. В. Калнин — Григорий Витальевич Хлопин и Тартуский университет

Один из основоположников советской гигиены, глава русской гигиенической школы первой четверти XX века Григорий Витальевич Хлопин работал профессором гигиены в Тартуском университете с 1896 г. Он успел сделать многое: расширил институт гигиены, пополнил его оборудование, создав возможности для практической работы студентов и исследовательской работы диссертантов, добился увеличения бюджета и расширения штатов. Г. В. Хлопин считал обязательным владение статистическими, физико-химическими и физиологическими методами исследования. Высказывания Г. Хлопина, особенно его точка зрения о единстве изучения человека и среды в связи с социально-экономическими факторами, послужили научной основой созданной им научной школы. В 1898 г. за основательное исследование санитарных условий, в частности в дельте реки Волги, ему был присвоен титул государственного советника. Исследования Г. Хлопина в области санитарной охраны и продовольственной гигиены, значение его работы по применению экспериментальных методов определения различных веществ трудно переоценить. Он работал в Тарту до 1903 г. Ученик Г. Хлопина А. Раммуль, который в 1920—1940 гг. был профессором гигиены Тартуского университета, продолжал в своей научной работе и санитарной практике основные направления деятельности своего учителя.

Р. Ю. Лоога — Об исследованиях в области физиологии дыхания и кровообращения в Тартуском университете

В 1930-х гг. в Тартуском университете под руководством профессора Альфреда Флейша велись интенсивные исследования в области физиологии дыхания и кровообращения. Было обосновано учение о проприорецептивной регуляции дыхания и о рефлекторных приспособительных реакциях венозной системы при изменениях минутного объема кровотока, разработана методика пневмотахографии и кардиоинтервалографии. В послевоенном периоде данное на-

правление в Тартуском университете углубилось и расширилось. Создано большое количество оригинальных аппаратов и методов для изучения функций дыхания и сердечно-сосудистой системы. Подробно разработана проблема дыхательной аритмии сердца, открыт ряд новых рефлексов из легких на дыхание и кровообращение, внесен существенный вклад в развитие спортивной физиологии и медицины.

Э. А. Вяэрт, А. А. Сарап — О задачах и направлениях развития НОТ в поликлинике

В республике в основном сложились основные организационные принципы и система внедрения НОТ в поликлиниках. Наиболее целенаправленно эта работа ведется в Пельгулинских поликлиниках, Таллинской республиканской портовой больницы и в поликлинике Вырусской Центральной районной больницы. На данном этапе решающее значение в совершенствовании поликлинической помощи имеет комплексность внедрения мероприятий НОТ во всех структурных подразделениях поликлиники.

Основными направлениями внедрения НОТ являются: централизация некоторых служб (регистратуры и хранения амбулаторных карт, госпитализации плановых больных, информации, материально-технического обеспечения инвентарем, стерильным материалом, различными бланками, бельем и т. д.); совершенствование и рационализация собственно медицинского труда; совершенствование организации рабочих мест врача, лаборанта, регистратора и др.; организация внутриспециализационной оперативной связи; обеспечение гигиенических, физиологических, эстетических и психологических условий труда, внедрение научных достижений и передовых форм работы; комплексность внедрения всех элементов НОТ.

А. А. Талихярм, Л. М. Дмитриев, И. К. Каменик — Опыт лечения тяжелых токсикологических больных в Таллинской больнице скорой медицинской помощи

Проведен анализ оказания помощи и лечения 272 больных с экзогенными отравлениями. Больные были госпитализированы в реанимационное отделение Таллинской больницы скорой медицинской помощи в период с марта 1980 г. по декабрь 1981 г. Во всех случаях диагноз был установлен по данным анамнеза, клиническим признакам и подтвержден токсикологической экспертизой. Делается вывод, что успех лечения тяжелых токсикологических больных во многом зависит от раннего оказания квалифицированной медицинской помощи на месте происшествия (специально обученной бригадой), от раннего применения всего комплекса лечебных мероприятий, в том числе гемо- и перитонеального диализа.

Р. А. Водья — От противогриппозной вакцинации ожидаются более действенные результаты

В связи с непрерывной изменчивостью антигенной структуры вируса гриппа А создание эффективных противогриппозных вакцин является одним из самых сложных и до сих пор не до конца решенных вопросов, стоящих перед медициной. Имеется мнение, что отечественные убитые гриппозные вакцины, выпускаемые в настоящее время и вводимые парентерально, имеют выраженную иммуногенную активность и безвредны. При применении убитых вакцин отмечается и более высокий профилактический эффект, чем при вакцинации живыми гриппозными вакцинами. Преимущества убитых вакцин доказаны учеными Москвы и Ленинграда на больших эпидемиологических опытах, которые проводились начиная уже с 1975—1976 гг. Высказывается мнение, что убитые гриппозные вакцины следует шире применять в практике, в том числе и в Эстонской ССР. Рекомендуется также больше внимания уделять численности экономического эффекта противогриппозной вакцинации, в первую очередь в промышленных предприятиях.

Ю. Я. Кристюхан — Реальные возможности продления жизни человека

Принято считать, что к концу текущего столетия средняя продолжительность жизни человека в развитых странах может увеличиться только на 2...3 года. Однако имеется ряд веских доказательств тому, что продлить жизнь можно значительно более быстрыми темпами. Для этого необходимо в первую очередь разработать научно обоснованные мероприятия, которые обеспечивали бы реализацию известных в настоящее время факторов, содействующих долголетию у большинства людей.

К. К. Кутсар — Вирус Эпштейна — Барра

Вирус Эпштейна — Барра относится к группе вирусов герпеса. Во многих случаях вирус вызывает развитие латентного инфекционного процесса. В других случаях развивается продуктивная вирусная инфекция, которая клинически выражается в форме инфекционного мононуклеоза. Иногда под воздействием вируса развивается непродуктивная хроническая инфекция, которая может реактивироваться под влиянием малярийной инфекции или при ослаблении функции иммунологического контроля. В таких условиях вирус Эпштейна — Барра приобретает онкогенный потенциал и может вызвать, например, развитие лимфомы Беркита или назофарингеальной карциномы. Однако в патогенезе вирусной инфекции Эпштейна — Барра много невыясненных вопросов, требующих дальнейших исследований.

Подготовка кадров

Новые учреждения здравоохранения

Х. А. Силласту — 100 лет со времени открытия туберкулезных палочек

Поворотным пунктом в противотуберкулезной борьбе стал 1882 год, когда Роберт Кох открыл туберкулезные палочки. В статье рассказывается о туберкулезе на фоне истории человечества, о работе Р. Коха. Дается обзор направлений научных исследований и принципов, легших в основу поисков и открытия туберкулезных палочек. Читателя знакомят с тремя известными постулатами Р. Коха. Столетие со времени открытия туберкулезных палочек отличалось в этом году во всем мире.

С. О. Калдма — X съезд акушеров-гинекологов Эстонской ССР

И. К. Рейнару, С. Ш. Уманский — V Республиканская научно-практическая конференция по вопросам иммунологии

И. Ю. Лаан — Конференция, посвященная к 350-летию Тартуского государственного университета и к 60-летию Тартуской клинической детской больницы

А. А. Лийв — Всереспубликанский семинар психиатров и наркологов

Н. В. Эльштейн — Совместный симпозиум врачей и фармакологов Эстонской ССР и Финляндии

Х. А. Капрал — Первая республиканская конференция врачей-лаборантов

Н. В. Эльштейн — Всереспубликанское совещание терапевтов

С. К. Вельбри — Межреспубликанская конференция по вопросам эндокринологии

М.-А. Ф. Рийкярв — 46-я сессия пленума АМН СССР

Х. С. Поола — Всесоюзная конференция по вопросам хирургии желчных путей

М. А. Мокс — Всесоюзное совещание «Лабораторные методы в профессиональной патологии»

Юбилейные даты

В клубе эскулапа

Новые лекарственные препараты

Некрологи

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 4. July, August 1982

V. Rätsep, J. Nikitin — Reactions of Delayed Hypersensitivity in Patients with Breast Cancer

Allergic skin tests for DNHB and PPD were carried out in 172 patients. Of those 71 had breast cancer and 101 patients suffered from breast «precancer». Non-reactivity to DNHB and PPD was more frequently observed among patients with cancer compared with that among the patients with breast «precancer». The authors point out that «precancer»-patients giving negative responses to DNHB constitute a possible «breast cancer risk group». They should undergo a regular long-term follow-up.

The most striking suppression of immunity was observed in the early stages of breast cancer. A retrospective analysis demonstrated that 3 patients out of 13 patients, at stage I. and II., and non-reactive to DNHB, were having advanced metastases over a period ranging from 6 to 8 months.

The stage III. of breast cancer is immunologically heterogeneous. The highest degree of reactivity to DNHB and PPD was observed in patients with infiltrative-oedematous forms of breast cancer.

O. Kurtenkov, E. Smorodin — Immunosuppressive Activity of Some Blood Sera Fractions in Donors and in Patients with Gastric Carcinoma

Protein fractions with immunosuppressive activity, as measured by lymphoplastic response to PHA, were separated by ion-exchange chromatography on DEAE cellulose from the sera of donors and patients with gastric carcinoma.

A more pronounced immunosuppressive activity was demonstrated in only one of the fractions obtained from a cancerous serum, as compared with control sera. The differences in immunosuppressive activity are supposed to be due to the effect of alpha-2-macroglobulin on immune responses.

R. Vodja, V. Pokk — Immunogenicity of Inactivated Influenza Vaccine

In 1981 a total of 454 blood sera from subjects at Pärnu were tested for antibodies against influenza viruses. Of those 118 sera, taken after vaccination with inactivated anti-influenza vaccine, were studied by haemagglutination inhibition test. In addition to that, 18 paired sera from vaccinated subjects were studied.

The results of this survey demonstrated a high immunogenicity of the inactivated influenza vaccine. Seroconversion in relation to influenza virus (H1N2) and (H1N2) was detected in 83 per cent of subjects studied, and there was a 11.4-fold and 6-fold rise in the mean geometrical titer of the antibody respectively.

S. Oskolkova — The Study of Intractable Depressive States

The article gives details of a possible role of immune responses in the development of the resistance to various drugs in cases of mental depression. The author points out that anti-drug antibodies (directed against melipramine, amitryptiline and triptazine) have frequently been found in cases of prolonged, reactive paranoid depression. It is believed that the formation of such antibodies can be one of the causes of intractable reactive depression. The presence of anti-drug antibodies in the blood sera can serve as an indication for a change in the drug regimen. A new approach to the study of the depressive states, refractory to drugs, is needed.

P. Laane — Prognosis of Ischaemic Heart Disease and Atherosclerotic Lesions in Coronary Arteries

70 patients suffering from IHD with obvious atherosclerotic narrowings of the coronary arteries were followed up period ranging from 2 to 5 years. Coronarographic findings were compared with the course of the disease. Clinical remission was observed in a number of patients who had developed an isolated lesion in the right coronary artery or in the circumflex branch of the left coronary artery. The author points out that if the lesions are in the left anterior interventricular artery, isolated or in combination with lesions in other arteries, a clinical remission can occur only in cases where the maximum degree of narrowing of this artery has not reached 75 per cent of its lumen diameter, or if the narrowing is located more distally from the orifice of the well-developed first diagonal artery.

These coronarographic characteristics do not necessarily correlate with a clinical remission, but they could be considered as favourable

criteria for an immediate prognosis. Even if there are well-defined and extensive lesions in coronary arteries, detectable by coronarography, the disease may have a stable course, without renewed coronary events for some years. Apart from coronarography, for making an accurate prognosis, we should resort to other clinical criteria.

M. Roose, A. Kokk — Hospitalization of Stroke Victims in Tartu in 1980

The incidence, case-fatality and hospitalization rate of stroke victims were studied in Tartu in 1980 and the results were compared with those in 1970—73. The incidence of stroke was 184 cases per 100,000 population in 1970—73 and 223 cases per 100,000 population in 1980. The hospitalization rate of stroke victims had increased essentially — from 34 per cent in 1970—73 to 73 per cent in 1980. The case-fatality rate within the first month of the stroke had moderately decreased from 49 per cent to 41 per cent respectively. Mortality from stroke had remained constant.

R. Zuppig — Chronic Pain

In this review data on the nature, clinical symptoms, diagnosis and treatment of chronic pain are presented. A characteristic feature of chronic pain is its psychogenic nature. Chronic pain often induces severe emotional and physical stress. Pain syndromes, such as spinal pain with typical or atypical radiculopathy, muscle contraction headache, atypical facial pain, postherpetic neuralgia, are most frequent. Chronic pain usually develops in neurotic and psychopathic persons. The treatment of chronic pain includes pain alleviation, physical rehabilitation and psychological adaptation.

V. Kalnin — Grigori Khlopin and Tartu University

Grigori Vitalyevich Khlopin, one of the founders of Soviet hygiene, worked at Tartu University since 1896. He did a lot of pedagogical, scientific and medical work: he expanded the hygiene institute at Tartu and provided the institute with facilities for practical and scientific work. He was a persistent advocate of the use of statistics, physical chemistry and physiology in medicine. His views of the unity between the man and environment, depending upon certain socio-economic factors, formed a scientific basis of the research carried out by the collaborators of his school. The title of State Counsellor was conferred upon him in 1898 for his outstanding studies of the sanitation in the Volga delta. His research into the sanitation of several water bodies and in the field of nutrition are of great importance. One of his pupils, A. Rammul, Professor of hygiene at Tartu Univer-

sity, between 1920 and 1940, carried on his outstanding work both in scientific research and in sanitation.

R. Looga — The Development of Respiratory and Circulatory Physiology at Tartu University

In 1930s at Tartu University, under the guidance of Professor Alfred Fleisch, a considerable number of studies in the field of respiratory and circulatory physiology were conducted. As a result of those studies, the theories of the proprioceptive regulation of breathing and of the influence of reflectory adaptive reactions of the venous system on the changes in cardiac output were evolved, and also pneumotachography and cardiointervalography techniques were elaborated.

During the post-war period up to now the same trend has continued and a great number of original devices has been created to study respiration and circulation. Some problems of the respiratory arrhythmia of the heart were studied, a number of respiratory and circulatory reflexes were discovered. Also a great contribution was made to sports physiology.

E. Väärt, A. Sarap — Scientific Organization of Outpatient Care — its Tasks and Trends

A. Talihärm, L. Dimitriev, I. Kamenik — Experience in Toxicologic Emergencies in the Tallinn Emergency Hospital

R. Vodja — We Expect Better Results from Anti-Influenza Vaccination

The elaboration of an effective anti-influenza vaccine is a difficult task, because the antigenic structure of Type A influenza virus is constantly changing. The author points out that, at present, the inactivated influenza vaccines have a higher immunogenicity and a better preventive effect than live vaccines.

The author recommends to use the inactivated vaccine more extensively, and he also demonstrates a considerable economic advantage from vaccination.

Ü. Kristyukhan — How to Extend Human Life-Span?

It has often been pointed out that the average human life-span in developed countries will increase only by 2 to 3 years towards the end of this century. Scientists have found evidence of a rapid increase in life expectancy. The extension of the average human life-span, however, requires a multidisciplinary approach to the study of longevity to guarantee a possible realization of the factors contributing to longevity.

K. Kutsar — Epstein-Barr Virus

Training of Personnel

New Medical Institutions

H. A. Sillastu — Centenary of the Discovery of the Causative Agent of Tuberculosis

One of the turning-points in the battle against tuberculosis was the discovery by Robert Koch of the organism responsible for tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*) in 1882. The author of this article presents a review of the works of R. Koch in medical microbiology, especially of those concerning the discovery of the causative agent of tuberculosis. The three famous postulates put forward by R. Koch are also elucidated in some detail. Today, this outstanding centenary of the discovery of *Mycobacterium tuberculosis* is celebrated all over the world.

A. Schotter — The 80th Anniversary of Voldemar Üprus' Birth

Conferences and Medical Meetings

Our Heroes of the Day

The Asclepios Club's Debate

New Drugs

Necrologies

Chronicle

Soviet Estonian Scientists Publications Abroad

English text edited and translated by
E. Saarnok

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

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG 1983.
AASTAKS ON

15. NOVEMBER



KENALOG 40 AMPULLID

Kenalog 40 (*Triamcinolon acetonid*) on fluoreeritud sünteetiline kortikosteroïd.

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 à 1 ml (40 mg toimeainet).

Toodetakse Jugoslaavia FSV-s.