



ÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI



4 / 69

EFEKTIIVSEID SÜDAME ja VERESOONKONNA RAVIMEID

CHLORACYZIN	0,015×30	} pärgartereid } laiendavad
DIAETHYPHEN	0,025×20	
DIMECOLIN	0,025×50	} hüpotensiivse ja } spasmolüütilise toimega
DIMECARBIN	0,02 ×20	
DIPROPHEN	0,025×10	} spasmolüütilise ja } hüpotensiivse toimega
PHENTOLAMIN	0,025×30	

OLIMETHIN 0,5×12. Spasmolüütikum, kolereetikum.

⊙ Edukalt rakendatav neeru- ja sapikivitõve raviks.

⊙ Profülaktiline vahend kalduvuse korral konkrementide tekkimiseks (koostise ja toimemehhanismi poolest analoogiline Saksa DV-s toodetava ravimiga ENATIN)

OFTALMOLOOGID!

TOSMILEN — 0,25, 0,5, 1%-lised silmatilgad (à 5 ml)
(Österreichische Stickstoffwerke AG) ⊙ Tugevatoimeline koliinesteraasi inhibiitor ⊙ Efektiivne müootilise toimega vahend glaukoomi raviks

Apteekide Peavalitsus

NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU
MINISTEERIUMI AJAKIRI

4/1969
12. AASTAKÄIK

TARTU ÜLIKOO LI RAAMATUKOGU

Toimetuse kolleegium

**N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KONG, A. LINKBERG, U. MEI-
KAS, E. RAUDAM, H. ROOTS** (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP,
J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), **M. Holm** (Jõgeva), **V. Ilmoja** (Tallinn), **A. Juhasoo**
(Põlva), **R. Kariis** (Haapsalu), **A. Klink** (Võru), **H. Kreek** (Pärnu),
P. Ott (Rakvere), **D. Pärn** (Hiiumaa), **P. Rahu** (Valga), **V. Roos** (Kohtla-
Järve), **L. Siirak** (Harju rajoon), **M. Sikk** (Tartu rajoon), **M. Silland**
(Narva), **G. Sukles** (Rapla), **A. Tamm** (Paide), **Ü. Valvere** (Kingissepa),
V. Vessar (Tartu)

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Tele-
fonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37,
tel. 483-37.

* Ladumisele antud 4. VI 1969. Trükkimisele antud 9. VII 1969.
Trükiarv 5100. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber
70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25 + 2 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,7.
Arvutuspoognaid 8,5. Tellimise nr. 3519. MB-06121. H. Heidemanni
nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

* Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской
Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Орган Министерства
здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

Sajand V. I. Lenini sünnist

V. I. LENIN NÕUKOGUDE TERVISHOIU JUHTIMISEST

ANDREI SARAP
Tallinn

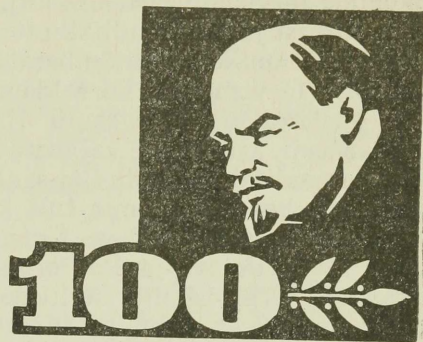
V. I. Lenini nime, tema õpetuse ja tegevusega on seotud 20. sajandi silmapaistvamad sündmused — Kommunistliku Partei loomine, Oktoobrirevolutsiooni võit, sotsialismi ülesehitamine Nõukogude Liidus, sotsialismisüsteemi kujunemine ja kolonialismi kokkuvarisemine. Lenini nime, tema ideede ja nõuannetega on seotud ka nõukogude tervishoiu tekkimine ja areng.

Juba Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni päevil tuli meie maa töölisklassil ja tema juhil V. I. Leninil hakata lahendama valitsemise, sealhulgas ka tervishoiu juhtimise ülesandeid. Puudusid kogemused, eeskuju, kaader jne. V. I. Leninil oli esiplaanil loosung «Õppida valitsema», millel oli nii praktiline kui ka sügavalt teoreetiline tähendus. V. I. Lenini tegevusele juhtimise valdkonnas, tema lähenemisele juhtimise küsimustele on iseloomulik sügav teaduslikkus, soov kasutusele võtta kõik progressiivne. «Edukaks valitsemiseks», õpetas V. I. Lenin, «on peale oskuse veenda ... tarvis oskust praktiliselt organiseerida. See on kõige raskem ülesanne, sest tegemist on kümnete ja miljonite inimeste kõige sügavamate majanduslike elualuste uut moodi organiseerimisega.»¹

Z. Solovjov kirjutas, et tervishoiu organisatsioon tsarismi ajal oli kõige mahajäänud, võrreldes kapitalistlike riikide omaga². Tervishoiu organisatsiooni juhtisid üksteisest sõltumatult siseasjade ministeerium, keisrikoda, kaubandus- ja tööstusministeerium, maaharimise ja maakorralduse peavalitsus, sõja-, mere-, rahandus- ja haridusministeerium, semstvo ning linna- meditsiini organid jt. — kokku 16 ametkonda.

¹ V. I. Lenin. Teosed, 27. k. lk. 216.

² З. П. Соловьев. Избранные произведения. М., 1956, стр. 175.



UDK 614.2(47)(091)

Pärast Oktoobrirevolutsiooni võitu tunnistati vajalikuks, vaatamata meedikute eriarvamustele, võtta tervishoiukorralduse juhtimise aluseks tsentralisatsiooni printsiip, nõukogude meditsiini ühtsuse printsiip, sest tervishoid oli muutunud kogu sotsialistliku ülesehitustöö lahutamatuks koostisosaks, hoolitsus töötajate tervise eest aga nõukogude riigi tähtsaimaks ülesandeks.

Algasid pingelised ettevalmistused sellise keskorgani rajamiseks, mis ühendaks meditsiinilis-sanitaarse korralduse instantsid ja organiseeriks rahva meditsiinilist teenindamist uutel alustel.

25. oktoobril 1917. a. asutati Petrogradi Nõukogu Sõjalise Revolutsioonikomitee juurde meditsiinilis-sanitaariosakond, mille eesotsas oli M. Barsukov.

24. jaanuaril 1918. a. anti välja V. I. Lenini allkirjutatud dekreet üksikutes ametkondades töötavate meditsiinikolleegiumide ühendamiseks Arstide Kolleegiumide Nõukoguks.

Dekreedi 2. punkt määras kindlaks, et Arstide Kolleegiumide Nõukogu on tööliste ja talupoegade valitsuse meditsiiniorgan. See nõukogude tervishoiu esimene keskne organ tegi revolutsioonärist arsti A. Vinokurovi juhtimisel ära ulatusliku töö meditsiinilis-sanitaariosakondade asutamiseks, selgitas elanikele ühtse riikliku meditsiini põhimõtteid ning nõudis meditsiinilis-sanitaariosakondadelt kõige tihedamat koostööd tööliste, soldatite ja talurahva saadikute kohalike nõukogudega.

Peatselt kohtus V. I. Lenin omal algatusel meditsiinilis-sanitaariosakonna ja Arstide Kolleegiumi Nõukogu liikme-

tega, kus oli juttu tervishoiu edaspidisest juhtimisest.

Sellel nõupidamisel märkis V. I. Lenin nõukogude tervishoiusüsteemi kujundamise poliitilist ja ühiskondlikku tähtsust ning näitas elanike kaasatõmbamise vajalikkust tervishoiu korraldamisele. Ühtse keskorgani, Tervishoiu Rahvakomissariaadi, asutamine valmistati ette I ülevenemaalisel meditsiinilis-sanitaariosakondade kongressil, mis tuli kokku Moskvas 15. juunil 1918. a. Kongressil kuulati Z. Solovjovi ja E. Pervuhhini ettekandeid Tervishoiu Rahvakomissariaadi organisatsiooni ja ülesannete kohta. Kongressi resolutsioonis märgitakse, et nõukogude meditsiini eluliselt tähtis organisatsiooniline ülesanne on endiste ametkondadevaheliste piiride kaotamine.

Alles pärast mitmekordset eelnevat arutelu Vene NFSV Rahvakomissaride Nõukogus kirjutas V. I. Lenin alla Tervishoiu Rahvakomissariaadi moodustamise dekreedile.

Vene NFSV esimene tervishoiu rahvakomissar N. Semaško kirjutas, et komissariaadi asutamise eest oleme tänu võlgu Vladimir Iljitšile. Suhtuti ju Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomise ideesse kohati vaenulikult¹. Tervishoiu Rahvakomissariaadi rajamise määruses, mille V. I. Lenin kinnitas 18. juulil 1918. aastal, rõhutati, et komissariaat on keskne meditsiiniorgan, kes juhib Vene NFSV kogu meditsiinilis-sanitaarset korraldust.

Vastavalt Tervishoiu Rahvakomissariaadi ülesannetele kinnitati ka tema struktuur. Esialgu asutati kuus osakonda: sõjasanitaaria, tsiviilmeditsiini, kindlustusmeditsiini, koolisanitaaria, ühendusteede (koos raudtee ja veeteede allosakondadega) ning veterinaariaosakond.

Rahvakomissariaadi nõuandvaks organiks kinnitati õpetatud meditsiiniline nõukogu, mille tööst võtsid osa sellised tuntud teadlased nagu I. Pavlov, V. Behtereov, L. Tarassevitš, P. Diatroptov jt.

V. I. Lenin pööras tähelepanu kohalike nõukogude tsentraliseeritud meditsi-

siinilisele juhtimisele, s. t. allasutuste allutamist kõrgemalseisvatele organitele.

M. Barsukovi, N. Semaško, Z. Solovjovi, E. Pervuhhini, A. Vinokurovi, V. Bontš-Brujevitši (Velitško) jt. nõukogude tervishoiu silmapaistvate tegelaste mälestuste järgi leidis Vladimir Iljitš, vaatamata erakordsele hõivatusele, alati aega tegelda elanike meditsiinilise teenindamisega. Ta andis nõu, soovitusi ja juhendeid, mis said nõukogude tervishoiu ülesehitamise programiks. Hiljem meenutas N. Semaško, et kõik juhtimise printsipiaalsed küsimused, kõik Tervishoiu Rahvakomissariaadi peamised seaduse projektid kooskõlastati eelnevalt Vladimir Iljitšiga ning ta toetas neid.

V. Lebedeva — üks emade- ja lastekaitse esimesi organisaatoreid ja teoreetikuid — kirjutas, et tal tuli mitmel korral pöörduda V. I. Lenini poole². «1920. aastal tekkis mõnel töotajal idee emade- ja lastekodud ning lastesõimed üle anda Sotsiaalkindlustuse Rahvakomissariaadile, nõuandlad ja sünnitusmajad aga Tervishoiu Rahvakomissariaadile. Olime selle vastu. Palusin, et mind lubataks V. I. Lenini jutule. Vladimir Iljitš võttis mind vastu, kuulus tähelepanelikult, naeratas ning ütles, et ta pole sel alal spetsialist; minu argumentatsioon aga olevat küllalt veenev. Jutuajamise tulemusena anti emade- ja lastekaitse tervikuna Tervishoiu Rahvakomissariaadi alluvusse».

Tervishoiusüsteemi juhtimine, samuti Tervishoiu Rahvakomissariaadi ja tema kohalike organite tegevus algas ja kulges ülrasketes oludes (majanduslik kaos, nälg ja epideemiad, meditsiinkaadri vähesus). Sellises olukorras suudeti Kommunistliku Partei ja V. I. Lenini initsiatiivil tervishoiu juhtivad organid mitte ainult luua, vaid ühtlasi arendada ulatuslikku loominguulist tegevust.

Tervishoid on meil seotud kogu rahva, partei, valitsuse, ühiskondlike organisatsioonide ja rahvamajandusega. Seetõttu, vastavalt uutele ülesannetele, muutuvad teatava aja vältel nõukogude tervishoiu maht, olemus, meetodika, struktuur ja juhtimine.

Tänapäeval lähtuvad tervishoiu ülesanded leninlikest printsiipidest partei uues programmis ning NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu

¹ Н. А. Семашко. Избранные произведения. М., 1954, стр. 74.

² Становление и развитие здравоохранения в первые годы Советской власти 1917—1924 гг. М., 1966, стр. 176.

määrusest 5. VII 68. a. «Abinõudest ter-
vishoiu edasise parandamise ja arstitea-
duse arendamise kohta NSV Liidus».

KIRJANDUS ARTIKLI JUURDE: 1. Се-
машко Н. А. Владимир Ильич Ленин и Нар-
комздрав. «Медицинский работник», 1924, 3. —
2. Семашко Н. А. Ленин и организация
здравоохранения. Гигиена и здоровье, 1938, 13,
2—3. — 3. Барсуков М. И. Великая Ок-
тябрьская социалистическая революция и ор-
ганизация советского здравоохранения. М., 1951.
— 4. Барсуков М. И. Сов. здравоохране-
ние, 1944, 6, 3—6. — 5. Потулов Б. М.
В. И. Ленин и советское здравоохранение. М.,
1964. — 6. Петров Б. Д. Профилактика —
охрана здоровья здоровых. В кн.: В. И. Ленин
и здравоохранение, под ред. Б. Д. Петрова.
М., 1955, 15—20. — 7. Нестеренко А. И.
Как был организован Народный комиссариат
здравоохранения РСФСР (окт. 1917 — июль
1918). М., 1965.

**РЕЗЮМЕ. В. И. Ленин об управлении здра-
воохранением.** А. А. Сарап. В. И. Ленин при-
давал огромное значение охране здоровья тру-
дящихся. В трудах, выступлениях на съездах,

в програмных документах Коммунистической
партии, разработанных непосредственно
В. И. Лениным, не раз затрагивались вопросы
теории и практики здравоохранения и меди-
цины.

Великая Октябрьская Социалистическая ре-
волюция положила начало социалистическому
здравоохранению. Владимир Ильич придавал
большое значение управлению здравоохране-
нием. Он был сторонником единой системы
здравоохранения.

В статье нашли отражения вопросы управ-
ления здравоохранением, по которым высказы-
вался В. И. Ленин. Он часто встречался и бе-
седовал с врачами-большевиками, в частно-
сти с первыми организаторами здравоохранения
Н. А. Семашко, З. П. Соловьевым, М. И. Бар-
суковым, А. Н. Винокуровым, В. И. Лебеде-
вой и др. по различным вопросам управления
и строительства советского здравоохранения.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituudi
organisatsioonilis-metoodiline osakond*

Teooria ja praktika

EESTI NSV MAEELANIKE HAIGESTUMINE VÄHKTÖPPE AASTAIL 1963... 1966

MATI RAHU
Tallinn

UDK 616-006.6(474 2)

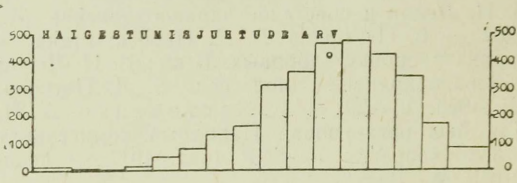
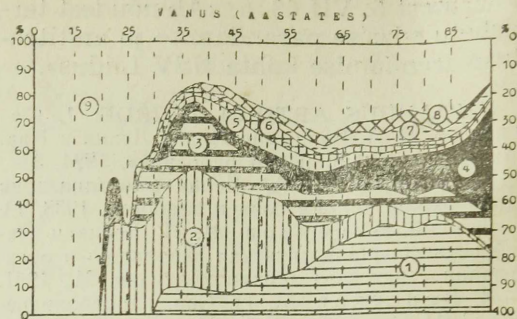
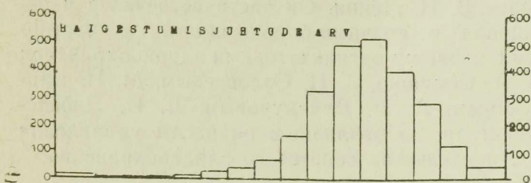
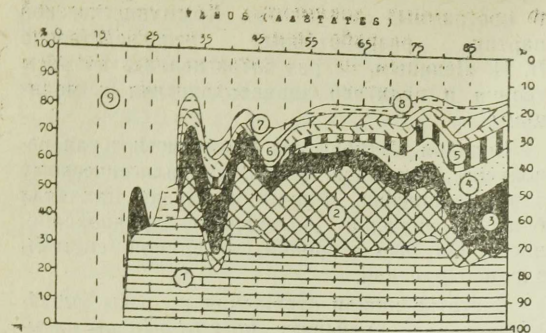
Pahaloomuliste kasvivate epidemio-
loogia ja meditsiinilis-geograafilise uuri-
mise algetapil selgitatakse välja haiges-
tumuse territoriaalsed iseärasused. And-
mestiku statistiline analüüs loob eeldu-
sed vähktõve erivormide tekkimist põh-
justavate tegurite identifitseerimiseks
(2, 11).

Eesti NSV elanike haigestumist vähk-
tõppe on statistilisest aspektist üksik-
asjalikumalt vaadeldud vaid ühes uuri-
muses (13). Mõne piirkonna elanike hai-
gestumust on analüüsitud profülaktilisel
läbivaatustel kogutud andmete alu-
sel (7, 8, 10, 12, 14).

Arvestades vähi esinemissageduse ja
geograafilise leviku täpsema selgitamise
vajadust Eesti NSV-s, antakse käesole-

vas artiklis ülevaade vabariigi maaela-
nike haigestumisest vähktõppe aastail
1963... 1966. Haigestumuse analüüsimi-
sel kasutati Tallinna Vabariikliku Onko-
loogia Dispanseri teatisi (arvestusvorm
nr. 281), mis hõlmavad 5721 esmast hai-
gusjuhtu. Demograafilised andmed on
saadud Eesti NSV Statistika Keskvalit-
suselt.

Pahaloomulistesse kasvajatesse hai-
gestumise struktuuris on maaelanikel
ülekaalus maovähk (25,7%). Sellele
järgnevad kopsuvähk (12,8%), nahavähk
(9,0%), emakakaelavähk (8,1%) ja rin-
nanäärmevähk (5,6%). Meestel on mao-
vähki 29,2%, kopsuvähki 24,0% ja naha-
vähki 7,5%. Naiste haigestumuses lan-
geb maovähile 22,9%, emakakaelavähile



Joonis 1. Eesti NSV meessoost maaelanike eärühmade vähktõppe haigestumise struktuur (aastail 1963...1966).

Vähi lokalisatsioon: 1 — magu, 2 — kopsud, 3 — nahk, 4 — eesnääre, 5 — kusepõis, 6 — kõhunääre, 7 — huuled, 8 — pärasool, 9 — muud elundid (vähk ja teised pahaloomulised kasvaja-d).*

14,7% ja rinnanäärmevähile 10,3% haigusjuhtudest.

Sõltuvalt haigestunute soost ja vanusest muutuvad ekstensiivsuse näitajad tunduvalt (vt. joon. 1 ja 2). Eriti märgatav on emakakaelavähi ja meestel kopsuvähi osatähtsuse vähenemine vanemaaelistel, seevastu aga nahavähi osatähtsus neil suureneb.

Tabelist 1 nähtub, et maaelanike haigestumine vähktõppe on suur. Arvude võrdlemine vennasvabariikide elanike haigestumusega (1, 3, 4, 5, 9) viitab vähktõve ulatuslikumale levikule Eesti NSV-s, mis tuleneb elanike vanuselise struktuuri iseärasusest (Eesti NSV-s on eakaid protsentuaalselt rohkem).

Meeste ja naiste haigestumuse võrdlemiseks sobivate standardiseeritud näitajate kõrvutamisel ilmneb kasvaja-te ülekaal meestel. Indeksite vahetõpp kopsu-, mao-, nahavähi ja kõigi pahaloomuliste kasvaja-te juhtudel on vastavalt 9,3:1, 1,8:1; 1,1:1; 1,4:1. Suuremat haigestumust meestel seostatakse kah-

* Haigestumuse struktuuri graafikutel on esitatud vähkkasvaja-te jaotumine eärühmades (0...14, 15...19, 20...24, ..., 80...84, 85-aastased ja vanemad). Teatud vähktõvevormile vastava võõndi laius eri eärühmi tähistava katkendjoontega piiritletud tulba keskel on proportsionaalne sellesse vähktõvevormi haigestunute arvuga antud eärühmas.

Joonis 2. Eesti NSV naissoost maaelanike eärühmade vähktõppe haigestumise struktuur (aastail 1963...1966).

Vähi lokalisatsioon: 1 — magu, 2 — emakakael, 3 — rinnanääre, 4 — nahk, 5 — munasari, 6 — emakakeha, 7 — pärasool, 8 — kopsud, 9 — muud elundid (vähk ja teised pahaloomulised kasvaja-d).*

julike harjumustega, nagu alkoholi tarvitamise ja suitsetamise, samuti kutsetööst tingitud teguritega (11).

Vähktõve geograafilise leviku iseärasusi Eesti NSV sotsiaal-majandusrajoonides (6) näitab tabel 2. Maovähki tuleb sagedamini ette Kirde-Eestis, kopsuvähki Kirde- ja Loode-Eestis, nahavähki Kagu-Eestis. Emakakaelavähi esinemissagedus on maksimaalne Edela-Eestis, rinnanäärmevähi levikut võib pidada suhteliselt ühtlaseks. Summaarne haigestumus on suurim Kirde-Eesti sotsiaal-majandusrajoonis.

Tabel 1

Eesti NSV maaelanike haigestumine vähktõppe aastail 1963...1966 (0/0000)

Vähi lokalisatsioon	Haigestumus		
	mehe-d	naised	kokku
Magu	90,7	67,1	77,4
Kopsud	74,6	10,5	38,5
Nahk	23,4	29,8	27,0
Emakakael	—	43,3	—
Rinnanääre	—	30,1	—
Kõik pahaloomulised kasvaja-d*	310,6	293,5	301,0

* Välja arvatud lümfaatilise koe ja vere-loomekoe kasvaja-d.

Vähktõve eri vormide ebaühtlane jaotumine Eesti NSV-s viitab väliskeskonna mõnede kahjulike tegurite võimalikule mõjule. Intensiivsemat mao-vähki haigestumist Kirde-Eestis võib seostada pinnasesse ja vette (seega ka joogivette ning kohaliku päritoluga toiduainetes) sattunud kantserogeenete ühenditega, mida leidub eriti põlevkivikeemiatööstuse ettevõtete heitvetes ja küttekolletest väljuvas suitsus. Kopsu-vähi ülekaalukam levik tööstuslikult enamarenenud sotsiaal-majandusrajoonides on tõenäoliselt õhu saastatuse resultaat. Et nendes rajoonides kõiki suurenenud esinemissagedusega vähi-vormide tekkimise põhjusi välja selgitada, on nõutavad kompleksuurimised.

Vabariigi maaelanike haigestumuse iseärasuste detailsem uurimine võimaldab vähktõve levikus senisest paremini orienteeruda, mis on teatav alus profülaktikaabinõude (väliskeskonna reostamise ja saastamise vastu jms.) rakendamisel.

KIRJANDUS: 1. Алабовский Ю. И. и др. Здравоохран. Российск. Федерац., 1967, 9, 7—11. — 2. Двойрин В. В., Гурарий К. Н. Общие принципы организации эпидемиологических исследований злокачественных опухолей. Методическое письмо. М., 1968. — 3. Лапин М. Д., Багдасаров Г. А. Вopr. онкологии, 1966, 6, 83—88. — 4. Махамедьярова А. К. В кн.: Материалы I-й Научной конференции по вопросам медицинской географии Татарской АССР. Казань, 1967, 186—188. — 5. Нугманов С. Н. Эпидемиология злокачественных опухолей в Казахстане. Автореф.

Tabel 2

Eesti NSV sotsiaal-majandusrajoonide maaelanike haigestumine vähktõppe aastail 1963...1966 (standardiseeritud näitajad, ^{0/1000})

Vähi lokalisatsioon	Sugu	Haigestumus*					Sotsiaal-majandus-rajoonid, mille elanike haigestumuse erinevus on oluline**
		LOODE-EESTI [1]	KIRDE-EESTI [2]	KAGU-EESTI [3]	EDELA-EESTI [4]	SAARED [5]	
Magu	mehed	86,2	124,3	89,9	66,9	101,3	[1]—[2]; [2]—[4]; [4]—[5]
	naised	67,0	73,1	76,0	44,8	69,3	[1]—[4]; [2]—[4]; [3]—[4]; [4]—[5]
	kokku	75,4	95,4	81,3	54,4	83,0	
Kopsud	mehed	81,1	87,1	69,2	78,5	47,1	— — —
	naised	16,3	12,8	9,2	4,3	4,4	[1]—[3]
	kokku	44,7	45,3	35,4	36,8	22,8	
Nahk	mehed	25,2	24,1	25,6	19,3	13,0	— — —
	naised	20,1	14,2	45,8	28,4	24,1	[1]—[3]; [2]—[3]
	kokku	22,3	18,4	36,9	24,4	19,5	
Emakakael		44,0	30,7	40,3	67,0	28,9	[2]—[4]; [3]—[4]
Rinnanääre	naised	34,1	35,5	26,2	24,6	34,7	— — —
Kõik pahaloomulised kasvaja-d	mehed	301,3	361,9	316,5	297,9	268,0	[1]—[2]; [2]—[4]
	naised	292,9	285,8	311,8	282,1	260,9	— — —
	kokku	296,5	318,5	313,6	288,7	264,3	

LOODE-EESTI = Haapsalu, Harju, Paide ja Rapla rajoon; KIRDE-EESTI = Kohtla-Järve ja Rakvere rajoon; KAGU-EESTI = Jõgeva, Põlva, Tartu, Valga ja Võru rajoon; EDELA-EESTI = Pärnu ja Viljandi rajoon; SAARED = Hiiumaa ja Kingissepa rajoon.

* Standardiseerimisel (kaudsel meetodil) on standardiks võetud Eesti NSV maaelanike (mehed ja naised eraldi) haigestumine vastavatesse vähivormidesse vanuserühmade järgi aastail 1963...1966. Standardiseeritud näitajad võimaldavad võrrelda eri sotsiaal-majandus-rajoonide mõlemast soost elanike haigestumust (mehi meestega, naisi naistega) ja kogu elanikkonna haigestumust.

** Haigestumuse erinevuse olulisuse hindamiseks on kasutatud χ^2 -meetodit ($\chi^2 > \chi_{05}^2$); arvutused põhinevad võrreldavate rajoonide maaelanike kuue vanuserühma haigusjuhtudel nelja aasta jooksul. Kogu elanikkonna (mehed+naised) haigestumuse erinevuste usaldatavust pole hinnatud.

дисс. докт. мед. наук. Алма-Ата, 1967. — 6. Ныммик С. Я. В кн.: Тезисы докладов на совещании географов Прибалтики. Рига, 1967, 21—23. — 7. Пурде М. К. В кн.: Вопросы гигиены труда и проф. патологии в Эстонской ССР. Вып. I. Таллин, 1966, 84—87. — 8. Пурде М. К. и др. В кн.: Материалы 2-й конференции онкологов Литовской ССР, Латвийской ССР и Эстонской ССР, 21—23 сентября 1967 г., Таллин, 1967, 16—18. — 9. Саенко А. И. Тр. Киргизского н.-и. ин-та онкологии и радиологии. Том II. Фрунзе, 1965, 5—13. — 10. Тайгро В. И., Хинт Э. К. В кн.: Материалы 2-й конференции онкологов Литовской ССР, Латвийской ССР и Эстонской ССР, 21—23 сентября 1967 г., Таллин, 1967, 18—19. — 11. Чаклин А. В. Краевые особенности распространения злокачественных опухолей. М., 1963. — 12. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 4, 14—17. — 13. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 20—23. — 14. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 4, 270—272.

РЕЗЮМЕ. О заболеваемости раком сельского населения Эстонской ССР в 1963—1966 гг. М. А. Раху. На основании анализа 5721 извещения (учетная форма № 281) изучена первичная заболеваемость раком (по основным локализациям) сельского населения республики.

В структуре онкологической заболеваемости основными являются рак желудка (25,7%), рак легких (12,8%), рак кожи (9,0%), рак шейки матки (8,1%) и рак молочной железы (5,6%).

Наиболее частая локализация рака у мужчин: желудок — 29,2%, легкие — 24,0%, кожа — 7,5%; у женщин: желудок — 22,9%, шейка матки — 14,7%, молочная железа — 10,3%.

Заболеваемость на 100 000 населения составляет: рак желудка — 77,4 (у мужчин — 90,7, женщин — 67,1), рак легких — 38,5 (74,6; 10,5), рак кожи — 27,0 (23,4; 29,8), все злокачественные опухоли (кроме заболеваний кровотоков органов и лимфатической ткани) — 301,0 (310,6; 293,5). Заболеваемость (на 100 000 женщин) раком шейки матки оказалась равной 43,3, раком молочной железы — 30,1.

Соотношение стандартизованных показателей заболеваемости мужчин и женщин следующее: легких — 9,3:1, желудок — 1,8:1, кожа — 1,1:1, все злокачественные опухоли — 1,4:1.

Сопоставляются стандартизованные показатели заболеваемости по социально-экономическим районам Эстонской ССР. Рак желудка встречается чаще на Северо-Востоке, рак легких — на Северо-Востоке и на Северо-Западе, рак кожи — на Юго-Востоке, рак шейки матки — на Юго-Западе. Повышенная заболеваемость всеми злокачественными опухолями отмечается на Северо-Востоке. В ряде случаев различия в заболеваемости являются статистически значимыми ($\chi^2 > \chi^2_{0,5}$).

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituudi
organisatsioonilis-metoodiline osakond*

SÜDAME REUMAATILISTEST KAHJUSTUSTEST PAIDE RAJONIS JA TAPAL

ENNO KÕIV

Тара

UDK 616.12-002.77(474.2)

Et reumaatilisi südame kahjustusi tuleb ette küllalt sageli, on kogu maailmas intensiivistunud reumavastane võitlus (3, 4, 5, 6, 7).

Eesti NSV-s teeb reuma profülaktika ja ravi alal suurt tööd vabariiklik kardioreumatoloogia keskus (8). Sellest hoolimata on veel vähe andmeid reumaatiliste kahjustuste kohta vabariigi eri klimatogeograafilistes piirkondades.

Reumasse haigestumist Eesti NSV saartel, merelise kliima vööndis (9) ajavahemikul 1958...1965 kirjeldas R. Birkenfeldt (1, 2). Tema andmeil täheldati

reumokardiite 47,7%-l, reumokardiite koos polüartriidiga 33,3%-l, reumaatilisi polüartriite 9,5%-l ja nodooset erüteemi, koread ning reuma ebaselgeid vorme 9,5%-l reumaatiliste haigestumiste üldarvust; kõikidest klapi-riketest oli mitraalklapi puudulikkust 59,2%, mitraalklapi puudulikkusega kaasnevat vasaku atrioventrikulaarse suistiku stenosi 29,4%, üheaegset mitraal- ja aordiklapi riket 9,5% ja mitraalstenosi, aordiklappide puudulikkust ning aordiklappide puudulikkust koos aordisuis- tiku stenoosiga kokku 1,9%.

Tabel 1

Paide rajoonis ja Tapa linnas aastail 1960...1968 registreeritud aktiivse protsessiga reumahaigete jaqunemine kliiniliste vormide järgi (protsentides)

Reuma kliiniline vorm	Esmane haigestumine reumasse		Haigestumine reuma retsidiividesse		Üldine haigestumine reumasse		Esmane haigestumine reumasse	Haigestumine reuma retsidiividesse	Kokku	Haigete absoluutarv
	linnas	maal	linnas	maal	linnas	maal				
Kardiit	30,0	27,9	38,2	32,6	33,2	30,0	29,0	35,2	31,7	238
Kardiit+polüartriit	30,3	31,8	37,0	40,1	32,8	35,6	31,0	38,6	34,2	257
Kardiit+korea	0,4	0,6	2,0	1,3	1,0	0,8	0,5	1,6	0,9	7
Kardiit+parenhümatootsete elundite kahjustus	0,8	—	2,0	1,3	1,3	0,6	0,5	1,6	0,9	7
Polüartriit	25,8	24,0	11,7	15,8	20,4	20,3	25,0	13,8	20,3	153
Nodoosne erüteem	9,7	11,7	4,6	6,0	7,7	9,1	10,6	5,4	8,4	63
Korea	1,3	2,5	2,5	2,3	1,8	2,5	1,8	2,5	2,1	16
Reuma ebaselged vormid	1,7	1,5	2,0	0,6	1,8	1,1	1,6	1,3	1,5	11
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	752

Uurisime aktiivses faasis reumaatiliste südame kahjustuste levikut Paide rajoonis ja Tapa linnas (elanikke 43 900), s. o. Sise-Eesti kliimavaldkonnas (9) ajavahemikul 1960...1968.

Arvestades vabariigi tihedat meditsiinasutuste võrku, teenindamise taset ja profülaktiliste läbivaatuste ulatust, uuriti haigestumist põhiliselt pöörduvate vormide järgi.

Reumasse haigestumise andmed on kõikide registreeritud ja kliinilisel uurimisel kinnitust leidnud eelmaste või korvivate reumaahogude korral saadud.

Kõik haiged, kel oli diagnoositud reumat, dispanseeriti, mis olulisel määral võimaldas vähendada diagnoosimisvigu.

Andmete analüüsimisel selgus, et reumavormidest oli kõige enam kardiite koos polüartriidiga (34,2%), kusjuures

Tabel 2

Südame klapiirikete erivormid Paide rajoonis ja Tapa linnas aastail 1960...1968 registreeritud reumokardiiti aktiivses faasis põdevail haigeil (protsentides)

Südame klapiirike	Esmane haigestumine reumasse		Haigestumine reuma retsidiividesse		Üldine haigestumine reumasse		Esmane haigestumine reumasse	Haigestumine reuma retsidiividesse	Kokku	Haigete absoluutarv
	linnas	maal	linnas	maal	linnas	maal				
Mitraalklapi puudulikkus	87,5	68,2	49,4	50,6	58,4	54,5	78,3	50,0	56,5	113
Mitraalklapi puudulikkus+vasaku atriioventrikulaarse suistiku stenoos	12,5	22,8	41,5	41,6	34,6	37,5	17,3	41,6	36,0	72
Üheaegne mitraal- ja aordiklapi rike	—	4,5	3,9	3,9	3,0	4,0	2,2	3,9	3,5	7
Mitraalstenoos	—	4,5	2,6	1,3	2,0	2,0	2,2	1,9	2,0	4
Aordiklapi puudulikkus	—	—	1,3	1,3	1,0	1,0	—	1,3	1,0	2
Aordiklappide puudulikkus+aordisuistiku stenoos	—	—	1,3	1,3	1,0	1,0	—	1,3	1,0	2
Kokku	100	100	100	100	100	100	100	100	100	200

sagedamini esines neid retsidiivide korral maaelanikel (40,1%). Harvem täheldati reumaatilisi kardiite (31,7%), neid oli retsidiivide korral sagedamini aga linnaelanikel (38,2%). Isoleeritud reumaatilisi liigeste kahjustusi tuli ette tunduvalt vähem (20,3%). Liigesevorme registreeriti kõige sagedamini (25,8%) linnaelanikel esmasel haigestumisel (vt. tabel 1).

Analüüsisime ka reumokardiiti põdevatel haigetel aktiivses faasis esinenud südame-klapirikete erivorme.

Üldse oli südame klapiriketega haigeid 33% (200 haiget) registreeritud aktiivse protsessiga reumahaigete üldarvust (752).

Kõige sagedamini täheldati mitraalklapi puudulikkust (56,5%), harvem leiti mitraalklapi riket samal ajal esineva vasaku atrioventrikulaarse suistiku stenoosiga (36%), tunduvalt vähem aga üheaegset mitraal- ja aordiklapi riket — 3,5%-l. Teisi klapirikkeid esines veelgi vähem (vt. tabel 2).

Aktiivse reumaatilise protsessi ja südame klapiriketega haigeil ei olnud südame ja veresoonte puudulikkust 67,1%-l, sealjuures oli I astme puudulikkus 27,1%-l, II astme puudulikkus 5%-l ja III astme puudulikkus 0,8%-l haigeist.

Südame klapirikkeid täheldati sagedamini nooremates vanuserühmades: 15 aastani 31,8%-l, 16 kuni 25 aastani 28,6%-l, 26 kuni 35 aastani 24,4%-l, 36-aastastel ja vanematel 15,2%-l.

Kokku võttes võib öelda, et meie registreeritud ja Eesti NSV saartel saadud andmeid (1, 2) aktiivse reumaatilise protsessiga südame-klapirikete esinemissagedusest võib põhiliselt pidada sarnaseks.

KIRJANDUS: 1. Биркенфелдт Р. Р. О распространенности и формах ревматизма на некоторых островах Эстонской ССР. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Тарту, 1968. — 2. Биркенфелдт Р. Р. Материалы I-ой Кардиологической н.-практ. конф. ЭССР, Таллин, 1967. — 3. Наков Н. Съврем. медицина (Болгария), 1967, 18, 6, 470—472. — 4. Пихельгас Д. Материалы I-ой Кардиологической н.-практ. конф. ЭССР, Таллин, 1967. — 5. Вайнберг Е. Г., Гаргасас Л. В. Вopr. ревматизма 1966, 3, 75—78. — 6. Al-Bahrani, R. a. o. Brit. Heart J., 1966, 28, 6, 824—828. — 7. Kõrge, K. Organismi reaktiivsuse ja desensibiliseeriva ravi probleeme. Tln., 1963. — 8. Päi, L. jt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 4, 243—246. — 9. Raik, A. Eesti Loodus, 1967, 2, 65—70.

РЕЗЮМЕ. Ревматические пороки сердца в Пайдейском районе и городе Тапа. Э. А. Кыйв. В Пайдейском районе и гор. Тапа, входящих во внутреннюю климатическую полосу Эстонской ССР, в 1960—1968 гг. методом регистрации с помощью перфокарт исследовались случаи заболеваемости ревматизмом.

Анализ показал, что из обследованных 752 больных ревматизмом в активной фазе, ревмокардит диагностирован у 238 (31,7%), ревмокардит в сочетании с полиартритом у 257 (34,2%) и полиартрит у 153 (20,3%).

У наблюдаемых больных отмечались чаще всего следующие клапанные пороки: недостаточность митрального клапана у 113 (56,5%) больных, комбинированный митральный порок у 72 (36,0%), поражение аортальных и митральных клапанов у 7 (3,5%) больных. Другие виды клапанного порока наблюдались еще реже.

Из больных ревматизмом в активной фазе с клапанными пороками сердца недостаточность кровообращения не отмечалась у 67,1%, недостаточность кровообращения первой степени у 27,1%, второй А и Б степени у 5% и третьей степени у 0,8% больных.

Данные частоты различных форм поражения сердечных клапанов при активном ревматическом процессе мало отличаются от данных, полученных на островах ЭССР (1, 2).

У больных активным ревматическим процессом случаи поражения сердечных клапанов наблюдаются чаще в молодом возрасте (31,8% поражения сердечных клапанов падает на возраст от 0 до 15 лет).

Тапа Linna Haigla

SÜDAME ELEKTRILISE SÜSTOLI PIKENEMISEST

ELMUT LAANE

Võru

ULO LEPP

Tartu

UDK 616.12-073.96

Elektriline süstol võib olla nii pikenenud kui ka lühenenud. Elektrokardioloogias pööratakse elektrilise süstoli piknemisele enam tähelepanu.

A. Kedrov (4) seostab elektrilise süstoli piknemist südame kontraktsioonivõime languse ja degeneratiivsete protsessidega müokardis. G. Dehtjar (3), H. Kroshi, W. Kaiser, W. Ponsoldi (16), P. Barkeri, F. Jonstoni, F. Wilsoni (11) jt. tähelepanekud näitavad, et QT-intervalli piknemine võib olla ka hüpokaltsieemia tunnus. Selle seisukoha tõestuseks peab G. Dehtjar (3) spasmofiilikutel kaltsiumkloriidi manustamise tulemusena tekkivat elektrilise süstoli lühenemist. Samuti märgib ta, et viimast ei saa põhjendada ainult hüpokaltsieemiaga, sest QT-intervall pikeneb ka primaarse hüpoksia ja hüpokalieemia juhtudel (viimase puhul T- ja U-sakkide liitumise arvel).

A. Dembo, Ž. Geslenko ja A. Tjurin (2) leidsid 70 uuritud isikust 32-l, kel arteriaalse vere hapniku küllastusaste oli 70%, QT-intervalli piknemist. Seda peavad nad südame funktsionaalsete võimete languse tunnuseks. G. Dehtjar (3) viitab elektrilise süstoli piknemisele ka skorbuudihaigetel, S. Röss (8) aga juhiv skorbuudi puhul tähelepanu kaltsiumi imendumise häiretele. Elektrilise süstoli piknemist aju verevarustuse puudulikkuse korral täheldas A. Maksimuk (5). R. Hegglin (14) konstateeris adrenaalinist tingitud elektrilise süstoli piknemist feokromotsütoomi juhtudel.

Lisaks eeltoodule võib märkida, et mitmed eksperimentaalsed tööd [L. Fogelson (10), R. Hegglin (15), jt.] on näidanud, et mõjutades südant protoplasma mürkidega (arsen, fosfor, veratriin jt.), pikeneb QT-intervall olulisel määral.

E. Lepeschkin (17) märgib, et QT-intervalli kestus muutub paralleelselt südame frekventsiga või saavutab sellele vastavuse teatava hilinemisega. Samuti H. Gitter ja L. Heilmeyer (13), A. Sumarokov ja A. Mihhailov (9) ning

G. Dehtjar (3) on veendunud, et praktiliselt tervetel isikutel muutub QT-intervalli kestus paralleelselt südame frekventsiga. Haigetel aga tekib südame frekventsiga suurenemisel südame uue löögisageduse suhtes QT-intervalli relatiivne või isegi absoluutne piknemine.

Valsalva katsu ajal ei täheldanud O. Maslennikov (6), A. Gefter kaasautorige (1) ja A. Penkovitš (7) praktiliselt tervetel isikutel olulist elektrilise süstoli piknemist, küll aga leiavad piknemise tendentsi M. Bürger ja D. Michel (12).

Kuigi elektrilise süstoli piknemist on uurinud paljud autorid, pole meile kättesaadavas kirjanduses seda võrreldud nii rahuolukorras kui ka Valsalva katsu ajal mitmesuguste südame kahjustuste korral. Sellest lähtuvalt uurisime elektrilise süstoli piknemist 695 isikul, neist 103 olid praktiliselt terved, 104-l oli südame türeotoksiline kahjustus, 232-l hüpertooniatõbi ja 256-l südame reumaatiline kahjustus. Elektrilise süstoli pidasime pikenenuks, kui selle vältus ületas 10% Bazetti valemi normist. Punnestusrõhk Valsalva katsu ajal oli 20...25 mm Hg.

Kuigi südame elektrilise süstoli piknemine võib olla tingitud ka ekstrakardiaalsetest teguritest, on piknemine üsna sage nähtus ka südame kahjustuse juhtudel. Tabelist selgub, et elektrilise süstoli piknemise esinemissagedus ei sõltu niivõrd südame kahjustust esilekutsunud tegurist (südame diastoolne ülekoormus türeotoksikoosihaigetel, südame süstoolne ülekoormus hüpertooniatõbe põdejatel, südamelihase kahjustus reumokardiidi ja türeotoksilise müokardi düstroofia puhul jne.), kui võrd südame kahjustuse laadist. Näib, et elektrilise süstoli piknemise selgitamine aitab üht või teist haigusprotsessi iseloomustada, kusjuures QT-intervalli kestus ise ei saa olla määrav kriteerium diagnoosimisel.

Valsalva kats võib tõhustada elektrilise süstoli piknemise väljaselgitamist.

Südame elektrilise süstoli pikenemine

Uuritute kontingent	Juhtude arv	Rahuolukorras pikenenud QT-intervall		Valsalva katsul pikenenud QT-intervall	
		juhte	%	juhte	%
praktiliselt terved	103	4	4	6	6
Türeotoksikoosihaiged	53	27	51	43	81
Türeotoksikoosi põdenud	51	35	69	42	83
Hüpertooniatõbe põdejad	232	132	57	174	75
Neist I-B staadium	41	11	27	21	51
II-A staadium	103	61	59	80	78
II-B staadium	70	44	63	55	79
III staadium	18	16	89	18	100
Aktiivses faasis reumat põdejad	122	65	53	102	83
Neist klapiiketega	45	29	64	40	89
klapiiketeta	77	36	47	62	80
Inaktiivses faasis reumat põdejad	134	60	45	80	60
Neist klapiiketega	82	45	55	55	67
klapiiketeta	52	15	29	25	48
Kokku haigeid	592	319	54	441	74

Meie andmetel võimaldab Valsalva kats elektrilise süstoli pikenemist südame kahjustustega haigetel esile tuua, lisaks rahuolukorras esinevale, veel ligikaudu 20% -l juhtudest. Südame kahjustustega haigetel täheldati elektrilise süstoli pikenemist rahuolukorras 9,5 ja Valsalva katsu ajal 12,2 korda sagedamini kui tervetel. Leiame, et elektrilise süstoli pikenemise ilmnemine Valsalva katsu ajal võib olla üks täiendavaid kriteeriume südame funktsionaalsete võimete hindamisel.

KIRJANDUS: 1. Гефтер А. И. и др. Кардиология, 1964, 5, 62—67. — 2. Дембо А. Г. и др. Терапевт. архив, 1965, 6, 67—74. — 3. Дехтярь Г. Я. Электрокардиографическая диагностика. М., 1966. — 4. Кедров А. А. Болезни мышцы сердца. Л., 1963. — 5. Максимук А. П. Врачебн. дело, 1963, 2, 16—22. — 6. Масленников О. В. В кн.: Вопросы кардиологии. Коронарная недостаточность и ревматизм. Горький, 1963, 273—283. — 7. Пенкович А. А. Терапевт. архив, 1966, 3, 34—38. — 8. Рысс С. М. В кн.: Многотомное руководство по внутренним болезням. Т. 8. М., 1965, 510. — 9. Сумароков А. В., Михайлов А. А. Практический анализ электрокардиограмм. М., 1966. — 10. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. М., 1957. — 11. Barker, P. a. o. Amer. Heart J., 1937, 14, 1, 82—86. — 12. Bürger, M., Michel, D. Funktionelle Engpässe des Kreislaufes. Physiologie des Pressdrucks. München, 1957. — 13. Gitter, H., Heilmeyer, L.

Taschenbuch klinischer Funktionsprüfungen. Jena, 1963, 90. — 14. Hegglin, R., Holzmann, M. Z. klin. Med., 1937, 1341, 1—32. — 15. Hegglin, R. Die Klinik der energetisch-dynamischen Herzinsuffizienz. Basel — New-York, 1947. — 16. Krosh, H., Kaiser, W., Ponsold, W. Cor et Vasa, 1964, 2, 115—118. — 17. Lepeschkin, E. Das Elektrokardiogramm. Dresden — Leipzig, 1947, 127—173.

РЕЗЮМЕ. Об удлинении электрической систолы сердца. Э. Я. Лаане, Ю. Ф. Лепп. Исследована продолжительность электрической систолы сердца в состоянии покоя и во время натуживания у 103 практически здоровых лиц, у 104 больных тиреотоксической миокардиодистрофией, у 232 больных гипертонической болезнью и у 256 больных с ревматическими поражениями сердца. В результате исследований выявилось, что у больных с поражениями сердца в состоянии покоя удлинение электрической систолы появлялось в 9,5 раза чаще и во время пробы Вальсальва (при внутригочном давлении 20—25 мм рт. ст.) в 12,2 раза чаще, чем у практически здоровых людей. Применение пробы Вальсальва повышало выявляемость удлинения электрической систолы сердца у больных с поражениями сердца на 20%. Взаимозависимости между частотой удлинения электрической систолы и факторами, вызывающими поражения миокарда, выявить не удалось.

Võru Rajooni Keskhaigla

TRÜ Arstiteaduskonna
teaduskonnasisehaiguste ja
patoloogilise füsioloogia kateeder

BILIRUBIINI-AINEVAHETUSE UURIMISE MEETODITEST

VALENTINA BELOKON
JOOSEP REINARU

Tallinn

UDK 616.36-002 : 612.357.131 : 612.461.27

Kollasusega kulgevate haiguste varajasel diagnoosimisel, samuti kollatõve põhjuste selgitamisel ja nakkusliku kollatõve profülaktikas on oluline bilirubiini-ainevahetuse muutuste jälgimine. Eriti tähtis on bilirubiini-ainevahetuse häirete selgitamine nendel, kes on kokku puutunud nakkuslikku kollatõbe põdevate haigetega. Kontaktsete süstemaatilisel kliinilis-laboratoorsel uurimisel on võimalik avastada ka varjatult või kollasuseta kulgevaid ja pühkunud haigusvorme. Et bilirubiini-ainevahetuse nihtel on nii haiguse ajal kui ka paranemisejärgus oluline tähtsus diagnoosimisel, siis peame nende nihtede hindamiseks kasutama senisest täpsemaid ning otstarbekamaid bilirubiini ja urobiliini määramise viise.

Vere bilirubiinisaldus määratakse meie vabariigi mõnes laboratooriumis veel ligikaudu. Kasutatakse Bokaltšuki või ka H. van den Bergh'i meetodit, mis ei ole küllalt täpsed ega paku neid võimalusi, mida annab Jendrassik-Cleghorn-Grofi meetod. Uriini bilirubiinisaldust määratakse laialdaselt Rosini meetodil, mille tundlikkus jääb maha mõne teise meetodi tundlikkusest. Seejärel võtsime ülesande teha mitmeid paralleeluuringuid, et välja selgitada kõige tundlikumad testid bilirubiini-ainevahetuse määramiseks veres ja uriinis.

H. van den Bergh näitas juba 1910. a., et bilirubiin on veres kahel kujul — direktsest ja indirektselt (6, 9). E. Tala-fant (15), R. Schmid (13), G. Billing (10) selgitasid 1956. aastal, et kaudne bilirubiin veres on vaba bilirubiin, otsene aga on seotud glükuroonhappega. Otsene bilirubiin on vees lahustuv, mille tõttu ta eritub uriiniga mono- ja diglükurooniididena. Nakkusliku kollatõve ägedas faasis leidub veres nii mono- kui ka diglükuroonidbilirubiini, kuid haiguse paranemise perioodil hakkab veres vähenema diglükuroonidide, seejärel ka monoglükuroonidide sisaldus.

Otsese bilirubiini määramine on vajalik mitmesuguste kollatõve variantide diferentsiaaldiagnoosimisel ja haiguse ägenemise või paranemise vahekorra selgitamisel. H. van den Bergh'i meetodil sadestatakse seerumist valgud (etanooli abil), kusjuures osaliselt sadestub ka adsorbeerunud bilirubiin. Viimasel ajal peetakse paremaks bilirubiini määramise viisiks Jendrassik-Cleghorn-Grofi meetodit (11, 12), mille puhul valgud reaktsiooni käigus ei sadestu. Mainitud meetod võimaldab veres määrata üld-, otsese ja kaudse bilirubiini. On võimalik arvutada ka bilirubiiniindeksit, s. o. otsese bilirubiini protsentuaalset suhet üldbilirubiini (norm 0...20%), millel samuti on väärtus haiguse diagnoosimisel (1).

Seni vähe levinud, kuid väga vajalik meetod kollatõve diferentsiaaldiagnoosimisel on bilirubiini fraktsioonide kromatograafiline määramine. Sel teel on kindlaks tehtud, et otsesest bilirubiini esineb seerumis ka normaalselt. Jendrassik-Cleghorn-Grofi meetodil on nakkusliku kollatõve kollasuseta variantide puhul üldbilirubiin veres normi piires, kuid otsene võib olla tõusnud. Viimasel juhul leidub bilirubiini ka uriinis. Rekonvalesentsentidel, kel on veel maksa kahjustus, püsib otsene bilirubiin veres kõrgenenuna, kõrgenenuks jääb ka bilirubiiniindeks.

S. Sorinson jt. (7) kasutasid bilirubiini kvantitatiivseks määramiseks uriinis Jendrassik-Grofi meetodit ühel ja samal ajal paberchromatograafiaga. Nad leidsid, et kollasuse haripunktis on nakkuslikku kollatõbe põdevatel haigetel ka uriini bilirubiinisaldus kõrge, kusjuures uriinis oli nii mono- kui ka diglükuroonidbilirubiin. Nad täheldasid samuti seost uriini bilirubiinisalduse ja haiguse kulu raskuse ning paranemise vahel. Juba M. Jassinovski (8), I. Kasirski (5), J. Stokes ja S. Gellis (14) märkisid, et Rosini ja Gmelini proovid ei ole küllalt tundlikud bilirubiini avastamiseks uriinis.

Nii meie tehtud võrdlevad uuringud Franke ja Rosini proovide tulemuste hindamiseks nakkuslikku kollatõbe põdevatel haigetel ja kontaktsetel (nakkuskolletes) kui ka teiste autorite andmed näitavad, et lihtsamaks ja tundlikumaks bilirubiini määramise meetodiks uriinis tuleb pidada Franke proovi metüleensinise 0,25%-lise vesilahusega [metoodika vt. (4)]. Metüleensinise prooviks kulutatud tilkade arv on võrdeline Jendrassik-Grofi meetodil määratud bilirubiini hulgaga uriinis. Franke proovi eelis on see, et ta põhineb tiitrimisel ja võimaldab tilkade arvu järgi kaudselt hinnata ka bilirubiini hulka uriinis. Lihtsuse tõttu võib proovi soovitada kasufusele võtta igas laboratooriumis ja isegi jaoskonnahaiglas nii kontaktsete kui ka rekonvalescentide jälgimisel. Suuremates biokeemialaboratooriumides soovitatakse veelgi täpsemat Jendrassik-Grofi fotoelektrokolorimeetrist bilirubiini määramist.

Üks maksa kahjustuse näitajaid on urobiliini ilmumine uriini. Urobiliini määramisel on seega väärtus nii diagnoosi kui ka prognoosi seisukohalt, sest urobiliiniproov osutub sageli positiivseks juba nakkusliku kollatõve kollasuse-eelsel perioodil. Kollasuseta haigusvormide puhul leidub urobiliini uriinis enamikul juhtudest. Uriini urobiliinisisaldus saavutab maksimumi tavaliselt esimestel päevadel pärast kollasuse teket, kollasuse kulminatsioonifaasis võib urobiliin isegi kaduda. Esimesi paranemise tunnuseid on urobiliini taasilmumine uriini. Urobiliinisisalduse pidev suurenemine haigusjärgsel perioodil on halva prognoosi näitaja.

Kliinilises praktikas rakendatakse urobiliini määramiseks mitmeid meetodeid, peamiselt Florence'i ja Schlesingeri proovi. Tundlikum on Florence'i meetod, kuid puuduseks tuleb pidada töömahukust ja seda, et ta võib olla positiivne ka siis, kui urobiliini leidub uriinis normaalsel hulgal (2). Üks uusi ja lihtsamaid urobiliini määramise viise on fluorestsentsimeetod (3). Sel puhul kasutatakse vitamiinilahuste fluorestsentsanalüüsi aparati, millel on Woodi filter ja elavhõbe-kvartslamp. Aparaat on küllaltki odav ja kättesaadav. Normaalse uriini põhjustab helesinise fluorestsentsi, kuid urobiliinisisalduse suurenemisel muutub helesinine helendus

rohekashallist kuni intensiivse roheli-seni. Nakkusliku kollatõve ägedas faasis, kui bilirubiinisisaldus on kõrgel, fluorestsenterib uriin kollakaspruunilt. Väga kõrge bilirubiinisisaldus segab urobiliini määramist fluorestsentsimeetodil, mistõttu sel juhul bilirubiini on vaja enne sadestada CaCl_2 või BaCl_2 abil.

Meie võrdlevad katsed näitasid, et fluorestsentsimeetod on väga sobiv uriini urobiliini määramiseks ja usaldatavam kui Florence'i meetod, seda just massiliste uuringute tegemisel.

Fluorestsentsimeetodi täpsustamiseks lisatakse uriinile võrdses koguses 10%-list tsinkatsetaadi-etanoolilahust. Seejärel lahustatakse tsentrifuugitakse või filtritakse ning filtraadis määratakse rohelise fluorestsentsi intensiivsus. Nimetatud meetod õigustaks end peamiselt haigete uurimisel, kontaktseid võib jälgida uriini tavalise analüüsimeetodiga.

Uriini urobiliinisisaldus on ööpäeva kestel kõikumine, seepärast tuleb korraldada määramisi teha alati hommikul kogutud uriinis. Kui urobiliini määratakse uriinis fluorestsentsimeetodil, on vaja silmas pidada haigetele antavaid ravimeid, eriti B-vitamiinide kompleksi kuuluvaid, sest need vitamiinid annavad uriinile tugeva kollase fluorestsentsi. Urobiliinile iseloomuliku fluorestsentsi kindlaksmääramiseks lisatakse uriinikloroformiekstraktile mõni kristall triklooretaanhapet, mille toimel urobiliinikompleks laguneb ja fluorestsents kaob. Ravimite tarvitamise tulemusena tekkinud kollane fluorestsents aga jääb püsima.

Urobilinogeeni ja sterkobiliini määramisel kollatõbe põdevatel haigetel ei saa alati nõutavaid tulemusi, sest uriini seismisel urobilinogeen muutub kiiresti urobiliiniks. Sterkobiliinisisaldus väljaheites oleneb peamiselt hemolüüsi intensiivsusest, kuid ka kõhukinnisusest, antibiootikumravist j.t. teguritest. Urobilinogeeni määramisel on praktiline väärtus ainult siis, kui selleks kasutatakse värsket uriini.

Meie vabariigis on levinud mitmesugused bilirubiini-ainevahetuse hindamise meetodid. Vaja oleks ühtsustada ja rakendada niisuguseid uurimismeetodeid, mis andmeid võimaldaksid võrrelda ja hinnata. Saaksime parandada uurimise kvaliteeti, võimaldaksime raviarstil täpsemalt hinnata haige sei-

sundit ja ravi tõhusust, avastada ka varjatult kulgevaid bilirubiini-ainevahetuse häireid, ühtlasi looksime tingimused krooniliste maksahaiguste profülaktikaks.

KIRJANDUS: 1. Блюгер А. Ф. Структура и функция печени при эпидемическом гепатите. Рига, 1964. — 2. Бондарь З. А. Желтухи, М., 1960. — 3. Ерыкалова О. К. Лабораторное дело, 1964, 2, 99—100. — 4. Инфекционный гепатит. (Метод. пособие). Под общ. ред. И. К. Рейнару. Таллин, 1967. — 5. Кассирский И. А. Инфекционный гепатит. М., 1949. — 6. Руководство по клиническим лабораторным исследованиям, основанное В. Е. Предтеченским. М., 1960. — 7. Соринсон С. Н. и др. В кн.: Эпидемический гепатит. Волго-Вятское книжное изд., 1966, 215—219. — 8. Ясиновский М. А. Эпидемический гепатит. М., 1948. — 9. Bergh, H., van den. Der Gallenfarbstoff im Blut. Leyden, 1918. — 10. Billing, G., Lathe, S. Biochem. J., 1956, 63, 6. — 11. Jendrassik, L., Clegghorn, R. Biochem. Zschr., 1936, 289, 1. — 12. Jendrassik, L., Grof, P. Biochem. Zschr., 1938, 297, 81. — 13. Schmid, R. Science, 1956, 124, 76. — 14. Stokes, J., Gellis, S. J. Amer. Med. Assoc., 1945, 11, 128. — 15. Talafant, S. Nature, 1956, 178, 312.

РЕЗЮМЕ. О методах определения билирубинового обмена. В. Н. Белокоп, И. К. Рейнару. Исследование билирубинового обмена имеет важное значение в ранней диагностике различных желтушных заболеваний. В настоя-

щее время в нашей республике применяется несколько методов для определения билирубина и билирубиновых фракций в сыворотке крови, в том числе методы Бокальчука, ван ден Берга и Йендрасика-Клеггорна-Грофа. Метод определения билирубина по Бокальчуку является весьма приблизительным, а недостаток метода ван ден Берга заключается в том, что часть билирубина адсорбируется на осажденном спиртом белке, в связи с чем получаемые показатели остаются ниже действительных. Наиболее точным методом для фракционного определения билирубина в сыворотке является метод Йендрасика-Клеггорна-Грофа, не требующий осаждения белков и дающий более истинные цифры содержания билирубина.

В клинической практике рекомендуется внедрение простых и более чувствительных методов для определения билирубина в моче, таких, как проба Франка (с метиленовой синькой) и количественный метод Йендрасика-Грофа. Для определения уробилина в моче рекомендуется внедрять флюоресцентный метод при помощи аппарата для флюоресцентного анализа витаминов со стеклом Вуда.

При применении в республике единых методов исследования билирубинового обмена создаются условия для сравнительной оценки полученных результатов в различных лечебно-профилактических учреждениях.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi epidemioloogiaosakond

MAO ANTRUM'I JA CORPUS'E PIIRI GASTROKROMOSKOOPILISEST MÄÄRAMISEST

RANDO TRUVE
UNO SIBUL
EDGAR JÖESTE

Tallinn

UDK 616.33-072.1 : 611.33

Retsidiivhaavandite tekkimise võimaluse vähendamiseks pärast mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi kirurgilist ravi peetakse tarvilikuks eemaldada kogu mao antraalne osa (5, 6, 7, 12, 14). Selleks on operatsiooni ajal vaja orienteeruda *antrum'i* ulatuses. Et ekskreetorne võime on ainult *corpus'e* limaskestal (2, 3, 4), siis soovivad mitmed autorid (8, 10, 13) *antrum'i* ja *corpus'e* piiri määramiseks jälgida veeni või lihasesse süstitud neutraalpunase eritumist mao limaskesta pinnale.

Et katseloomadel varem olime uurinud mao *antrum'i* ja *corpus'e* piiri määramise võimalusi indikaatorvärvidega (kongo punane ja neutraalpunane), siis käesoleva töö eesmärgiks seadime selgitada *antrum'i* ja *corpus'e* piiri määramise võimalust haavandtõvehaigetel operatsiooni ajal.

Antrum'i ja *corpus'e* piir tehti operatsiooni ajal kindlaks 62 haigel, neist 23 mao-, 39 kaksteistsõrmiksoolehaavandiga. Vastavalt uurimismeetodile jaotati haiged kolme rühma.

1. Esimese rühma haigetel (9 haiget) värviti mao limaskesta pinda kongo punase 6% -lise vesilahusega (mao limaskesta pinna gastrokromoskoopia).

2. Teises rühmas (10 haiget) süstiti neutraalpunase 1% -list vesilahust veeni (üldine gastrokromoskoopia).

3. Kolmandas rühmas (43 haiget) süstiti neutraalpunase 1% -list vesilahust ühte mao põhiarterisse, eeskätt *a. gastrica sinistra*'sse (selektiivne gastrokromoskoopia).

Haigete jaotumine vastavalt uurimismeetoditele

	<i>Ulcus ventriculi</i>	<i>Ulcus duodeni</i>	Kokku
Mao limaskesta pinna gastrokromoskoopia	4	5	9
Üldine gastrokromoskoopia	4	6	10
Selektiivne gastrokromoskoopia	15	28	43
Kokku	23	39	62

Antrum'i piirid määrati üldnarkoosis olevatel haigetel, kellele enne operatsiooni anestesioloogilistel näidustustel oli süstitud 1 ml 0,1% -list atropiinsulfaadilahust.

Nendel haigetel, kellel *antrum*'i ja *corpus*'e piiri määramiseks kasutati kongo punase 6% -list vesilahust (mao limaskesta pinna gastrokromoskoopia), tehti pärast laparotoomiat laialdane gastrotomia mao eesseinal. Maost aspireeriti sekreet, limaskest kuivatati steriilse marlitampooniga õrnalt ja läbi gastrotomia ava pihustati pulverisaa-toriga õhukese kihina mao limaskestale kongo punase lahust.

Värvaine viimisel veeni (üldine gastrokromoskoopia) süstiti *v. cubitalis*'esse 10 ml neutraalpunase 1% -list vesilahust. Värvaine ilmumist mao limaskesta pinnale jälgiti suu kaudu makku viidud transilluminaatori abil intaktsel maal ja läbi gastrotomia ava.

Neutraalpunase 1% -list vesilahust süstiti 2,5... 5,0 ml koos reesusnegatiivse doonori konservverega (verd 15,0... 17,5 ml) *a. gastrica sinistra*'sse. Kogus (20 ml) süstiti 2 minuti jooksul. Värvaine ilmumist jälgiti nii suu kaudu makku viidud transilluminaatori abil kui ka vahetult gastrotomia ava kaudu.

Urimistulemused osutusid järgmisteks.

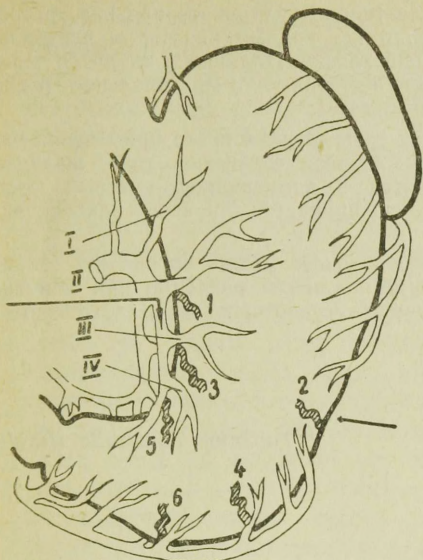
I rühm. Kongo punase 6% -lise vesilahuse pihustamisel mao limaskestale värvus *corpus*'e limaskest kõikidel uuritavatel mustjaspunaseks juba pihustamise ajal, kusjuures *antrum*'i värvus jäi samaks. Tulemused (kas mao limaskest kuulus *antrum*'ile või *corpus*'ele) leidsid hiljem kinnitust mikroskoopilisel uurimisel.

II rühm. Pärast neutraalpunase 1% -lise vesilahuse süstimist veeni võis kõigil uuritavail pärast 4... 5 minuti möödumist transilluminaatori abil sedastada, et *corpus*'e pind värvub tumedamaks. *Antrum*'i limaskesta värvus jäi muutumatuks. 10... 50 minutit pärast indikaatorvärvi süstimist tehtud ulatuslikul gastrotomial selgus, et *corpus*'e limaskest (histoloogiliselt kontrollitud) oli kaetud roosakaks värvunud limaga, *antrum* aga oli endist värvust. Piir *antrum*'i ja *corpus*'e vahel aga oli vähem teravalt piiritletav kui eelmises uurimiserühmas. Piiri hindamine analoogiliselt eelmise uurimiserühmaga eeldas ulatuslikku gastrotomiat.

III rühm. Juba neutraalpunase 1% -lise vesilahuse süstimisel *a. gastrica sinistra*'sse võis märgata, et *corpus* värvus lillakaspunaseks, *antrum*'i limaskest jäi aga muutusteta. Värvumine oli intensiivne ja intaktse mao välispinnal nähtav (vt. tahvel XVIII, foto 1). Piir *antrum*'i ja *corpus*'e vahel oli selgesti ja teravapiirilisel eraldatav (vt. skeem). Samal ajal tehtud transilluminaatsioonil oli *antrum*'i ja *corpus*'e värvumise erinevus veelgi ilmekam. Gastrotomial selgus, et *corpus*'e limaskest oli intensiivselt värvunud lillakaspunaseks, *antrum*'i värvus ei olnud muutunud (vt. tahvel XVIII, foto 2). Pärast värvumist kontrolliti limaskesta morfoloogilist struktuuri ja leiti, et värvumata limaskest kuulus *antrum*'ile, värvunud aga *corpus*'ele.

Antrum'i ja *corpus*'e piiri määramiseks operatsiooni ajal kasutatavad kongo punane ja neutraalpunane on indikaatorvärvid, mille värvus muutub vastavalt pH-le [kongo punane siis, kui pH on 5,7, neutraalpunane aga pH = 6,8 (10)].

Et *corpus*'e limaskest produtseerib happelist sekreeti (*antrum* aluselist), siis muutub *corpus*'ele pihustatud kongo punane mustaks, *antrum*'i osas aga värvus



Skeem. Antrum'i ja corpus'e piiri asukoht mao veresoonte suhtes. 1, 3, 5 — intermediaarse tsooni maksimaalne (1), keskmine (3) ja minimaalne (5) «kõrgus» väikesel kõverikul. 2, 4, 6 — intermediaarse tsooni (ehk piiritooni) maksimaalne (2), keskmine (4) ja minimaalne (6) «kõrgus» suurel kõverikul.

I, II, III, IV — *a. gastrica sin.* harud mao eesmisel seinal. Mao väikesel kõverikul on noolega tähistatud indikaatorvärvi (neutraalpunase) süstimise koht *a. gastrica sinistra*'sse (selektiivne arterisisene gastrokromoskoopia). Suurel kõverikul on noolega näidatud van Gothemi punkt.

ei muutu (pinna gastrokromoskoopia). Käesoleva töö tulemused ühtivad E. Lowicki ja J. Littlefieldi (12) andmetega.

Neutraalpunase süstimisel veeni (üldine gastrokromoskoopia) eritub neutraalpunane J. Lazovski ja A. Gelfmani (3, 4) andmetel parietaalrakkude kaudu *corpus*'e limaskestast pinnale ja värvib selle kui happelise keskkonnaga ala tumepunaseks. Antrum'i näärmetel puudub võime neutraalpunase ekskretsiooniks (3, 4). Analoožiliste tulemusteni jõudis antrum'i ja corpus'e piiri eksperimentaalsel määramisel R. Moe koos kaasautoritega (11). Kuid ka nimetatud autori andmetel on *corpus*'e ja antrum'i värvumise erinevus halvasti piiritletav ja määratav ainult laialdase gastrotoomiaga. Intaktse mao korral värvumise erinevust näha ei ole.

Suurte neutraalpunase koguste viimisel mao veresoontesse, nagu see toimub selektiivse gastrokromoskoopia korral (s. o. indikaatorvärvi süstimisel *a. gastrica sinistra*'sse), täidab värvaine *corpus*'es leiduvate parietaalrakkude va-

helised ruumid [P. Zerebtsov (1)], blokeerib parietaalrakkude kapillaarid [A. Gelfman (3)] ja mao limaskest värvub intensiivselt lillakaspunaseks. Mao *antrum*'is, kus parietaalrakud puuduvad, on neutraalpunase süstimise ajal küll näha värvaine pulseerimist seinapidistes arterites, kuid limaskest ei värvu.

Kui kahe esimese meetodi korral (limaskestast pinna ja üldine gastrokromoskoopia) värvumise intensiivsus sõltub *corpus*'e limaskestast HCl-sekretsioonist (ja neutraalpunase kasutamisest ka värvaine ekskretsioonist), siis selektiivse gastrokromoskoopia juhtudel värvub limaskest parietaalrakkude rohkel alal (s. o. *corpus*'e osas) ise. Mao limaskestast värvumine neutraalpunasega selektiivse gastrokromoskoopia korral ei olene ainult limaskestast sekretsioonivõimest, vaid tõenäoliselt ka parietaalrakkude hulgast (massist) mao limaskestast.

Kirjanduses puuduvad andmed neutraalpunase lokaalse manustamise kohta *a. gastrica sinistra*'sse antrum'i ja corpus'e piiri määramiseks.

Järeldused

1. Indikaatorvärvidega (kongo punane ja neutraalpunane) on operatsiooni ajal võimalik määrata antrum'i ja corpus'e piir mao limaskestal.

2. Selektiivne gastrokromoskoopia võimaldab intaktsel maal antrum'i ja corpus'e piiri kiiresti ja täpselt määrata.

KIRJANDUS: 1. Жеребцов П. И. Экскреторные процессы в желудочно-кишечном канале. М., 1957. — 2. Жуковский Л. И. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Харьков, 1961. — 3. Гельфман А. Э. Тр. Новосибирского гос. мед. института, т. 42, 1965, 34—76. — 4. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. М., 1947. — 5. Сарв И. И. Уч. записи ТГУ. Труды по медицине, XII, 1965, Тарту, 179, 132—136. — 6. Edwards, L. W. a. o. Amer. J. Surgery, 1963, 105, 3, 352—360. — 7. Griffith, G. A. a. o. Amer. J. Surgery, 1963, 105, 3, 361—369. — 8. Kelly, K. A., Nyhus, L. M., Harkins, H. N. Amer. J. Surgery, 1965, 109, 1, 1—6. — 9. Lowicki, E., Littlefield, J. Surg. Forum, 1961, 12, 308—315. — 10. Moe, R. E., Nyhus, L. M., Harkins, H. N. Bull. Soc. internat. Chirurgie, 1963, 5—6, 424—434. — 11. Moe, R. E., Klopfer, P. J., Nyhus, L. M. Amer. J. Surgery, 1965, 110, 2, 127—185. — 12. Palumbo, L. T. a. o. Surgery, 1962, 51, 3, 289—294. — 13. Pritchard, G. R., Griffith, G. A., Harkins, H. N. Amer. J. Surgery, 1968, 115, 2, 191—197. — 14. Waddell, W. R. Ann. Surgery, 1956, 143, 4, 520—530.

РЕЗЮМЕ. Гастрохромоскопическое определение границ между антральной частью и телом желудка. Р. А. Труве, У. Ф. Сибуль, Э. В. Иьэсте. Определение границы антральной части желудка во время операции произведено у 62 больных, из них у 23 с язвой желудка и у 39 с язвой двенадцатиперстной кишки.

Исследование произведено при помощи индикаторных красок конго красная и нейтральная краска в 3-х группах:

1. Местная гастрохромоскопия 6% водным раствором конго красной краски. Через гастро-томно индикатором опрыскивается слизистая желудка.

2. Общая (внутривенная) гастрохромоскопия 1% водным раствором нейтральной красной краски. Индикатор вводится в общее венозное русло больного.

3. Селективная внутриартериальная гастрохромоскопия 1% водным раствором нейтральной красной краски. Индикатор вводится через *a. gastrica sin.* прямо в артериальное русло желудка.

Во всех трех группах после применения индикаторных красок слизистая тела желудка окрашивается в темновинного-красный цвет, антрум не окрашивается (проверен микроскопический).

Быстрее и точнее можно определить границы антрума во время операции при помощи селективной внутриартериальной гастрохромо-скопии.

Tallinna Tõnismäe Haigla

TSERVIKAALSETE SPONDÜLO- GEENSETE SÜNDROOMIDE RÖNTGENDIAGNOOSIMINE

ENDEL HEINSOO

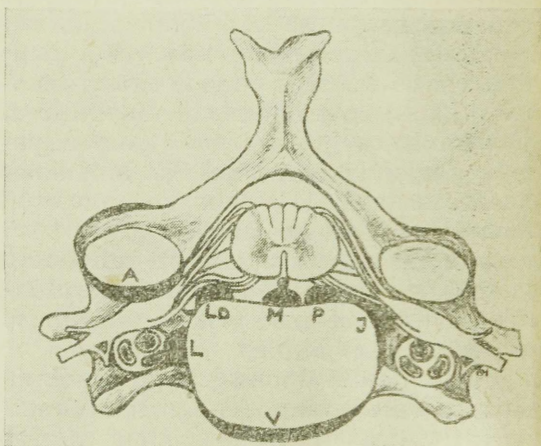
Tartu

UDK 616.711.1 : 616-073.75

Aastail 1965... 1967 oli kaela spondülogeensete sündroomide tõttu Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia- ja neurokirurgiaosakondades ravil 297 isikut, s. o. 7,3% haigete üldarvust. Neist 130-1 oli radikulaarne sündroom, 107-1 vegetatiiv-vaskulaarne sündroom, 30-1 tservikaalne müelopaatia, ülejäänutel muud või kombineeritud sündroomid. Samal ajavahemikul tehti tservikaalsete sündroomide diferentseerimiseks spondülograafia kokku 859 haigel (statsionaarist ja ambulatooriumist). Tservikaalsete sündroomide spondülogeenne olemus on selgitatud alles hiljuti, mistõttu see pole veel üldiselt tuntud, vaatamata haiguse sagedale esinemisele. Kaela spondülogeensete sündroomide mitmekesisuse tõttu tuleb nende diagnoosimisega tegelda mitmete erialade arstidel. Seejuures sündroomide eristamine samasugustest, kuid muu patogeneesiga kliinilistest sündroomidest ei ole võimalik ilma röntgenoloogiliste uuringuteta.

Lüli- ja kaelaosa degeneratiiv-düstroofilistest muutustest põhjustatud kliiniliste sündroomide mitmekesisus on tingitud lüli- ja kaelaosa morfoloogiliste muutuste vormist, nende eri ulatusest ja asendist närvisüsteemi osade ning veresoonte suhtes (22, 16).

Dorsalsed mediaansed lülid vahelise diskuse protrusioonid ja prolapsid või osteofüüdid (vt. joon. 1—M) võivad suruda seljaajule või eesmisele spinaalarterile ja põhjustada bilateraalse medullaarse kahjustuse, mis sageli avaldub amüotroofilise sündroomina. Paramediaansete väljete puhul (vt. joon. 1—P) võib sugeneda seljaaju ühepoolse kompressiooni pilt. Dorsolateraalses asendis (vt. joon. 1—LD) on võimalik närvijuure intraspinaalse osa surumine vastu lüliskaare külgmist osa.



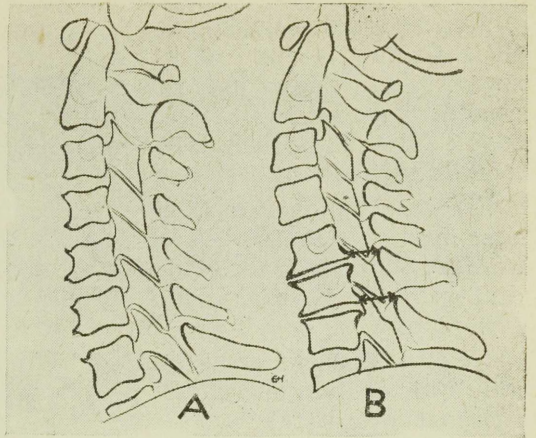
Joonis 1. Lüli- ja kaelaosa degeneratiivsete muutuste asend.

Ka unkovertebraalsed kahjustused võivad paikneda intraforaminaalselt (vt. joon. 1—I) ning radikulaarse närvi surumise tõttu vastu liigesjätket samuti põhjustada radikulaarse sündroomi. Selle teket soodustab lülidvahelise mulgu vähenemine ka seoses diskuse õhenemise ning sublüksatsiooniga lülidvahelistes liigestes. Unkovertebraalsete muutuste puhul külgmises asendis (vt. joon. 1—L) on võimalik lüliarteri ja -veeni ning vertebraalnärvi kompressioon, mille tagajärjel areneb vegetatiiv-vaskulaarne sündroom. Siin on kasutusel osalt üksnes terminoloogiliselt, osalt ka sisuliselt eri diagnoosid: vertebrobasilaarne insufitsientsus, vertebraalarteri resp. -närvi sündroom, tagumine kaela sümpaatikusesündroom, tservikaalmigreen (17, 11, 15, 16).

Spondüloartrootilised osteofüüdid (vt. joon. 1—A) võivad (vastavalt asendile ja ulatusele) survet avaldada lülidvahelise mulgu või lüliarteri suunas või ka mõlemale, eriti sublüksatsiooni juhtudel. Lüli dorsaalsel nihkel kaela retrofleksiooni korral tekib vertebraalarteri kompressioon nihkest kaudaalsema lüli kraniaalse liigesjätke ja kraniaalsema lüli *foramen transversarium*'i seina vahele (20). Nii lülidvahelist mulku läbivate vegetatiivsete närvikiudude kui ka vertebraalarterit ümbritseva närvipõimiku ärritus on sümptomide mitmekesisuse põhjus (19). Otseselt survest tingitud kõrval on võimalikud veel reflektorsed neurodüstroofilised ja neurovaskulaarsed sündroomid (9, 10).

Degeneratiivsed muutused lülisamba eesmisel pinnal (vt. joon. 1—V) on kõige vähem tähtsad — ainult suured osteofüüdid võivad olla düsfaagia või düsfoonia põhjuseks (10, 24). Üksikute autorite (4, 3) andmeil võivad osteofüüdid lülikehade ventrolateraalseil servadel põhjustada kaela sümpaatiliste ganglionide kahjustusi.

Et reaktiiv-proliferatiivsed muutused lülisamba kaelaosas degeneratiivsete düstroofiliste kahjustuste puhul on tähtsamad kui pehmekeelised protrusioonid või prolapsid, siis pakub spondülograafiline uurimine (17, 20, 8, 21, 1, 19, 24) siin märksa rohkem diagnoosimise võimalusi kui nimmeosas. Tuleb arvestada, et nii sümptomide raskuse kui ka lokaliseerimise suhtes ei ole kind-



Joonis 2. A — deformeeriv spondüloos. B — intervertebraalne osteokondroos CV (C VI, C VI) C VII.

lat seost röntgenoloogilise ja kliinilise pildi vahel (3, 21, 6, 2, 11, 19, 24).

Spondülograafilise uurimise esimesi ülesandeid on määrata lülisamba degeneratiivse kahjustuse vorm. Kliiniliste sündroomide põhjusena kaelaosas on esikohal intervertebraalne osteokondroos osteofüütidega (harvem lülidvahelise diskuse pehmekeelne protrusioon või prolaps) või ka deformeeriv spondüloartroos. Seevastu deformeeriva spondüloosi puhul võivad isegi suured osteofüüdid jääda kliiniliselt väljendumata. Seetõttu ei ole õige kõiki lülisamba degeneratiivseid muutusi ühendada ühise nimetuse alla — spondüloos või osteokondroos —, nagu teevad mõned autorid (5, 10, 16). Ka degeneratiivsete muutuste eri vormide kombineerimisel ühel haigel säilitab iga vorm oma tüüpilised jooned. Sel juhul tuleb määrata prevaleeriv vorm ja üksikute vormide lokaliseerimine, mis on oluline kliinilise pildiga seostamiseks (6, 7).

Intervertebraalse osteokondroosi puhul (joon. 2—B) asetsevad osteofüüdid lülikehade servadel kahel pool kitsenenud lülidvahemikku, risti lülisamba pikiteljega. Nad on väiksemad, kolmnurkse kujuga. Deformeeriva spondüloosi korral (vt. joon. 2—A) paiknevad osteofüüdid lülikeha servast kaugemal, nimelt eesmise pikiligamendi kinnituskohadel ja kaarjalt piki selle kulgu. On ümara nokja kujuga, sageli mitmel lülil. Seejuures ei ole lülidvahemikud kitsenenud, motoorse segmendi lõtvust ei esine. Lülikehade dorsaalsel serval spondüloosi juhtudel osteofüüte ei ole (7).

Teiseks leitakse degeneratiivsete muutuste asukoht — kahjustatud motoorsed segmendid. Osteokondroosi sagedaim esinemiskoht on V/VI, peaaegu niisama sageli VI/VII, harvem IV/V ja teistes kaelalülide vahemikes.

Kolmandaks määratakse morfoloogiliste muutuste ulatus ja asend üksikutes lülidevahemikes vastavalt eespool toodud seostele kliiniliste sündroomidega (vt. joon. 1).

Diagnoosimiseks kasutatavad on ainult täpses seades õigesti projitseeritud ülesvõtted (18).

Intervertebraalse diskopaatia varajaste tunnustena võib olla kaelaosas füsioloogilise lordoosi paikne või üldine lamemine või paikne angulaarne küfoos. Eriti tähenduslik on viimase esiletulek kitsenenud lülidevahemiku kohal. Väiksem tähtsus diagnoosimisel on paiksel skoliosil. Varajasi muutusi võib sedastada funktsionaalse spondülograafia abil: lülisamba liikuvus võib kogu kaelaosas väheneda või võib ilmuda patoloogiline fikseeritus, nn. dünaamiline blokk (19) ainult ühes motoorses segmendis. Viimasel juhul võib teises, tavaliselt immobiliseeritud lülidevahemikust kraniaalsemas segmendis esineda kompensatoorne hüpermotilitet (19) — antefleksioonis lüli tavalisest tugevam nihe ettepoole, retrofleksioonis tahapoole. Harvem on lüli nihe sedastatav staatilisena, ülesvõttel kesk- asendis.

Diskuse kahjustuse otsese tunnusena külgülesvõttel on lülidevahemik kitsenenud, muutunud paralleelseks või koguni eesmises osas kitsamaks kui tagumises. Erandina on VII kaela- ja I rinnalüli vaheline lülidevahemik meie kogemuste järgi ka normaalsena enamasti kitsam kui temast kraniaalsemad vahemikud. Sagitaalülesvõttel võib olla sedastatav lülidevahemiku ühepoolne kitsenemine.

Kaela radikulaarsete sündroomide diagnoosimisel on oluline, et põikiülesvõttel (pööre 30°) sedastataks vastavate lülidevaheliste mulkude vähenemist, mis on tingitud mulgusisestest osteofüütidest (vt. tahvel XV, röntgenogramm 1) ja diskuse õhenemisest. Spondüloartrootilised muutused ja subluksatsioon lülidevahelistes liigestes on nähtavad ka lateraalseil ülesvõtteil, kuid kahjusta-

tud poole võib määrata ainult põikiülesvõtteil (pööre 10°).

Lateraalsed unkovertebraalsed degeneratiivsed muutused on hästi nähtavad sagitaalsel spondülogrammil: *processus uncinatus* on pikenenud, teravnenud või kolvitaoliselt jämenenud, sklerootiline, lateraalsele suunatud osteofüütidega. Samasugused muutused on kraniaalsema lüli vastasserval. Lüliarteri spondülogeense kahjustuse toopika määramiseks, samuti diferentseerimiseks arteri lähte anomaaliast, aterosklerootilistest või muudest muutustest on vajalik vertebraalarteri kaelaosas angiograafia (12). Sagitaalseil angiogrammidel näeme lüliarteri paikseid lookeid ja kitsenemist unkovertebraalsete väljete kohal (vt. tahvel XV, röntgenogramm 2). Lateraalsed angiogrammid, eriti retrofleksiooni-asendis, võimaldavad arteri või seda ümbritseva närvipõimiku kahjustuse kindlaks teha osteofütoosi ja subluksatsiooni korral lülidevahelistes liigestes.

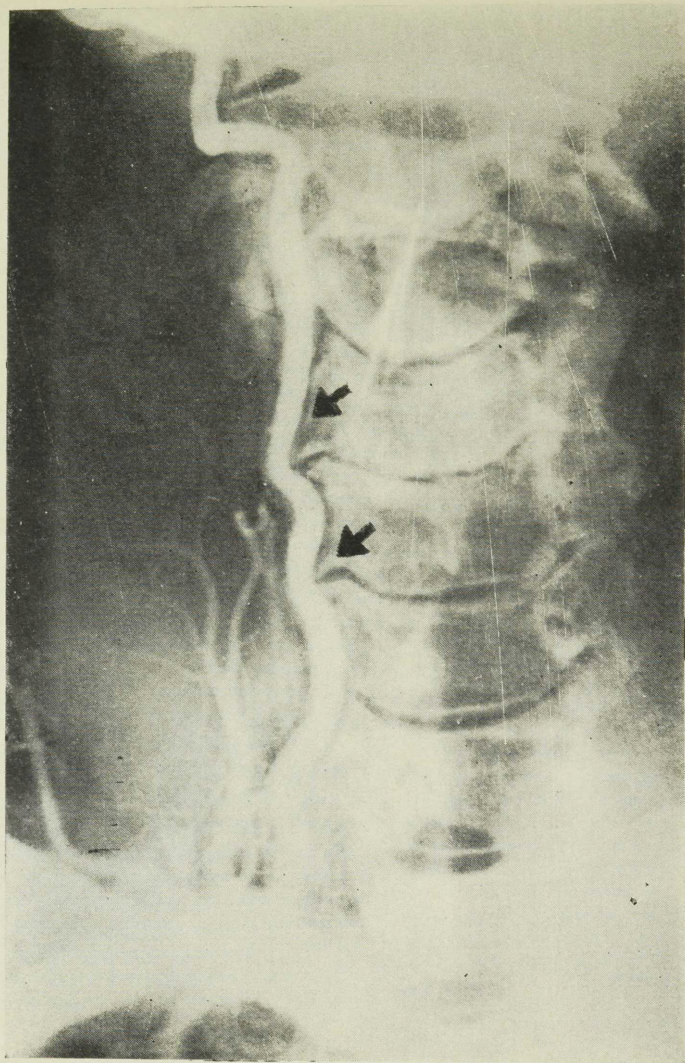
Tservikaalse müelopaatia diagnoosimisel tuleb arvestada lülisambakanali sagitaalset diameetrit ja selle vähenemist, mis on tingitud osteofüütidest lülkehade dorsaalsetel servadel. Siin ilmnevad normi piires suured erinevused. Lateraalsel spondülogrammil mõõdetakse distants lülkeha dorsokaudaalsest servast (*resp.* osteofüüdist) kuni kaare ventraalse pinnani (vt. joon. 2—B). Normaalselt on see vahemaa 12...22 mm, keskmiselt 15...17 mm (22, 24). Kui miinimumdiameeter on 10...13 mm, siis on seljaaju kompressioon võimalik. Rohkem kui 13...14 mm korral on lülisamba muutused müelopaatia ainsa põhjusena ebatõenäolised (24). Kasutatakse ka lülisambakanali ja lülkeha sagitaalsete mõõtmete suhtarvu: normaalselt on see 1...1,2, tservikaalse müelopaatia puhul aga 0,5...0,9 (15).

Tuleb aga arvestada, et pehmekoelised prolapsid ja protrusioonid ilma tagumiste osteofüütideta võivad paikneda ka normaalse kõrgusega lülidevahemikus (21) ning ei ole siis spondülograafiliselt nähtavad (22). Samuti peab silmas pidama, et väljed subarahnoidaaloõnde on mittelubjastunud pehmete kudede tõttu tegelikult suuremad kui spondülogrammidel näha võib. Peale selle esinevad kaelaosas sageli mitmesed protru-

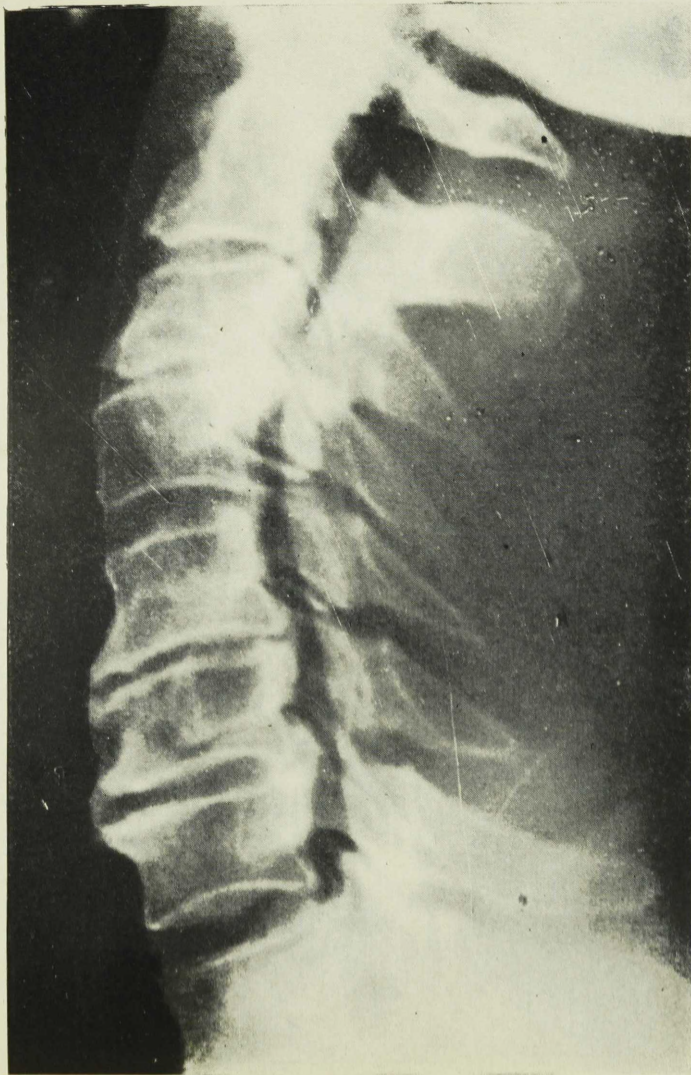
Röntgenogramm 1.
Osteofüüdid lüli-
devahelisse mul-
ku.



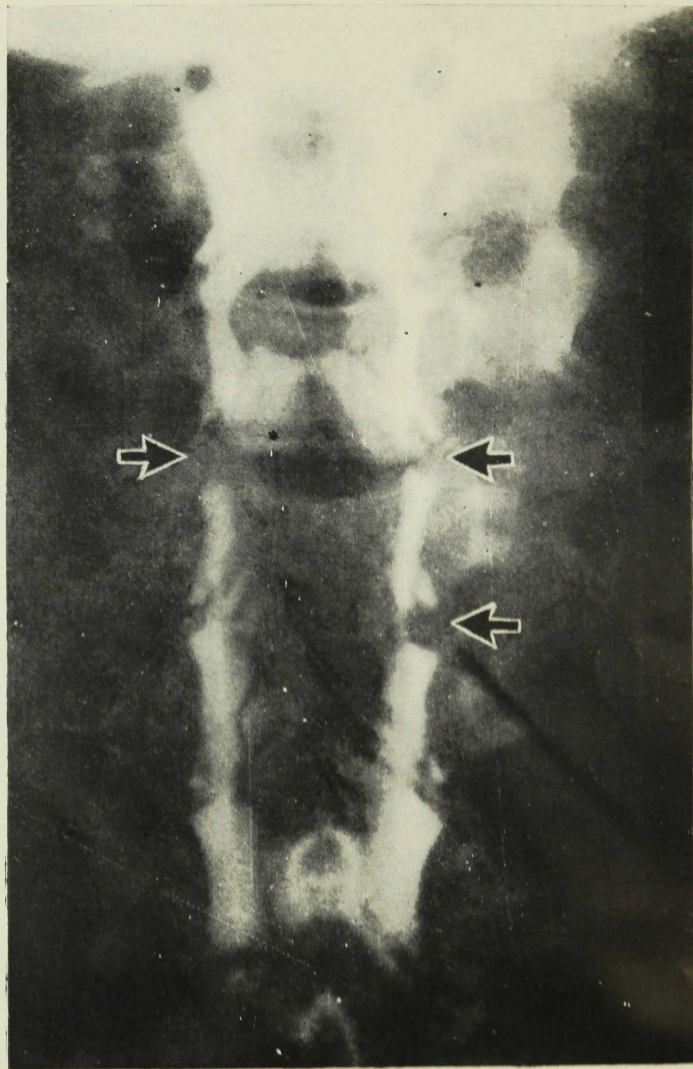
Röntgenogramm 2.
Lüliarteri looked
ja kitsenemine
unkovertebraal-
sete väljete kohal.



Röntgenogramm 3.
Pneumomüelogramm. $\frac{3}{4}$., $\frac{5}{6}$. ja $\frac{6}{7}$. kaelalülid vahelise diskuse prolaps. Subarahnoidaalsed liited $\frac{3}{4}$. lülid vahemiku kõrgusel.



Röntgenogramm 4.
Myodil-müelogramm. Mõlema poolne $\frac{4}{5}$. ja vasakpoolne $\frac{5}{6}$. kaelalülid vahelise diskuse prolaps lateraalses asendis.



sioonid või prolapsid. Nendele kaasuvad mõnikord subarahnoidaalsed liited, mis samuti võivad olla kliiniliste nähtude põhjuseks. Seetõttu tingivad dorsaalsed lülisamba kahjustused müelograafia vajaduse, eriti siis, kui neuroloogilised nähud ei vasta spondülograafia andmetele (21).

Arvestades soodsaid olusid kaelaosa röntgenograafiaks, kasutame siin peamiselt pneumomüelograafiat (13, 14). Dorsaalne mediaanne või paramediaanne prolaps või protrusioon on müelogrammil nähtav ventraalse ekstrapararalse ekspansiiivse protsessina, mis gaasi ventraalsel kontuuril põhjustab ümara täitedefekti, s. o. impressiooni peamiselt lülidevahemiku kõrgusel. Subarahnoidaalruumi ventraalses osas oleva gaasisamba täielik katkemine, gaasi puudumine teatavas ulatuses viitab subarahnoidaalliidetele (vt. tahvel XVI, röntgenogramm 3).

Dorsolateraalsete väljete olemasolul võivad pneumomüelograafia andmed olla negatiivsed või ebaselged. Sel juhul on näidustatud müelograafia positiivse kontrastainega (23). Iseloomulik on juuretasku deformatsioon ja külgmine poolringjas täitedefekt sagitaalülesvõttel (vt. tahvel XVI, röntgenogramm 4).

Tservikaalseid spondülogeenseid sündroomide diagnoositakse kompleksse kliinilis-röntgenoloogilise uurimise teel. Röntgenoloogiliste uuringute valikul lähtutakse kliinilisest sündroomist ja ülevaatlike spondülogrammide andmetest. Lülisamba kaelaosa röntgenogramme on võimalik teha igas röntgenikabinetis. Uuringuid kontrastainega (pneumomüelograafia, vertebraalarteri angiograafia) on otstarbekam toimetada spetsialiseeritud osakonnas.

KIRJANDUS: 1. Бродская З. Л. В кн.: Тр. объединенной конф. нейрохирургов. Ереван, 1965, 21—23. — 2. Верник А. Я. Заболевания нервно-мышечного аппарата верхних конечностей и шейный остеохондроз у текстильщиков. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Тарту, 1965. — 3. Динабург А. Д. и Рубашева А. Е. Ж. невропатол. и психиатрии, 1959, 6, 714—718. — 4. Динабург А. Д. и Трещинский А. И. Ж. невропатол. и психиатрии, 1955, 10, 721—727. — 5. Клионер И. Л. В кн.: Остеохондрозы позвоночника, вып. 1, Новокузнецк, 1962, 17—26. — 6. Косинская Н. С. Дегенеративно-дистрофические поражения костноуставного аппарата. Л., 1961. — 7. Она же. В кн.: Остеохондрозы позвоноч-

ника, вып. 1, Новокузнецк, 1962, 27—37. — 8. Подольский Ф. Д. Вестн. рентгенол. и радиол., 1959, 4, 24—31. — 9. Попелянский Я. Ю. В кн.: Остеохондрозы позвоночника, вып. 1, Новокузнецк, 1962, 57—64. — 10. Он же. Шейный остеохондроз. М., 1966. — 11. Ратнер А. Ю. Шейная мигрень. Казань, 1965. — 12. Хейнсоо Э. К. В кн.: Вопр. клинической неврологии и психиатрии, т. VI, Тарту, 1966, 64—70. — 13. Он же. В кн.: Остеохондрозы позвоночника, вып. 1, Новокузнецк, 1962, 153—156. — 14. Он же. В кн.: Вопр. клинической неврологии и психиатрии, т. V, Тарту, 1965, 150—157. — 15. Чайковский М. Н. Ж. невропатол. и психиатрии, 1967, 6, 837—841. — 16. Brain and Wilkinson, M. Cervical Spondylosis and other disorders of the cervical spine. London, 1968. — 17. Hardt, H. O. Dtsch. med. Wochenschr., 1956, 50, 2061—2065. — 18. Heinsoo, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 4, 45—48. — 19. Jirout, J. Neuroradiologie. Berlin, 1966. — 20. Kovács, A. Fortschr. Geb. Röntgenstrahlen u. Nuklearmedizin, 1956, Bd. 85, 142—153. — 21. McRae, D. L. In: K. Decker, Klinische Neurologie, Stuttgart, 1960, 440—465. — 22. Plum, F. Postgrad. Med., 1960, 27, 5, 630—638. — 23. Ritvo, M. Bone and Joint X-Ray Diagnosis. Philadelphia, 1955. — 24. Young, A. C. In: Brain and Wilkinson, M. Cervical spondylosis and other disorders of the cervical spine. London, 1968, 133—196.

РЕЗЮМЕ. Рентгенодиагностика шейных спондилогенных синдромов. Э. К. Хейнсоо. За 1965—1967 гг. в неврологическом и нейрохирургическом отделениях Тартуской республиканской клинической больницы больные с шейными спондилогенными синдромами (297) составляли 7,3% общего количества больных.

В статье излагается патогенетическая зависимость между дегенеративно-дистрофическими морфологическими изменениями шейного отдела позвоночника и клиническими синдромами (радикулярный синдром, цервикальная миелопатия, вегетативно-васкулярный синдром).

При выборе рентгенологических исследований берется в основу клинический синдром и данные обзорных рентгенограмм. Ранними признаками межпозвонковой дископатии могут быть сглаженность физиологического лордоза шейного отдела или местный ангулярный кифоз, ангулярный сколиоз, сдвиг позвонка. При функциональной спондилографии может отмечаться уменьшение подвижности во всей шейной части позвоночника или иммобилизация лишь одного моторного сегмента с одновременно увеличенной сдвигаемостью в другом межпозвонковом промежутке. Прямым признаком поражения диска является сужение межпозвонковой щели. По наблюдениям автора, в виде исключения промежуток между седьмым шейным и первым грудным позвонком часто является и в нормальных условиях уже суженным по сравнению более краниально расположенными промежутками. Для диагностики радикулярного синдрома имеет значение обнаруженное сужение межпозвонковых отверстий, возникающее за счет интрафораминальных остеофитов и суже-

ния диска, а также спондилоартротические изменения и сублюксация в межпозвоноковых суставах. При наличии вегетативно-васкулярного синдрома, кроме спондилографического установления унковертебральных изменений для уточнения поражения позвоночной артерии и нерва, требуется нередко и вертебральная ангиография. В диагностике цервикальной миелопатии необходимо учитывать сагитальный диаметр позвоночного канала на уровне заднего

остеофита. При наличии медианных или парамедианных выпячиваний диска для уточнения диагноза иногда показана пневмомиеелография, при наличии дорзолатеральных выпячиваний — миелография с положительным контрастным веществом.

*Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla
röntgenoloogiaosakond*

LASTE RÖNTGENOGRAMMIDE KVALITEET JA EKSPONEERIMISTINGIMUSTE VALIMINE

ILMAR-VELLO NOVEK

Tartu

UDK 616-073.75 : 616-053.2

Kvaliteetsed röntgenogrammid annavad uuritava objekti kujutise edasi õiges projektsioonis, optimaalse kontrastsuse ja teravusega. Ülesvõtete kvaliteet sõltub peamiselt väikeste detailide edasiantmise täpsusest (2).

Ülesvõtte peab olema paraja optilise tihedusega (tumedusega). Detailid on ülesvõttel kõige paremini näha, kui negatoskoobi valgus ülesvõtet läbides nõrgeneb kümme korda — optiline tihedus 1,0 (2). Hea on veel selline ülesvõtte, mille optiline tihedus diagnoosimise seisukohalt olulistest kohtades on 0,8...1,8 [valgus nõrgeneb 6...60 korda (5)].

Eelistatud on mõõdukas kontrastsus. See sõltub uuritavast kehaosast. Kontrastsust vähendavad kõrgem pinge, hajutatud kiirgus ja filmide töötlemisel tekkinud vead.

Ülesvõtte peab olema terav. Silm märkab ebateravust, mis on suurem kui 0,25 mm (2).

Materjalidest tingitud ebateravus sõltub kõvendusekraani ja kristallide teralisusest ning jaotumisest filmil, mida praktikas ei tarvitse arvestada (6). Filmi ja kõvendusekraani koosmõju annab ebateravuse 0,1...0,3 mm (2).

Hajutatud kiirgusest tingitud ebateravus suureneb koos pinge tõstmise ja uuritava kehaosa paksusega. Ebateravuse vähendamiseks tuleb kiiritusvälja maksimaalselt diafragmeerida ja paksemate kehaosade korral hajukiirte filtrit kasutada. Laste keha läbimõõt on väike, hajutatud kiirguse osatähtsus väiksem

ja säritusaja lühendamiseks võib filtrit harvem kasutada. Lapse ja kasseti vahel soovitakse jätta 10 cm vahemaa (9), mille suurendamisel hajukiirgus (tekib objektis) väheneb vastavalt kauguse ruudule. Primaarkiirgus ei vähene, geomeetiline ebateravus aga suureneb (2).

Geomeetiline ebateravus on seda väiksem, mida väiksem on fookus, mida väiksem on filmi kaugus objektist ja mida suurem on fookuskaugus. Kui fookus on 1,2 mm, rindkere läbimõõt 20 cm ja fookuskaugus 1 m, siis geomeetiline ebateravus on 0,3 mm (6).

Dünaamiline ebateravus on võrdeline ülesvõtte ajaga ja tema vähendamise ainuke võimalus on säritusaja lühendamine. Südame pulsatsiooni mõju kopsujoonisele nõrgeneb silma eraldusvõime piirini (0,2 mm) siis, kui säritusaeg on 0,02 sekundit (2), täielikult kaob alles 0,003. sekundil (6). Soolte peristaltikast tingitud ebateravus väheneb 0,25 mm-ni 0,25. sekundil (2). Urograafia puhul soovitatav aeg oleks 0,04...0,07 sekundit, kuid röntgeniaparatuuride võimsus ei võimalda alla 0,5 sekundi (5). Laste puhul põhjustab suurema ebateravuse rindkere liikumine hingamisel, kuid veelgi suurem on ebateravus siis, kui laps ülesvõtte tegemise ajal rabeleb. Meie patsientide rekord sel alal, mõdetuna roiete kontuuridel, on 0,03-sekundilise säritusaja korral 3 mm. Dünaamiline ebateravus on väikelastel ülesvõtete ebaõnnestumise peamine põhjus.

Summaarne ebateravus on igast üksikust ebateravusest suurem, väiksem aga nende summast. Kui üks on teistest suurem, siis sõltub summaarne ebateravus peamiselt sellest (2, 4). Liikuvate objektide ülesvõtetel võimaldab suurem fookus lühendada säritusaega ja vähendada summaarset ebateravust. Liikumata objektide ülesvõtetel või lühikesel säritusajal (0,02 sekundit) korral summaarne ebateravus väheneb ja sel puhul muutuvad määravaks geomeetiline ebateravus ning fookuse suurus (2, 4).

Kontrastsuse ja teravuse koosmõjust tuleneb röntgenogrammi struktuursus (3), s. o. nähtavate detailide hulk röntgenogrammil. Ebateravus vähendab väikeste detailide kontrastsust, mistõttu need võivad jääda nähtamatuks (2). Röntgenogrammidel on nähtavad veel detailid, mille läbimõõt on 0,01...1 mm, optilise tiheduse vahe 1...20% ja vahemaa 0,015...0,3 mm (5).

Ülesvõtte õige projektsioon ja kvaliteetne töö pimikus on eelmistega sama-äärsed tegurid.

Häid röntgenogramme on lastest märgatavalt raskem valmistada kui täiskasvanuist. Väikelapsed ei aita uuringule kaasa, vaid protesteerivad selle vastu energiliselt. Vajaliku, sageli ebamugava asendi tagab lapse vägivaldne fikseerimine, mida laps tõrjub, ja ülesvõttel leiame dünaamilise ebateravuse. Ekspositsiooninäitajate valimisel peame arvestama patsiendi vanust ja toitumust, mis suuresti varieeruvad. Täiskasvanutega võrreldes sisaldavad väikelaste koed rohkem vett, luud vähem lujja, mille tõttu ülesvõtte on vähem kontrastne. Kudede struktuur on peen nii filmi emulsioonil nähtavaletuleku kui ka silma eraldusvõime piiril. Kiirituskaitse on olulisem kui täiskasvanuil. Rindkereülesvõtetel peab tabama sissehingamise faasi.

Nendest erinevustest tulenevad suurem ajakulu ja ülesvõtete kordamise vajadus, mistõttu röntgenikabineti personal lastega eriti meelsasti ei tegele. Nn. konsultatsioonihaigete ülesvõtetel pole tavalist viga (ülesärituse kompenseerimine alailmutamisega), kuid need on tihti heledad, vähekontrastsed, suure dünaamilise ebateravusega ja on tehtud väljahingamise faasis. Nimetatud puudused on peamiselt tingitud röntgeni-aparaadi väikesest võimsusest ning vii-

mase puudulikkusest rakendamisel. Mida väiksem on laps, seda võimsam peab olema röntgeni-aparaat. Paljude röntgenikabinettide aparatuur ei sobi lastest ülesvõtete tegemiseks, kuid on selge, et niisugustes oludes tuleb töötada ka edaspidi ja et kvaliteetsete ülesvõtete saamiseks ei ole arvesse võetud veel kõiki võimalusi. Näiteks Tallinna II Lastehaiglas (röntgenoloog S. Pavelson, röntgenilaborant E. Rosenperk) tehakse aparaadiga RUM-4 kvaliteetseid ülesvõtteid.

Kvaliteetsete ülesvõtete aluseks on õigete ekspositsiooninäitajate valimine. Ekspositsioonitabelid on koostatud peamiselt täiskasvanutest ülesvõtete valmistamiseks. Nende kasutamise tehniliseks eelduseks on röntgeni-aparaadi pingeline, voolu tugevus ja aja konstantsus. Kontrollitud röntgeni-aparaatidest pooltel erinesid tegelik voolupinge ja voolutugevus 10...50% võrra juhtlaua voolu- ja ampermeetri näitudest. Filmi emulsiooni jõudnud kiirgus muutub kvantitatiivselt ja kvalitatiivselt. Võrgupinge kõikumine, erinevused filmide kvaliteedis, anoodi kulumine, ühtlasi raskused patsiendi vanusest, soost ja toitumisest tingitud korrektsioonide hindamisel teevad võimatuks ajast ja kohast sõltumatu täpse doseerimise (5).

Laste ülesvõteteks sobiva aja, pingeline ja teiste tegurite valimine on veelgi raskem. Selleks mõeldud ekspositsioonitabelitest saab ainult ligikaudseid andmeid (9). Aluseks jäävad peamiselt kogemused, mistõttu ülesvõtte kõik andmed on soovitatav täpselt üles kirjutada. Kogunevatest andmetest saab koostada aparadi ekspositsioonitabeli. Lihtsam on ekspositsiooniteguritest muuta ainult pinget (olenevalt uuritava kehaosast või elundist) ja säritusaega (olenevalt lapse vanusest ja toitumisest).

1. Pinge. Normeeritud ülesvõtte sõltub peamiselt valitud pingest, mis tagab detailide nähtavaletuleku ja kontrastsuse uuritava kehaosa röntgeni-ülesvõtetel. Ülejäänud tegureist sõltub filmi nõutaval määral tumenemine (4). Laste uurimisel on vajalik suhteliselt kõrge pinge, et lühendada säritusaega ja vähendada kiirituskoormust (6). Pinge tõstmise 65...85 kV piires 10 kV võrra võimaldab mAs anda poole vähem (8). Laste kudede väiksem kontrastsus tõm-

bab sellele piiri, mistõttu on kasutusel nn. poolkõvad kiired (70...80 kV). Need sobivad rindkereülesvõteteks, uuringuteks positiivsete kontrastainetega ja osalt ka luude ülesvõteteks (1, 7). Neerude ja sapipõieülesvõteteks neid ei soovitata (1, 7), kuid urograafia ajal võib pinge kõrgem olla (5). Luude struktuuri nähtavaletoomiseks on sobivam madal pinge.

Röntgeniaparatuuridega «Diagnomaks» ja URD-110 töötamisel oleme kasutanud järgmisi pingeid.

Rindkere otseülesvõte	65...80	kV
Rindkere külgeülesvõte	70...85	,,
Neerud	60	,,
Urograafia	70...80	,,
Soolte sihtülesvõte	110...115	,,
Kolju	65...70	,,
Paranasaalurked	60...70	,,
Antrumid	55...70	,,
Jäsemete distaalsed osad	40...45	,,
Puusaliigesed, vaagna otseülesvõte	45...70	,,
Lülisamba lumbosakraalosa otseülesvõte	70...80	,,
Lülisamba lumbosakraalosa külgeülesvõte	70...85	,,

2. Fookuskaugus. Kiirguse intensiivsus langeb võrdeliselt fookuskauguse ruuduga. Töötamisel on soovitatavad fookuskaugused, millel üleminek ühelt kauguselt teisele nõuab mAs muutmist kaks korda — 70, 100, 140 ja 200 cm (8). Tsentraalprojektsioonist tingitud moonutuste vähendamiseks peab fookuse ja filmi vahekaugus ületama objekti läbimõõdu vähemalt viis korda (2, 6).

Imikute ja väikelaste rindkere läbimõõt on 10...12 cm. Täiskasvanute (rindkere läbimõõt 22 cm) kaugülesvõtte fookuskaugus 200 cm vastab fookuskaugusele 130 cm eelkoolieas (rindkere läbimõõt 14 cm) ja fookuskaugusele 94 cm imikutel (9). Seega on kaugülesvõteteks piisav fookuskaugus 140 cm ja tavalisteks ülesvõteteks 100 cm. Väiksema võimsusega röntgeniaparatuuride kasutamisel võib säritusaja lühendamiseks fookuskaugust vähendada 70 cm-ni.

3. Kiirguse filtreerimine. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi eeskirjades nõutakse röntgeniaparatuuridel kuni 100 kV pingega üldist filtratsiooni 2 mm Al, kuni 125 kV — 3 mm. Täiendav filter vähendab hajutatud kiirgust kõvade kiirte kasutamisel ning gonaadset doosi.

4. Kõvendusekraanid. Universaalfooliotele lisaks soovitame fooliot UFDM, mis praktilises töös on end õigustanud. Foolio UFDM võimaldab säritusajaga lühendada kolmandiku võrra.

5. Filmid. Laste ülesvõteteks soovitame hoida kõrgema tundlikkusega filme.

6. Hajukiirte filtrid nõuavad ekspositsioonidoosi suurendamist keskmiselt kolm korda. Väikelaste kehaosade väiksema läbimõõdu tõttu on hajukiirte hulk väike ja filtrita ülesvõtetega lühendame säritusajaga ka seal, kus täiskasvanuil ei ole võimalik (kolju-, vaagna-, kõhuõõneülesvõtted).

7. Valgustusvälja suurus. Maksimalne diafragmeerimine vähendab hajutatud kiirgust ning gonaadset doosi. Seda võimaldab valgustsentraatoriga Ginsburgi tuubus.

8. Patsiendist sõltuvad tegurid. Laste luuülesvõtte korrektsioonitegur milliamperekunditele on 0,07...0,8 ja kopsuülesvõtetele 0,33...1,0, võrreldes täiskasvanute ülesvõtetega (8). Värske kipssideme korral tuleb mAs kahekordistada või pinget tõsta 10 kV võrra (8). Subkutaanse rasvkoe paksus mõjutab tugevasti kopsuülesvõtte optilist tihedust; vastavalt vajadusele tõsta pinget (9).

9. ja 10. Filmi nõutav tumenemine saavutatakse piisava ekspositsioonidoosiga (mAs). Kui kV jätta muutmata ja muuta mAs sõltuvalt teistest teguritest, on normeeritud ülesvõtte saamine lihtsam.

Tuleb valida eri ekspositsioonitegurid olenevalt sellest, kas laps on rahutu või mitte. Rahutute laste röntgenogrammide ebaõnnestuvad dünaamilise ebateravuse tõttu, mille vältimise võtetel peatume pikemalt.

Lapsele, kellele haiglamiljöö on võõras, on tundmatute esemetega pime röntgenikabinet kahtlane ja hirmuäratav koht. Kabineti võime kodusemaks muuta küllaldase valgustuse ja mänguasjadega. Paigutame kohale kasseti ja röntgenitoru, näitajad juhtlaual valime juba enne lapse röntgenikabinetti toomist. Laps on rahulikum, kui teda toob ja hoiab osakonna töötaja. Enamik emadest hoiab lõdvalt ning laps, püüdes sundasendist vabaneda, hakkab rabelema ja jonnima. Röntgenilaborant valmistub ülesvõtteks ja leiab last jälgides

selleks paraja hetke. Ülesvõtet saab nupplülitiga kiiremini teha kui pöördlülitiga.

Röntgeniaparatuur ARD-2 ei ole laste ülesvõteteks sobiv, sest ülesvõte tehakse automaatselt umbes 2-sekundilise ooteaja järel. Aparatuuri täiendamine ühe releega kõrvaldab automaatlülituse. Elva rajoonihaiglas on vastav seadeldis juhtlauda monteeritud ja seni häireteta töötanud. Selle paigaldamine on jõukohane igale röntgenitehnikule. Skeemi võib saada Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast.

Anoodi ja hajukiirte filtri käivitamine võib reflektorse liigutuse esile kutsuda isegi koolilastel, mille vältimiseks lapsega on soovitatav vestelda.

Dünaamilise ebateravuse vähendamise ainuke võimalus on säritusaja lühendamine. Selleks valime kõrgema pingega, suure fookuse, kõrge tundlikkusega filmi ja kõvendusekraani UFDM, vajaduse korral lühendame veel fookuskaugust ja väikelastel jätame ära hajukiirte filtri.

Rindkereülesvõtete ajal määrab röntgenogrammi kvaliteedi hingamisfaas. Kui imik hingab rahulikult, püütakse tabada sissehingamise faas, kuid ka väljahingamise faasis tehtud ülesvõte on tavaliselt kõlblik. Nutva lapse ülesvõte, mis on tehtud väljahingamise faasis, on alavalgustatud, vähenenud transpaarsuse ja kontrastsusega. Ülesvõte võib anda silmapette olematust varjustusest või varjustus võib kaduda; südame kuju pole määratav. Õige säritusaeg on inspiiriumi lõpul või ekspiiriumi algul, mil roided liiguvad vähem. Häid ülesvõtteid võib saada siis, kui patsient on selja või rinnaga vastu kasseti, kuid siiski soovitame, et laps asetatakse vastu kasseti seljaga. Sel juhul on ta rahulik, ei pööra pead anoodi käivitumisel, vaatab valgustsentraatori tuld ja kuulab röntgenilaborandi vestlust, kasseti äär ei vajuta vastu suud. Patoloogilised protsessid on sagedamini tagumistes kopsuosades, sellest ka nende teravam joonis ülesvõttel.

Imikuid on ülesvõtete ajal kerge kohelda, sest elukogemused pole nende usaldust veel kõigutada jõudnud. Söötmine ja jootmine aitavad neid rahustada. Kõige raskem on kuuekuiste kuni kaheaastaste laste rahustamine. Kaheaastastel ja vanematel aitab juba veen-

mine ja vahel on otstarbekas lasta neid kabinetis ringi vaadata, et asendi ja paigaldamisega suhtes kokkuleppele jõuda.

Niisuguse talitusviisi ja õigete ekspositsiooninäitajate valimisega õnnestub saada rahuldav rindkereülesvõte.

Hinnatav on ka väikese dünaamilise ebateravusega luuülesvõte, kui selle struktuur pole oluline (näiteks väikelaste põsekoobaste ülesvõte, osa ortopeedilistest ülesvõtetest). Luude struktuuri hindamiseks peab ülesvõte olema siiski täiesti terav. Rahututele lastele oleme uinutamiseks andnud luminaali ja klooraalhüdraati, kuid nende toime on nõrk. Mõnel juhul aitaks ainult narkoos.

Vanemate või rahulike laste ülesvõteteks valime ekspositsiooninäitajad teisi. Madalam pingega annab parema kontrastsuse, väike fookus ja suurem fookuskaugus vähendavad geomeetrilist ebateravust. Kasutame peeneteralist või universaalfooliot ning hajukiirte filtrit. Pikem aeg tagab piisava optilise tiheduse ning kontrastsuse. Rindkereülesvõteteks peame siiski eelistama lühemat säritusaega südame pulsatsioonist tingitud dünaamilise ebateravuse vähendamiseks.

Viimane tee on perspektiivne. Edu samme vastsündinute uurimisel on tehtud mikrofookust, kõrge tundlikkusega filme ja kõvendusekraane ning suurendustehnikat kasutades (10).

KIRJANDUS: 1. Валдес В. А. В кн.: Тр. I Межреспубл. конф. рентгенологов и радиологов Прибалтийских республик. Рига, 1962, 141—145. — 2. Дмоховский В. В. Основы рентгенотехники. М., 1960. — 3. Лагунова И. Г. Рентгеновская семиотика заболеваний скелета. М., 1966. — 4. Третьяков В. В. и Флаксер Н. И. Прикладная рентгенотехника. М., 1967. — 5. Dalicho, W. A. Wahrnehmung und Darstellbarkeit von Details im Röntgenbild. Leipzig, 1967. — 6. Dietze, R. u. Köcher, E. Physik und Praxis der Röntgenaufnahme-technik I. Jena, 1964. — 7. Emmerich, R. Arbeitsmethoden der Inneren Medizin und ihr Verwandter Gebiete, Band II. Jena, 1965. — 8. Janker, R. Röntgenaufnahme-technik I. Leipzig, 1966. — 9. Krogmann, M. Kinder kommen zum Röntgen. Jena, 1965. — 10. O'Hara, A. E. Pediatric Clinics of North America, 1968, 15, 2, 409—432.

РЕЗЮМЕ. Качество рентгенограмм у детей и выбор условий экспозиции. И.В. А. Новек. Приготовление качественных рентгенограмм детей затруднено из-за особенностей детского возраста и динамической нерезкости. Часто не знают всех возможностей, используемых для понижения нерезкости, особенно при работе на маломощной рентгеновской аппаратуре.

Задачей данной работы было показать пути правильного установления условий экспозиции в зависимости от возраста и исследуемого органа.

Получение стандартных рентгенограмм в значительной степени зависит от выбора величины напряжения генерирования трубки. Правильный выбор остальных данных экспонирования обеспечивает только необходимую плотность почернения пленки.

Для снижения динамической нерезкости следует успокоить детей. Для сокращения выдержки выбрать «полужесткое» напряжение, боль-

шой фокус, экран увеличенного фотографического действия (УФДМ), пленки с высокой чувствительностью, при надобности уменьшить фокусное расстояние и не применять отсеивающей решетки.

У спокойных детей и неподвижных органов выбираем относительно более низкое напряжение, маленький фокус, большое фокусное расстояние.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

AMBULATOORSE JA POLIKLIINILISE ABI ÜLESANDED

NIIN AJASTA

Tallinn

UDK 614.2 : 362.12

Tänapäeval tehakse Nõukogude Liidu ulatuslikku tööd ühiskondlik-poliiitilise ning majandusliku elu juhtimise meetodite täiustamiseks. Uutes oludes suureneb ka tervishoiuorganisaatorite vastutus töö organiseerimisel, et elanike paremaks teenindamiseks maksimaalselt ära kasutada kõik võimalused, kaader ja vahendid. Seejuures tuleb erilist tähelepanu pöörata ambulatooriumide ja polikliinikute tööle, sest nende osa elanikele antavas meditsiinilises abis on kõige suurem ja suureneb üha. Ambulatooriumis või polikliinikus abi vajavate haigete arv on haiglaravi vajajate arvust mitu korda suurem. Umbes 80% polikliinikutesse pöördunuist alustab ja lõpetab ravi seal.

Seega elanikele antav meditsiiniline abi, selle kättesaadavus ja kvaliteet sõltuvad suurel määral ambulatooriumide ja polikliinikute tööst. Siit tuleneb vajadus erilist tähelepanu pöörata nende asutuste töö parandamisele ja organisatsioonilisele täiustamisele. Kui arvestada kaadri ja ametikohtade arvu juurdekasvu, on vabariigis lähema 3...4 aasta jooksul võimalik elanikele tagada kättesaadav spetsialiseeritud polikliiniline abi.

Palju saab teha töö ratsionaalsema korraldamisega. Mitte niivõrd kaadri ja ametikohtade väheus, kuivõrd just nende ebaotstarbekas, sageli isegi pillav kasutamine ja töö ebaõige korraldamine tekitab häireid polikliinikute töös ja põhjustab elanike õigustatud nurinat.

Paljud organisaatorid ei pööra küllaldaselt tähelepanu polikliinikutele. Nähes peamist statsionaarse abi organiseerimises, on nad põhjustanud disproportsiooni polikliinilise ja statsionaarse teenindamise vahel viimase kasuks. Niisugune suhtumine on viinud selleni, et statsionaaride ametikohad on polikliinikute arvel komplekteeritud sajaprotsendiliselt ja enam, polikliinikute ametikohad aga 60...80%-liselt. Aastail 1947...1964 on NSV Liidu statsionaarides töötavate arstide ametikohtade arv suurenenud 3,4 korda, ambulatooriumides ja polikliinikutes töötavate arstide ametikohtade arv aga 2,8 korda. Selline olukord on ka meie vabariigis. 1967. aastal suurenes jaoskonna- ja tsehhterapeutide ametikohtade arv 9 võrra, mis ametikohtade üldisest juurdekasvust oli ainult 5%.

10 aasta jooksul (1958...1967) on

ambulatoorne ja polikliiniline abi Eesti NSV-s läbi teinud teatava arengu. 1958. a. käis üks linnaelanik arsti vastuvõtul 6,8 korda, 1967. a. 8,8 korda, seega kasv 29,5% (NSV Liidus keskmiselt 16,5%). Maaelanikel on vastavad arvud 2,8 ja 4,1, kasv 46,6% (NSV Liidus keskmiselt 31,6%). Seega on arstiabi mõnevõrra kättesaadavam eeskätt maaelanikele.

Ajavahemikul 1958...1967 suurenes arstide arv 53,3% võrra (NSV Liidus keskmiselt 60,2%). Kui võrrelda arstide arvu suurenemist arstiabi saajate arvu suurenemisega (linnaelanikel 29,5%, maaelanikel 46,6%), siis näeme, et viimane oli tunduvalt väiksem, kui seda arstide (samuti ametikohtade) arvu suurenemine oleks võimaldanud.

Olgugi et arste on küllalt palju, on külastuste arv ühe elaniku kohta vabariigis väiksem NSV Liidu keskmisest ja ka paljude teiste liiduvabariikide vastavast näitajast, kuigi neis arste on tunduvalt vähem kui meil (vt. tabel 1). Eks seegi räägi puudustest ametikohtade jaotamisel ja arstide töö korraldamisel polikliinikutes.

Aastail 1958...1967 on meil territoriaalsete terapeudijaoskondade arv suurenenud 175-lt 262-le, s. o. 49,7% võrra, tsehhijaoskondade arv 6-lt 53-le; seoses arstipunktide reorganiseerimisega velskripunktideks vähenes nende arv 48-lt 17-le. Territoriaalsete arstijaoskondade elanike keskmise arv oli 1958. aastal 3735, 1967. aastal 2816 (NSV Liidus keskmiselt 3020). Territoriaalse terapeutilise teenistuse arengut ei saa veel küllaldaseks pidada. Polikliiniku töö planeerimine ja organisatsiooniliste aluste väljatöötamine peab algama terapeudijaoskondadest.

Esmajoones on vaja korrastada jaoskonnaterapeudi töö ja normaliseerida

Tabel 1
Arstide ja külastuste arv 1966. aastal

Liiduvabariik	Arstide arv 10 000 elaniku kohta	Külastuste arv ühe elaniku kohta aastas
NSV Liit	24,6	9,9
Ukraina NSV	24,8	10,5
Vene NFSV	22,6	10,7
Aserbaidžaaani NSV	24,1	11,1
Leedu NSV	23,1	10,6
Eesti NSV	30,7	9,7

tema koormus. Normaalseks võib pidada 2500 täiskasvanud elanikuga arstijaoskonda. Kui arvestada linnaelanike juurdekasvu, on meil territoriaalsete arstijaoskondade arvu nelja aasta jooksul vaja suurendada 353-ni. Aastas tuleks avada keskmiselt 22 jaoskonda, mis arstide ja ametikohtade juurdekasvu silmas pidades on realiseeritav.

On selge, et jaoskonna suuruse ühtlustamine ainult elanike arvu järgi ei ühtlusta kõikide jaoskonnaterapeutide koormust. Viimast mõjutavad elanike sooline, vanuseline ja sotsiaalne struktuur, polikliiniku kaugus jaoskonnast, tsehhi ja ametkondlikul meditsiinilisel teenindamisel olevate isikute arv jt. tegurid. Seetõttu ei ole õige kõiki jaoskondi teha elanike arvult ühesuurusteks, vaid arstide koormust süstemaatilisel jälgides ja elanikkonna struktuuri analüüsides tuleb nende suuruses teha korrigeerivaid muutusi.

Väga ebaühtlane on maa-arstijaoskonna elanike arv, mis kõigub 900...6000. Ka siin on vaja ühtlustada ja jaoskondade piire muuta. Optimaalseks võib pidada jaoskonda, milles keskmiselt on 3500 elanikku, neist umbes 700 last. See võimaldab tööle võtta terapeudi ja pediaatri. Nii paraneks laste arstiabi maal. Kui üks arst saadetakse spetsialiseerimiskursustele, ei jää jaoskond arstita.

Tervishoiuorganisatsioonide üks esmasid ülesandeid on jaoskonnas terapeutide, pediaatrite, akušöör-günekoloogide ja polikliinikutes põhialade spetsialistide ametikohtade komplekteerimine põhikohal töötavate arstidega. Ei tohi lubada nende ametikohtade jagamist mitme arsti vahel kohakaasluse korras. Jaoskonnaterapeut peab ise haigeid vastu võtma, kodustel visiitidel käima ja muu jaoskonnas ettenähtud töö ära tegema. Alles siis võib jaoskondliku teenindamise printsiipi rakendatuks pidada. On vaja piisavalt jaoskonnaterapeute. Selle saavutamiseks tuleb neile jaoskonnaterapeutidele, kes seda väärivad, eelisjärjekorras anda kortereid, puhkusi, saata neid täienduskursustele, tõsta kategooriaid jne.

Teine ülesanne on hoolt kanda selle eest, et põhialade spetsialistide juures ja spetsialiseeritud dispanserites oleks järjekordadeta vastuvõtt. Polikliinikus, kus põhialade spetsialistide

Eriala	Eesti NSV		NSV Liidu keskmine 1967. a.	Eesti NSV koht NSV Liidus 1967. a.
	1958. a.	1967. a.		
Arstide üldarv	18,2	25,5 (31,5)*	25,3	3.
Terapeudid	4,2	6,8	5,1	3.
Kirurgid+traumatoloogid	1,5	3,0	2,5	3.
Okulistid	0,3	0,6	0,6	6.—9.
Otorinolarüngoloogid	0,4	0,7	0,6	4.
Neuroloogid+psühhiaatrid	0,8	1,5	1,2	2.
Neuroloogid	—	0,9	0,7	2.
Psühhiaatrid	—	0,6	0,5	2.—3.
Ftisiaatrid	1,2	1,5	1,0	2.
Dermatoveneroloogid	0,4	0,37	0,4	3.—9.
Stomatoloogid+hambaarstid	—	3,4+1,3=4,7	1,3+2,0=3,3	2.—3.

* Sulgudes on märgitud arstide arv kõikides ametkondlikes meditsiinasutustes.

ametikohtade arv on küllaldane, saab elanikkond spetsialiseeritud abi järjekordadeta ja terapeudid vabastatakse üldprofiiliga arsti ülesannetest.

Näiteks terapeudi juurde tulnutest põdes 10...16% neuroloogilisi haigusi. Nende arv terapeudi vastuvõtul on seda väiksem, mida rohkem on neurolooge. Neuroloogide ametikohtade arvu suurendamine vähendab terapeutide koormust ja parandab närvihaigete ravi kvaliteeti. Sama on kehtiv ka teiste põhialade spetsialistide kohta.

Aastail 1958...1967 suurenes Eesti NSV-s spetsialistide arv järgmiselt: traumatoloogide arv 4,7, uroloogide arv 4,2 ja onkoloogide arv 1,1 korda, infektsionistide arv 80, neuroloogide arv 78,8, otorinolarüngoloogide arv 63,8, psühhiaatrite arv 63,6, oftalmoloogide arv 63,1, stomatoloogide arv 46,2, ftisiaatrite arv 20,3, dermatoveneroloogide arv 11,3 ja kirurgide arv 2,2 protsenti.

Tabeleis 2 ja 3 toodud andmete analüüsimisel ilmneb märgatav ebakõla arstlike erialade arendamisel vabariigis: mõnel erialal on arste liiga palju, mõnel aga liiga vähe. Täiesti piisavalt on onkoloogia, ftisiaatria ja nakkushaiguste spetsialiste. Kuigi arste on meil üleliidulisest keskmisest rohkem, on keskmine külastuste arv ühe elaniku kohta aastas kõrva-, nina- ja kurguhaiguste, psühhiaatria ning kirurgia erialal väiksem kui üleliiduliselt ja paljudes teistes

liiduvabariikides, kus neid arste on vähem. See vihjab arstikohtade ebaõigele suhtele statsionaari ja polikliiniku vahel ning polikliiniku arstide töö puudulikule organiseerimisele. Dermatovenerolooge on 10 aasta jooksul juurde saadud väga vähe — 11,3%. Elanike kindlustatus nimetatud eriala arstidega on väiksem kui teistel erialadel (ilmneb koguni selle näitaja languse tendents). Samasugune olukord on oftalmoloogia alal. Kui arvestada haigestumuse iseärasusi, vajab tugevdamist ka neuroloogiline abi.

Märgatavaid saavutusi Eesti NSV-s on erialasises spetsialiseerumisel. Üleliiduliselt on tunnustatud gastroenteroloogiakabinetide töö organiseerimine. Spetsialiseeritud vastuvõtt on ka traumatoloogia ja uroloogia alal. Tallinnas töötavad vasoloogiakabinetid, 1968. aastal avati esimene pulmonoloogiakabinet. Polikliinikutes on veel korraldamata vastuvõtt nefroloogia (nefrouroloogia) alal. Kõik tervishoiuorganisaatorid peavad silmas pidama põhinouet: erialasisene spetsialiseerumine on lubatud ainult siis, kui jaoskonnaterapeudid ning põhialade spetsialistid suudavad elanikkonda vastu võtta järjekordadeta.

Soovida jätab vabariigi ambulatooriumides ja polikliinikutes funktsionaalse diagnoosimise, füsioteraapia, massaaži ning ravivõimlemise, samuti laboratooriumide olukord. Ei saa normaalseks pi-

Külastuste arv ühe linnaelaniku kohta 1964. aastal

Liiduvabariik	Ki- rurgia	Oftal- mo- loogia	Oto- rino- larün- goloogia	Ftisi- aatria	Onko- loogia	Der- mato- vene- roloogia	Neu- roloogia	Psüh- hiaat- ria	Sto- mato- oogia	Kiir- abi	Üldse
Vene NFSV	0,94	0,51	0,53	0,23	0,05	0,47	0,30	0,06	1,25	0,23	9
Ukraina NSV	1,02	0,57	0,58	0,36	0,06	0,55	0,34	0,12	1,33	0,25	10,1
Valgevene NSV	0,88	0,52	0,58	0,32	0,03	0,52	0,36	0,04	1,64	0,42	9,6
Usbeki NSV	0,77	0,70	0,44	0,28	0,07	1,02	0,26	0,04	0,96	0,25	9,4
Kasahhi NSV	0,89	0,39	0,43	0,28	0,04	0,46	0,20	0,03	0,86	0,22	7,6
Gruusia NSV	0,86	0,48	0,53	0,32	0,08	1,08	0,33	0,07	1,75	0,23	10,4
Aserbaidžaaani NSV	1,00	0,74	0,56	0,26	0,09	0,68	0,37	0,04	0,94	0,31	12,3
Leedu NSV	1,00	0,45	0,45	0,41	0,04	0,51	0,29	0,04	1,63	0,31	9,6
Moldaavia NSV	0,82	0,53	0,55	0,25	0,05	0,56	0,29	0,10	1,08	0,37	8,9
Läti NSV	0,94	0,44	0,47	0,32	0,09	0,45	0,33	0,06	1,88	0,40	8,9
Kirgiisi NSV	0,65	0,38	0,37	0,21	0,05	1,22	0,27	0,06	0,89	0,21	8,6
Tadžiki NSV	0,49	0,42	0,33	0,16	0,05	0,53	0,11	0,03	0,85	0,38	7,3
Armeenia NSV	0,70	0,41	0,39	0,16	0,07	0,39	0,23	0,03	0,72	0,19	7,6
Turkmeeni NSV	0,82	1,25	0,34	0,58	0,05	0,77	0,23	0,02	0,69	0,28	8,3
Eesti NSV	0,88	0,42	0,44	0,34	0,10	0,43	0,34	0,06	1,65	0,18	9,4
NSV Liit	0,94	0,53	0,53	0,27	0,06	0,53	0,30	0,07	1,25	0,25	9,2

dada seda, kui enamikus jaoskonnahaiglates puudub laboratoorium ega tehta füsioteraapia protseduure.

Lõpuks polikliiniku registratuurst. Registratuuri võib võrrelda peegluga, milles külastaja näeb asutuse häid ja halbu külgi. Paraku võib registratuuris asutust sageli näha kõverpeeglis. Registratuuri kui polikliiniku esimese ja olulise osa tööst sõltub haigete vastuvõtt, nende suunamine õige arsti juurde, rahulik õhkkond arstikabinetis jne. Töö paremaks korraldamiseks on registratuuris vaja ette näha kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate ametikohad. Nende kohustuseks peab jääma informatsiooni andmine ning arsti juurde suunamine, esmaste dokumentide ja saatekirjade vormistamine. Tehniline töö olgu erihariduseta registraatorite ülesanne. Nii-sugune töökorraldus vähendab vigu haigete suunamisel arstide juurde, harve-nevad asjatud visiidid. Registratuuri töö muutub rahulikumaks ja täpsemaks.

Eesti NSV Tervishoiu Ministerium peab elanikkonna meditsiinilise teenindamise parendamisel praegu põhiüles-andeks ambulatoorse ja polikliinilise abi tõhustamist ning kättesaadavamaks muutmist. Lähematel aastatel edu saavutamiseks tuleb ühendada kõikide jõu-pingutused.

РЕЗЮМЕ. Задачи амбулаторно-поликлинической помощи. Н. Р. Аяста. Число больных, нуждающихся в амбулаторно-поликлинической помощи, в 5—6 раз больше, нуждающихся в стационарной помощи. Исходя из этого, доступность и качество оказываемой медицинской помощи во многом зависят от работы амбулаторно-поликлинических учреждений и ее организационного совершенствования.

В условиях Эстонской ССР, с учетом прироста кадров и штатных единиц, в течение ближайших 3—4 лет возможно обеспечить население доступной и специализированной поликлинической медицинской помощью. Главное решение этой проблемы состоит в рациональной организации работы и устранении диспропорции в развитии поликлинической и стационарной помощи.

В первую очередь нужно упорядочить работу участкового врача, нормализовать нагрузки, в течение 4 лет увеличить количество территориальных врачебных участков до 353, пересмотреть границы сельских врачебных участков. Оптимальным следует считать сельский врачебный участок с числом населения в 3500 человек. Это дает возможность использовать в работе 2 врачей (терапевт и педиатр).

Второй задачей является обеспечение доступности приемов специалистами и специализированными кабинетами (диспансерами). Узкая специализация в поликлиниках возможна только при условии отсутствия очередей к терапевтам и врачам основных специальностей.

Третья задача — развитие в поликлиниках функциональной диагностики, физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры и лабораторной службы в соответствии с необходимостью.

Четвертая — упорядочение работы регистратуры и введение в штаты регистратуры работников со средним медицинским образованием.

Eesti NSV Tervishoiu Ministerium

TERVISHOIUASUTUSE ALLÜKSUSTE JUHTIMINE

UNO MEIKAS

Tallinn

UDK 614.2

Tervishoiuasutuste töö edaspidiseks parandamiseks, kui arvestada spetsialiseeritud meditsiinilise abi arengut, on tarvis kitsa eriala spetsialistide täpsemat juhtimist nii polikliinikus kui ka statsionaaris ja nende töö liitmist ühtseks tervikuks (22, 23).

Viimastel aastatel on Tallinna tervishoiuasutustes avatud mitmeid kitsama profiiliga osakondi, nagu kardioreumatoloogia, endokrinoloogia, anesthesioloogia, gastroenteroloogia, pulmonoloogia, hematoloogia, nefroloogia osakond, ning polikliinikutes kardioreumatoloogia, gastroenteroloogia, vasopatoogia ja pulmonoloogia kabinet. Võib arvata, et spetsialiseerumine kitsamatel erialadel edaspidigi süveneb. Tervishoiuorganisaatoritel kerkib seoses sellega küsimus, kes ja kuidas peab tõstma meditsiini-personali kvalifikatsiooni ja meditsiinilise abi tõhusust.

Neid ülesandeid suudavad edukalt lahendada osakondade, kabinettide ja laboratooriumide juhatajad, kellel on küllaldaselt erialast eruditsiooni oma töötajate teadmiste ning kogemuste kvaliteetseks realiseerimiseks (3). Struktuurilise allüksuse juhatajat oleks raske asendada mõne teise töötajaga. Arstidel puudub aeg, neil pole küllaldest informatsiooni põhjendatud järelduste tegemiseks, samuti juhtimisalaseid teadmisi ega kogemusi. Peaarsti asetäitjad ravi alal jäävad praktilisest tööst eemale ega suuda tõsta töötajate kvalifikatsiooni igapäevase töö käigus. Ainuüksi struktuuriliste allüksuste juhatajatel on personali kvalifikatsiooni tõstmiseks aega ja küllaldaselt teadmisi. Nende käsutuses on materaal-tehnilised vahendid ning neil on täielik ülevaade iga arsti ja kesk-eriharidusega meditsiinitöötaja tööst.

Struktuuriliste allüksuste töö suunamine ning kontrollimine ja eriti spetsialiseeritud meditsiinilise abi juhtimine on veel puudulik. Niisuguse olukorra muutmiseks tuleks juhatajatelt nõuda suuremat vastutust.

Osakonna, kabineti ja laboratooriumi juhataja ülesanded temale alluvate arstide juhtimisel oleksid järgmised.

1. Töös kaadriga: arstide praktiliste oskuste ja teoreetiliste teadmiste kontrollimine, nende suunamine iseseisvalt õppima ja teaduslikku tööd tegema; süsteempärasuse loomine kollektiivi tegevuses; optimaalse töökoormuse leidmine. Juhataja nõudlikkus olgu põhjendatud, ta andku eeskju.

2. Paremate töötingimuste loomiseks sisustuse, aparatuuri ja seadmete otstarbekas paigutamine, lähtudes töö teadusliku organiseerimise nõudeist; ettepanekud peaarstile uue aparatuuri ja sisustuse tellimiseks, arvestades töö laadi ja iseärasusi; ruumide esteetiline kujundus jm.

3. Soodsa õhkkonna loomiseks tööpühholoogia nõuete arvestamine; meedikute tööd takistada võivate tavade ja traditsioonide kõrvaldamine ning uute, seda parandavate loomine; arstide kultuuriline enesetäiendamine; töötajate tervise eest hoolitsemine jt.

Personali kvalifikatsiooni tõstmine kursustel ja seminaridel (nii vabariigis kui ka väljaspool selle piire) ei rahulda meie järjest suurenevaid vajadusi (2) ja on pealegi kulukas. Paremo oleks, kui arstide erialase meisterlikkuse kasv toimuks igapäevases töös (15, 18). Selleks kontrollivad osakondade ja kabinettide juhatajad süstemaatiliselt arstide teadmisi, kuulates nende põhjendusi diagnoosi ja ravi määramise ning profülaktika kohta ja soovivad neile kirjan dust. Arstide oskusi kontrollivad juhatajad haigete vastuvõtul polikliinikus ja statsionaaris, kus nad konsultantidena arsti vajaduse korral abistavad. Osakonnajuhataja peab veenduma selles, kas arst soovitatud kirjandusest talle tarvisminevad teadmised omandas ja kas ta neid oma töös rakendab.

Ravi ja profülaktika edukus sõltub suuresti meditsiini-personali kvalifikatsioonist ja töökoormusest. Kui arstide koormus pikemat aega on olnud liiga

suur, siis nad väsivad. Nende töö muutub pinnalisemaks, sageneb ebaõnnestumiste arv, ei loeta erialakirjandust, kaob usk oma võimetesse. Seepärast peab personalil olema optimaalne töö rütm kogu päeva jooksul (22). Suuremate linnade jaoskonnaarstide koormust võib vähendada spetsialiseeritud abi kiirem organiseerimine. Sel juhul harveneb haigete korduv pöördumine arstide poole (10, 14).

Juhataja peab kontrollimisel tööst saama ülevaate, kontrolli tõhusus aga sõltub informatsiooni objektiivsusest (11). Et juhtimine on eelkõige informatsiooni vahetamine juhtija ja juhitava vahel, on objektiivne kontroll ja järelkontroll osakonna ning kabineti juhtimise lahutamatu komponent (8, 21). Nii saavad juhatajad andmeid juhtimise tulemustest ja võivad operatiivselt reageerida puudustele (9). Asutuse tegevuse põhjalikumaks võrdlevaks analüüsimiseks tuleks senisest rohkem kasutada võimekamate arstide teaduslikku tööd (5, 6).

Raviastutusse pöörduv haige saab ligikaudu 85% muljetest nägemiselundi kaudu. Seepärast peab juhataja hoolitsema, et osakonna ja kabineti sisekujundus oleks haiglapärane. Seda puudutavad majandusalased ettepanekud teeb struktuurilise allüksuse juhataja peaarsti asetäitjale majanduse alal, kes pärast kooskõlastamist peaarstiga viib need ellu. Peaarsti asetäitjad meditsiinilistel aladel, kui nad käivad osakondades, kabinettides, laboratooriumides jm., jälgivad, kas juhatajate ettepanekud on otstarbekad ning kuidas peaarsti asetäitja majanduse alal neid realiseerib. Korralduste täitmata jätmisest informeeritakse peaarsti. Sel teel peavad ravi ja profülaktika vajadusi silmas ka majandustöötajad.

Uut aparatuuri peaksid tellima eriti spetsialiseeritud osakondade ja kabinetide juhatajad. Tellimus kooskõlastatakse peaarsti asetäitjaga ravi alal. Viimane koos peaspetsialistidega selgitab välja aparatuuri eelised, võrreldes olemasolevaga, arutab töötajate väljaõppe võimalusi jm. Seisukohad esitatakse peaarstile. Kui struktuuriline allüksus on teadusliku uurimise asutuse või selle osakonna baas, siis tuleb aparatuuri tellimisel arvestada ka nende vajadusi.

Tänaeni oleme vähe tähelepanu pööranud tööpsühholoogiale ja selle kaudu töö paremale organiseerimisele. Struktuurilise allüksuse juhataja ja kollektiivi vahelistes suhetes võivad subjektiivsed tegurid tööd häirida siis, kui juhataja tööle võtmisel ei ole tema isiksust ja iseloomujooni arvesse võetud. Et sellist olukorda ei tekiks, tuleks juhataja iseloomule pöörata sama sugust tähelepanu kui kvalifikatsioonilegi (4, 20).

Põhjendatult nõudliku juhataja eeskuju suhtumises töösse ja kolleegidesse innustab kogu kollektiivi (11). Peaarsti asetäitjad meditsiinilisel alal peavad koos ühiskondlike organisatsioonidega juhatajatel aitama kõrvaldada tööd takistavaid tegureid ja rakendada uusi töövorme. Traditsioonilisi kutse-eeetika ja kutsetöö nõudeid täidab personal raskusteta ning hästi.

Tervishoiuasutuste juhtivad töötajad peaksid rohkem arvestama, et meie erialaste võimete üle otsustavad abivajajad sageli meditsiinipersonali üldkultuurilise taseme järgi. Iga piiratuse ilming heidab varju meie võimetele ja autoriteedile ning nõrgendab psühhoteraapia mõju. Kui 30 aasta eest arstide ja abivajajate üldharidusliku taseme vahe oli märgatav, siis nüüd on see sageli ühtlustunud. On selge, et suure koormuse tõttu ei saa haigetega võistelda tehnikaalastes teadmistes, küll aga võib end kodus tunda kunstide valdkonnas. Seepärast tuleks töö korraldamisel, arsti isiksuse kujundamisel ja autoriteedi tõstmisel kunstile anda vääriline koht (7, 16, 17, 19, 20).

Osakonna, kabineti jt. allüksuste juhatajad vastutavad personali töö õige ja otstarbeka korraldamise eest. Seda tuleb peaarstil ja tema asetäitjatel meditsiinilisel alal senisest rohkem arvestada ning töö korraldada nii, et kõik juhatajale alluvad töötajad saaksid korraldused otse temalt (12).

Struktuuriliste allüksuste juhatajatelt tuleks nõuda pedagoogiliste teadmiste pidevat täiendamist (11, 15). Uut üritust alustades peab täpselt teadma, mida sellega taotletakse (7). Ei tohi unustada — uue elluviimiseks ja uute harjumuste kujundamiseks on vaja aega ning oskust, et stimuleerida alluvate püüdu paremini töötada (8, 23).

Kogemused kinnitavad, et meditsiinilise abi tõhusus sõltub rohkem tervishoiuasutuste töö organisatsioonist ja juhtimisest kui kaadriga komplekteeritusest (13).

Struktuuriliste allüksuste juhatajate, peaarsti asetäitjate ja peaarsti tööjaotus sõltub paljudest asjaoludest. Käesolevas artiklis püüdsin tutvustada mõtteid, mille realiseerimine võiks aidata paremini juhtida osakonda, kabinetti jt. allüksusi.

KIRJANDUS: 1. Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 45, 417—418. — 2. Басов В. И. Сов. здравоохранение, 1967, 5, 10—15. — 3. Бертран Л. Хэнсэн. В кн.: Контроль качества. М., 1968, 290. — 4. Биншток Ф. В кн.: Наука управлять. М., 1967, 122—130. — 5. Гроссман Я. Л. Сов. здравоохранение, 1968, 2, 45—47. — 6. Жамин В. А., Ешазарян Т. А. В кн.: Эффективность квалифицированного труда. М., 1968, 16—25. — 7. Жамин В. А., Ешазарян Т. А. Там же, 26—39. — 8. Керженцев П. М. В кн.: Принципы организации. Избранные произведения. М., 1968. — 9. Ляпунов Е. К. В кн.: Научное управление обществом. М., 1968, 68—107. — 10. Мунпов Ю. В., Попова М. Н., Корягина М. Ф. Здравоохран. Российской Федерации, 1968, 8, 11—13. — 11. Петренко Ф. В кн.: Секреты руководства. М., 1968, 158—262. — 12. Положение о социалистическом государственном производственном предприятии. М., 1965, 35. — 13. Попов Т. А. В кн.: Вопросы теории и методики планирования здравоохранения. М., 1967. — 14. Эльштейн Н. В. Клинические аспекты организации терапевтической помощи. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Рига, 1967. — 15. Эльштейн Н. В. Сов. здравоохранение, 1967, 10, 37—40. — 16. Elštei n, N. Haiged ja arstid. Tln., 1965, 34. — 17. Кама, Е. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 1, 32—35. — 18. Koppel, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 3, 211—215. — 19. Kuidas meid teenindatakse? Eesti Kommunist, 1968, 5, 35—36. — 20. Saarma, J. Meditsiinitöötaja kutse-eetika. Tln., 1965. — 21. Pärtelproeg, I. Tehnika ja Tootmine, 1968, 8, 403—406. — 22. Tereštšenko, V. I. Organisatsioon ja juhtimine. Tln., 1966. — 23. Üksvärav, R. Organisatsioon ja juhtimine, «Rahva Hääl», 1969, 19. veebr.

РЕЗЮМЕ. Вопросы руководств в учреждениях здравоохранения. У. Э. Мейкас. Дальнейшее улучшение работы учреждений здравоохранения в связи с расширением специализированной медицинской помощи требует от главных врачей и их заместителей более четкого управления и координации труда как в поликлинике, так и в стационаре.

При расширении специализированной медицинской помощи повышение эффективности работы и квалификации медицинского персонала наиболее успешно могут обеспечить заведующие отделениями, кабинетами, лабораториями, которые должны осуществлять систематический контроль над работой медработников. Заведующие должны контролировать обоснованность диагноза, правильность назначенного лечения и уровень проводимых профилактических мероприятий. Они располагают необходимым для этого временем, знаниями, материально-техническими средствами, нужными сведениями о работе каждого врача и среднего медработника.

В целях устранения недостатков, выявленных в работе медработников, заведующий рекомендует им необходимую литературу, оказывает помощь консультациями, для более глубокого анализа их работы использует научные труды врачей.

Обстановка в кабинетах, отделениях должна быть уютной, способствующей успешному лечению больных.

В обязанности заведующего входят также указания по расстановке инвентаря и оформлению помещения. При заявке на новую аппаратуру, учитываются конкретные предложения заведующего и нужды научно-исследовательского учреждения, работающего на базе учреждения здравоохранения.

Высокая квалификация и педагогические способности заведующих должны обеспечить выполнение требований научной организации труда.

Для повышения авторитета заведующего надо организовать работу так, чтобы все указания, необходимые в работе, подчиненные получали непосредственно от него. Заведующий должен поощрять подчиненных в их желании работать лучше.

Tallinna Linna TSN Täitevkomitee
Tervishoiu Osakond

SPETSIALISEERITUD ABI SISEHAIGUSI PÕDEVATELE HAIGETELE POLIKLIINIKUS

NATAN ELSTEIN
Tallinn

UDK 616-082

Sisehaigusi põdevatele isikutele poliiklinikus spetsialiseeritud arstiabi andmise perspektiive analüüsid peab vastama kahele küsimusele: mida ja kus (millisel tasemel) arendada? Ettekujutus sellest võimaldab formuleerida ka neid ülesandeid, mis on pandud eriarstidele.

Planeerimise teoreetiliseks aluseks on minu arvates järgmised seisukohad.

Eesti NSV-s suureneb linnaelanike arv pidevalt. Ühenduste vabariigis on head. Kui arvestada administratiivset jaotust ja rajooni keskhaiglate mahutavust, ei tohiks poliiklinilise abi tase neis erineda linnahaiglate poliiklinikute tasemest (välja arvatud Hiiumaa, kus elanikke on vähe).

Spetsialiseeritud terapeutilise abi arendamisele peab eelnema territoriaalsete jaoskondade küllaldane komplekteeritus.

Mis puutub spetsialiseeritud abi liikidesse, siis ühe või teise kabineti otstarbekuse ning avamise järjekorra määrab eelkõige külastuste ja elanike arv. Külastuste arv näitab haigestumust ja külastatavuse sagedust ning on spetsialiseeritud abi elanikele lähenemise või kaugenemise üks peamisi kriteeriume.

Tänapäeval toimub poliiklinikutes sisehaiguste alal spetsialiseerimine järgmistes suundades: kardioreumatoloogia, gastroenteroloogia, endokrinoloogia, hematoloogia, nefroloogia, vähemal määral pulmonoloogia ja allergoloogia valdkonnas.

Kui arvestada külastatavuse struktuuri ja vereringe- ning seedeelundite haiguste tähtsust, siis peab iga linna ning rajooni keskhaigla poliiklinik lähimate aastate jooksul avama kardioreumatoloogia- ja gastroenteroloogia-kabineti.

See seisukoht langeb ühte ankeetküsitluse tulemustega. Küsitluse korraldasin vabariigi linnade ja rajoonide peaterapeutide ning teraapiaosakondade juhatajate hulgas. Küsimusele, milliseid kitsa spetsialiseeritud abi liike oleks esmajoones tarvis arendada linnade ja

rajoonihaiglate poliiklinikutes, vastati: kardioreumatoloogia (91,5% küsitletuist) ja gastroenteroloogia (81,7% küsitletuist).

Sisenõristussüsteemi elundite haigusi esineb suhteliselt vähe: ligikaudu 10 korda vähem kui vereringe- ja seedeelundite haigusi. Seepärast ei ole koosseisude normatiivides endokrinoloogiale antud eelised (võrreldes gastroenteroloogiaga) minu arvates õigustatud. Neid haigeid peab erimeetoditel uurima, mida ei ole otstarbekohane teha väikestes rajoonides. Ei pruugi imestada, et endokrinoloogiakabinetid end ei õigusta, nad on halvasti varustatud ja nende töökoormus on väike.

Veel väiksem on haigestumus vereloomeelundite haigestusse ning veel vastutusrikkam on nende haigete uurimine.

Rajoonides ei ole mõtet korraldada spetsialiseeritud abi nende sisehaiguste alal, kus haigeid on vähe, sest spetsialisti kvalifikatsioon sõltub ka haigete arvust.

Eespool toodust lähtudes on ratsionaalne, et igas rajoonis üks terapeudist oleks ette valmistatud hematoloogia, teine endokrinoloogia alal ja teatav arv tunde nädalas nad annaksid konsultatsioone ning teeksid metoodilist tööd. Keskusteks peavad aga olema vabariiklikud asutused Tallinnas ja Tartus.

Mis puutub nefroloogiasse, siis minu veendumuse kohaselt on selle edasine areng lahutamatu uroloogia arengust (5, 6). Samasugustele järeldustele on viimastel aastatel tulnud ka teised autorid. Tuntud Bulgaaria terapeut G. Maždrakov (3), puudutades nefroloogilise ja uroloogilise abi korraldust, rõhutab, et «taoline ühise funktsionaalse süsteemi jaotamine korrusteks ja haigusteks ei ole metoodiliselt põhjendatud ega kaasagne... Kuse-erituse süsteem on ühtne funktsionaalses mõttes, see peabki määrama ühesuguse lähenemise selle süsteemi elundite haiguste ravimisel». Tähelepanuväärne on ka asjaolu, et kümneid aastaid ilmunud ajakirja «Уроло-

гия» hakati nimetama «Урология и нефрология». Nähtavasti on aeg küps hakata polikliiniku urolooge nefrouroloogideks järk-järgult ümber kvalifitseerima.

Haiglavälise spetsialiseeritud pulmonoloogilise abi arendamine on möödapääsmatult seotud tuberkuloositõrjega (1, 2). Ühelt poolt tuberkuloosi haigestumine väheneb, teiselt poolt aga on esmaselt ftisiaatrite poole pöördujate hulgas juba praegu ülekaalus mitte-tuberkuloosihaiged (4, 7). Sellest lähtudes oleks huvitav analüüsida Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseris avatud eksperimentaalse pulmonoloogiakabineti tööd.

Lõpuks, allergoloogia on praeguseni arenenud ainult vabariigi ühes keskus — Tartus.

Kõigest eespool toodust lähtudes tahaksin rõhutada järgmist printsiipiaalset seisukohta: spetsialiseeritud abi arendamine ei tähenda tema muutumist kättesaadavaks kõikidel elanike arsti poole pöördumise etappidel. Veel enam, «üldine kättesaadavus raskendab kõrgetasemelise arstiabi andmist», nagu väidab D. Dubowitz (9).

Et polikliinikute spetsialistid saaksid anda kõrge kvaliteedilist arstiabi, on vaja täita kolm kohustuslikku tingimust: a) arsti spetsiaalne ettevalmistatus, b) küllaldane varustatus ja c) rahuldavad töötingimused.

Spetsialistide ettevalmistamisel on peamine oht instrumentaalsete uurimismeetodite ülehindamine. Mõnikord piirub arsti silmaring vektorkardiogrammi lingude või toru diameetriga, mille kaudu ta vaatleb spetsialiseerimiseks valitud elundit. Pole juhus, et E. Crăciun (8), puudutades seda probleemi ise loomuliku pealkirjaga artiklis «Aparatism ja teised fetišismid», tsiteerib vana ladina mõttestera: *timeo hominem unius libri* (karda ühe raamatuga inimest). Niisugune spetsialist dešifreerib hästi elektrokardiogrammi, ent unustab sapi-pöie või kilpnäärme mõju südamele. Ta näeb mao limaskestast muutusi, kuid unustab näiteks ureemia mõju maole jne. Seepärast peab spetsialist olema küllaldase üldkliinilise ettevalmistusega.

Kuid üksnes üldterapeutiline praktika, isegi hea, ei tee arsti kitsama eriala spetsialistiks. Tarvilikud on põhjalikud erialased teadmised ja hea varus-

tus. Seal, kus võimalused puuduvad, pole vaja planeerida ka spetsialiseeritud kabinetide avamist.

Tähtis tegur, mis paljuski määrab spetsialisti töö kvaliteedi, on koormus. Nimelt seepärast on koormus näiteks kardioreumatoloogidel kuni neli haiget tunnis. See ei tohiks suurem olla ka gastroenteroloogidel.

Polikliiniku spetsialiseeritud abi arstide tegevust analüüsides torkab silma üks puudus. Spetsialistid tõlgitsevad oma tööd konsultatiivsenä. Selle tendentsiga Eesti NSV Tervishoiu Ministerium ei saa leppida.

Profülaktika ja arstiabi organiseerimise eest polikliinikus vastutab täielikult spetsialist.

Põhimääruse järgi dispanseerib kardioreumatoloog ainult reumahaiged, kuid ta vastutab kõikide südamehaigete meditsiinilise abi kvaliteedi eest. Ta peab tundma haigestumuse dünaamikat (sealhulgas ajutise töövõime kaotusega), peab olema südame isheemilise tõve antikoagulantprofülaktika organisator jne.

Muuseas mainin, et polikliinikutes ei ole mitte reumatoloogia-, vaid on kardioreumatoloogiakabinetid ning et hakame taotlema nende töö põhjalikku parandamist, eriti kardioloogia valdkonnas. Teatavasti on vabariigis ebasoodne olukord südame isheemilise tõve ja selle profülaktika alal. Kõrge on suremus müokardi-infarkti, kuid polikliinikute kardioreumatoloogid jäid sellest probleemist kõrvale.

On täiesti selge, et organisatsiooni ja profülaktika eest oma erialal vastutavad samuti gastroenteroloogid, endokrinoloogid jt.

Gastroenteroloogide tähelepanu peab eriti olema pööratud võitlusele kroonilise gastriidi motiveerimata diagnoosimise vastu, samuti laialdasemale ja ratsionaalsemale dieettoitlustusele haigete kompleksravis.

Eesti NSV Tervishoiu Ministerium ei planeeri uute endokrinoloogiakabinetide avamist rajoonides. Ent raske on leppida sellega, et kabinetites diagnoositakse primitiivselt, arstide koormus aga on sageli alla igasuguseid norme. Meelehärra valmistab seejuures asjaolu, et türeotoksikoosile pööratakse mõnevõrra hüperboolset tähelepanu, küllaldaselt tähelepanu ei osutata aga suhkru-

haigetele ja kliimaksi puhul. Neid tendentse tuleb revideerida.

Spetsialiseeritud teraapiakabinettide arstid peavad muidugi ka haigeid dispanseerima. Need arstid on paremini ette valmistatud ning neil on paremad diagnoosimise võimalused kui jaoskonnaterapeutidel. Siin pole jutt kõikidest nimetatud profiili haigetest, vaid neist, kellele on tarvis erilist tähelepanu pöörata, s. o. kontingent, mis Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juhtnöörides on kindlaks määratud.

Sellest lähtudes mainin, et dispanseerimist parandas tunduvalt 1968. aastal vabariigis rakendatud moodus: rekonvalesentside üleandmine pärast nakkushaiguste põdemist nakkushaiguste kabinettide arstidele dispanseerseks järelevalveks. See vähendas jaoskonnaterapeutide koormust ja liitis kabinettide arstid mitte üksnes organisatsioonilises töös, vaid vahetult ravis ja profülaktikas. Selle tulemusena spetsialistide autoriteet samuti tõusis.

Lõpuks tahaksin rõhutada, et spetsialiseerimise perspektiivid polikliinikutes sõltuvad paljuski kohalikest tervishoiujuhtidest. Raske on näiteks mõista Kohtla-Järve tervishoiuorganisaatoreid, kes kuidagi ei suuda jagu saada kahe haigla kohalike huvide eelistamise tendentsidest, mille tõttu põlevkivibassein on tegelikult ilma gastroenteroloogilise spetsialiseeritud abita. Vabariigi ühes suuremas, Viljandi rajoonis, ei suudeta korraldada spetsialiseeritud abi kardio-reumatoloogilistele haigetele polikliinikus.

Saime Eesti NSV linnade, Riia ja Voroneži 329 terapeutilt vastused küsimusele: mida nad eelistavad, kas jaoskonnaterapeuti või spetsialisti tööd? Viimast eelistas $76,6 \pm 2,1\%$ küsitletuist. Ühest küljest viitab see jaoskonnaterapeuti töö raskusele, teisest küljest aga perspektiividele, mida arstid spetsialiseerimises näevad.

Kui aga spetsialistidele palju antakse, siis ei saa neilt ka vähem nõuda.

KIRJANDUS: 1. Дарджания Ш. Б. Пробл. туберкулеза, 1967, 2, 12—13. — 2. Двойрин М. С. и др. Пробл. туберкулеза, 1967, 2, 7—12. — 3. Маждраков Г. М. Урология и нефрология, 1968, 2, 20—22. — 4. Соркин И. Э. Клинич. медицина, 1965, 12, 15—19. — 5. Эльштейн Н. В. В кн.: Материалы IV съезда терапевтов Эстонской ССР. Тарту, 1967, 7—9. — 6. Он же. В кн.: Материалы VII Воронежского обл. съезда терапевтов. Воронеж, 1968, 20—22. — 7. Кама, Е. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 3, 163—166. — 8. Crăciun, E. C. Viața med., 1968, 18, 1293—1294. — 9. Dubowitz, D. Z. ärztl. Fortbild., 1961, 8, 456—458.

РЕЗЮМЕ. Проблемы специализированной помощи терапевтическим больным в поликлиниках. Н. В. Эльштейн. При анализе перспектив развития специализированной помощи терапевтическим больным в поликлиниках республики следует исходить из того, что уровень ее в центральных районных больницах не должен отличаться от уровня поликлиник городских больниц.

Развитию специализированных видов терапевтической помощи должна предшествовать достаточная укомплектованность территориальных участков.

Целесообразность открытия того или иного кабинета определяется прежде всего уровнем заболеваемости и численностью населения. Исходя из этого, в поликлиниках должны получить развитие кардиоревматологические и гастроэнтерологические кабинеты. Учитывая величину и хорошее сообщение в ЭССР, центрами специализированной помощи эндокринологическим больным должны стать Тартуский республиканский противозобный диспансер и, очевидно, Таллинская республиканская больница.

Перспективно развитие специализированной нефрологической помощи на базе урологических кабинетов и пульмонологической — на базе противотуберкулезных диспансеров.

Целесообразно, чтобы в поликлиниках городских и центральных районных больниц один из терапевтов был подготовлен в области эндокринологии (там, где нет кабинетов), другой — в области гематологии. Центрами специализированной помощи гематологическим больным уже являются Таллин и Тарту.

Врач специализированного кабинета несет ответственность не только за консультативную работу, но и за профилактику и организацию медицинской помощи соответствующему контингенту больных в поликлинике в целом.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

BOKSEERITUD REGISTRATUURI ORGANISEERIMINE POLIKLIINIKUS

LENNART MAURER

Tallinn

UDK 614.212

Seni puuduvad ühtsed seisukohad polikliiniku registratuuri töö organiseerimises. Seetõttu ilmneb tunduvald erinevusi isegi registratuuri põhimõttelises korraldamises.

1958. a. avati Tsimljanski rajooni haigla polikliinikus arsti vastuvõtule ettevalmistuse kabinet (3). NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium soovitas 1959. aastast pärinevas ringkirjas seda positiivset algatust laialdaselt järgida. Kirjandusest selgub, et niisuguseid kabinette on juba arvukalt, kuid neis käib enamasti ainult osa polikliinikusse pöördujast. Tavaliselt suunatakse ettevalmistuse kabinetti need, kes on tulnud kohustuslikule läbivaatusele enne tööle või õppima asumist või välismaale sõitmist, samuti ATEK-i suunamise ettevalmistuseks, sanatooriumi-kuurordikaardi vormistamiseks, mitmesuguste tõendite saamiseks jne. (1, 4, 5).

Tallinna Pelgulinna Haigla Pelgulinna Polikliinikus 1960. aastast töötavasse ettevalmistuse kabinetti saadeti peale nimetatute ka kõik terapeutide vastuvõtule soovijad, samuti haiged, kellele registraatorid ei ole suutnud arsti määrata kas kaebuste keerukuse või patiensendi enda vastuseisu tõttu.

Kaugeltki kõik tervishoiuorganisatsioonid ei pea vajalikuks, et registratuuris töötaksid kesk-eriharidusega meditsiinitöötajad, ega hinda arsti vastuvõtule ettevalmistuse kabinettide töökogemusi. On äärmiselt oluline, et polikliinikusse pöörduja suunataks talle vajaliku arsti juurde optimaalse kiirusega.

Üha süveneva spetsialiseerumise korral suureneb arstlike erialade arv polikliinikus kiiresti. Et registratuuris töötaja oskaks inimese, kes esimest korda tuleb polikliinikusse, õigesti saata kas neuropatoloogi, uroloogi või vasopatoloogi juurde, selleks peab tal olema meditsiiniline keskaridus. Vastasel korral saadetakse paljud haiged asjatult jaoskonnaterapeudi juurde, pannes viimasele dispetšeri kohustused.

Paljusid haigusi põdevad haiged vajavad kiiresti või isegi väga kiiresti arsti-

abi. Müokardi-infarktieelse seisundi, hüpertoonilise kriisi ja mitmete muude haiguste sümptoomid võivad olla tagasihoidlikud. Kui on tegemist ka tagasihoidliku patsiendiga, kes eriti midagi ei kaeba, võib isegi arst haigusele liiga vähe tähelepanu pöörata, rääkimata meditsiinilise haridusega registraatorist. Arstide koormuse reguleerimise seisukohalt on arsti vastuvõtule eelregistreerimine paratamatu. Seepärast on vajalik, et seda toimetaks ainult kogemustega ja vastava haridusega meditsiinitöötaja, et mitte ohustada paljude haigete elu või tervist.

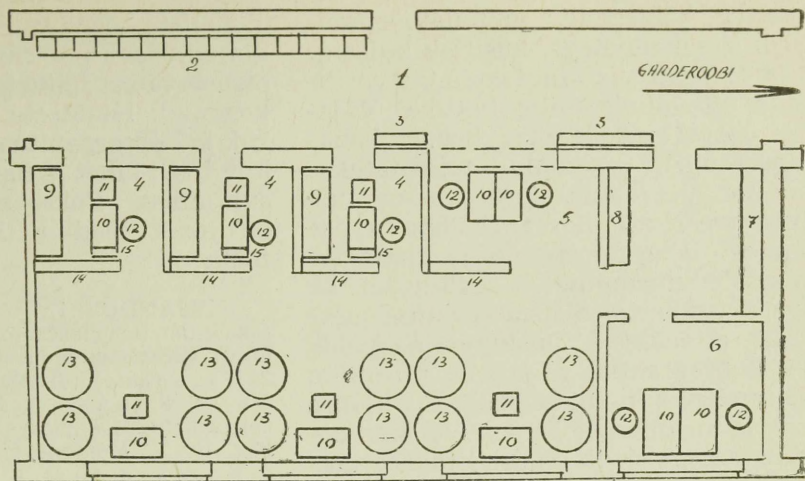
Kohustuslikel läbivaatustel tehakse ettenähtud laboratoorsed ja muud uuringud. Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajad suudavad rahuldavalt otsustada, millised enam kasutatavad uurimised tuleb polikliinikusse pöördunud haigel teha. Arsti vastuvõtule eelregistreeritud isikuid on otstarbekas saata sellistele uuringutele, et kiirendada uurimistsükli ja võimaldada arstil haige esmakordsel nägemisel tutvuda juba uuringute tulemustega. Nii väheneb ka asjatute arsti juurde pöördumiste arv.

Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate tööle paigutamine aitab kahtlemata tõsta registratuuri töökultuuri ka igast muust küljest.

Ettevalmistuse kabinettide rajamine registratuuri lähedusse on paljuski aidanud üle saada puudustest registratuuri töös. Ettevalmistuse kabineti näol tuleb aga haige liikumisel polikliinikus üks lüli juurde.

Meditsiiniõdesid ja velskreid on registratuuris püütud tööle võtta registraatorite ametikohtadele. See aga ei ole enamasti oodatud tulemusi andnud. J. Katzlan (2) kirjutab: «Paljud meditsiiniõded arvavad, et töö registratuuris vähendab nende kvalifikatsiooni. Nad ei saa alati aru selle tööloigu tähtsusest». Ka Pelgulinna Haigla Kopli Polikliinikus lõppes analoogiline katse meditsiiniõdede järkjärgulise lahkumisega registratuurist. See on täiesti mõistetav, kui tutvuda meditsiiniõdede või velsk-

1 — ooteruum, 2 — istekohad, 3 — külastajatalongide täitmise lauakesed, 4 — velskrite ruumid, 5 — lettbarjääri tagune, 6 — kojukutsete vastuvõtmise ruum, 7 — väljatõmmatavate lauakestega seinakapp (kojukutsetele väljavõetavate ambulatooriumikaartide ja ajakirjade paigutamiseks), 8 — sahtlitega seinakapp (korduvalt haigete kaartidele), 9 — diivanikušett, 10 — kirjutuslaud, 11 — tool, 12 — pöördtool, 13 — ambulatooriumikaartide hoidla, 14 — kappriiul, 15 — vastuvõtule suunamise talongide hoidla.



rite töötingimustega tavalises registra-
tuuris.

Tavalises registratuuris vestlevad registraator ja haige teiste haigete juuresolekul, mis vajalikul määral ei võimalda kaebusi välja selgitada ja takistab haiguse kulu kirjeldamist. Puuduvad võimalused uuringute tegemiseks (kehatemperatuuri või vererõhu mõõtmine jms.) ning vajaduse korral haige esmaseks läbivaatuseks.

Registratuuri võib ja tuleb vaadelda kahest osast koosnevana — ambulatooriumikaartide hoidlana ja arsti vastuvõtule registreerimise kohana. Kaartide hoidla korrashoidmine ja kaartide operatiivse ning täpse liikumise tagamine ei nõua töötajalt meditsiinilisi teadmisi, küll aga on need vajalikud haigete registreerimisel arsti vastuvõtule.

1969. a. maikuus alustas Tallinna Pelgulinna Haigla Pelgulinna Polikliinikus tööd bokseeritud registratuur, millega eespool kirjeldatud probleemidele on püütud lahendust leida. Rekonstrueerimisel ei olnud registratuuri võimalik vabalt planeerida, vaid tuli lähtuda olemasolevatest ruumidest, hoonestruktuurist ja kindlast maksimaalsest pinnast (vt. joonis).

Pelgulinna Polikliinik annab abi 44 000 täiskasvanud elanikule territoriaalse jaoskonna ja 4000 tööstustöölisele tsehijaoskonna printsiibil. Polikliinikus võtavad vastu 33 arsti (arvesse ei ole võetud stomatolooge, kes töötavad eraldi paiknevas hoones).

Polikliinikusse pöörduja satub garde-roobist registratuuri ooteruumi. Siin ta

täidab (konsoollauakesel) trükitud külastajatalongi. Talongil on küsimused nime, aadressi, töökoha, polikliinikus viimati viibimise kohta. Viimasele küsimusele täpse vastuse saamine lihtsustab ambulatooriumikaardi leidmist. Talongi koos passiga esitab patsient registratuuris barjääri taga istuvalle erihariduseta informaatorele. Vajaduse korral täidab informaatore talongi küsitluse järgi ise. Seejärel nimetab ta boksi numbrit, kuhu patsiendil tuleb pöörduda, märgib selle numbrit ka talongile ja annab talongi registraatorile (kaardi otsijale) vastavalt patsiendi elu- või töökohale.

Ambulatooriumikaarte hoitakse kahe-teistkümnes spetsiaalses hoidlas, mis neljakaupa on kinnistatud kahele vahetustega töötavale registraatorile. Talongi järgi otsitakse hoidlast kaart ja antakse see üle boksis töötavale velskri-
rile. Velsker kutsus patsiendi ooteruumi boksi, kasutades selleks valgussignalisatsiooni.

Bokse on kolm ja ühel ajal töötavad nad tiptundidel, s. o. kella 8... 11 ja 15... 18. Boksid on ooteruumist eraldatud uksega, üksteisest poolvaheseintega ja kaartide hoidlast osaliselt madala kappriiuliga. Boksis on kirjutuslaud, toolid velskri- ja külastajale, kušett ja kappriiuli külge kinnitatud arsti vastuvõtule suunamise talongide hoidla. Igas boksis on telefon, mille teel saab ühendusse astuda kõikide polikliiniku ja haigla kabinetidega, samuti linna teiste tervishoiuasutustega.

Boksid on loodud velskritele tööks vajalikud tingimused. Velsker tutvub

põgusalt kõigepealt ambulatooriumikaardi sissekannetega, küsitleb külastajat ja määrab siis kindlaks arsti vastuvõtule ettevalmistamise taktika. Vajaduse korral mõõdetakse boksis kehatemperatuuri, vererõhku, toimetatakse pindmine ülevaatus. Arsti vastuvõtule eelregistreerimise korral saadetakse osa haigetest laboratoorsetele ja funktsionaalsetele uuringutele, sealhulgas ka tervete inimeste dispanserimise eesmärgil ettenähtud uuringutele (rindkere fluorograafia, väljaheite uurimine soolenugiliste munade suhtes, üldine vere- ja uriinianalüüs jt.). Velsker otsustab, kas patsienti on arsti juurde tarvis saata või mitte. Annab varem ettevalmistatud talongide hulgast talongi ühe või mitme arsti vastuvõtule, määrates ühtlasi ka ühe või teise arsti juurde minemise järjekorra.

Velsker märgib talongile kabineti numbri, kuupäeva ja kellaja, kuhu ja millal patsient arsti vastuvõtule saata. Ta annab talongi koos ambulatooriumikaardiga registraatorile, kes selle parajal ajal arstikabinetti viib. Kabinetis töötav meditsiiniõde saab neid andmeid kasutada haigete kabinetti kutsumise järjekorra määramisel.

Need, kes polikliinikus peavad korduvalt käima, kutsutakse vastuvõtule tagasi juba arstikabinetis; registratuur nendega ei tegele.

Registratuuri juhib registratuuri varem-meditsiiniõde, kes hariduselt on velsker ja kes arsti vastuvõtule ettevalmistuse kabinetis on töötanud 8 aastat. Hommikustel tiptundidel töötab ta kolmandas boksis. Peale tema on registratuuris veel neli velskrit, s. o. üks rohkem kui varem ettevalmistuse kabinetis. Registraatorite arvu aga on ühe võrra vähendatud. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja järgi ei ole velskri ametikohti registratuuris ette nähtud. Seega uute koosseisude järgi on arsti vastuvõtule ettevalmistuse kabinetid ametikohtadega vormiliselt kindlustamata. Paaristidele suuremate õiguste andmise tulemusena on koosseisude üleviimine ühest osakonnast teise lubatud.

Registratuuris töötavad velskrid on kõik suurte kogemuste ja pika tööstaažiga. Enamik neist on sama polikliiniku arsti vastuvõtule ettevalmistuse kabinetis juba aastaid töötanud. Kõigil neil on küllaldaselt juhend- ja teatmematerjali.

Seniste kogemuste põhjal oleme veendunud, et polikliiniku registratuuri otsustavates lõikudes peavad töötama kogunud, laialdaste teadmistega velskrid, kel on organisatoorivõimed, kel jätkub head tahet ja haigetesse osavõtlikku suhtumist. Bokseeritud registratuuris on neile loodud tingimused edukaks tööks.

KIRJANDUS: 1. Гомельская Г. Л. Организация медицинского обслуживания городского населения в поликлинике. М., 1967. — 2. Катзлан Я. Д. Мед. сестра, 1966, 1, 57—58. — 3. Кацман М. В. В кн.: Амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения (под ред. Н. Н. Морозова). М., 1959, 13—22. — 4. Киселев М. П. и Богомолова А. И. Здравоохран. Белоруссии, 1967, 8, 45—47. — 5. Фрейдлиг С. Я. Городская поликлиника. Л., 1961.

РЕЗЮМЕ. Организация регистратуры боксированного типа в поликлинике. Л. А. Маурер. В связи с организацией в поликлиниках кабинетов предварительной подготовки к приему врачом необходимо привлечь к работе в регистратуре лиц со средним медицинским образованием.

В Пельгулинской поликлинике Таллинской больницы Пельгулинина с мая 1969 г. работает регистратура так наз. боксированного типа. Подготовка к приему врачом, предварительная запись к врачу осуществляются фельдшерами; передвижение амбулаторных карт, их сохранность, поддержание в соответствующем порядке обеспечиваются регистраторами, не имеющими специального медицинского образования.

Предварительно была произведена перестройка помещения регистратуры, приобретена изготовленная по специальным чертежам мебель. Обращающийся в поликлинику заполняет «талон посетителя» и передает его информатору регистратуры, который сообщает больному, в какой бокс он будет вызван. Затем медицинский регистратор, работающий в помещении для хранения карт, достает по талону посетителя амбулаторную карту и передает ее работающему в полубоксе фельдшеру. Последний, получив карту, приглашает посетителя к себе, используя для этого световую сигнализацию. Фельдшер выясняет желания и жалобы больного и знакомится с данными амбулаторной карты. При необходимости производятся измерение температуры, кровяного давления и ориентировочный осмотр больного. На основании всего этого фельдшер решает, в какой очередности (отбор срочных случаев) и к какому врачу направить больного, и выдает последнему соответствующий талон. При явной необходимости, до посещения больным врача, фельдшер направляет его в кабинеты вспомогательных диагностических исследований.

Результаты работы регистратуры боксированного типа существенно лучше, чем регистратуры старого типа в комплексе с кабинетом предварительной подготовки к приему врачом.

Tallinna Peltgulinna Haigla

TÖÖSTUSTÖÖLISTE AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE EKSPERTIISI TARTUS

SIGRID ARU
MILVI MIIDLA

Tartu

UDK 614.212 : 616-037 : 331.053

Tartu polikliinikus on paljude aastate jooksul analüüsitud ajutise töövõimetus-ekspertiisi, kusjuures esialgu pandi pearõhk ravile ja diagnoosimisele, viimastel aastatel ka sotsiaalsetele probleemidele: töötingimuste reguleerimisele ja töötajate õigele töökorraldusele.

Tööstustöölise ajutist töövõimetus-ekspertiisi analüüsivad Tartus peamiselt tsehhir- arstid ja osalt väiksemate asutuste juurde kinnistatud jaoskonnaarstid. Seda tehakse üks kord kvartalis vorm 3-1 järgi eri tööstusharude, käitiste ja suuremates käitistes ka tsehhide kaupa. Vormi 3-1 punkt 17 «muud haigused» oleme täpsemalt analüüsinud nosoloogiliste ühikute alusel eriskeemi järgi.

Tartu käitistes on ajutise töövõimetus- juhtude arv aasta-aastalt vähenenud. Kui 1961. aastal tuli 100 töötaja kohta 1303 töövõimetuspäeva ja 114,9 töövõimetusjuhtu, siis 1968. aastal olid vastavad arvud 882 ja 78. Kui ajutise töövõimetus- näitajaid võrrelda vabariigi ja üleliiduliste näitajatega, selgub, et Tartus on töövõimetusjuhtude arv 100 töötaja kohta väiksem, töövõimetus- päevade arv aga suurem (vt. tabel 1).

Tabeli 1 andmed viitavad sellele, et Tartus on suhteliselt vanemaealised töö- lised. M. Meller ja G. Steinberg (5) leidsid, et üle 40 aasta vanuste töötajate hulgas on töövõimetuspäevade arv 100 töötaja kohta umbes kaks korda suurem kui kuni 20 aasta vanustel töötajatel.

Viimastel aastatel oleme ajutist töö- võimetus-ekspertiisi analüüsinud vanuserühmade kaupa standardiseerimise teel. Tartu käitistes on haigusjuhtude arv 100 töö- taja kohta alla 20 aasta vanustel töö- listel 15...25 juhu võrra suurem kui üle 40 aasta vanustel töölistel, töövõimetus- päevade arv aga 100...150 päeva võrra väiksem (vt. tabel 2).

1963. aastast alates võeti velskripunk- tides kasutusele ajutise töövõimetus- individuaalsed arvestuskaardid. Need võimaldasid välja selgitada neid, kes

haigusi põdesid sageli ja kaua. 1969. aas- tasta alates kasutatakse individuaalsete arvestuskaartide asemel perfokaarte, kuhu peale ajutise töövõimetus- märgi- takse ka profülaktiliste läbivaatuste andmed. Kui töötaja on töökohta vahe- tanud, antakse perfokaardid üle teisele tsehhiarstile. See tagab sageli põdejate pideva arstliku kontrolli.

Sageli ja kaua põdejad jagunesid meie andmetel kolme rühma: 1) korduvalt samasse haigusesse haigestunud, 2) kor- duvalt erinevatesse, kuid etioloogiliselt lähedastesse haigustesse haigestunud ja 3) haigete laste hooldamise tõttu kordu- valt töövõimetuslehega vabastatud. Ka- he esimese rühma haiged dispenseeriti — esimene rühm eriarstide ja teine rühm tsehhiarsti juures. Kolmanda kohta saadeti nimekirja lastepolikliini- kusse.

Tabel 1

Töövõimetusjuhtude ja töövõimetuspäevade arv 100 töötaja kohta 1967. aastal

Näitaja	Tartus	Eesti NSV-s	NSV Liidus
Töövõimetus- juhud	71,0	83,2	90,8
Töövõimetus- päevad	867,8	829,2	835,3

Tabel 2

Töövõimetus- (vorm 3-1, punkt 22) seos töötaja vanusega

Töötajate vanus aastates	Töövõimetus- juhtude arv 100 töö- taja kohta	Töövõimetus- päevade arv 100 töötaja kohta	Ühe juhu keskmine töövõimetus- päevade arv
kuni 20	99,18	883,94	8,9
21...39	95,95	876,67	9,1
40...59	84,85	1041,13	12,2
60 ja rohkem	73,28	1018,10	13,9

Dispanseerimise tulemusena on viimase viie aasta jooksul vähenenud sageli ja kaua põdevate isikute osatähtsus ajutise töövõimetus juhtude hulgas 52% ja töövõimetuspäevade osas 64% võrra. Enamik kaua põdejaist oli juba varem dispanseeritud mitmesuguste krooniliste haiguste tõttu (tuberkuloos, reuma, infektsioosne mittespetsiifiline polüartriit jt.). R. Gladšteini (3) ja A. Berljandi (2) andmeil on sageli ja kaua põdevaid isikuid 10...20% tööliste üldarvust. Z. Bažanova (1) järgi oli 1963. aastal Novosibirski käitistes sageli põdevaid isikuid 2,7% kõigist töötajaist ja nende arvele langes 8,9% kõigist töövõimetusjuhtudest ning 19,9% kõigist töövõimetuspäevadest. 1968. aastal oli Tartus neid 1,3% ja nende ajutine töövõimetus oli 5,3% kõigist töövõimetusjuhtudest ning 6,1% üldtöövõimetuspäevadest.

Oleme vaatluse alla võtnud ka need haiged, kes ühe ja sama haiguse ägenemise tõttu ühe aasta jooksul on saanud töövõimetuslehe 2...4 korda.

Järjekindlalt oleme tähelepanu pööranud töötavate invaliidide ajutisele töövõimetuslehele. Kui 1962. aastal invaliidide töövõimetuslehe päevad olid 15% töövõimetuspäevade üldarvust ja töövõimetus ühe haigusjuhu puhul vältas keskmiselt 18,4 päeva, siis 1968. aastal olid vastavad näitajad 10,1 ja 15.

Olenevalt haigestumuse struktuurist, ajutise töövõimetuslehe keskmistest näitajatest ja töötingimuste laadist koostatakse käitiste kohta tervendavate ürituste kompleksplaanid.

Tartu polikliiniku kogemused näitavad, et viimastel aastatel on arstlike konsultatsioonikomisjonide (AKK) tegevuses kõige olulisemaks muutunud kroonilisi haigusi põdevate haigete töökorraldus, töötingimuste reguleerimine pärast ägedaid haigusi ja haigete põhjendatud saatmine АТЕК-и. V. Kanepi (4) andmeil oli aastail 1964...1965 aluse-tult esmaseid АТЕК-и suunatud 13...15%, kuid Tartus 1968. a. ainult 7,4%.

Tartu polikliiniku АКК korraldab väljasõiduistungeid käitistes, kus koos administratsiooni ja ametiühingu esindajatega kontrollitakse töötingimusi, haigete töökorraldust, tervendavate ürituste kompleksplaanide täitmist, veldripunktide tegevust jne. Väljasõidustungid planeeritakse iga kvartali algul,

kusjuures lähtutakse eelmise kvartali ajutise töövõimetuslehe näitajatest. АКК pideva kontrolli tulemusena on Tartus 98% töötavatest invaliididest ja sageli põdevatest haigetest tööle kohandatud.

Süsteemaatiline ajutise töövõimetuslehe analüüs, arstide kvalifikatsiooni järjekindel tõstmine tööekspertiisi alal, diagnoosimise ja ravi kvaliteedi parandamine, suurema tähelepanu pööramine profülaktikale ja tihe koostöö käitiste juhtkonnaga peaks tööstustööliste ajutise töövõimetuslehe juhte võimaldama veelgi vähendada.

KIRJANDUS: 1. Бажанова З. В. Учет и анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности. М., 1968. — 2. Берлянд А. С. Экспертиза временной нетрудоспособности. М., 1961. — 3. Гладштейн Р. М. Врачебная экспертиза трудоспособности в лечебных учреждениях. М., 1961. — 4. Канеп В. В. и Дубовицкий З. Я. Сов. здравоохран., 1968, 1, 31—33. — 5. Меллер М. С. и Штейнберг Г. Б. Гиг. и сан. 1956, 10, 36—43.

РЕЗЮМЕ. Экспертиза временной нетрудоспособности промышленных рабочих города Тарту. С. Я. Ару, М. С. Мийдла.

Уровень и структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности зависят от ряда медицинских и социальных факторов. В Тартуской поликлинике анализ заболеваемости и нетрудоспособности проводится в течение многих лет, причем особое внимание обращается на регулирование условий труда и рациональное трудоустройство работающих.

Временная нетрудоспособность на тартуских предприятиях из года в год снижается. При этом показатель случаев нетрудоспособности ниже, а показатель дней нетрудоспособности — выше, чем соответствующие средние общесоюзные показатели. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих в возрасте свыше 40 лет на 100—150 дней превышает этот показатель в возрастной группе до 20 лет.

В 1968 г. 1,3% всех рабочих состояло на диспансерном учете как часто или длительно болеющие. Случаи нетрудоспособности этих же рабочих составили 5,3% и дни нетрудоспособности — даже 6,1% от соответствующих показателей всех работающих.

В деле улучшения условий труда и трудоустройства большое значение имеют регулярные выезды ВКК на промышленные предприятия, в результате которых 98% работающих инвалидов и часто болеющих трудоустроены по состоянию здоровья. Число случаев временной нетрудоспособности работающих инвалидов уменьшается. Дальнейшее снижение временной нетрудоспособности работающих возможно путем систематического анализа ее причин, расширения и улучшения профилактических мер, проводимых совместно с руководством предприятий, а также повышения квалификации врачей по вопросам диагностики, лечения и экспертизы нетрудоспособности.

Tartu Linna Kliiniline Haigla

PERFOKAARDID RÖNTGENIKABINETIS

ERICH KUUS
FEODOR REBANE
Rapla

UDK 616.073.75

Perfokaardid on meditsiinilise informatsiooni läbitöötamisel end igati õigus-
tanud (1, 3, 4, 5). Missuguseid perfo-
kaarte vajatakse, see oleneb informatsiooni
hulgast ja laadist.

Rapla Rajooni Keskhaigla röntgeni-
kabinetis oleme perfokaarte kasutanud
1967. aasta algusest alates. Valisime
kaherealise äärisperforatsiooniga perfo-
kaardi K 6 (vt. joonis). Käesoleva ajani
oleme täitnud üle 4000 kaardi. Infor-
matsiooni kandmiseks perfokaardile kas-
utame otsekoodi (2), sest informat-
siooni hulk pole kuigi suur ja perfo-
kaartidega töötab röntgenilaborant,
kellele nimetatud kood on hästi aru-
saadav.

Perfokaardi vasakpoolsele äärelle
(rubriigid O, P, Q) märgitakse haige
perekonnanime algustäht, näiteks O-7
lühike sälk — A, O-7 pikk sälk — B jne.

Rubriigis A on kõik röntgenogram-
mid jaotatud nelja rühma: A-1 skelett;
A-2 hingamiselsundid, mediastiinum,
süda ja veresooned; A-4 seedetrakt,
maks, sapipõis, sapiteed, pankreas,
põrn; A-7 urogenitaalsüsteem, närvisüs-
teem, kurgu-, nina- ja kõrvahaigused,
silmaahaigused, pehmed koed.

Rubriikidesse B...N märgitakse hai-
guse lokalisatsioon, laad, eriuurimised
ja lõpuks tehakse märges röntgendiag-
noosi õigsuse kohta.

Näiteks skelett: B-1 kolju, B-2 lüli-
samm, vaagen, roided, rinnak, B-4
ülajäse, B-7 alajäse. C-1 normis. Siit
alates kodeeritakse luude ja liigeste
traumad: subluksatsioon, luksatsioon,
infraktsioon, fraktuur, liigesesisene
fraktuur, dislokatsiooni variandid ja
aste (*dislocatio ad longitudinem, ad la-
tum, ad axin*, väike, mõdukas, suur),
kalluse laad, refraktuur; seejärel luu-
põletikud, kaasasündinud ja omandatud
deformatsioonid, osteokondropaatiad,
osteokondroosid, osteokondrodüstroofi-
ad, kasvajad, kasvajate metastaasid,
luude sekundaarsed muutused, süsteem-
sed haigused ning lõpuks liigeste
haigused. Sama põhimõtte järgi kodeer-
itakse ka teised elundsüsteemid.

Ühes rubriigis tuleb tingimata näidata
röntgendiagnoosi õigsus. Näiteks K-1
diagnos leidis kinnitust kliiniliselt, K-2
operatsiooni ajal, K-4 histoloogiliselt,
K-7 lahangu. Nimetatud rubriigi täit-
mine on küll tülikas, kuid rubriik näi-
tab röntgendiagnooside objektiivsust.

	1	2	4	7	1	2	4	7	1	2	4	7	1	2	4	7	1	2	4	7				
	N				M				L				K				I							
	Rapla Rajooni Keskhaigla																ESMANE							
	RÖNTGENIKABINET																KORDUV							
	NIMI: _____																A.							
	196																NR.				Riul _____			
	SUUNATUD _____																POOLT _____							
	RÖNTGENOLOOGILINE LEID: _____																							
	Röntgenoloog: _____																							
																	147							
	1	2	4	7	1	2	4	7	1	2	4	7	1	2	4	7	1	2	4	7				

Meie tagasihoidlikud kogemused näitavad seda, et perfokaartide täitmine ja sälkamine suurendab röntgenlaborandi töökoormust (iga perfokaardi jaoks kulub 3...4 minutit). Kui röntgenogrammid arhiivis on paigutatud kronoloogilises järjekorras ja teame röntgenogrammi tegemise aja, pole selle leidmine ka ilma perfokaardita raske. Kui röntgenogrammi valmistamise aeg pole teada, kuid on teada haige nimi ning on andmed uuritud elundi jms. kohta, siis võime perfokaardi kergesti üles leida. Röntgenogrammi aga on perfokaardi abil võimalik hõlpsasti kätte saada, sest kaardile on märgitud röntgenogrammi number ja riul, kus ta asetseb.

Üht liiki haigust, mõne elundi või selle osa kahjustust jms. kajastavate röntgenogrammide otsimine arhiivist on perfokaartide abil äärmiselt lihtne. Kui varem röntgenogrammi leidmiseks tuli kogu arhiiv läbi sirvida, siis nüüd piisab kaardi leidmiseks mõnest minutist. Seega õppe- või teaduslikus töös, samuti aruande või ettekande koostamisel on perfokaartide eelised vaieldamatud.

Sobiva perfokaardi-liigi dikteerib raiasutuse profiil. Perfokaart K 6 on sobiv kasutamiseks rajoonihaiglas või mõnes muus üldravi-asutuses.

KIRJANDUS: 1. Лехепуу Б. К., Кивило М. О. Эксп. хирургия и анестезиол., 1966, 4, 99—100. — 2. Inke, G. Quellen medizinischer Literaturangaben und Methodik ihrer Bearbeitung. Jena, 1960. — 3. Pullisaar, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 2, 112—114. — 4. Raudam, E., Mägi, M., Paimre, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 5, 347—349. — 5. Võhandu, L., Tamm, O. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 69—72.

РЕЗЮМЕ. Применение перфокарт в рентгенологии. Э. М. Куус, Ф. Ю. Ребане. Сообщается о возможности применения перфокарт в рентгенологической практике. В лечебных учреждениях общего профиля рекомендуется использовать для учета рентгенограмм перфокарты К 6 с краевой перфорацией. Хотя оформление и перфорирование карт увеличивает объем работы рентгенолаборанта, применение их упрощает сортировку и обработку материалов рентгенологического архива при учебной и научной работе, а также при составлении отчетов и докладов.

Rapla Rajooni Keskaigla

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

KORDUVA VEREJOOKSU VÕIMALUS MAO RÖNTGENKONTRASTSE UURIMISE PUHUL

ENDEL TONDER HENNO TIKKO
HELMİ LİPPART EELA JUHANSOO

Tartu

UDK 616.33-002.44 : 616.33-005.1 : 616-073.75

Et verejooksu põhjusi täpsustada, peetakse ägeda verejooksu juhtudel näidustatuks mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe põdevate haigete kohest mao röntgenoloogilist uurimist (1, 5). Sel puhul soovitatakse baariumile lisada tanniini, sest viimase kokkupuutumisel limaskestaga submukoossed veresooned tromboseeruvad (2, 6). Arva-

takse, et tanniini lisamine baariumile likvideerib verejooksuohu mao röntgenoloogilisel uurimisel (3, 4).

Tartu Linna Kliinilises Haiglas rakedasime ka meie mainitud meetodit. Kogemused näitavad, et see ei ole iga kord ohutu. Seedetrakti verejooksuga haigete mao röntgenoloogilisel uurimisel baariumi ja tanniini seguga täheldasime

üksikutel haigetel verejookse kohe pärast uurimist. Illustreerimiseks esitame haigusloo.

Patsient T. E. (haiguslugu nr. 3729/67), 50 aastat vana, hospitaliseeriti oletatava verejooksu tõttu kaksteistsõrmiksoolehaavandist. 24 aastat tagasi oli haigel diagnoositud kaksteistsõrmiksoolehaavandit. Röntgenoloogilisel kontrollil 9 aastat tagasi haavandit ei sedastatud, mistõttu arvati, et haige on tervistunud. Kliinikusse saabumise päeval tundis ta nõrkust ja peapööritust, oksendas umbes 2 l verest massi. Saabumisel oli vererõhk 120/70 mm Hg. Enesetunne rahuldav. Vereanalüüs: hgb. 80%, hematokrit 38%. Haigele määrati verejooksuvastast ravi ja tehti vereülekanne.

Diagnoosi täpsustamiseks uuriti järgmisel päeval magu ja kaksteistsõrmiksoolt röntgenoloogiliselt, kusjuures kasutati baariumi ja tanniini segu. Diagnoositi kaksteistsõrmiksoolehaavandit. Uurimise lõpul tundis haige äkki nõrkust, tekkisid verejooksu sümptomid. Arteriaalne rõhk langes 70/50 mm Hg, puls muutus nõrgaks ja niitjaks. Haige valmistati kiiresti ette operatsiooniks. Operatsioonilaul haige seisund halvenes veelgi, kodarluuarteril ei olnud puls kombeldav. Vererõhk langes 50 mm Hg. Ühe tunni jooksul kanti üle 1500 ml verd, mille tulemusena vererõhk tõusis kuni 100 mm Hg. Tehti operatsioon. Verd üv haavand kõrvaldati, magu resetseeriti Hofmeister-Finstereri järgi. Pärast operatsiooni tüsistusi ei tekkinud. 14. päeval pärast operatsiooni kirjutati haige koju heas seisundis.

Lõpuks peab mainima, et röntgenoloogiline uurimine on seedetrakti verejooksu kahtluse korral kahtlemata vajalik, kuid küllaltki ohtlik. Seepärast peavad röntgenoloogilisele uurimisele viidavad haiged olema operatsiooniks ette valmistatud ning tarviduse korral tuleb kohe opereerida.

RASKESTI DIAGNOOSITAV KOPSUPÕLETIKU JUHT

ARTUR TALIHÄRM
Tallinn

Tänapäeval koguneb üha rohkem andmeid selle kohta, et klassikalise kopsupõletiku juhte tuleb ette järjest vähem, atüüpilise kopsupõletiku juhtude arv aga on samal ajal suurenenud. Atüüpilised kopsupõletikud on omaette rühmaks tarvis eraldada juba seepärast,

KIRJANDUS: 1. Боба С. М. Профузные язвенные кровотечения, М., 1967. — 2. Куус Э. Вестн. рентгенол. и радиол., 1963, 1, 32—35. — 3. Куус Э. Применение танина при рентгенологическом исследовании желудка. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1966. — 4. Платонова Е. М. Вестн. рентгенол. и радиол., 1967, 1, 93—94. — 5. Сальман М. М. Неотложное рентгенологическое исследование острых гастродуоденальных кровотечений, М., 1963. — 6. Rowlette, R. J. The Practitioner Handbooks Modern Therapeutics. Eyre and Spottiswoode, 1941.

РЕЗЮМЕ. Возможность повторного кровотечения при рентгеноконтрастном исследовании желудка. Э. О. Тундер, Х. Х. Тикко, Х. Э. Липпарт, Э. А. Юхансоо. В настоящее время при остром кровотечении у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки считают показанным рентгеновское исследование желудка с целью уточнения причин кровотечения. При исследовании рекомендуется к бариевой массе добавлять танин, так как при контакте последнего со слизистой оболочкой тромбируются сосуды подслизистой. Таким образом, добавление танина к бариевой смеси ликвидирует опасность кровотечения при рентгеновском исследовании желудка.

Наш опыт, однако, показывает, что данный метод не всегда является безопасным. При рентгеновском исследовании желудка с бариево-таниновой смесью у больных, поступивших по поводу кровотечения из желудочно-кишечного тракта, нами зарегистрированы массивные кровотечения сразу после исследования. Для иллюстрации приведена одна история болезни.

Рентгеновское исследование при подозрении на кровотечение из желудочно-кишечного тракта, безусловно, является весьма нужным, но достаточно опасным методом. Поэтому больные, направляемые на рентгеновское исследование, должны быть подготовлены к операции и, в случае необходимости, — немедленно оперированы.

TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia,
operatiivkirurgia ja topograafilise
anatomia kateeder

UDK 616.24-002-07

et neile pahatihti ei pöörata küllaldaselt tähelepanu. See põhjustab kliinilise pildi ja röntgenuuringu tulemuste väärtõlgitsusi. Seda enam, et kopsu ülemistes osades paiknevad ümarkolded osutuvad sageli kopsuvähkideks või kopsutuberkuloosi mitmesugusteks koldeliseks.

infiltratiivseteks moodustisteks, palju harvem aga piirdunud kopsupõletikeks.

Kliinilise pildi ja röntgenoloogiliste andmete poolest on ülemise kopsusagara infiltratiivne tuberkuloos, tuberkuloom ja kopsupõletik kõige raskemini diferentseeritavad.

Esitame ülemise kopsusagara atüüpilise kopsupõletiku juhu, mis diagnoositi alles kolm nädalat pärast tuberkuloosivastase antibakteriaalse ravi määramist.

Meespatsient L. L., 45 a. vana, arst (haiguslugu nr. 3830/1968). Kahe kuni kolme kuu jooksul enne hospitaliseerimist oli väsinud tavalisest kiiremini ja öösel oli higistanud. Tal olid esinenud gripitaolised seisundid. Subfebriilne temperatuur. Viimase kolme nädala jooksul oli temperatuur tõusnud 38°-ni, õhtuti aga langenud 37,2°-ni. Samal ajal kuiv kõha. Viimase nädala jooksul oli lihasesse süstitud 1,0 g streptomütsiini päevas. Arsti poole pöördus esmakordselt 8. VII 1968. a., mil tehti vere üldanalüüs ja röntgeniülevõte kopsudest. Nende põhjal diagnoositi parema kopsu infiltratiiv-pneumoonilist tuberkuloosi ning haige saadeti Vabariiklikku Tuberkuloositõrje Dispanserisse ravile.

10. VII 1968. a. alates raviti teda kopsukirurgiaosakonnas. Saabumisel kaebas patsient kerget kuiva kõha, väsimust, aeg-ajalt peavalu ja torkivaid valusid paremal pool rindkeres. Kehatemperatuur normaalne. Vereanalüüs: hgb. 15,8 g%, leukots. 6200 (valem normaalne), SR 40 mm tunnis. Uriin ja faeces normaalsed. Rõgas tuberkuloosikepikesi ei leitud. Röntgenogrammil (vt. tahvel XVII, rönt-

genogramm 1) paremal (S₂ piirkonnas) 3×3 cm suurune inhomogeenne varjustus, lisavari lateraalselt ül. Diagnoos: *Tbc. pulmonum infiltrativa-pneumonica*.

Tuberkuloosikepikesi ei leitud. Alustati intensiivset antibakteriaalset ravi kolme preparaadiga (streptomütsiin, tubasiid ja naatrium-4-amino-2-hüdroksübenseenkarboksülaat). Haige paranes kiiresti. 1. VIII 1968. a. tehti kontrollröntgenogramm (vt. tahvel XVII, röntgenogramm 2) ja tomogrammid paremast kopsust. Selgus, et infiltraadist tingitud varjustus parema kopsu S₂ piirkonnas oli kadunud, sedastatavad olid ainult väikesed liited hiilusel suunas ning tavalisest tugevam võrkjas kopsujoonis. Vereanalüüs: hgb. 13,1 g%, leukots. 4300 (valem normaalne), SR 14 mm tunnis. Kopsutuberkuloosi diagnoos annulleeriti ja asendati diagnoosiga — parema kopsu ülemise sagara põletik. Haige kirjutati 22. VIII 1968. a. koju praktiliselt tervena.

Kirjeldataud haigusjuht näitab ilmekalt infiltratiivse pneumoonilise kopsutuberkuloosi ja atüüpiliselt lokaliseeruva kopsupõletiku diferentseerimisel tekkivaid raskusi.

РЕЗЮМЕ. Труднодиагностируемый случай пневмонии. А. А. Талихярм. Описывается случай атипичной пневмонии, который был диагностирован лишь после 3-недельного антибактериального лечения противотуберкулезными препаратами.

Vabariikliku Tuberkuloositõrje
Dispanseri kopsukirurgiaosakond

ABDOMINAALNE DEKOMPRESSIOON SÜNNITUSABIS (esialgne teade)

AIN SÄRG
HILJA JALVISTE
KALJU ALLAS

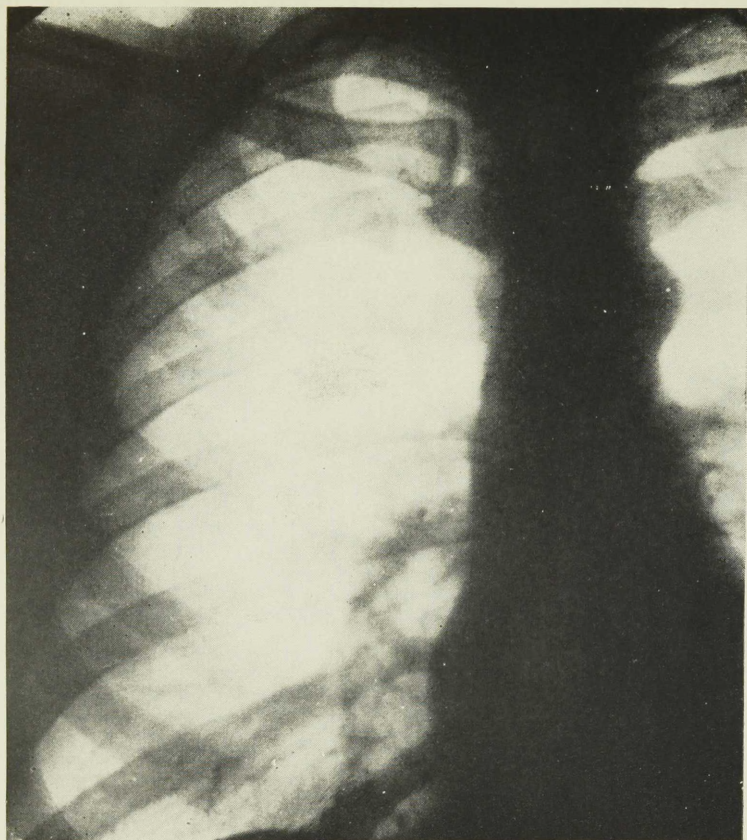
Tartu

UDK 618.4-089.63

Abdominaalset dekompressiooni sünnituse ajal rakendas esmakordselt O. Heyns Lõuna-Aafrika Vabariigis 1959. a. (3, 4, 11). O. Heyns leidis, et kõhulihaste paralüüs relaksantidega põhjustas kiire ja valutut sünnituse, kuid relaksantide ebasoovitava kõrvaltoime tõttu ta loobus nendest ja hakkas rakendama mehhaanilist abdominaalset dekompressiooni. O. Heyns saavutas sünnituse kiirenemise kuni 5 tunnini 77%-l ja täieliku valutustamise 90%-l sünnitajatest (3, 4). 1962. ja 1963. a.

publitseeris ta oma tööd (5, 6, 7), kus põhjendas abdominaalse dekompressiooni soodsat mõju lootele verevarustuse paranemisega.

O. Heyns hakkas süstemaatiliselt rakendama abdominaalset dekompressiooni raseduse viimastel kuudel. 1965. a. täheldas ta abdominaalse dekompressiooni abil sündinud lastel märgatavalt paremat füüsilist ja vaimset arengut kui normaalselt sündinud lastel (8). Seda väidet kinnitab eksperimentaalselt L. Markin (1), kes abdomi-



Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2

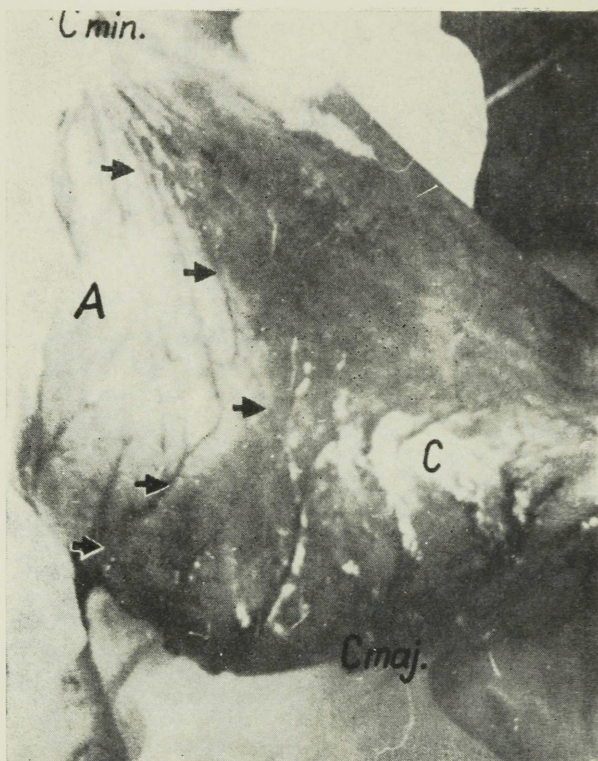


Foto 1. Värvumise erinevus antrum'i ja corpus'e piiril intaktse mao välispinnal selektiivse gastrokromoskoopia korral.

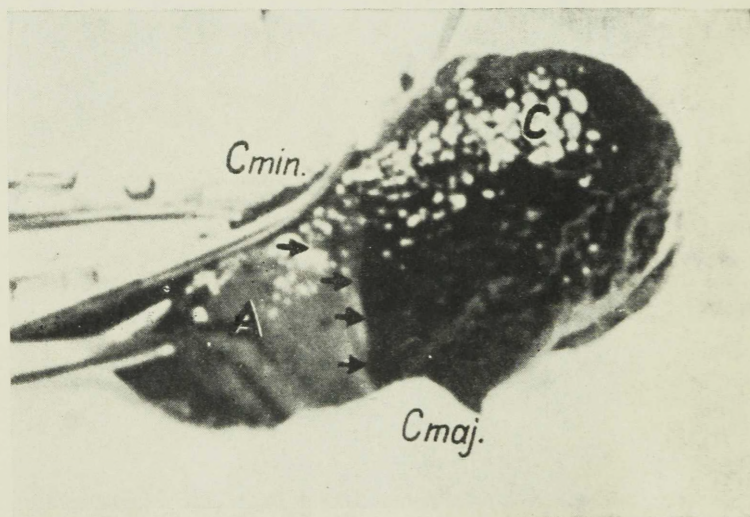


Foto 2. Mao limaskesta värvumise erinevus antrum'i ja corpus'e piiril selektiivse gastrokromoskoopia korral (vaadeldud läbi gastrotomia ava).

naalset dekompressiooni kasutas tiinetel valgetel rottidel ja leidis, et tiinuse ajal dekompressiooni all olnud rottidel on emaka vere-sooned sünnituse ajaks kuni 1,7 korda laiemad, loote verevarustus parem ja looted eksperimentaalsele asfüksiale vastupidavamad kui dekomprimeerimata rottidel.

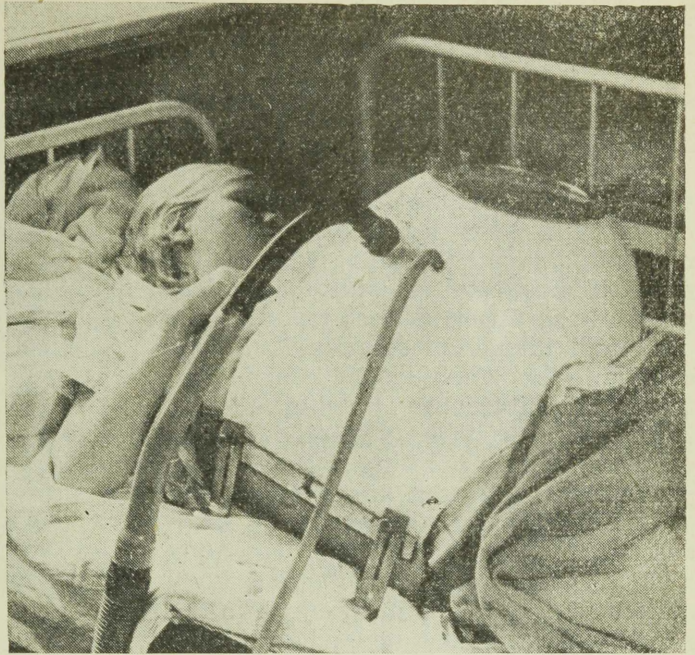
T. Ingalls kaasautoritega (9, 10) hoidis tiineid valgeid hiiri pidevalt hapnikupuuduses, millega saavutas, et hiirepojad sündisid ajuta või koguni koljuta (*anencephalia, acrania*). Öhu saastumisega seostab ka H. Hegnauer (2) fakti, et Saksa FV linnades on väärarengute protsent vastsündinud laste hulgas üle kahe korra kõrgem kui maal.

Peale O. Heynsi on ka mitmed teised välismaa teadlased, nagu L. Quinn kaasautoritega (12, 13, 14), D. Scott ja J. Loudon (15) ning K. Zimmermann (16), abdominaalse dekompressiooniga saavutanud häid tulemusi sünnitusabi andmisel (sünnituse kiirenemine, loote üsasisesse lämbuse vähenemine kuni 9 korda jne.).

Kodumaa kirjanduses ei leidnud me andmeid abdominaalse dekompressiooni kliinilise rakendamise kohta.

Eespool toodut arvestades otsustasime konstrueerida abdominaalse dekompressori ja kasutada seda praktikas. Dekompressori valmistamisel tuli ületada mitmeid tehnilisi raskusi. Näiteks esimene mudel osutus ebapraktiliseks, sest alati ei õnnestunud saavutada küllaldast vaakuumi. Meie teine mudel (vt. foto) koosneb klaasplastist dekompressioonikambrist diameetriga 40 cm ja vaakumpumbast. Kambril on avatav aken orgaanilisest klaasist, mille diameeter on 16 cm. Sünnitaja selja all paikneb kumiplaat, mis on kinnitatud kambri äärtele. Vaakuumpumba abil saame tekitada negatiivse rõhu kuni 0,93 Atm (s. t. rõhu alanemise 0,07 atmosfääri võrra).

Mudelit oleme korduvalt katsetanud viimasel raseduskuul ja sünnituse ajal. Ebamugavaid aistinguid ei ole tekkinud ühelgi juhul. Kõikidel sünnitajatel on valud vähenenud või kadunud. Esialg-



sed tulemused on head, kuid üldistava kokkuvõtte tegemiseks meie katsete arv on praegu liiga väike.

Andmete kogumine jätkub.

KIRJANDUS: 1. Маркин Л. Б. XI студенческая научн. конф. Материалы докладов. Тарту, 1969, 197. — 2. Hegnauer, H. Geburtsh. und Frauenheilk., 1954, 6, 492—508. — 3. Heyns, O. S. M. Proc. South Africa, 1955, 5, 121. — 4. Heyns, O. S. J. Obstetr. Gynaecol. Brit. Empire, 1959, 66, 220. — 5. Heyns, O. S., Samson, J. M., Graham, J. A. Lancet, 1962, 1, 289. — 6. Heyns, O. S. Develop. Med. Child. Neurol., 1962, 4, 473. — 7. Heyns, O. S. Modern Trends in Obstetrics. London, 1963, 139. — 8. Heyns, O. S. Discovery, 1955, 11. — 9. Ingalls, Th. Amer. J. Diseases Children, 1947, 73, 279. — 10. Ingalls, Th., Curley, F. J., Prindle, R. A. Amer. J. Diseases Children, 1950, 80, 84. — 11. Kastell, B. Physiotherapy, 1961, June, 161—162. — 12. Quinn, L. J. et al. Canad. Med. Assoc. J., 1960, 83, 1192. — 13. Quinn, L. J., McKeown, R. A. Amer. J. Obstetr. and Gynecol., 1962, 83, 458—463. — 14. Quinn, L. J., Dorr, H. P., Bryere, R. J. Obstetr. and Gynaecol. Brit. Comm., 1964, 71, 934—939. — 15. Scott, D. B., Loudon, J. D. Lancet, 1960, 1, 1181. — 16. Zimmermann, K. Zbl Gynäkol., 1967, 50, 1840—1844.

РЕЗЮМЕ. Абдоминальная декомпрессия в родовспоможении. А. А. Сярг, Х. Ю. Яльviste, К. П. Аллас. Авторами сконструирован абдоминальный декомпрессор. Снижением давления на 0,07 атмосферы получен удовлетворительный обезболивающий эффект во время родов. Работа продолжается. Приводится также краткий обзор литературы по затронутой проблеме.

Tartu Kliiniline Sünnitusmaja

RASEDUSE VÄLTIMINE EMAKASISESTE VAHENDITEGA

SILVIA NAARITS

Tallinn

UDK 615.765

Sündimuse reguleerimise probleem on niisama vana kui inimkond. Juba möödunud sajandil tunti raseduse vältimist emakasiseste vahendite abil. Viimased 40 aastat on sellesse toonud palju uut, kuid ikkagi on selgitamata nende vahendite toimemehhanism, nende spontaanse väljalibisemise ohu suurus jne.

Rasestumisvastased vahendid peavad vastama kolmele põhitingimusele — nad peavad olema lihtsad käsitseda, kahjutud ning ära hoidma rasestumise. Emakasiseste rasestumisvastaste vahendite kiire levik ja nende populaarsus kogu maailmas ning kõigis ühiskonnakihtides räägib sellest, et see meetod on kindel ja kahjutu. Pärast emakasisese vahendi eemaldamist võib rasestuda 6...12 kuu järel.

1968. aasta jaanuarist alates oleme Tallinna Vabariiklikus Haiglas kasutunud kodumaist emakasisest rasestumisvastast vahendit JIBK-66, mida toodetakse kolmes suuruses — nr-d 1, 2 ja 3 (vt. foto 1). See vahend viiakse sisse plastmassist torukese kaudu (vt. foto 2) ja tema külge seotakse litilaanist niidike, mis pärast vahendi sisseviimist ulatub läbi emakakaela kanali tuppe. Niidi abil saab vaginaalsel vaatlusel kergesti kontrollida, kas vahend on emakas alles või mitte. Kontrollida on võimalik ka röntgeniülevõtte abil, sest JIBK-66 on röntgenkontrastne. Lisaks eespool nimetatule on JIBK-66-l veel bakteritsiidsed omadused.

JIBK-66 ning toruke selle emakasse viimiseks steriliseeritakse destilleeritud vees keetmise teel 20 minuti vältel.

JIBK-66 kasutasime raseduse vältimiseks 110 naisel. Kõiki eelnevalt uuriti põhjalikult. Vastunäidustuseks olid suguelundite põletikud viimase aasta vältel.

Vaatlusalustel oli keskmiselt kaks last, katkestatud rasedusi keskmiselt 2,5 korda enam kui sünnitusi. Emakasisese rasestumisvastase vahendi kasutamise näidustuste hulgas olid 80% -l juhtudest esikohal sagedased rasedused ja 20% -l juhtudest vastunäidustused rasestumi-

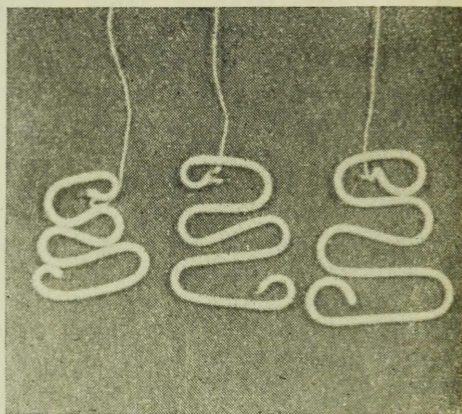


Foto 1.

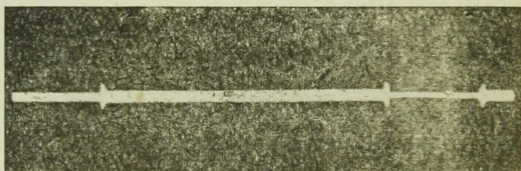


Foto 2.

seks ning sünnituseks, näiteks südame ja veresoonte haigused, sisenõristussüsteemi haigused jt.

JIBK-66 viidi emakasse menstruaatsiooni viimasel päeval ambulatoorselt. Patsiendid jätkasid seejärel oma igapäevast kutsetööd.

Profülaktika sihiga määrati patsientidele vere hüübimist ning emaka kokkutõmbumist soodustavaid vahendeid esimese 5 päeva jooksul pärast JIBK-66 viimist emakasse.

Kontroll-läbivaatused tehti esimese ööpäeva, seejärel kolme ja siis 10 ööpäeva järel. Edaspidi kontrolliti iga kolme kuu järel.

Kui JIBK-66 püsis emakas, siis rasestumist ei tekkinud. Erinevate emakasiseste rasestumisvastaste vahendite kasutamisel on raseduse esinemissagedus 1,5...5,5% [H. Neumann (4)].

Rasestusid kaks patsienti, kusjuures raseduse katkestamisel JIBK-66 emakaõones ei sedastatud. Selle väljalibisemist patsiendid ei olnud märganud.

Emakasisene rasestumisvastane vahend libises spontaanselt välja veel kolmel naisel. Kirjanduse andmetel on väljalibisemist täheldatud 5...20% naistest [M. Burnhill ja C. Birnberg (1), H. Lehfeldt, E. Kulka ja G. Liebmann (2), J. Lippes (3)]. Kaks meie patsientidest rasestusid ühe kuu jooksul pärast JVK-66 väljalibisemist emakast, mis viitab emakasisese rasestumisvastase vahendi kahjutusele. Suguelundite põletikke meie patsientidel ei tekkinud, küll aga ilmnes 4,8%-l juhtudest menstruaaltsükli häireid, mis olid ravitavad ambulatoorselt.

Lõplike järelduste tegemine JVK-66 kasutamise kohta nõuab patsientide pikemaajalist jälgimist.

KIRJANDUS: 1. Burnhill, M. S., Birnberg, C. H. *Obstetr. and Gynecol.* 1966, 28, 3, 329—331. — 2. Lehfeldt, H., Kulka, E., Liebmann, G. *Obstetr. and Gynecol.* 1965, 26, 5, 679—68. — 3. Lippes, J. *Anner. J. Obs-*

tetr. and Gynecol. 1965, 93, 7, 1024—1030. — 4. Neumann, H. G. *Dtsch. Gesundheitswesen.* 1967, 34, 1607—1613.

РЕЗЮМЕ. О предупреждении беременности путем применения внутриматочных средств. С. О. Нааритс. В Эстонской ССР впервые с 1968 года для предупреждения беременности начали применять внутриматочное средство ЛВК-66. В течение года у 110 женщин, у которых было применено это противозачаточное средство, наступления беременности не наблюдалось. Спонтанное выскальзывание ЛВК-66 имело место у 5 женщин, двое из которых не заметили последнего. Беременность наступила после выскальзывания ЛВК-66 у 4 женщин из 5, что свидетельствует о безвредности нахождения внутриматочного средства в полости матки. У 4,8% женщин наблюдались нарушения менструации, при амбулаторном лечении которых получен положительный результат. Полученные результаты являются предварительными. Для окончательных выводов необходимы дальнейшие наблюдения.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Abiks velskritele ja õdedele

VELSKRI- ÄMMAEMANDAPUNKTIDE ÜLEVAATUS

REINHOLD BIRKENFELDT
EVALD VÄÄRT

Kingissepa

UDK 614.212

Velskri-ämmaemandapunktid on ette nähtud meditsiinilise abi lähendamiseks maaelanikkonnale. Nad on esimeseks lüliliks maa tervishoiuvõrgus, kuuluvad maa-arstijaoskonna koosseisu, annavad eelarstiabi ning viivad ellu profülaktikaüritusi (1, 2, 3, 5). Profülaktikaürituste korraldamisel toetub velsker-ämmaemand majandite juhtkonnale, külanõukogu alalisele tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjonile ning Punase Risti Seltsi aktiivile (4). Velsker juhendab Punase Risti Seltsi algorganisationsiooni, õpetab välja sanitaarformeringuid ja koduspõetajaid.

Jaoskonnaarst on igas velskripunktis kohustatud vähemalt kord kuus elanikke graafiku järgi vastu võtma. Koos velskri-ämmaemandapunktide peamisteks ülesanneteks patronaaž ja profülaktika. Soodsad tingimused selleks loob maa-arstijaoskondade varustamine autodega.

Kingissepa rajooni velskri-ämmaemandapunktide töökultuuri, esteetilise ilme, diagnoosimise ja ravi taseme, sanitaar-epidemioloogiaalase töö ning Punase Risti Seltsi tegevuse paranda-

miseks kuulutasid rajooni keskaigla, tervishoiutöötajate ametiühingu rajoonikomitee ja Punase Risti Seltsi rajoonikomitee 1968. a. algul välja velskri-ämmaemandapunktide ülevaatuse. Ülevaatuse tingimustes nähti ette järgmistest töönäitajate hindamine.

I. Administratiiv-majanduslikku tegevust ja töö korraldamist iseloomustavad näitajad.

Hinnati velskri-ämmaemandapunkti territooriumi heakorrastatust, sildi, teadete tahvli ja teeviitade olemasolu, ruumide esteetilist kujundust, mööbli, aparatuuri, instrumentariumi ja pesu hooldamist, dokumentatsiooni korrasolekut, sanitari töö organiseerimist, erialakirjanduse («Nõukogude Eesti Tervishoid» jt.) tellimist ja osavõttu nõupidamistest rajooni keskaiglas. Hinnati 3...8 palli süsteemis.

II. Profülaktikaalast tööd, ravi ja diagnoosimise taset iseloomustavad näitajad.

Hinnati laste patroneerimist, laste ja täiskasvanute immuniseerimist, abordi vastast võitlust, rasedate patroneerimist, rasedate varajast arvelevõtmist, põllumajanduse spetsialistide, karjatalitajate jt. töötajate perioodiliste läbivaatuste korraldamist, haigete dispanseerimist, elanikkonna hõlmatust uurimistega tuberkuloosi, onkogünekoloogiliste haiguste ja soolenugiliste suhtes (iseseisva uurimise korral punktide arv korrutati 1,5-ga), dehelmintiseerimist, koduvisiitide ja ambulatooriumis toimunud vastuvõttude arvu 100 elaniku kohta. Tööd hinnati 5...15 palli süsteemis.

III. Sanitaar-epidemioloogiaalast tegevust iseloomustavad näitajad.

Võeti arvesse velskri osa karjafarmide ülevaatuse korraldamisel ja tema sanitaarhariduslik töö (eraldi meditsiiniliste teadmiste propageerimine ja organisatsiooniline tegevus). Näitajaid hinnati 5...10 palli süsteemis.

IV. Punase Risti Seltsi tegevust iseloomustavad näitajad.

Võeti arvesse, kui suur osa elanikkonnast on seltsi liikmed, hinnati liikmemaksu tasumist, sanitaarpostide (-salakade) väljaõpet (liikmete arv, osavõtt rajooni-ülevaatustest, väljaõppe kvaliteet), kui palju elanike hulgas on doonoreid (reservdoonorid, aktiivsed doonorid, doonorid, kes annavad verd

tasuta), elanike ettevalmistamist 21-tunnilise programmi järgi meditsiiniküsimustes ning Punase Risti Seltsi tegevuse ja eesmärkide propagandat. Hinnati 5...15 palli süsteemis.

Ülevaatus avaldas kiiresti stimuleerivat mõju: rohkem hakati tähelepanu pöörama velskri-ämmaemandapunktide korrasolekule, heakorrastustöödele, patroneerimisele, dispanseerimisele, abordi vastasele võitlusele, elanike osavõtule massilistest profülaktilistest läbivaatustest ja Punase Risti Seltsi tööle.

1969. a. jaanuaris tegi ülevaatuses kokkuvõtte komisjon, millesse kuulusid rajooni keskaigla, tervishoiutöötajate ametiühingu ja Punase Risti Seltsi rajoonikomitee esindajad. Kokkuvõtete tegemiseks kasutati rajooni keskaigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti akte velskripunktide kontrolli kohta, aastaaruandeid ja nende seletuskirju. Komisjonil oli õigus eriti silmapaistvate saavutuste eest üldhindele lisada kuni 20 punkti või puuduste ilmnemisel maha arvata kuni 20 punkti. Lisapunkte said näiteks velskripunktid, kus tehti lihtsamaid laboratoorseid analüüse, rakendati sanitaarharidustöö uusi meetodeid, kasutati oskuslikult külanõukogu aktiivi abi massiliste läbivaatuste korraldamisel jne.

Kuut paremat velskri-ämmaemandapunkti ja velskrit autasustati ning premeeriti. Esikohale tulnud velskripunkt sai rändvimpli (metallehistöö), uue sisustuse ja mootorratta, velsker aga aukirja, tasuta ekskursiooni Kaukaasiasse, preemiaks 35 rubla ja kingituse. Ülevaatuse kokkuvõtte avaldati rajooni ajalehes koos parimate velskrite fotodega.

1968. a. ülevaatuse võitjaks tuli Kallemäe velskri-ämmaemandapunkt (juhataja Aleksei Leier) 263 punktiga. Kallemäel on ära tehtud suur töö heakorrastamisel. A. Leier käib kord kuus kaugemal asuvates külades haigeid vastu võtmas ja ravimeid müümas. Velskripunktis tehakse vere-, uriini- ja väljaheiteanalüüse. Koos sanitariga uuriti iseseisvalt soolenugiliste suhtes 568 inimest. Fluorograafi ja tuberkuliiniproovide abil uuriti tuberkuloosi suhtes 80% elanikest. 65% elanikest on Punase Risti Seltsi liikmed. Koduspõetajate õpperingides on aastate vältel

välja õpetatud suurepärase aktiiv, kes külades teeb arsti ja velskri määratud raviprotseduure.

Järgmistele auhinnalistele kohtadele tulid Vätta (juhataja Helgi Ankur), Laimjala (Ellen Sepp), Koimla (Ludvig Teern), Kaali (Maie Saar) ja Kärla (Linda Ansperi) velskri-ämmaemandapunktid. Ülevaatuse tulemused tehti tabeli kujul teatavaks külanõukogudele.

Velskripunktide sisustus, samuti transpordivahend muretseti rajooni tervishoiuasutustele eraldatud eelarveliste summade arvel. Velskreid premeeriti põllumajandustöötajate ametiühingu rajoonikomitee, rajooni täitevkomitee, tervishoiutöötajate ametiühingu rajoonikomitee ja Punase Risti Seltsi Kingisepa Rajoonikomitee vahenditega.

Arvestades eelmisel aastal korraldatud ülevaatuse positiivset mõju velskri-ämmaemandapunktide tööle, kuulutati 1969. a. jaanuaris välja uus ülevaatus, mis toimub V. I. Lenini 100. sünni-aastapäeva tähistamise ürituste hulgas. Pidades silmas eelmise ülevaatuse kogemusi ja tervishoiuasutuste ülesandeid, suurendati võimalikku punktide arvu selliste töönäitajate eest nagu territooriumi heakorrastatus, ruumide seisund ja kujundus, dokumentatsiooni korrasolek, osavõtt õppustest ja nõupidamistest, eelkõige elanike uurimine tuberkuloosi, kasvajate ning soolenugiliste avastamiseks. Sel viisil pandi erilist rõhku piirkonna elanike kaasatõmbamisele massilistest läbivaatustest.

Velskri-ämmaemandapunktide tegevuse hindamine punktisüsteemi alusel võimaldas velskri kogu tööle anda objektiivse hinnangu ja teha velskrite töö omavahel võrreldavaks. Kokkuvõtted näitasid, et samade töötingimuste ning palga puhul tehtava töö maht ja kvaliteet kõiguvad küllaltki suurtes piirides, sõltudes velskri kvalifikatsioonist,

oskusest ja tahtmisest tööd organiseerida, kontaktist elanikega, teeninduspiirkonna külanõukogu ja majanditega.

KIRJANDUS: 1. Константинов Г. Ф., Бычков И. Я. Фельдшерско-акушерский пункт на селе. М., 1954. — 2. Практическое руководство для работников сельских фельдшерско-акушерских пунктов (под ред. П. Н. Напалкова и А. А. Габелова). Л., 1960. — 3. Сафонов А. Г. Организация и методы работы фельдшерско-акушерского пункта на селе. М., 1955. — 4. Шубин М. А. В кн.: Опыт работы сельских лечебно-профилактических учреждений (под ред. Э. Р. Агаева и В. В. Пугиной). М., 1965, 168—171. — 5. Арнеман, Ф. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 1, 55—58.

РЕЗЮМЕ. Осмотр фельдшерско-акушерских пунктов. Р. Р. Биркенфелдт, Э. А. Вязрт. В Кингисепском районе Эстонской ССР в целях дальнейшего совершенствования работы фельдшерско-акушерских пунктов был подвергнут тщательному изучению существующий уровень их работы. Проводилось это в 1968 г. в рамках районного осмотра фельдшерско-акушерских пунктов. Изучению и оценке подверглись показатели профилактической, лечебно-диагностической и санитарно-эпидемиологической работы, а также деятельность первичных организаций Общества Красного Креста. Оценивалась также административно-хозяйственная и организационная работа.

Итоги осмотра подвел организационно-методический кабинет центральной райбольницы. Разработанная система оценки показателей работы пунктов позволила дать объективную оценку и сравнить работу фельдшеров. Были выявлены и премированы лучшие фельдшерско-акушерские пункты района. Премирование фельдшеров проводилось за счет средств райисполкома, райкомов профсоюза работников сельского хозяйства и здравоохранения, а также райкома Общества Красного Креста. Лучшие пункты получили новое оборудование за счет перераспределения сметных средств. Результаты осмотра объявлены сельсоветам. Организация районного осмотра фельдшерско-акушерских пунктов явилась существенным стимулом улучшения их работы.

Kingisepa Rajooni Kesksaigla

TÖÖSTUSTRAMATISMI PROFÜLAKTIKA

KAAREL VIPPER
Tallinn

UDK 331.823

Tallinna Linna Traumapunkti andmeil on tööstustramatismi juhtude arv aasta-aastalt vähenenud: 1965. aastal 39,3%, 1966. aastal 37,1%, 1967. aastal 36,6% ja 1968. aastal 33,4% traumade üldarvust. Niisugune nihe on saavutatud profülaktikaabinõude rakendamise tulemusena.

Nendeks abinõudeks on eeskirjades nõutavate ohutustehnika seadmete ja vahendite olemasolu, süstemaatiline selgitustöö ning kontroll ohutustehnika nõuete täitmise üle.

Tööstustramatismi profülaktika on tulemusrikkam kui näiteks olustikulise traumatismi profülaktika, sest viimase puhul esineb palju juhuslikke, kannatanust mitteolenevaid põhjusi, nagu libedad tänavad, liiklusõnnetused jne.

Sanitaarharidustöö olgu vastav tööstusharu ja tsehhi profiilile, sest traumad ja nende põhjused on ettevõtetes erinevad. Sanitaarharidustöös on tähtis osa ettevõtte tervishoiuasutuses töötavatel kesk-eriharidusega meditsiinitöötajatel.

Tööstustramasid põhjustasid 90%-l organisatsioonilised ja 10%-l juhtudest tehnilised puudused.

Esimeste hulka kuuluvad ettevaatamatus, väsimus tööpäeva lõpul, öötöö, liigne kiirustamine kuu ja kvartali lõpul, et plaane täita ja ületada, ohutusnõuete vastu eksimine kas puuduliku instrueerimise või vilumatuse tõttu, nõrk kontroll ohutusnõuete täitmise üle, töömahukate tootmisprotsesside (näiteks laadimistööd) mitteküllaldane mehhaniseerimine, alkoholihoove, eriti palgapäeval jne.

Administratsiooni süü tõttu valitseb territooriumidel ruumikitsikus, läbikäigud on töökohtadel kitsad, tööriistad või -pingid korrastamata, kaitseseadmed, -riietus, -kindad ja -prillid ei vasta nõuetele, valgustus nõrk.

Traumatismi profülaktikaks on tarvis teha järgmist.

1. Ametiühing ja Punase Risti Seltsi aktiiv peavad administratsioonil aitama ohutustehnika eeskirju tutvustada uutele ja periooditi ka kõigile vanadele

töölitele, samuti kontrollima eeskirjade täitmist.

2. Iga eksimust töökaitse eeskirjade vastu ja sellest tingitud traumajuhtu tuleb vaadelda kui erakordset sündmust, mida üksikasjalikult on vaja arutada tsehhi, raskematel juhtudel aga kogu käitise töölistega.

3. Kõigis tsehhides tuleb üles riputada ohutustehnika eeskirjad ja plakatid ning nende nimekiri, kes eeskirjadest kinni ei pea.

4. Eeskirjade korduval rikkumisel (traumajuhtud juba mitmel korral) jätta need töölisel või kogu tsehh preemiata, viia eeskirjade rikkujad madalamapalgalisele tööle või anda nad seltsimeheliku kohtu alla.

5. Töölist ei tohi lubada tööle ebakaines olekus.

6. On tarvilik tsehhide vastastikune kontroll, tuleb avaldada kirjutisi seinalehtedes ja pidada loenguid ning vestelda traumade profülaktikast ja esmaabi andmisest. Viimast teevad tsehhiarstid.

7. Koostada traumatismi profülaktika kompleksplaan. Selles olgu tööliste, tsehhimeistrite ja insener-tehnilise personali instrueerimise ning kontrollimise tähtsajad. Tuleb ette valmistada ühiskondlikke töökaitseinspektoreid. Tsehhi-ülemad ja -arstid peavad peainsenerile esitama aruanded traumajuhtude kohta.

Administratsioon peab kõik puudused viivitamatult kõrvaldama.

Polikliinikutes tuleks asutada meditsiiniõukogud, mille liikmed on polikliinikute traumatoloogid, traumapunkti ja tsehhi arstid.

90% traumajuhtudest kuulub ravimisele ainult ambulatooriumis. Et õigesti antud esmaabist olenevad ravi tulemused, siis tuleks tervishoiupunktide töötajale periooditi korraldada seminare esmaabi andmises.

Kõigis käitistes oleks tarvis rakendada sotsialistliku võistluse progressiivset põhimõtet — töötada nii, et õnnetusi ei juhtuks.

Tallinna Linna Traumapunkt

ABIELU- JA PEREKONNA- SEADUSANDLUSE UUED ALUSED

MAIRE PELLA
Tallinn

UDK 347.61

1968. a. 1. oktoobril kehtestati uued NSV Liidu ning liiduvabariikide abielu- ja perekonnaseadusandluse alused. See seadusandlik akt puudutab kõiki kodanikke, fikseerides inimeste suhteid abielus ja perekonnas.

Põhjalikult on muutunud emade- ja lastekaitse põhimõtted. Täiesti uus kord kehtestati väljaspool abielu sündinud laste ja nende isa vaheliste õiguslike suhete reguleerimisel. Uuendused viidi sisse ka alimentide maksmise korda, abielu lahutamise eeskirjadesse jne.

Tervishoiusüsteemi ravi- ja profülaktikaasutuste (naiste- ja lastenõuandlad, sünnitusmajad, lastepolikliinikud, velskri-ämmaemandapunktid jt.) arstid, ämmaemandad ja meditsiiniõed kannavad hoolt emade eest raseduse esimestest päevadest kuni laste täisikka jõudmiseni. Kontakt ema ja lapsega eeldab ka emade- ja lastekaitse seaduste tundmist.

NSV Liidu ning liiduvabariikide abielu- ja perekonnaseadusandluse uute alustega kehtestati kõikides liiduvabariikides perekonnaõiguslike suhete üldised ja ühtsed põhiprintsiibid. Nende alusel töötab iga liiduvabariik välja abielu ja perekonna õiguslike suhteid reguleerivad oma seadused, arvestades rahvuslike ja muid kohalikke iseärasusi.

Käsitleme kõigepealt laste ja vanemate vaheliste suhete reguleerimist puudutavaid muudatusi.

Vanemate ja laste õigused ja kohustused tulenevad laste põlvnemisest. Laste põlvnemist tõendavad perekonnaseisuorgani sünnikannete raamatu andmed lapse isa ja ema kohta.

Omavahel abielus olevate vanemate kohta tehtavate sissekannete korda uus seadusandlus ei muuda. Lapse põlvnemist vanematest, kes ei ole omavahel abielus, reguleeritakse järgmiselt.

1. Kui vanemad ei ole omavahel abielus, siis tehakse sünnikannete raamatusse kanne lapse ema kohta ema avalduse, kanne lapse isa kohta aga lapse isa ja ema ühise avalduse alusel pere-

konnaseisuaktide büroos. Õigus isa sisse kanda hakkab maksma ka enne 1968. a. 1. oktoobrit sündinud laste kohta ja isaduse tuvastamiseks tuleb ka sel juhul pöörduda perekonnaseisuaktide büroosse.

Kui isa sureb, kelle ülalpidamisel laps oli ja kes tunnistas end lapse isaks, võidakse tema isadust tuvastada kohtu korras.

2. Kui vanematel, kes ei ole abielus, sünnib laps, võib nende ühise avalduse puudumise korral isadust tuvastada kohtu korras. Kohus arvestab lapse ema ja kostja kooselu ning ühist majapidamist enne lapse sündi, ühist lapse kasvatamist või ülalpidamist või tööendeid, mis usaldusväärsetl kinnitavad kostja isadust. Sel juhul tehakse sünnikannete raamatusse ja lapse sünnitunnistusse kanne isa kohta kohtuotsuse alusel.

Kohtu korras isaduse tuvastamist rakendatakse pärast 1968. a. 1. oktoobrit sündinud laste kohta.

3. Kui emal, kes ei ole abielus, sünnib laps ning puudub vanemate ühine avaldus või kohtuotsus isaduse tuvastamise kohta, siis tehakse sünnikannete raamatusse kanne isa kohta ema perekonnanime järgi; lapse isa ees- ja isanimi kantakse sisse ema ütluse kohaselt. See säte on kehtiv ka nende laste kohta, kes on sündinud enne 1968. a. 1. oktoobrit.

1. ja 2. punktis ettenähtud korra kohaselt isaduse tuvastamisel on lastel kummagi vanema ja nende sugulaste suhtes samad õigused ja kohustused kui lastel, kes on sündinud omavahel abielus olevatel isikutel; neil on õigus saada nii isa kui ka ema järgi alimente, toitja kaotuse korral pensioni ja parandust.

3. punktis mainitud emad, kes ei ole abielus, säilitavad õiguse saada seaduses ettenähtud riiklikku vallasema toetust lapse ülalpidamiseks ja kasvatamiseks, samuti õiguse anda laps lasteasutusse täielikule riiklikule ülalpidamisele ja kasvatamisele.

Abielulahutuse seadus jääb endisel

kujul kehtima nende perekondade kohta, kellel on alaealisi lapsi. Neil juhtudel on abielu lahutamine võimalik ainult rahvakohtu otsuse alusel, kusjuures kohtus on eelnevalt kindlaks tehtud, et abikaasade kooselu ja perekonna säilitamine on muutunud võimatuks. Ühtlasi võetakse tarvitusele abinõud alaealiste laste ja töövõimetute abikaasade materiaalseks toetamiseks.

Uue seadusega piiratakse aga abielulahutuse avalduse sisseandmist ema ja lapse heaolu huvides. Nii ei saa mees ilma naise nõusolekuta algatada abielulahutust naise raseduse ajal ja ühe aasta jooksul pärast lapse sündi. Seadusandluse selle sätte alusel tuleb ravi- ja profülaktikaasutuste töötajatel niisugustel juhtudel välja anda õiendid ning tõendid rahvakohtule esitamiseks.

Täiendavalt kehtestati abielu lahutamise võimalus ka perekonnaseisuaktide büroos järgmistel asjaoludel:

a) alaealisi lapsi mitteomavate abikaasade kokkuleppe korral; neil juhtudel lahutus vormistatakse ja antakse abielulahutuse tunnistus kolm kuud pärast lahutuse avalduse andmist;

b) kui üks abikaasadest on seaduses ettenähtud korras tunnistatud teadmata äraolijaks;

c) kui üks abikaasadest on seaduses ettenähtud korras tunnistatud teovõimetuks vaimuhaiguse või nõrgamõistlikkuse tõttu;

d) kui ühele abikaasadest on kuriteo eest mõistetud vabadusekaotus mitte alla 3 aasta.

Kui aga eespool loetletud juhtudel tekib vaidlusi (näiteks vara jagamisel või töövõimetule abikaasale ülalpidamise maksmisel jne.), siis tuleb abielulahutuse taotlemiseks ikkagi pöörduda rahvakohtusse.

Uue seadusega on tunduvalt laiendatud abikaasade vastastikust materiaalse toetamise kohustust. Materiaalset abi vajaval töövõimetul abikaasal, samuti naisel raseduse ajal ja ühe aasta jooksul pärast lapse sündi on õigus kohtu kaudu saada ülalpidamist (alimente) teiselt abikaasalt, kui viimane on võimeline seda andma. Mainitud õigus säilib ka pärast abielu lahutamist. Abivajaval abikaasal on õigus saada ülalpidamist, kui ta muutus töövõimetuks ühe aasta jooksul pärast abielu lahutamist. Kui aga abikaasad olid pikka

aega abielus, siis võib kohus alimendid lahutatud abikaasa kasuks sisse nõuda ka sel juhul, kui see abikaasa jõudis pensioniikka hiljemalt viie aasta jooksul pärast abielu lahutamist. Üksikjuhtudel võidakse abikaasa vabastada teise abikaasa ülalpidamise kohustusest või tema kohustust tähtajaliselt piirata.

Uus seadus tõi uue põhimõtte ka laste kohustustesse ülal pidada oma töövõimetuid vanemaid. Lapsed võib vabastada vanemate ülalpidamisest sel juhul, kui kohus teeb kindlaks, et vanemad pole täitnud oma vanemlikke kohustusi laste suhtes.

Laste ülalpidamiseks määratud alimentide protsentuaalne suurus vanemate töötasust jäeti muutmata, küll aga korrigeeriti seda mõnel määral laste huvides. Alimentide suurust võib kohus vähendada, kui vanemal, kes on kohustatud alimente maksuma, on teised alaealised lapsed, kes ettenähtud suuruses alimentide sissenõudmise tõttu osutuksid materiaalselt vähem kindlustatuks kui lapsed, kes saavad alimente. Samuti neil juhtudel, kui vanem, kellelt alimente sisse nõutakse, on esimese või teise grupi invaliid või kui lapsed töötavad ja saavad küllaldast töötasu või kui lapsed on riigi või ühiskondliku organisatsiooni täielikul ülalpidamisel. Lasteasutustesse paigutatud laste ülalpidamise kulud nõutakse sisse nende asutuste kasuks, kus laps viibib.

Uus seadusandlus suurendab perekonnaliikmete, eriti vanemate kohustusi. Need põhimõtted peavad olema ka emade ning laste ravi- ja profülaktikaasutuste töö aluseks emade ja laste huvide kaitsmisel.

РЕЗЮМЕ. Новые Основы законодательства о браке и семье. М. Х. Пелла. 27 июля 1968 г. Верховный Совет Союза ССР утвердил «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о браке и семье», которые вступили в силу 1 октября 1968 г.

Этот закон затрагивает интересы всех граждан нашей страны и потому имеет исключительно важное значение.

Что нового содержит Основы по сравнению с прежним законодательством? Прежде всего несколько изменен порядок регистрации и расторжения брака. Наиболее значительные изменения внесены в регулирование вопроса о правовом положении внебрачных детей. Задачей семейного законодательства является воспитание чувства ответственности перед семьей.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Kaadri ettevalmistamine

KESK-ERIHARIDUSEGA MEDITSIINITÖÖTAJATE ERIALASEST TÄIENDAMISEST

ENDEL KAMA

Tallinn

UDK 614.252 : 374.6

Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajad moodustavad kõige arvukama osa meditsiinitöötajate peres. Nad annavad esmaabi, abistavad arsti ja täidavad arsti korraldusi statsionaaris, polikliinikus või haige kodus ning teevad laialdast profülaktikaalast tööd.

Elanike meditsiinilise teenindamise kvaliteet, samuti haiguste profülaktika sõltuvad suurel määral kesk-eriharidusega meditsiinitöötajatest.

Eesti NSV-s töötab praegu üle 12 000 kesk-eriharidusega meditsiinitöötaja, neist tervishoiusüsteemis üle 10 000. Iga arsti kohta tuleb keskmiselt 3 kesk-eriharidusega meditsiinitöötajat. Eesti NSV-s on kesk-eriharidusega meditsiinitöötajaid suhteliselt rohkem kui teistes liiduvabariikides. Meil on neid 10 000 elaniku kohta 91,7, Läti NSV-s 88,4, NSV Liidus keskmiselt aga 78,6.

Kolmest meditsiinkoolist Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel saab vabariik igal aastal juurde 350... 400 spetsialisti — meditsiiniõdesid, velskreid, sanitaarvelskreid, velsker-laborante ja ämmaemandaid.

Ometi ei ole vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste vajadused kesk-eriharidusega kaadri järele veel täiesti rahuldatud. Eriti tuntakse puudust velskriitest, sanitaarvelskriitest, velsker-laborantidest ja hambatehnikutest.

Meditsiiniõdede juurdekasv peaks rahuldama vabariigi raviasutuste vajadused. Meditsiinkooli lõpetanute tööle suunamisel aga on raskusi, sest mõnikord, eriti linnades, ei suudeta neile kortereid muretseda.

Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate ametikohtade ja füüsiliste isikute arvu mittevastavuse tagajärjeks on ulatuslik kohakaasluse korras töötamine — kohakaasluse koefitsient on 1,26, arstidel 1,33.

Meditsiinkoolidest tulevad hästi ettevalmistatud tervishoiutöötajad. Kuid ravi ja diagnostika edasine täiustamine, keeruka meditsiiniaparatuuri kasutamine, teaduse saavutuste kasutuselevõtt ja arstiabi edasine spetsialiseerimine nõuab pärast õppeasutuse lõpetamist ka kesk-eriharidusega meditsiinkaadrit pidevat teadmiste täiendamist.

Vabariigis töötab veel rohkearvuliselt kutseta meditsiiniõdesid — 1400, s. o. umbes 15% õdede üldarvust. Paljud neist on pika tööstaaziga keskealised või vanemad inimesed, kes mitmesugustel põhjustel ei soovi õppida või kellel ei ole võimalik jätkata õpinguid kutse omandamiseks.

Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate erialasele täiendamisele on vabariigis seni vähem tähelepanu pööratud kui arstide täiendamisele. Kvalifikatsiooni tõstmiseks ja erialaseks täiendamiseks on kasutatud mitmeid mooduseid: 1) täienduskursused, enamasti 2-kuulised; 2) 2... 6-päevased seminarid; 3) täiendamine põhitööd katkestamata (loengud, praktikumid, kirjanduse läbitöötamine jne.).

Üleliidulistes juhendites on ette nähtud igal aastal täienduskursustele suunata vähemalt 5% kesk-eriharidusega meditsiinitöötajaist. Seega tuleks meil aastas täienduskursustele saata umbes 500 töötajat. 1968. a. käis Eesti NSV-s spetsialiseerimiskursustel 128 ja täienduskursustel 264 kesk-eriharidusega meditsiinitöötajat, seega kokku 392 inimest. Kursused toimusid peamiselt kitsastel erialadel: laborandid, füsioterapiakabineti õed, masseerijad, tuberkuloosiasutuste meditsiiniõed, operatsiooniõed jne. Maa-arstijaoskonnas ja polikliiniku kabinettides töötavatele meditsiiniõdedele on täienduskursusi harva korraldatud.

Kursuste üldarv ja erialad ei rahulda vajadusi. Kursuste ja kursustaste arvu suurendamist on takistanud ruumide (ühiselamute) puudumine. 1970. a. on Tallinnas kavandatud ühiselamu ehitamine, mis tunduvalt peaks avardama kursuste organiseerimise võimalusi.

Et Tallinnas ega Tartus pole praegu võimalik kursusi piisavalt korraldada ühiselamute puudumise tõttu, siis on täienduskursusi vaja planeerida vabariigilise alluvusega linnade haiglates ja suuremate rajoonide keskhaiglates. Nendest võtaksid osa kohapeal elunevad töötajad.

Vabariiklikud tuberkuloosi-, onkoloogia-, dermatoveneroloogia-, psühhoneuroloogia- jt. dispanserid ning nende organisatsioonilis-metoodilised kabinetid peaksid samuti rohkem tähelepanu pöörama kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisele ja koos Eesti NSV Tervishoiu Ministriumi kaadriosakonnaga täienduskursusi kavandama.

Teine erialase täienduse vorm on lühiajalised, 2...6-päevased seminarid. 1968. a. korraldati 18 seminari, neist võttis osa 580 töötajat. Seminarid on toimunud peamiselt kitsastel erialadel. 1969. aastaks on planeeritud 15 seminari umbes 500 osavõtjale.

Seminare on peetud Tallinnas ja Tartus. On otstarbekas korraldada osa seminare linnades ja rajoonikeskustes — see võimaldaks suurendada nendest osavõtjate arvu. Ka seminaridele on vaja rohkem saata jaoskondade ja polikliiniku kabinettide meditsiiniõdesid.

Plaanilistest kursustest ja seminaridest osavõtjate arv on suhteliselt väike, võrreldes kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate üldarvuga. Seepärast on väga oluline, et erialast kvalifikatsiooni tõstetaks raviasutustes põhitööd katkestamata ja et kvalifikatsiooni tõstmist juhendaksid arstid ja osakondade vanem-meditsiiniõded. Ka sellist teadmiste täiendamist on vaja korraldada plaanipäraselt. Andmed näitavad, et kesk-eriharidusega meditsiinitöötajad tellivad ja loevad vähe erialast perioodikat («Nõukogude Eesti Tervishoid», «Медицинская сестра» jt.).

Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate erialase kvalifikatsiooni tõstmisel ning kutse-eetika kasvatamisel teevad tänuväärset tööd raviasutuste õdede

nõukogud ja Eesti NSV Meditsiiniõdede Selts. Paljudes raviasutustes on õdede nõukogud suutnud regulaarselt korraldada õppusi kõigile asutuse kesk-eriharidusega meditsiinitöötajaile. Nõukogude initsiatiivil arutatakse töö ja kutse-eetika küsimusi ning püütakse neisse ühiselt selgust tuua.

Oluline tähtsus on töökultuuril ja kutse-eetikal. Raviasutuse õhkkond ja personali käitumine peab ravialustesse sisendama kindlustunnet, usku ja tahet paraneda. Raviasutusi ja meditsiinitööstust teenindamist puudutavad pretensioonid on tingitud just personali ükskõiksest ja formaalsest suhtumisest ravialustesse ning meditsiinitöötaja kutse-eetika printsiipide unustamisest.

Kesk-eriharidusega meditsiinipersonal puutub kõige tihedamini kokku haigetega. Ravialused usaldavad sageli oma mured neile ja küsivad nõu. On vaja, et asutuste ja osakondade juhatajad ning vanem-meditsiiniõded igapäevase töö käigus juhiks tähelepanu puudustele kollektiivi või ka üksiku meditsiinitöötaja käitumises ja aitaksid kõrvaldada kõike, mis ei sobi kokku meditsiinitöötaja kutse-eetika ja käitumiskultuuriga.

Suured ülesanded on raviasutuste ja nende osakondade vanem-meditsiiniõdedel. Et tõsta vanem-meditsiiniõdede autoriteeti ja osatähtsust kollektiivi kasvatamises, on eelkõige vaja neid endid süstemaatiliselt juhendada ja õpetada. Kahjuks on seni vähe korraldatud spetsiaalseid seminare vanemõdedele. Osakondade vanemõdede teadmisi on vaja süvendada, et nende kaasabil kasvatada kogu osakonna kesk-eriharidusega ja nooremad meditsiinipersonalid. Süstemaatilise kasvatustöö alla peavad kuuluma niihästi erialased oskused kui ka kutse-eetika.

Ei saa mööda minna ka kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate töö ratsionaalsemast korraldamisest. Sageli kulutavad meditsiiniõded palju aega tööle, mis otseselt ei ole seotud haigete teenindamisega. On hakatud analüüsima arstide tööaja kasutamist. Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate pere on kõige arvukam, nad on arstide otsesed abilisid. Ka nende tööd on vaja hakata ratsionaalsemalt organiseerima, et paremaid tulemusi saada.

Eesti NSV Meditsiiniõdede Selts on tõstatanud õdede töö ratsionaliseerimise küsimusi ning on selleks ka teinud ettepanekuid, nagu näiteks ravimite kandelauala valmistamine jms. Asutuste administratsioonid ning Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsus peavad energiliselt kaasa aitama niisuguste ettepanekute realiseerimisele.

Meditsiinilise abi ja profülaktika parandamine nõuab kõigi tervishoiutöötajate kutsealase kvalifikatsiooni tõstmist ja töökultuuri parandamist. Senisest enam tuleb tähelepanu pöörata kesk-eriharidusega meditsiinitöötajatele, nende erialaste teadmiste täiendamisele, ideelis-poliitilisele ja eetilisele kasvatamisele.

РЕЗЮМЕ. Об усовершенствовании знаний средних медицинских работников по специальности. Э. К. Кама. Число средних медицинских работников на 10 000 населения Эстонской ССР составляет 91,7. Ежегодно медицинские школы (в гг. Таллине, Тарту и Кохтла-Ярве) оканчивают 350—400 выпускников.

Квалификация средних медицинских работников повышается разными путями:

- 1) курсы специализации и усовершенствования;
- 2) семинары;
- 3) усовершенствование знаний по специальности без отрыва от основной работы. В 1968 г. курсы специализации прошли 128 и курсы усовершенствования — 2601 средний медицинский работник (клинические лаборанты, медсестры физиотерапевтических кабинетов, массажисты, медсестры туберкулезных учреждений, операционные сестры и др.). Медицинские сестры сельских врачебных участков и кабинетов поликлиник курсы усовершенствования проходят редко.

Общее число курсов и охваченных специальностей в настоящее время не удовлетворяет наши потребности. На 1970 год запланировано строительство базы (общежития) курсов усовершенствования средних медицинских работников в г. Таллине. Это будет содействовать улучшению организации курсов.

В 1968 г. для средних медицинских работников были организованы 18 семинаров, в которых приняли участие 580 человек.

До настоящего момента курсы и семинары в основном проведены в г. Таллине и Тарту.

Целесообразно было бы провести курсы и семинары для среднemedицинского персонала в городах республиканского подчинения и районных центрах, на базе местных больниц.

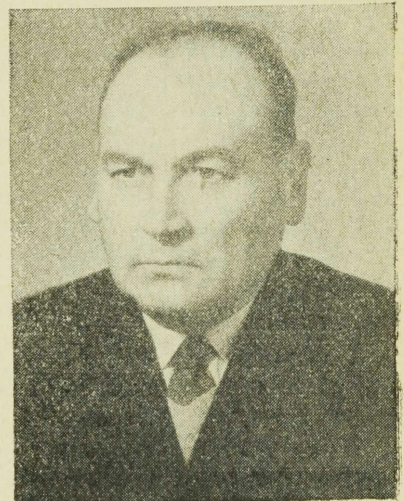
Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

ANTS RULLILE DOKTORIKRAAD

NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni 31. jaanuari 1969. a. otsuse alusel sai arstiteaduse doktori diplomi Tartu Riikliku Ülikooli üldkirurgia kateedri juhataja dotsent Ants Rulli.

A. Rulli kaitses doktoriväitekirja «Hemodünaamika paikse tuimastusega opereeritavatel haigetel» TRÜ Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul 21. juunil 1968. a. Oponeerisid arstiteaduse doktorid professorid A. Linkberg, I. Sibul ja J. Ennulo. Dissertandi teaduslikuks konsultandiks oli NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige arstiteaduse doktor professor F. Uglov (Leningrad).

A. Rulli doktoriväitekiri on kliiniliseksperimentaalne töö, milles käsitletakse seni vähe uuritud probleemi. Väitekiri hõlmab 873 masinakirjalehekülge



venekeelset teksti kahes köites ja sisaldab 374 tabelit ning 107 joonist. Autor uuris üle 600 haige, kusjuures ta konstrueeris arteriaalse rõhu pidevaks registreerimiseks originaalse aparraadi — tonointervallograafi. Ta on üks esimesi, kes operatsioonide ajal vererõhku pidevalt registreeris.

Tonointervallograafi abil tehtud 229 uurimise põhjal leidis A. Rulli, et opeeritaval arteriaalne rõhk algul langeb, kuid eelseisvat lõikust puudutava vestluse ajal lühikeseks ajaks tõuseb. Seega hea psüühilise ettevalmistuse korral on arteriaalse rõhu nihked väikesed. Autor uuris ka neid vererõhu muutusi, mis tekivad operatsiooni ajal naha, nahaaluse koe ja lihaste läbimisel, kõhuõõne elundite kontrollimisel, nende väljatoomisel kõhuõõnest ja nende eemaldamisega seotud manipulatsioonide ajal. A. Rulli näitas, et hea tuimastuse korral ei põhjusta haava õmblemine nimetamisväärseid arteriaalse rõhu kõikumisi, kuid eelmistel operatsiooni etappidel kujunenud muutused jäävad tavaliselt püsima. Ta selgitas, millist tugevat mõju paikse tuimastusega tehtavate

operatsioonide korral avaldavad hemo-dünaamikale psüühilised tegurid.

A. Rulli uurimistulemusi peegeldavad 7 trükis avaldatud tööd, neist üks monograafia. Üldse on tema teaduslike tööde nimekirjas üle 50 erialaartikli.

A. Rulli sündis 1908. a. Viljandimaal Raudna vallas põllupidajate perekonnas. 1928. a. lõpetas ta Viljandi Maakonna Poeglaste Gümnaasiumi. 1930. a. astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda. Pärast selle lõpetamist 1936. a. asus assistendina tööle Tartu ülikooli haavakliinikus. 1940. a. siirdus A. Rulli Võrru, kus ta töötas linnahaiglas kirurgina ja täitis ka linnaarsti kohustusi. Samal aastal läks ta Viljandi linnahaigla juhataja ametikohale. 1945. a. alates töötab A. Rulli TRÜ üldkirurgia kateedri juhatajana. 1947. a. kaitses ta arstiteaduse kandidaadi kraadi saamiseks väitekirja «Respiratoorsest arütmiaast vago-toomia puhul».

Loona Kaar

TÄIENDUS KVALIFITSEERITUD KAADRILE

27. märtsil 1969. a. kaitsi TRÜ Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul kaks kandidaativäitekirja. Esimesena esitas uurimuse «Merisigade intratestikulaarse nakatamise viisi kasutatavus INH-resistentsete ja katalaasnegatiivsete tuberkuloositekitajate uurimisel» tulemused TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri vanemlaborant Mall Türi. Väitekirja valmis arstiteaduse kandidaatide dotsentide A. Lenzneri ja K. Põldvere juhendamisel. Oponeerisid veterinaariadoktor professor V. Tilga ja arstiteaduse kandidaat L. Jannus.

Autor uuris eri nakatamisviise INH-resistentsete ja katalaasnegatiivsete mükobakterite virulentsuse võrdlemisel, samuti nendest mükobakteritest põhjustatud tuberkuloosseid muutusi merisigadel. Uurimistulemused näitavad, et merisigade intratestikulaarne nakatamise viis on väärtuslik mudel mükobakterite INH-resistenttsuse, katalaasnegatiivsuse ja ravimiresistenttsuse püsikkuse uurimisel.

M. Türi tunnistati bioloogiakandidaadi kraadi vääriliseks.

Mall Türi sündis 1931. a. Tartus arsti perekonnas. 1950. a. lõpetas ta Rakvere I Keskkooli ja astus sama aasta sügisel TRÜ Arsti-

teaduskonda, mille farmaatsiaosakonna lõpetas kiitusega 1955. a. Töötas neli aastat Rakvere apteekides nr. 57 ja 58 retseptaarina ning osakonnajuhataja abina. 1959. a. sügisest alates töötab TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedris.

Teisena kaitses väitekirja TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri noorem teaduslik töötaja Marika Mikelsaar, kelle uurimust «Laktobatsillid inimese rooja mikroflooras mõnede seedetrakti mitteinfektsioossete haiguste puhul» juhendas arstiteaduse kandidaat dotsent A. Lenzner. Oponeerisid veterinaariadoktor professor V. Tilga ja arstiteaduse kandidaat E. Tammepõld. Autorile otsustati anda arstiteaduse kandidaadi kraad.

M. Mikelsaar uuris rooja mikrofloorat nii tervetel kui ka gastriiti, mao-vähki, haavandtõbe põdevatel ja mao reseksiooni järgsete seisunditega haigetel. See on üks osa tööst «Inimese mikrofloora organismi mitmesuguste füsioloogiliste ja patoloogiliste seisundite puhul», mida mikrobioloogia kateedris on uuritud viimase seitsme aasta vältel.

Marika Mikelsaar sündis 1938. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. 1957. a. lõpetas Tallinna 20. Keskkooli kuldmedaliga ja astus sama aasta sügisel TRÜ Arstiteaduskonna

raviosakonda, mille lõpetas 1963. a. 1965. a. astus ta aspirantuuri TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedrisse, kuhu jäi tööle ka pärast aspirantuuri lõpetamist.

11. aprillil 1969. a. kaitses TRÜ Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul väitekirja «Tuberkuloosihaigete lüüsimise rinnaosa kirurgiline ravi» Narva haigla kirurgiaosakonna juhataja Kopel Voltsjonok. Oponeerisid arstiteaduse doktor professor E. Raudam ja arstiteaduse kandidaat Š. Gulordava. Autori metoodikad ja töö tulemusid on juba rakendatud kliinilises praktikas. Arstiteaduskonna nõukogu tunnistas K. Voltsjonoki arstiteaduse kandidaadi kraadi vääriliseks.

K. Voltsjonok sündis 1924. a. Pihkva oblastis Neeveli linnas teenistuja perekonnas. 1941. a. lõpetas ta Leningradis keskkooli ja astus õppima 1942. a. Leningradi II Meditsiiniinstituuti, mille lõpetamise järel töötas mitmes haiglas arstina. 1959. a. asus elama Narva ning 1963. a. alates töötab Narva haigla kirurgiaosakonna juhatajana.

Samal nõukogu koosolekul kaitses väitekirja ka Nõukogude armee meditsiiniteenistuse major Lembit Roos-

tar. Tema tööd «Aordi bifurkatsiooni ja jäsemete magistraalarterite emboolia ning ägeda tromboosi ravist» oponeerisid arstiteaduse doktor professor I. Belitšenko (Moskva) ja arstiteaduse doktor J. Ennulo. Töö valmis TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia, operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia kateedri juhataja professor A. Linkbergi juhendamisel. L. Roostare väitekirja koosneb haigusjuhtude analüüsist ja eksperimentaalsete uurimiste tulemustest. Töö tulemused on uudsed arteri ägeda oklusiooni diagnoosimise ja ravi seisukohalt. Autor tegi ettepaneku jaotada jäsemete isheemilise kahjustuse astmed järgmiselt: dekompensatsioon, dekompensatsioon gangreenielsete nähtudega ja dekompensatsioon ilmse gangreeniga. Uurimisel on suur teoreetiline ja praktiline väärtus. Autorile anti arstiteaduse kandidaadi kraad.

Lembit Roostar sündis 1934. a. Kohtla-Järve rajoonis teenistuja perekonnas. 1953. a. lõpetas ta Jõhvi I Keskkooli ja asus edasi õppima TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonda, mille lõpetas 1959. a.

Kaja Juur

Sanitaarharidustöö

«RAHVA TERVIS» JÄTKAB ILMUMIST

ANTS SILD

Võru

UDK 614:374

Aastail 1945...1963 on Võru rajooni ajalehes «Tööraha Elu» avaldatud üle 1300 artikli ja informatsiooni tervishoiust. See kõik on kronoloogilises järjestuses paigutatud albumisse, mille eest kannab hoolt sanitaarharidustöö instruktor G. Varik.

Üksikud, ebaregulaarselt ilmunud ja sageli juhuslikku laadi kirjutised ei rahuldanud lugejaid. Avaldati soovi, et toimetus võiks tervishoiule rohkem ruumi eraldada. Toimetus soostus ja nüüd juba rohkem kui viie aasta eest moodustati erilehekülje «Rahva Tervis» väljaandmiseks ühiskondlik toimetus.

Ühiskondliku toimetuse eesotsas on Võru Rajooni Keskhaiгла peearsti esimene asetäitja, partei-organisationsiooni sekretär A. Klink. Toimetusse kuuluvad

veel keskhaiгла peearst H. Kalda, peearsti asetäitja ravi alal H. Ers, sanitaarja epidemioloogiajaama peearst V. Holvandus, tuberkuloosidisperseri peearst E. Kongo, rajooni sanitaarharidustöö instruktor G. Varik, laborant J. Peetsman jt. Praegu teeb «Rahva Tervisele» kaastööd üle 30 tervishoiutöötaja, sõna võtavad ka teiste elualade esindajad.

Millest siis kirjutatakse «Rahva Tervise» erileheküljel? Lehekülg annab vastuseid paljudele lugejaid huvitavatele küsimustele. Juttu on sellest, kuidas rajooni meditsiinitöötajad hoolitsevad inimese tervise eest. Avaldatakse paremate tervishoiutöötajatest fotosid ja kirjutisi. Tähtsal kohal on sanitaarkultuur ja võitlus nakkushaigustega, samuti valgustatakse tervise rahvaüli-

kooli ja selle osakondade tööd. On tutvustatud Punase Risti Seltsi organisatsioonide eesrindlikke kogemusi ja tervishoiuasutustes kasutatavaid uusimaid aparate. Tuuakse ära nende tänuavaldused, kes arstide oskusliku ravi ja hoolitsuse tulemusena on tervistunud. Tihti käsitleb erilehekülj mingit aktuaalset probleemi.

Mitte ammu kaitses Võru arst E. Laane väitekirja arstiteaduse kandidaadi kraadi saamiseks. «Rahva Tervise» leheküljel on mitmel korral juttu olnud E. Laane teaduslikust tööst ja selle tähtsusest. Keskaigla peaarsti asetäitja A. Klink valmistas inimese naha elektrotakistuse mõõtmise aparadi, mida katsetati Moskva I Meditsiiniinstituudis ning mis tõi talle tunnustuse. Aparadi tööprintsipiidest, valmimisest ja autorist jutustas ka «Rahva Tervise» leheküljel ilmunud kirjutis. Toome näitena paari leheküljele sisu.

«Tööraha Elu» 1965. aasta 18. juuli numbri erilehekülje juhtartiklikuks oli sanitaarharidustöö instruktori G. Variku kirjutis «25 aastat tervishoidu Võrus». Arstlikku nõu andis rajooni keskaigla polikliiniku neuroloog A. Kokk, kes analüüsis sagedamini esinevate närvihäiguste põhjusi. Samas oli ka kirjutis neuroosidest. Avaldati Tervishoiutöötajate Ametiühingu Võru Rajoonikomitee pleenumi otsus meditsiinasutuste töö parandamise kohta. Leheküljele illustreeris sünnitusosakonnas ilmaletulnud kaksikute foto.

1967. a. 11. septembri «Rahva Tervise» lehekülj on põhiliselt pühendatud

Antsla tervishoiuasutuste tööle. Pike-malt räägitakse Antsla apteegi ja selle juhataja kommunist Juhan Urva tööst, samuti Antsla linnahaigla staažikast arstist August Treumuthist ja teistest eesrindlikest meditsiinitöötajast. Samal leheküljel tutvustatakse noori arste, kes Tartu Riikliku Ülikooli järjekordsest lennust on Võru rajooni tööle saabunud.

«Rahva Tervise» alatistest rubriikidest nimetagem järgmisi: «Mis arst ütleb», «Teie küsite, meie vastame», «Siit ja sealt», «Tervishoiutöö eesrindlasi», «Tervise rahvaülikoolis», «Patsiendid tänavad arste» jne. Leheküljel ei puudu ka reageeringud väärnähtudele. Kriitikanool on tabanud neid, kellel ei ole nõuetekohast sanitaarraamatut, sanitaarnõudeid rikkuvate asutuste juhte ja paljusid teisi.

«Rahva Tervise» ühiskondlik toimeetus pöördus lugejate poole ning palus avaldada arvamust meditsiinilise teenindamise ja erileheküljel ilmunud kirjutiste kohta. Saadi hulk kasulikke mõtteid ja häid ettepanekuid, mida edaspidi arvestatakse.

Jääb üle vaid tänada «Rahva Tervise» lehekülje ühiskondlikku toimetust ja kõiki sulemehi — meditsiinitöötajaid, kelle trükisõnas avaldatud arvamused ja tulusad nõuanded on palju kaasa aidanud inimese kallima vara — tervise — säilitamisele.

«Rahva Tervis» jätkab ilmumist.

Ajalehe «Tööraha Elu» toimetust

Arstiteaduse ajaloost

RÕUGEPOOKIMINE EESTIS XVIII SAJANDIL

LEMMING ROOTSMÆE
Tartu

UDK 616.912-085.371(091)(474.2)

Mõte saavutada inimese kunstliku nakatamisega immuunsust rõugete vastu on väga vana. Mitmed Aasia rahvad (hiinlased, hindud) oskasid seda ühel või teisel viisil juba vanal ajal. Ka Venemaa ja Liivimaa rahvameditsiinis oli rõugepookimine — variolatsioon ehk inoku-latsioon — nähtavasti tuntud juba õige

ammu (1), Lääne-Euroopas leidub esimesi teateid XVII sajandi keskelt (2). Laialdasemalt hakkas variolatsioon seal levima alles pärast 1721. aastat, kui kirjanduse kaudu sai teatavaks Lähis-Idas kasutatav pookimismeetod. Nahka kriimustati rõugepustuli mädasse pistetud nõelaga, mis kutsus esile kergekujulise

haigestumise ja hoidis ära tõelise nakkuse. Tänu energilisele propagandale levisid uued variolatsioonimeetodid Inglismaalt kiiresti Ameerikasse ja Kesk-Euroopasse, 1750-ndatel aastatel aga leidsid esmakordset rakendamist Skandinaavias ja Venemaal (5).

Eestis tegi esimese inokulatsiooni 1756. aasta jaanipäeva paiku arst August Wilhelm Schulinus (12), kes sellega oli tutvunud Leydeni ülikoolis (14). Tartus sai ta kokkuleppele Raadi mõisa omaniku von Liphartiga, kes talle katse tegemiseks andis kaks talulast. Et katse õnnestus, usaldas järgmisel aastal A. W. Schulinusele oma lapsed inokuleerimiseks Torma pastor J. G. Eisen von Schwartzenberg* ja ka mitmed aadlikud. 1768. aastani inokuleeris ta Liivimaal kokku 1023 last, kellest ainult üks suri (12). Kogunud selle ettevõttega 15 000 rubla, läks ta Peterburi juhtima seal keiserlikul käsul avatud rõugehospidali (12).

Rõugepookimine, mille A. W. Schulinus 1756. aastal Tartu lähedal tegi, on teada olevatel andmetel esimene Venemaal (2, 4). Väide, nagu esimene inokulatsioon oleks tehtud 1750-ndate aastate keskel Peterburis (3), ei ole küllaldaselt põhjendatud.

Teisena hakkas Eestis lastele rõugeid pookima Tallinna arst Peter Friedrich Körber — tõenäoliselt 1761. aastal, mil ta käis Upsalas tutvumas rõugepookimise meetodiga (10, 12) ja esmakordselt avaldas mõtteid rõugepookimise kasulikkusest (15). 1763. aastal alustas rõugepookimist Valga arst Friedrich Ludwig Rühl, kes oma surmani 1792. a. jõudis väga edukalt inokuleerida tuhandeid lapsi (5, 9). 1766. aasta oktoobris inokuleeris Peter Ernst Wilde Põltsamaal 2 last ja jätkas seda tegevust hiljemgi (16). Umbes samal ajal tegeles inokulatsiooniga ka Kodavere pastor N. G. Ucke, kes suri 1769. aastal (5).

Peagi äratas inokulatsioon tähelepanu ning leidis toetust Peterburi keisrikojas. 1768. aastal kutsus Katariina II Inglismaalt enda juurde arst Baron Th. v. Dimsdale'i ja laskis tal pookida rõuged endale ja troonipärijale. Dimsdale'i inokulatsioonimeetodi järgi torgati lantseti otsaga küpsest rõugepustu-

list võetud mäda lapse mõlema õlavarre naha alla, kämbla laiuse võrra allapoole õlaliigest (5). Samal päeval anti lapsele lahtistit ja määrati kerge, peamiselt taimetoitudest koosnev dieet kuni haigestumiseni (17). Varem opereeriti habemenõuga, millega enamasti reide tehti mitu sügavamast sisselõiget (9). Sealjuures eelnes operatsioonile mitmenädalane põhjalik ettevalmistus verd puhastavate vahendite, lahtistite ning kerge taimetoiduga (14), mida aga nüüd peeti liigseks või koguni kahjulikuks.

Rõugepookimist arutati 1769. a. ka Liivimaa rüütelkonna maapäeval, kuid see andis vähe tulemusi. Maapäevale Liivimaa kindralkuberneri esitatud soovitusi — inokuleerijatena arstide ja vaimulike kõrval kaasa tõmmata ka naised ja mitterakslasi ning vähendada ühe pookimise eest võetavat tasu (üks rubla) — hakkasid ellu viima ainult üksikud entusiastid (9). Viimastest tuleb eelkõige mainida Põltsamaa arsti P. E. Wilde ja Torma pastori J. G. Eisen von Schwartzbergi.

Seni oli inokulatsioon olnud peamiselt jõukama rahvakihi eesõigus. P. E. Wilde ja J. G. Eisen von Schwartzberg leidsid, et inokulatsioon võib olla tulemusrikas ainult siis, kui teda rakendatakse massiliselt, mistõttu tuleb hõlmata ka lihtrahvast. Selleks hakkasid nad rõugeid pookima tasuta, omal algatusel välja õpetama rõugepookijaid ja propageerima rõugepookimist kirjasõnas. Nad võtsid Eestis esimesena kasutusele Dimsdale'i eespool kirjeldatud inokulatsioonimeetodi, mis Eesti- ja Liivimaal sai üldkasutatavaks.

P. E. Wilde on tuntuks saanud Põltsamaa pastori ja mitmekülgse literaadi A. W. Hupeli kaastöölisena. Tema kirjutatud saksakeelsed käsikirjad olid aluseks esimesele Eesti perioodilisele väljaandele «Lühhiike õppetud...» (1766... 1767) ja raamatule «Arsti ramat nende juhhatamiseks kes tahtwad tõbed ärrarwada ning parrandada» (1771). Nendes püüti Eesti talupoegadele esmakordselt õpetada arstiteaduse algeid.

J. G. Eisen von Schwartzberg oli väga mitmekülgne ja oma aja kohta progressiivsete vaadetega isiksus. Muuseas võitles ta oma kihelkonnas väga energiliselt rahva haridustaseme tõstmise eest (enamik talurahvast omandas kirjaoskuse) ja julgus keisrikojas isegi

* ENSV RAKA, f. 1265, nim. 3, s.-ü. 4, l. 326.

üles tõsta pärisorjuse kaotamise mõtte. 1769. a. hakkas ta ise inokuleerima, algul Tormas, varsti kaugemalgi (1770. a. epideemia ajal Võnnus, 1773. a. Palamusel ja Äksis). Rõugepookijateks õpetas ta peale aadlike ka mõisateenijaid ja pärisoriseid talupoegi. 1773. a. tutvustas ta Tormas rõugepookimise tehnikat 99 talunaisele, kes seejärel olvad edukalt pookinud 130 last (12). Ise inokuleerinud ta aastail 1769...1771 ühegi ohvrita peaaegu 500 last (12), kuni 1773. aastani aga koos Torma köstri Masinguga enam kui 10 000 inimest (11). Viimati mainitud arvu taga peitub tõenäoliselt ka nende väljaõpetatud abiliste töö.

Kuigi A. W. Hupel (13) 1774. aastal väitis, et rõugepookimisega tegeleb enamik arste ja seetõttu on suuremus rõugete tagajärjel vähenenud poole võrra, oli inokulatsioonil siiski väga palju vastaseid. Selle põhjusteks olid sageli raske ja surmaga lõppevad haigestumised rõugepookimise tagajärjel. Näiteks suri Võnnus 1770. a. epideemia ajal pärast inokulatsiooni kolm last, sama juhtus 1777. a. epideemia ajal*. Surmajuhete inokuleeritud laste hulgas on teada ka mujalt (näiteks Ridaldas 1770. a.). A. W. Hupel (13) kõneleb ühest südasuvel laste hulgas ettevetud inokuleerimisest, mis lõppes peaaegu kõigi laste surmaga. Tagantjärele on see mõistetav, kui meenutada, et tollal tehti pookimisi peamiselt rõuge-epideemiate ajal, mil lapsed võisid juba nakatatud olla, ning seejuures sageli arvestamata lapse iga (inokuleeriti isegi kahenädalasi imikuid), tervise seisundit ja haigetega kokkupuutumise võimalusi (5, 12).

Teiselt poolt põhjustas inokulatsioon ise nakkusallikate arvu kunstliku suurenemise tagajärjel tihti rõuge-epideemiaid. Seetõttu loobuti enamikus kultuurriikides inokulatsioonist 1780-ndate aastate lõpul täiesti (5).

Eestis jätkati inokuleerimist ka aastail 1780...1790. Tollal propageeris seda P. E. Wilde (16) kõrval veel F. G. Arwelius (6, 7), samuti Tallinna arstid H. Bluhm (8) ja S. R. Winkler (17). S. R. Winkler pidas üldist rõugepookimist koguni nii tähtsaks, et soovitas mõisnikel seda arstide vähesuse tõttu talupoegadele ise tegema hakata,

* ENSV RAKA, f. 3172, nim. 2, s.-ü. 3, l. 489—490, 523—524.

vajaduse korral sunniviisil. Et inokulatsioon oleks ohutum, tegi ta õigustatud ettepaneku kasutada selleks võimalikult haigusvaba perioodi ja välja valida ainult täiesti terved lapsed. Ühtlasi pidas ta vajalikuks kaitsepookimisteks ja haigete ravimiseks eraldada üldkasutatavaid hooneid, ehkki oli samasunnitud tunnistama selle nõude ebareaalsust. Umbes samasuguseid mõtteid oli juba mõnevõrra varem avaldanud P. E. Wilde (16).

XIX sajandi algaastail võitis Eestis kiiresti eluõiguse Edward Jenneri poolt kasutuselevõetud uus rõugevastase kaitsepookimise meetod (vaktsinatsioon). Euroopa epideemiatõrje ajaloos aga kuulub inokulatsioonile suurtest puudustest hoolimata kindel koht, sest see oli esimene katse kaitsta organismi nakushaiguse vastu ning aitas rajada teed Jenneri suurele avastusele.

KIRJANDUS: 1. Васильев К. Г. В кн.: Из истории медицины, вып. 1. Рига, 1957, 102. — 2. Васильев К. Г., Григораш Ф. Ф., Краусс А. А. В кн.: Материалы по истории медицины и здравоохранения Латвии. Рига, 1959, 40. — 3. Васильев К. Г., Сегал А. Е. История эпидемий в России. М., 1960, 172. — 4. Васильев К. Г., Канеп В. В. Развитие медицинского дела в Прибалтийском крае в XIX веке. Рига, 1965, 100. — 5. Amelung, F. Rigasche Stadtblätter, 1904, 29. — 6. Arwelius, F. G. Üks Kaunis Jutto- ja Öppetusse-Ramat II. Tln., 1787. — 7. Sama. Ramma Josepi Hädda- ja Abbi-Ramat. Tln., 1790. — 8. Bluhm, H. Versuch einer Beschreibung der hauptsächlichsten in Reval herrschenden Krankheiten. Marburg, 1790. — 9. Brennsohn, I. Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Mitau, 1905. — 10. Sama. Die Aerzte Estlands vom Beginn der historischen Zeit bis zur Gegenwart. Riga, 1922. — 11. Eisen, M. J. O. W. Masingi kirjad I. Trt., 1883. — 12. Gadebusch, F. K. Livländische Bibliothek nach alphabetischer Ordnung, I—III Th. Riga, 1777. — 13. Hupel, A. W. Topographische Nachrichten von Lief- und Ehistland, I. Riga, 1774. — 14. Jürgenstein, A. Huvitav peatükk Eesti minevikust. Johann Georg Eisen von Schwartzberg (Torma-Lohusoo õpetaja 1746—1775). Trt., 1921. — 15. Körber, P. F. Versuch die gewöhnlichsten Krankheiten bey dem gemeinen Mann... zu heilen. Revall, 1761. — 16. Wilde, P. E. Liefländische Abhandlungen von der Arzeneywissenschaft. Schloss Ober-Pahlen, 1782. — 17. Winkler, S. R. Von einigen gewöhnlichsten Krankheiten der Ehistländischen Bauern. Reval, 1793.

РЕЗЮМЕ. Оспопрививание в Эстонии в XVIII веке. Л. Т. Роотсмяэ. В истории европейской противэпидемической борьбы оспопрививание (вариоляция, инокуляция) являлось

первой попыткой искусственно защищать организм от заражения. В Западной Европе инокуляцию начали более широко применять после 1721 года, в России — начиная с 1750-х годов. В Эстонии (и, вероятно, в России вообще) первую инокуляцию проводил врач А. В. Шулинус, в 1756 г. в Тарту. Его примеру в следующем десятилетии последовало несколько врачей и пасторов (в 1761 г. др. П. Ф. Кербер, в 1763 г. др. Ф. Л. Рюл, в 1766 г. др. П. Е. Вильде и др.). В 1770-х годах в Эстонии инокуляцией за-

нималось большинство врачей. В результате оспопрививания смертность от оспы несколько уменьшилась. Но, с другой стороны, оспопрививание нередко влекло за собой тяжелые, с летальным исходом, заболевания и неоднократно служило причиной вспышек эпидемий. В начале XIX столетия инокуляция была быстро вытеснена новым методом оспопрививания — вакцинацией, предложенной Дженнером.

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Konverentsid ja nõupidamised

Peaterapeutide ja haiglate ning polikliinikute sisehaiguste osakondade juhatajate vabariiklik nõupidamine toimus 14. mail 1969. a. Tallinnas. Nõupidamise avas Eesti NSV tervishoiu ministri esimene asetäitja E. Kama.

Põhiettekande vabariigi terapeutide ülesannetest esitas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut arstiteaduse doktor N. Elštei. Ettekandja pööras erilist tähelepanu polikliinilise ja spetsialiseeritud abi arendamisele, terapeutide koormuse normaliseerimisele, sisehaigusi põdejate dispanserimisele ja voodifondi paremale ärakasutamisele. Ministeeriumi peaterapeut kritiseeris Kohtla-Järve tervishoiuorganisatooreid ja Narva ning Rapla rajooni peaterapeute.

Läbirääkimistel võtsid sõna Tartu Linna Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja polikliinilisel alal S. Aru, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu arst R. Lessina, Kohtla-Järve peaterapeut K. Soo, Rapla rajooni peaterapeut A. Peganova, Tallinna peaterapeut A. Randvere, Viljandi rajooni peaterapeut I. Sauga ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja N. Ajasta.

Pärast läbirääkimisi kuulati Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja M. Reiljani ettekannet, milles analüüsiti jaoskonnaarstide tööd, R. Mirosnitšenko ja G. Podmogilnaja (Tallinna Harjumäe Haigla) ettekannet kliisee tarvitamisest polikliinilises praktikas ja Tallinna Nõmme Haigla polikliiniku osakonnajuhataja R. Seina ettekannet mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe põdevate haigete dispan-

seerimise efektiivsuse analüüsimisest Tallinna Nõmme Haiglas.

Huvitavaid andmeid esitasid professor K. Kõrge medikamentoosse ravi tüsistustest ja arstiteaduse doktor N. Elštei n terapeutide vigadest diagnoosimisel ja ravimisel.

Nikolai Bartelsen

Kaks üleliidulist biokeemia üritust korraldati Ivanovos 12. kuni 17. maini 1969. a.: konverents teemal «Hingamise biokeemia kaasaegsed probleemid ja kliinik», kus kuulati üle 250 ettekande, ja viies üleliiduline mitokondrite biokeemia sümposium, kus oli kavas ligikaudu 60 ettekannet. Konverentsist ja sümposiumist võttis osa peaaegu 700 biokeemikut ja klinitsisti.

Konverentsi ja sümposiumi avas akadeemik S. Severin (Moskva Riiklik Ülikool), kes hiljem juhatas sümposiumi. Huvi pakkusid neli ühist plenaaristungit. Tähelepanu äratas professor L. Šiki (A. N. Višnevski nim. Kirurgia-instituut, Moskva) probleemiderohke ülevaade terve ja haige inimese hingamise füsioloogia ning biokeemia tänapäeva küsimustest, eriti uutest seisukohtadest selle regulatsioonimehhanismide kohta. Mitu ettekannet oli pühendatud erütrotsüütide ning hemoglobiini struktuurile ja funktsioonile. Rohkesti uusi andmeid erütrotsüütide päritolu ja hemoglobiini röntgenstruktuurianalüüsi kohta leidis professor P. Koržujevi (A. N. Severtsovi nim. Loomade Evolutsioonilise Morfoloogia ja Ökoloogia Instituut, Moskva) ettekandes.

Konverentsi töö oli korraldatud kolmes sektsioonis: 1) välise hingamise

(kopsuhingamise) biokeemiline uurimine normi ja patoloogia puhul, 2) vere biokeemia ja südamete ning vereringesüsteemi funktsioonid, 3) koe- ja rakuhingamise biokeemia.

Eesti NSV-st esitati konverentsil kaks ettekannet. I. S i b u l, Ü. V a h e r, U. K a n a r i k ja E. V a r j e n d (Eesti NSV TA Eksperimentaalbioloogia Instituut) käsitlesid gammakiirituse mõju hemolüüsile, erütrotsüütide adenosiintrifosfaataasile ja seerumkoliinesteraasi aktiivsusele. V. M u z ö k a (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) ettekandes toodi andmeid hematoentsefaalse barjääri ning erütrotsüütide membraanide läbitavusest hemi sünteesi produktidele normaalselt ja bensooli toimel.

Iga-aastastel traditsioonilistel sümposiumidel, mis seni toimusid Moskva Riiklikus Ülikoolis, arutatakse kõige aktuaalsemaid ja ajakohasemaid mitokondrite biokeemia probleeme. Seekord olid kesksel kohal oksüdatsiooni, fosforüleerimise, membraanide funktsiooni ja energia transformatsiooni küsimused. Sümposium oli väga diskussioonirohke, ettekannetele järgnes elav mõttevahetus ja sõnavõttud. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist oli kaks ettekannet. L. T e r a s ja L. K i l d e m a käsitlesid maksa mitokondrite heksokinaaside aktiivsuse nihkeid malignisatsiooni puhul ja R. B i r k alküülivate ühendite suhtes eri tundlikkusega normaalsete kudede ning kasvavate mitokondrite oksüdatsiooni ja fosforüleerimist.

Konverentsi materjalid avaldatakse trükis käesoleva aasta IV kvartalis, sümposiumi materjalid aga 1970. aastal.

Linda Kildema
Rein Birk

osakonda ei ole veel rajatud Ukraina NSV-s, seevastu Moldaavia NSV-s töötab osakond juba 1963. aastast, Armeenia, Gruusia ja Läti NSV-s 1964. aastast. Enamik osakondi aga on moodustatud viimase aasta jooksul, mistõttu ka koosseisud ja aparatuuriga varustatus ei ole ühesugune. Enamasti on osakondades 5...8 töötajat, Kasahhi NSV-s aga 12 ja Valgevene NSV-s isegi 20 inimest. Osakonnad on tavaliselt varustatud elektrograafilise paljundusaparatuuri või rotaprindiga.

Hiljemalt 1970. aasta lõpuks peab kogu Nõukogude Liidus funktsioneerima ühtne meditsiinilise informatsiooni süsteem.

Üleliidulise Meditsiinilise ja Meditsiinilis-Tehnilise Informatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor professor S. Bagdasarjan tegi teatavaks, et Arstide Kesktäiendusinstituudi juurde luuakse arstiteadusliku informatsiooni aluste kateeder, kus esimese õppuse teevad läbi informatsiooni vabariiklike osakondade juhatajad. Hiljem korraldatakse täienduskursusi ka informatoritele ja teatmelis-informatsiooniliste fondide hooldajatele universaalse detsimaalklassifikatsiooni (UDK) rakendamiseks.

Järgmise suurema üritusena toimub Riias 23. kuni 26. septembrini 1969. a. esimene üleliiduline sümposium teemal «Tervishoiusüsteemi teaduslike asutuste teatmelis-informatsiooniliste fondide süsteem ja organisatsioon». Detsembris 1969. a. korraldatakse Moskvast üleliiduline konverents teemal «Arstiteadusliku informatsiooni peamised probleemid», millest kutsutakse osa võtma ka sotsialismimaade meedikud, kes tegelevad informatsiooniga.

Ilmar Laan

Üleliiduline nõupidamine arstiteadusliku informatsiooni vabariiklike osakondade esindajatele korraldati Moskvast 16. kuni 18. aprillini 1969. a.

Nõupidamise peamine ülesanne oli kindlaks teha, kuidas vabariikides on täidetud NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirju arstiteadusliku informatsiooneenistuse moodustamise ja arendamise kohta.

Vabariikide esindajate aruannetest ja sõnavõttudest selgus, et vabariiklikku

Läti NSV anesthesioloogide II konverents korraldati koos kirurgide ja traumatoloogide-ortopeedide konverentsiga. 17. aprillil 1969. a. oli kaks istungit anesthesioloogia ja intensiivravi alal.

Esimesel istungil arutati intensiivravi probleeme. Meie vabariigi arstidest kõneles R. Talvik intensiivravipalatis omandatud töökogemustest, J. Samarütel kaasautoritega roiete murdudega haigete ravist ja kanüüli viimisest ülemisse õõnesveeni infusioonravi korral, B. Lehepuu kaasautoritega vere asen-

damisest suure verekaotuse juhtudel ja J. Tedremaa kaasautoritega organismi happe-leelise tasakaalu nihetest elustamiskatsete ajal pärast kliinilist surma.

Teise istungi ettekanded puudutasid anesthesioloogiat. Käsitleti epontooli toimet, tuimastamist eakate haigete ope-

reerimisel, mittesissehingatavate narkootikumide kasutamist traumatoloogiliste ning ortopeediliste operatsioonide ajal jt. probleeme.

Konverents toimus asjalikus ja diskussioonirohkes õhkkonnas.

Bernard Lehepuu

Mitmesugust

NSV LIIDU RIIKLIKU FARMAKOPÖA X VÄLJAANDE NOMENKLATUUR

AITA ROOST
Tallinn

UDK 615.11

Käesoleva aasta 1. juulist hakkas Nõukogude Liidus kehtima farmakopöa X väljaanne. See on neljas nõukogude ajal ilmunud farmakopöa. Esimene, järjekorranumbri VII, ilmus 1925. aastal, VIII 1946., IX 1961. ja X möödunud aastal.

Iga uus nomenklatuur registreerib edusammud, mis on saavutatud ravimite loomisel ja kasutuselevõtmisel enne farmakopöa koostamist. Nii on ka NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaandes võetud uued sünteetilised preparaadid mitmesugustest farmakoterapeutilistest rühmadest (antibiootikumid, vitamiinid, hormoonid jt.). Välja on jäetud vananenud ravimid ja preparaadid, mida enam ei toodeta, samuti need, mille tarvitamine on piiratud ja mille kvaliteedi suhtes ei ole esitatud uusi nõudeid.

Ravimeid käsitlevad artiklid on nõukogude farmakopöades tähestikulises järjekorras vastavalt ravimite ladinakeelsetele põhinimetustele. Erandina on süstimislahused, tabletid, salvid jt. uues väljaandes paigutatud kohe pärast vastava ravimi artiklit. Näiteks artikkel nr. 48 NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaandes on *Aminazinum*, artikkel nr. 49 *Dragee Aminazini* 0,025, 0,05 aut 0,1, artikkel nr. 50 *Solutio Aminazini* 2,5% *pro injectionibus* ja alles artiklis nr. 51 võetakse vaatluse alla tähestikulises järjekorras järgmine preparaat, s. o. *Amycasolum*.

Võib märgata, et farmakopöade ladinakeelne terminoloogia on pidevalt ning järk-järgult muutunud ajakoha-

semaks ja internatsionaalsemaks. Välja on jäetud traditsioonilised, moraalselt vananenud nimetused või need on asendatud teaduslike ja ratsionaalsetega, mis vastavad Rahvusvahelise Farmakopöa nomenklatuuri põhimõtetele. NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaandes ei ole enam niisuguseid mitteteaduslikke sünonüüme nagu *Acidum muriaticum* (soolhappe sünonüüm), *Argilla* (alumiiniumhüdrosiidi sünonüüm), *Lithargyrum* (pliioksiidi sünonüüm) ja *Lapis* (hõbenitraadi sünonüüm).

Patentnimetusi hakati üldkasutatavate rahvusvaheliste nimetustega asendama juba farmakopöa IX väljaandes. Seal asendati 21 nimetust (nimestik on toodud NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX väljaandes, lk. 21...22). Uued nimetused olid küllalt ratsionaalsed, sest nad väljendasid preparaadi keemilist koostist. Näiteks *Acidum acetylsalicylicum* (endine nimetus *Aspirinum*), *Aethylmorphinum hydrochloricum* (endine nimetus *Dioninum*) jne. Enamik neist olid lühiduse tõttu kerged meelde jätta. Õnnestunuks ei saanud pidada patentnimetuse *Diuretinum* asemel NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX väljaandes võetud nimetust *Theobrominum-natrium cum Natrio salicylico*. Seepärast asendati see uues, s. o. X väljaandes nimetusega *Themisalum*.

Farmakopöa IX ja X väljaande koostamise ajal hakati tootma hulgaliselt antibiootikume, sulfaniilamiide, vitamiine jne. Tekkis vajadus ratsionaliseerida nende gruppide üksikute esindajate nimetused. Penitsilliini liike eristati

esialgu tähtedega, mis märgiti põhinimetuse järele, näiteks *Penicillinum V*. Hiljem tähistati penitsilliini tuumaga seotud radikaale prefiksitena. Nii võeti NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX väljaandes nimetused *Benzylpenicillinum* ja *Phenoxyethylpenicillinum*. Need on rahvusvahelised ja on jäetud ka NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaandes. Uusi penitsilliinigrupi esindajaid tähistatakse siin aga lühendatud nimetustega, mis koosneb rühmale iseloomulikust elemendist ja lõpust *-cillinum*. Näiteks *Methicillinum* (2,6-dimetoksüfenüülpenitsilliin) ja *Oxacillinum* (3-fenüül-5-metüül-4-isoksasoolülpenitsilliin).

Vitamiinide tähtnimetused asendati juba NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX väljaandes rahvusvaheliste nimetustega. Nii nimetati B₆-vitamiin püridoksiiniks, B₁₂-vitamiin tsüanokobalamiiniks, B₂-vitamiin riboflaviiniks jne. A-vitamiin sai selles väljaandes nimetuse akseroftool. Rahvusvahelise Farmakopöas on A-vitamiini nimetuseks aga retinool. Seepärast anti ka NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaandes A-vitamiinile põhinimetuseks *Retinolum*; nimetus *Axerophtholum* jäeti sünonüümiks.

Farmakopöa eelmises väljaandes täpsustati ka sõnade «vedelik» (*Liquor*), «lahus» (*Solutio*) ja «lahustatud» (*solutum*) kasutamine. Nimelt fikseeriti Rahvusvahelise Farmakopöa põhimõtetest lähtudes NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX väljaandes nimetused *Solutio Ammonii caustici* (*Liquor Ammonii caustici* asemel), *Solutio Nitroglycerini* (*Nitroglycerinum solutum* asemel), *Solutio Iodi* (*Tinctura Jodi* asemel) jne. Farmakopöa X väljaandes on muudetud ka süstimislahuste terminoloogiat: *in ampullis* asemel tuleb kasutada *pro injectionibus*. Näiteks aminosüü-

timislahust nimetatakse *Solutio Aminazini 2,5% pro injectionibus* (*Solutio Aminazini 2,5% in ampullis* asemel).

Lahustuvate naatriumisoolade nimetustes esines farmakopöa IX väljaandes kord sõna *solubile* (lahustuv), kord *natrium*. X väljaandes on ühtne süsteem — kõiki selliseid ühendeid nimetatakse naatriumisooladeks. Näiteks *Sulfacylum-natrium* (*Sulfacylum solubile* asemel), *Norsulfazolum-natrium* (*Norsulfazolum solubile* asemel) jne.

NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaande koostamisel on ravimite nimetustest välja jäetud välimusele, värvusele või saamisviisile viitavad sõnad. Nii on soolhappe nimetusest ära jäetud *purum* (puhas), streptotsiidi nimetusest *album* (valge), gramitsidiinilahuse nimetusest *purificatum* (puhastatud), kaltsiumkloriidi, naatriumarsenaadi, klooritetratsükliinhüdrokloriidi, oksütetratsükliinhüdrokloriidi, bensüülpenitsilliin-kaaliumi ja bensüülpenitsilliinnaatriumi nimetusest *crystallisatum* (kristalne). Nendel sõnadel on mõte ainult siis, kui nad väliste tunnuste järgi aitavad eristada kahte analoogilist preparaati, näiteks *Suspensio Zinc-insulini amorphi pro injectionibus* ja *Suspensio Zinc-insulini crystallisati pro injectionibus*.

Soolade ja estrite nimetustes kehtib farmakopöa uues väljaandes Rahvusvahelise Farmakopöa nomenklatuur. Selle kohaselt on nimetuses esikohal katioon nimisõnana genitiivis ja teisel kohal anioon, samuti nimisõnana, kuid nominatiivis. Hapnikku sisaldavate hapete soolades on anioonidele lisatud sufiks *-as* (genitiiv *-atis*) ja *-is* (genitiiv *-itis*). Näiteid on tabelis 1.

Hapnikku mitte sisaldavate hapete soolades on anioonidele lisatud sufiks *-idum* (genitiiv *-idi*). Näiteid vt. tabel 2.

Näiteid hapnikku sisaldavate hapete soolade nimetuste kohta

Tabel 1

Uus nimetus	Uus nimetus genitiivis	Endine nimetus
<i>Atropini sulfas</i>	<i>Atropini sulfatis</i>	<i>Atropinum sulfuricum</i>
<i>Calcii gluconas</i>	<i>Calcii gluconatis</i>	<i>Calcium gluconicum</i>
<i>Argenti nitras</i>	<i>Argenti nitratis</i>	<i>Argentum nitricum</i>
<i>Natrii tetraboras</i>	<i>Natrii tetraboratis</i>	<i>Natrium tetraboricum</i>
<i>Amylii nitris</i>	<i>Amylii nitritis</i>	<i>Amylium nitrosum</i>
<i>Kalii arsenis</i>	<i>Kalii arsenitis</i>	<i>Kalium arsenicosum</i>

Uus nimetus	Uus nimetus genitiivis	Endine nimetus
<i>Natrii bromidum</i>	<i>Natrii bromidi</i>	<i>Natrium bromatum</i>
<i>Morphini hydrochloridum</i>	<i>Morphini hydrochloridi</i>	<i>Morphinum hydrochloricum</i>
<i>Hydrargyri amidochloridum</i>	<i>Hydrargyri amidochloridi</i>	<i>Hydrargyrum amidatochloratum</i>
<i>Aethylii chloridum</i>	<i>Aethylii chloridi</i>	<i>Aethylium chloratum</i>

Rahvusvaheline oksiidide nimetus on *oxydum*, peroksiidide nimetus *peroxydum* ja hüdroksiidide nimetus *hydroxydum* (endised nimetused vastavalt *oxydatum*, *peroxydatum*, *hydroxydatum*).

Näited:

Zinci oxydum (endine nimetus *Zincum oxydatum*)

Magnesii peroxydum (endine nimetus *Magnesium peroxydatum*)

Solutio Hydrogenii peroxydi diluta (endine nimetus *Solutio Hydrogenii peroxydati diluta*)

Aluminii hydroxydum (endine nimetus *Aluminium hydroxydatum*).

Juba farmakopöa IX väljaandes nimetati hapusid soolasid vesinikusooladeks (ladina keeles *hydro-* endise *bi-* asemel). Farmakopöa X väljaandes andsid eespool toodud sufiksud nimetustele

kaasaegse kuju. *Natrium bicarbonicum* on nüüd *Natrii hydrocarbonas*, *Platyphyllinum bitartaricum* *Platyphyllini hydrotartras*. Ofitsinaalne on nimetus *Natrii hydrocitrans pro injectionibus*.

Anioonide arvu soolades märgitakse NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX väljaandest alates kreekapäraselt eesliitega *di-* (*bi-* asemel). Näiteks on uues farmakopöa väljaandes *Hydrargyri dichloridum* (*Hydrargyrum bichloratum* asemel).

NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaandes on ravimite artiklid pealkirjastatud järgmiselt.

Esikohal on rasvases trükis ravimi ofitsinaalne ladinakeelne nimetus, mille all on ravimi venekeelne põhিনিetus.

Põhিনিemustest vasakul on ladina- ja venekeelsed sünonüümid. NSV Liidu

Tabel 3

Mõnede ravimite nimetused NSV Liidu Farmakopöa eri väljaannetes

VIII väljaanne	IX väljaanne	X väljaanne
<i>Adalinum</i>	<i>Carbromalum</i>	<i>Carbromalum</i>
<i>Atophanum</i>	<i>Cinchophenum</i>	—
<i>Bromuralum</i>	<i>Bromisovalum</i>	<i>Bromisovalum</i>
<i>Camphora monobromata</i>	<i>Bromcamphora</i>	<i>Bromcamphora</i>
<i>Charta sinapisata</i>	<i>Sinapismata</i>	—
<i>Formalinum</i>	<i>Solutio Formaldehydi</i>	<i>Solutio Formaldehydi</i>
<i>Luminalum</i>	<i>Phenobarbitalum</i>	<i>Phenobarbitalum</i>
<i>Medinalum</i>	<i>Barbitalum-natrium</i>	<i>Barbitalum-natrium</i>
<i>Pyramidonum</i>	<i>Amidopyrinum</i>	<i>Amidopyrinum</i>
<i>Rivanolum</i>	<i>Aethacridinum</i>	<i>Aethacridini lactas</i>
<i>Sajodinum</i>	<i>Calcium iodbehenicum</i>	<i>Calciiodinum</i>
<i>Salolum</i>	<i>Phenylum salicylicum</i>	<i>Phenylü salicylas</i>
<i>Spiritus Vini</i>	<i>Spiritus aethylicus</i>	<i>Spiritus aethylicus</i>
<i>Stypticinum</i>	<i>Cotarninum chloratum</i>	<i>Cotarnini chloridum</i>
<i>Trypaflavinum</i>	<i>Flavacridinum hydrochloricum</i>	<i>Flavacridini hydrochloridum</i>
<i>Urotropinum</i>	<i>Hexamethylentetraminum</i>	<i>Hexamethylentetraminum</i>
<i>Veronalum</i>	<i>Barbitalum</i>	<i>Barbitalum</i>
<i>Yatrenum</i>	<i>Chiniofonum</i>	<i>Chiniofonum</i>
<i>Balsamum Schostacovsky</i>	<i>Vinylinum</i>	<i>Vinylinum</i>

Riikliku Farmakopöa IX väljaande põhinimetus, kui ta ei lange kokku X väljaande põhinimetusega, on toodud sünonüümina poolpaksus kirjas.

Viimasena on märgitud ravimi rahvusvaheline nimetus, kui see ei lange kokku Nõukogude Liidus kasutusel olevate nimetustega. Rahvusvaheline nimetus on tähistatud märgiga * ja jäetud venekeelse tõlketa.

Et uuele nomenklatuurile üleminek nõuab aega, lubatakse, niikaua kui NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaanne on kehtiv, retseptide väljakirjutamisel kasutada ka farmakopöas toodud sünonüüme.

Tabelis 3 on NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX väljaande uued ravimite põhinimetused, mis tervishoiutöötajate hulgas ei ole veel küllaldast kasutamist leidnud. Enamik neist on võetud ka NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaandesse.

KIRJANDUS: 1. Государственная фармакопея СССР IX. М., 1961. — 2. Государственная фармакопея СССР X. М., 1968. — 3. Чернявский М. Н. Фармация. 1969, 1, 87—90.

РЕЗЮМЕ. О номенклатуре Государственной Фармакопеи СССР X издания. А. Э. Роост. С 1 июля этого года вступает в действие десятое издание Государственной фармакопеи СССР (ГФ X). Это четвертая фармакопея за время Советской власти. Номенклатура статей каждой новой фармакопеи отражает успехи, достигнутые в создании и введении в практику лекарственных препаратов в предыдущем периоде. В ГФ X включены всевозможные новые синтетические препараты и исключены из номенклатуры устаревшие.

Изменена и латинская терминология советских фармакопей. Постепенно, но регулярно заменялись названия лекарств более совершенными и международными. Согласно принципам номенклатуры Международной фармакопеи, из ГФ X исключены устаревшие, вышедшие из употребления ненаучные синонимы.

Уже в ГФ IX заменено 21 патентованное наименование общепринятыми международными непатентованными названиями. Но не все произведенные замены оказались удачными в смысле их громоздкости. Поэтому признано целесообразным международное название *Theobrominum-natrium cum Natrio-salicylico* заменить в ГФ X *Themisalum*.

Для обозначения новых представителей пенициллиновой группы в ГФ X использованы краткие названия, содержащие информирующие элементы группы — корень + «*cillinum*».

Retinolium новое название витамина А в Международной фармакопее. Оно присвоено препарату основным названием и в ГФ X.

В названиях инъекционных растворов указание «*in ampullis*» (в ампулах) заменено «*pro injectionibus*» (для инъекций).

В ГФ X унифицированы названия растворимых препаратов — натриевых солей. В ГФ IX в названиях этих препаратов растворимость подчеркивалась определением «*solubile*» (растворимый) или понятие натриевой соли приложением — «*natrium*». В ГФ X препараты этой группы называются натриевыми солями.

Из названий лекарств в новой фармакопее изъяты значения, характеризующие внешний вид, цвет или способ получения препаратов, как «*purum*» (чистый), «*album*» (белый), «*purificatum*» (очищенный), «*crystallisatum*» (кристаллический).

Международные названия солей и эфиров, принятые в ГФ X, составляются из двух существительных, первое из которых — наименование катиона — стоит в родительном падеже, второе — наименование аниона — в именительном. Наименования анионов образуются с суффиксами -as и -is в солях кислородных кислот и с суффиксом -idum в солях бескислородных соединениях. Для окислов используются наименования: *oxydum* — окись, *peroxydum* — перекись, *hydroxydum* — гидроокись.

Кислым солям присвоено наименование «*hydro*» вместо прежнего «*bi*». В соединениях число анионов обозначается словом «*di*» вместо «*bi*».

На время действия ГФ X врачи могут применять при прописывании рецептов наравне с основными латинскими названиями и синонимы, принятые в ГФ X.

Apteekide Peavalitsuse
Kontrollanalüüsi Kesklaboratorium

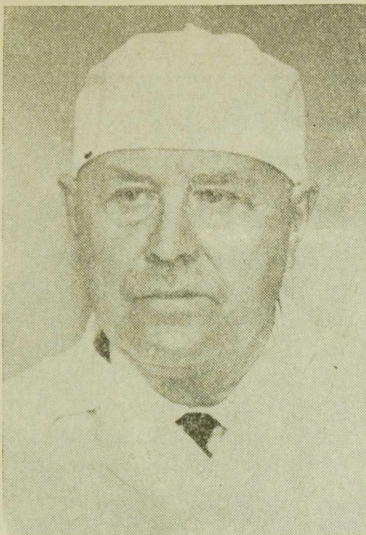
Tähtpäevad

KARL PÄRN 70-AASTANE

9. mail 1969. aastal tähistati Paide Rajooni Keskhaignla sünnituse ja genekoloogia osakonna ordinaatori Karl Pärna 70. sünnipäeva.

K. Pärn sündis 9. mail 1899. a. Järvaemaal Säreveere vallas töölis perekonnas.

Alghariduse omandas ta Türil ja Paides, keskhariduse Tallinnas. 1924. aastal astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1932. aastal. Aastail 1932...1937 töötas K. Pärn assistendina Tartu Ülikooli Naistekliinikus ja



1937...1941 ordinaatorina, osakonna-juhatajana ning peaarstina Tallinna Ühise Haigekassa Haiglas.

1941. aasta detsembrist kuni tänaseni töötab K. Pärn Paide rajooni tervishoiuvõrgus, algul Paide haiglas sünnituse ja günekoloogia osakonna juhatajana, aastail 1945...1947 Järvamaa TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhata-

jana, seejärel Paide naistenõuandla juhatajana ja aastail 1961...1964 Paide Rajooni Haigla peaarstina. Käesoleval ajal jätkab juubilar tööd Paide Rajooni Kesksaiglas.

Tubli töömehena, suurepärase kolleegina ja tunnustatud eriarstina on K. Pärn pälvinud rajooni elanike, kolleegide ja paljude patsientide lugupidamise. Rikkalikke kogemusi ja teadmisi on ta heldelt jaganud noorematele kolleegidele, kes kõrgelt hindavad tema südamlikkust, taktitunnet ja huumorimeelt. Ta on olnud tervishoiutöötajate ametiühingu kohaliku ja rajoonikomitee liige, aktiivne ühingu «Teadus» lektor ja Punase Risti Seltsi aktivist. Juubilar on innukalt kaasa aidanud Paide Arstide Seltsi tööle. Ta oli üks seltsi asutamise initsiaatoreid.

K. Pärna on autasustatud medaliga «Ennastalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ja rinnamärkiga «Tervishoiu eesrindlane».

Soovime juubilarile paljudeks aastateks tugevat tervist ja raugematut indu ettevõtmistes rahva tervise hüvanguks.

Kolleegid

R. RUBANOVITŠ 70-AASTANE

Rafail Abrami p. Rubanovitš sündis 18. juunil 1899. aastal Narvas. Lõpetas Narva gümnaasiumi 1918. aastal ja Tartu ülikooli arstiteaduskonna 1926. a. Pärast seda täiendas end uroloogia, seksuoloogias ja dermatoveneroloogias alal Viinis, Berliinis ning Hamburgis.

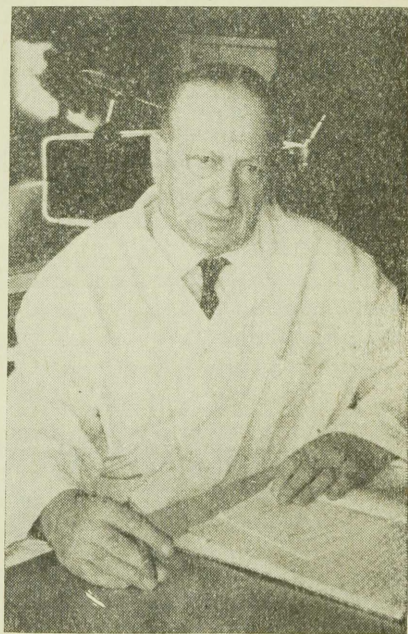
1926. aastast alates töötas R. Rubanovitš naha- ja suguhaiguste arstina Tallinnas, Suure Isamaasõja ajal aga Kirovi oblasti rajoonipoliklinikus, seejärel evakuatsioonihospidalis.

Aastail 1950...1964 oli ta Tallinna Vabariikliku Haigla uroloogiaosakonna juhataja, 1964. aastast töötab poliklinikus uroloogina.

Juubilar oli üks Eesti NSV Uroloogide Seltsi asutajaid 1966. aastal ja on praeguseni selle esimees.

Soovime R. Rubanovitšile 70. sünnipäeval head tervist ja energiat edasiseks tööks.

Eesti NSV Uroloogide Selts



TERMOKOAGULAATOR STEREOTAKTILISTEKS AJUOPERATSIOONIDEKS

UDK 616.831-089

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Leiutiste ja Avastuste Komitee andis Tartu Riiklikule Ülikoolile autoritunnistuse nr. 228863 originaalse meditsiinitehnilise termokoagulaatori konstrueerimise eest. Leiutise autorid on arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja professor Ernst Raudam ja TRÜ eksperimentaaltökoja insenerid R. Raamat, V. Reeben, A. Susi, T. Lutsar ja A. Jaagosild.

Termokoagulaator konstrueeriti professor E. Raudami algatusel stereotaktiliste ajuoperatsioonide tegemiseks. Esimene avaliku tunnustuse sai leiutis NSV Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näitusele, kus R. Raamatule anti hõbe- ja E. Raudamile, V. Reebenile ning A. Susile pronksmedalid.

Stereotaktiline ajukirurgia tähendab uut arenevat suunda neurokirurgias. Esimene stereotaktiline ajuoperatsioon tehti inimesele 1947. aastal. Sellest ajast on uudne meetod üha suuremat poolehoidu võitnud. Praegu on stereotaktiline ajukirurgia üsnagi mitmete indikatsioonide, näiteks ekstrapüramidaalsete liikumishäirete (eriti Parkinsoni tõve ja mõnede hüperkineeside) korral valikmeetodiks kujunenud.

Stereotaktilised ajuoperatsioonid kujutavad endast väikeste, kindlalt piiritletud kahjustuskollete tekitamist sügaval asetsevates ajustruktuurides, ilma koljut ulatuslikumalt avamata. Operatsioon tehakse läbi väikese diameetriga trepaanimulgu, mille kaudu soovivat ajupiirkonda on võimalik punkteerida.

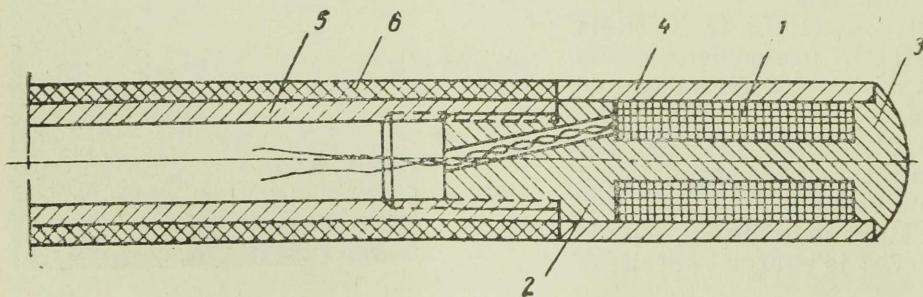
Parkinsoni tõve ehk värihalvatuse puhul, nagu teada, vabanevad ekstrapüramidaalsüsteemis *nucleus niger*'i juhtiva kontrolli alt impulsid, mis põhjustavadki nii värisemist kui ka halvustust. Kõnesoleval juhul on operatsiooni siht selles, et süsteemi teatavates, mitte primaarselt haigestunud punktides pidurdusest vallandunud impulsside ühendus perifeeriaga katkestada. Selle tulemusena haiguse peamised sümptomid kaovad.

Operatsioon on niisiis sümptomaatiline. Kuid olukorras, kus ravimitega ei ole võimalik paranemist saavutada, on tulemused küllalt head. Haige seisund muutub objektiivselt paremaks, headel juhtudel õnnestub töövõimet osaliselt taastada, halvematel hooldamistarvet vähendada. Operatsiooni tulemus on enamasti kaua kestev.

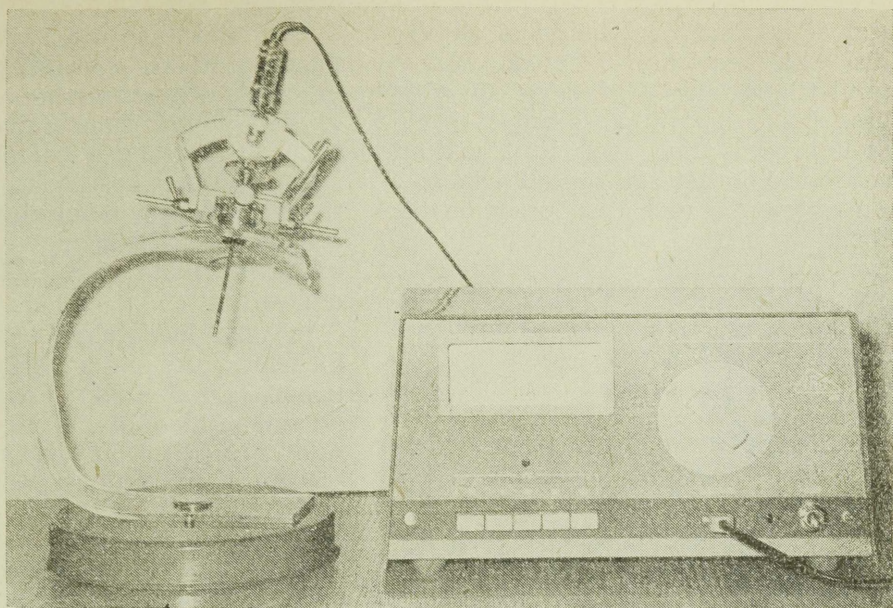
Stereotaktilistel operatsioonidel parkinsonismi puhul tekitatakse kahjustuskollete *thalamus opticus*'e eesmistes rakutuumades. Samuti toimitakse atetooosi korral, mida ühelgi muul viisil ei ole võimalik kõrvaldada. Ajustruktuuri hävitamiseks vigastatakse kudesid mehaaniliselt, termiliselt või keemiliselt.

Stereotaktilised operatsioonid ja nende ettevalmistamine nõuab head meditsiinitehnikat, laitmatuid pneumoentsefalogramme¹ ja filigraanselt peent kirurgitööd. Topograafiline orienteerumine toimub eriti selleks konstrueeritud

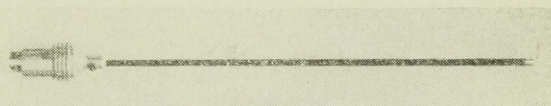
¹ Röntgenifotod, mille tegemisel kontrastaine osa täidab ajuvatsakestesse viidud õhk.



Termokoagulaatori nõela skeem.



Ülal — TRÜ eksperimentaaltöökojas valminud termokoagulatsiooniparaat koos sihtimisseadeldise ja nõelaga stereotaktiliste ajuoperatsioonide tegemiseks. Paremäl — operatsiooninõel. Pikkus 200 mm, aktiivse osa pikkus 8 mm, läbimõõt 3 mm.



sihtimisseadeldise abil ruumiliselt; sel-
lest siis ka termin *stereotaksis*².

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnal oli aparraati sel-
liste operatsioonide tegemiseks tungi-
valt vaja, valmis kujul aga ei olnud
seda kuskilt võtta.

Professor E. Raudam tutvus 1965.
aastal ülemaailmsel neurokirurgide
kongressil Kopenhaagenis ja hiljem
Helsingis moodsate koagraaderitega,
millega stereotaktilisi operatsioone te-
hakse termokoagulatsiooni printsiibil.
See meetod on praegu kõige tunnustat-
um. Koagraaderid töötavad kõrgsage-
dusvoolul, operatsioonivahendina kasu-
tatakse elektroodi, mille temperatuur
on täpselt reguleeritav. Kuumutamisel
peaaju valgud elektroodi ümber kalgen-
duvad ja ajustruktuur hävib. Kahjus-
tuskolde suurust on võimalik täpselt
kindlaks määrata ühelt poolt tempera-
tuuri kõrguse, teiselt poolt mõjutamis-
ajaga, mida kontrollib aegrelee.

Hollandis ja Saksa FV-s toodetavate
koagraaderite muretsemiseks ei olnud
haiglal väljavaateid. Lisaks selgus asja-
olu, mis huvi nende vastu suuresti vä-

hendas. Külaskäigul Helsingisse veen-
dus professor E. Raudam, et hinnalise
aparraadi elektrood on kergesti purunev,
seega mitte küllalt töökindel.

Nõukogude Liidus on stereotaktiliste
operatsioonide aparraadi konstrueerinud
ja selle eest autoritunnistuse saanud
Moskva neurokirurg professor Eduard
Izrailovitš Kandel, kes lähtus USA
neurokirurgi I. S. Cooperi ideest.
Sellekohaselt hävitatakse ajustruktuur
külmutamise teel vedellämmastikuga.
Soovitav efekt saavutatakse tempera-
tuuril $-60 \dots -70^{\circ}\text{C}$. Häda on ainult
selles, et E. I. Kandel keerukas aparraat
on valmistatud eksperimentaaltööna.
Tööstuslikult seda ei toodeta ja vaa-
kuumkanüüli, aparraadi peamise osa val-
mistamine pole kerge ülesanne.

Et aparraati ikkagi väga vaja oli, ei
leitud muud väljapääsu, kui seda ise
hakata konstrueerima.

Koostööks pöördus professor E. Rau-
dam grupi TRÜ eksperimentaaltöökoja
füüsikute poole. Koos kaaluti läbi kõik
senituntud meetodid. Mehhaaniline aju-
struktuuri purustamine, milleks on kas-
utatud mikrokürette, nõelaga varusta-
tud täispuhutavaid balloone jne., hei-
deti kui ebatäppis kõrvale. Samal põh-

² Stereo=ruumi-; taksis=suundliikumine.

jusel ei leidnud poolehoidu ei elektro-
lüüsi ega keemiline meetod. Viimase
puhul tilgutatakse läbi sondi aju süga-
vusse 0,2...0,3 ml absoluutset etüül-
alkoholi. Sel viisil saab küll tekitada
kahjustuse, kollet aga täpselt lokalisee-
rida ei saa. Lõpuks jäädi peatuma ter-
milistel meetoditel, mis on osutunud are-
nevaks. Otsingute käigus õnnestus
elektroonikainseneril V. Reebenil leida
printsibiilt uus lahendus, mille põhjal
konstrueeritud termokoagulaator on
teada olevatest lihtsam ja tunduvalt
odavam.

Termokoagulaator (vt. joonis) koos-
neb elekterkuumutist 1, mis on valmis-
tatud peenest, takistuse positiivse tem-
peratuuri koefitsiendiga juhtmest ja pai-
gutatud korpusesse 2. Korpus lõpeb
töötlemispinnaga 3, on kaitstud hõbe-
dase kestaga 4 ning kruvitud rooste-
vabast terasest peene nõela 5 otsa. Nõela
katab kogu pikkuses polükloorvinüülist
või polüetüleenist isolatsioon 6.

Leiutis erineb seni tuntud termokoag-
ulaatoritest tasakaalustatud sildlülituse
poolest. Viimase ühte õlga on lülitatud
elekterkuumuti ja tagasisideskeem, mis
on sildlülituse tasakaalustamise pinge
võimendi. Võimendi on lülitatud sildlü-
lituse toiteahelasse.

Selline teostus tagab aparadi toit-
misel tööstussagedusliku vooluga soovi-
tava temperatuuri tekitamise ja selle
automaatse säilitamise operatsiooni kes-
tuseks.

Aspirant E. Karu tehtud loomkat-
sed selgitasid, et uue termokoagulaato-
riga saab peaaegu tekitada hästi lokali-
seeritavaid kahjustusi.

Ajuvalke koaguleeritakse temperatuu-
ril $+60...+80^{\circ}\text{C}$. Operatsiooni tule-
muste seisukohalt on see temperatuur
optimaalne: kalgendus juba tekib, söes-
tumist, gaasistumist ega lähedal olevate
veresoonte kahjustusi veel mitte. Uuri-
misel selgus oluline asjaolu. Soojuse
levimine koagulatsioonivälja ümbritse-
vatesse kudedesse on nii vähene, et pea-
aju soojenemist ega ülesoojenemist pole
karta. Ka turse tekkimine operatsiooni
piirkonnas on väike.

Täpselt võimaldab operatsiooni-
objekti tabada stereotaktiline sihtimis-
seadeldis, mille konstrueerisid neuro-
röntgenoloog E. Heinsoo ja vanem-
insener A. Susi TRÜ eksperimentaal-
töökojast.

Stereotaktilise kirurgia meetod ei
piirdu ainuüksi operatsioonidega. Süga-
val asetsevatesse ajukasvajatesse, mida
ei ole võimalik eemaldada, saab sel teel
viia radioaktiivseid isotoope. Hästi saab
sama meetodit kasutada peaaegu elektro-
füsioloogilisel uurimisel ja lokaliseeri-
tud süstete tegemisel — võtted, mida
eksperimentaalne meditsiin tunneb juba
ammu.

Paljut loodetakse stereotaktilisest
kirurgiast tulevikus, eriti seetõttu, et
uuesti ja sedapuhku kõrgemal tasemel
on hakanud arenema Vladimir Behte-
revi ja Ludvig Puusepa rajatud psühho-
kirurgia. Eksperimentaalne psühhofar-
makoloogia kasutab stereotaktilist
kirurgiat oma põhimeetodina. Peale
selle ootavad mitmed praegu veel hal-
vasti ravitavad peaaegu haigused sama-
del alustel uue diagnoosimise ja ravi
metoodika väljatöötamist.

РЕЗЮМЕ. Термокоагулятор для стереотак-
сических операций мозга. Б. А. Рокс. Коми-
тет по делам изобретаний и открытий при Со-
вете Министров СССР присвоил Тартускому
государственному университету авторское сви-
детельство за изобретание оригинального термо-
коагулятора. Авторами изобретания являются
профессор Э. Раудам и инженеры Р. Раа-
мат, В. Рээбен, А. Суси, Т. Лутсар и А. Яаго-
сильд.

Термокоагулятор (см. рис.) содержит элек-
тронагреватель 1, выполненный из тонкого про-
водника с положительным температурным коэф-
фициентом сопротивления. Электронагреватель
заключен в корпус 2 с рабочей поверхностью 3
и защищен снаружи металлической (серебря-
ной) гильзой 4. Корпус винчен в торец тонкой
иглы 5 из нержавеющей стали, покрытой изо-
ляцией 6 из полихлорвинила или полиэтилена.

Предлагаемый термокоагулятор отличается
от известных тем, что в нем установлена ба-
лансная мостовая схема, в одно плечо кото-
рой включен электронагреватель, и схема об-
ратной связи в виде усилителя напряжения рас-
согласования мостовой схемы и магнитного ус-
лителя, включенного в цепь питания мостовой
схемы. Такое выполнение термокоагулятора
обеспечивает получение и автоматическое под-
держание температуры нагревателя и рабочей
поверхности корпуса термокоагулятора при пи-
тании коагулятора токами промышленной ча-
стоты.

Стереотаксическая хирургия не ограничива-
ется только операциями. Стереотаксический ме-
тод применяется и для введения радиоактивных
изотопов в глубоко локализованные опухоли в
головном мозгу, недоступные для удаления
обычным хирургическим методом. Этот метод
можно использовать и для электрофизиологи-
ческого исследования головного мозга.

Вино Рокс

KUIDAS VOODIFONDI PAREMINI ÄRA KASUTADA!

Pealkirjas märgitud teemat käsitleti 20. detsembril 1968 Asklepiose klubi vestlusringis, millest andsime ülevaate «Nõukogude Eesti Tervishoius» 1969, 2, 148—154. Ühtlasi palusime kõiki lugejaid, kellel selle kohta veel midagi öelda on, oma mõtted ja ettepanekud kirja panna ning meile avaldamiseks saata.

Esimesena palusime arvamust avaldada professor Ernst Raudamil, kes oli klubi tookordse vestlusteema autor, kuid kellel endal ajapuuduse tõttu ei olnud võimalik vestlusringist osa võtta. Kõneluses toimetuse liikmega avaldas professor E. Raudam järgmisi mõtteid.

*

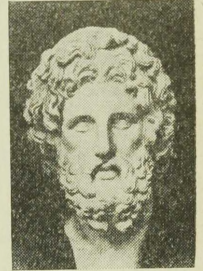
«Vestlusringi sõnavõttud läbi lugenud, jäi mulle mulje, et üks oluline moment on arutluse käigus tagaplaanile jäänud: mida teha, et voodikoha läbilaskevõimet suurendada.

Et Nõukogude Liidus ühe haige peale rohkem voodipäevi tuleb kui kuskil mujal, on üldiselt teada. Tihti peetakse seda meie tervishoiukorralduse positiivseks küljeks ja muidugi võib seda ka nii seletada. Kapitalismimaades tuleb voodipäevi haige kohta tunduvalt vähem. Seda esitatakse negatiivse joonena. Ka niisugune tõlgendus on õige. Kuid ometi on päris tõde kuskil nende kahe pooluse vahepeal, sest õigupoolest tuleks hindamisel lähtuda mitte lihtsalt voodipäevade arvust, vaid nende optimaalsest arvust. Sellelt seisukohalt aga on täiesti ilmne, et kapitalismimaades on voodipäevade arv haige kohta liiga väike ja meil liiga suur.

Toon ühe iseloomuliku näite. Helsingi Neurokirurgia Kliinikus on 40 voodit, kuid operatsioone tehakse seal niisama palju kui meil 100 voodi kohta, seega 2,5 korda rohkem.

Haiglaravi kestuse normatiivid on meil küllaltki vanad (kehtestatud 1948. aastal), meditsiin on vahepeal edasi liikunud. Ka on küsitav, kas ja kui palju nad algulgi olid teaduslikult põhjendatud.

Neuroloogiaosakonnas on meil haige raviks ette nähtud keskmiselt 25...30 päeva. Seda on küllalt palju. Kuid normatiivide järgi orienteerutakse — see on täiesti loomulik — ja pikaveenitatud ravi on rutiiniks muutunud. Päevadega kokku ei hoita, ehkki see oleks võimalik. Kui haige keskmist statsionaaris viibimise aega (mitte üksnes neuroloogia-, vaid ka teistes osakondades) saaks, ütleme, kolm päeva lühendada, millise reservi teiste



UDK 614.2(474.2)

haigete raviks saaksime juba ainuüksi sealt! Sel põhjusel teengi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile ettepaneku: antagu loosung «Lühendada haige statsionaaris viibimist, eriti spetsialiseeritud osakondades!» ja alustatagu võitlust selle elluviimise eest. Endastmõistagi oleks aktsioon mõeldud mitte tõelise raviaja lühendamiseks, vaid ainult liigsete voodipäevade kärpimiseks.

Kuidas kasutute ja väikese kasuteguriga voodipäevade arvu statsionaaris vähendada?

Vestlusringis räägiti mõndagi polikliiniku küündimatust tööst, mille tagajärjel haiged saavad statsionaari puudulikult uurituna. Tahaksin lisada, et süüd selles on ka meie, kliinistide pool. Seal, kus peaksime olema printsiipiaalsed ja haige kohta nõudma kõik ettenähtud andmed, teeme polikliinikule liiga kergelt järeleandmisi. Kui on kehtestatud kord, et haige peab olema polikliinikus uuritud, siis tuleb nõuda, et ta seda ka oleks! Praegu on olukord selline, et vahel ei anta haigele kaasa isegi kõige tavalisemaid röntgeniülevõtteid, mida polikliinikus oleks täiesti võimalik teha. Mõnikord vabandatakse sellega, et polikliinikul ei ole filmi. Kui see nii on, siis antagu neile filmi! Röntgenivõtete tegemine haiglas üksinda raiskab vahel 3...4 päeva.

Kui ministeerium kaasa aitaks ja suudaks kindla korra maksma panna, et kliinikul ei tarvitseks haige uurimisel teha või uuesti teha polikliiniku tööd, suureneks voodikoha läbilaskevõime tunduvalt.

Niisamasugune mõju oleks säästurežiimi kehtestamisel.

Igaüks teab, kui suurt osa kapitalismimaade tervishoiukorralduses mängib majanduslik arvestus. Kõik maksab. Kõik on seetõttu ka rangelt arvel — iga voodipäev, iga protseduur, iga ravim, iga analüüs. Nõukogude Liidus arvestust sel kujul ei peeta. Kuid tegelikult on meilgi igal voodipäeval, protseduuril, ravimil ja analüüsil oma kindel maksumus. Tegemist on materiaalsete väärtustega, millesse tuleks suhtuda säästlikumalt kui üldiselt kombeks. Asi on selge — ka meil tuleks kehtestada mingi lihtne arvestus. Kontroll rubla üle on

igal tööalal range, tõenäoliselt oleks sellele stimuleeriv mõju tervishoiusüsteemiski. Igatähed ei oleks siis enam kuidagi mõeldav, et ühed analüüsid teeb polikliinik ees ja teised, täpselt samasugused, kliinik tagantjärele.

Kuidas arvestust ja kontrolli detailselt korraldada, selle kohta ma retsepti anda ei oska, küllap see peakski olema rohkem tervishoiuorganisatsioonide ülesanne. Niikaua kui sellekohast korraldust ei ole, peaks iga osakonnajuhataja südametunnistuse asi olema osakonnas ise arvestust pidada ja arvestust ka alluvatelt nõuda.

Ühele asjaolule tahaksin veel tähelepanu juhtida. Nii tarvilik kui kokkuhoid ongi, ei tohiks meie tööalal seda siduda töötajate materiaalse huvitatuse printsiibiga. Selle all võivad haigete huvid kannatada.

Operatsiooniblokke, röntgeni- ja ravikabinette on meil praegu liiga vähe, ka see asjaolu ahendab voodi läbilaskevõimet. Sellesamas Helsingi haiglas, millest eespool juttu oli, on 40 voodikoha peale kolm operatsioonituba, meil sama arvu voodikohtade peale üksainus. Umbkaudu samasugused suhted valitsevad voodikohtade ning röntgeni- ja ravikabinettide vahel.

Kui vestlusringis kokku lepitud tingimustest kinni pidada, siis ei ole mul õigust nõu anda, et haiglates operatsioonilaudu, röntgeni- ja raviaparate juurde muretsetaks, olgugi et see on hädavajalik. Kuid esialgu on teine väljapääs: me võiksime aparatuuri põhjalikumalt ekspluateerida. Seepärast teen ettepaneku operatsioonitoad, röntgeni- ja ravikabinetid tööle panna kahes vahetuses.

Vestlusringis seati eeskujuks Tartu rajoon, kus spetsialiseeritud voodikohtade vajadus esimesena teaduslikult kindlaks määrati. Seda tööd oli kahtlemata väga vaja. Kui samasuguse tööga ükskord vabariigi vajadusteni jõutakse, võiks minu arvates veelgi kaugeemale minna. Iga nosoloogilise ühiku kohta tuleks koostada töövõime taastamise etappravi skeem, alates ravist polikliinikus ja lõpetades haige töövõime taastamisega rehabilitatsiooniosakonnas või polikliinikus.

Vabariigi vajaduste planeerimisel tuleks erilist tähelepanu pöörata rehabilitatsiooni-etapile. Minu arvates on rehabilitatsiooniteerimise korraldamine üks pakilisemaid tervishoiuprobleeme üldse.

Mitmes välisriigis on rehabilitatsiooni tähtsusest väga õigesti aru saanud. Näiteks 1953. aastal seati Guatemalaas ÜRO tehnilise abiga sisse rehabilitatsiooniteenistus tööstustöölisele. Selle tulemusena vähenes ajutine töövõimetuse kestus haigestunud töölise kohta 103 päevalt 1952. aastal 36 päevale 1955. aastal. Ravitud haigetest sai töövõime tagasi enne 1953. aastat 43%, pärast seda 72%.

Iga meditsiinitöötaja teab, et paranevaid haigeid ei tohiks paljudel juhtudel, eriti

spetsialiseeritud osakondadest, samuti pärast operatsiooni, liiga kergelt koju lubada. Näiteks ravime nahaigete kirurgiliselt ishiast. Niipea kui võimalik, saadame nad kodusele ravile. Kuid selle asemel et haigus välja ravida, hakkavad nad kodus tööle ja pöörduvad retsidiivide tõttu varsti haiglasse tagasi. Radikuliitide lõplikuks ravimiseks ei ole meil kindlat etappravi süsteemi. Aga kui palju retsidiive tekib Eesti NSV-s ainuüksi radikuliitide arvel! Akuutseid polüradikuloneuriite põetakse Eesti NSV-s vähe. Seetõttu on selle haiguse etappravi võimalikuks osutunud. Kui mõni kolleeg selle haiguse on diagnoosinud, toimetatakse haige kohe Tartu neuroloogiaosakonda, sest 20%-l neist on hingamishäired. Pärast akuutse perioodi möödumist ei saada me neid koju, vaid Haapsallu neuroloogia ja ortopeedia haiglasse järelravile. Need haiged paranevad üldiselt hästi, kuid jällegi ainult kindlatel eeldustel, milles rehabilitatsioonil on oluline koht.

Õigesti korraldatud rehabilitatsiooni puhul jäävad retsidiivid harvemaks. Seejuures ei tohi asjast nii aru saada, nagu nõuaks rehabilitatsiooniteenistuse sisseseadmine voodifondi olulist suurendamist. Tervisminevad voodikohad peaksime saama sisemistest reservidest, ümberprofileerimise teel.

Diktofoonika sisseseadmist haiglates tuleks forsseerida, et arsti paberite täitmiseks niipalju kui võimalik säästa. Diktofon hoiab kokku palju aega, mis talle annab võimaluse voodikohta efektiivsemalt ekspluateerida. Kui tihti viibib haige statsionaaris kauem kui hädapärast vaja, põhjusel, et arst ei leia aega teda välja kirjutada! Praegu on diktofoonika mõnes väikeses haiglas juba olemas, mõnes suures alles puudub. Nagu kogemused näitavad, ei ole selle sisseseadmiseks peaaegu kuskil ületamatuid takistusi, rohkem on asi väheses algatusvõimes või selle puudumises.

Kokku võttes — vajaksime statsionaari jaoks hoopis paremat töökorraldust. Skeemide koostamisest igas nosoloogilise ühiku kohta juba rääkisime. Paljut muudki meie töös oleks seejuures vaja ühtlustada ja kooskõlastada. Näiteks praegu töötavad klinitsistid üsna erineva intensiivsusega. Mõni torkab silma kiire ja pealiskaudse tööga, teine uurib haiget väga kaua, väga põhjalikult, alustab ravi alles siis, kui haige seisundi iga nüanss on selgunud. See ei ole ratsionaalne. Haigete psühhoterautilisele mõjustamisele ei pöörata küllaldast tähelepanu. Mõnel arstil jätkub aega ja oskust haigea kontakti luua, teisel aga mitte.

Selleks et voodifondi otstarbekamalt ära kasutada ja haigeid statsionaaris paremini ravida, tuleks üksikud tööloigud mõistlikkuse piires unifitseerida. Ainult sel viisil saavutaksime seda, et haigeid ravitaks ja uuritaks statsionaaris intensiivsemalt, ökonoomsemalt ja senisest paremini.»

Solutio
methylopalogalanthamini
hydrochloridi 0,2% in ampullis

METÜÜLAPOGALANTAMIIN HÜDROKLORIID (*Methylapogalantamini hydrochloridum*, Метилпoгалантамина гидрохлорид).

Metüülapogalantamiin on alkaloidi galantamiin derivaat, millel galantamiiniga võrreldes on nõrgem koliinesteraasivastane, kuid tugevam hüpotensiivne toime. Preparaat on valge kristalne pulber, mis hästi lahustub vees ja etanoolis.

Metüülapogalantamiin on sümpatolüütilise toimega hüpotensiivne vahend. Tal on tugev ja püsiv vererõhku alandav toime nii perenteraalsel kui ka peroraalsel manustamisel.

Preparaat parandab venooset vereringet, kõrvaldab ja hoiab ära koronaarveresoonte spasme. Metüülapogalantamiin suurendab diureesi ja pikendab vere hüübimise aega. Ta ei mõjuta närviimpulsside ülekannet parasümpaatilistes ganglionides, erinedes seepoolest reserpiinist ja teistest sellistest vahenditest. Metüülapogalantamiinil ei ole paikset ärritavat toimet.

Preparaati kasutatakse vererõhu alandamiseks mitmesuguste hüpertooniatõve vormide puhul. Eriti näidustatud on hüpertoonia varajasemad staadiumid, hüpertoonilised kriisid, Raynaud' tõbi, oblitereeruv endarteriit, ateroskleroos ja muud haiguslikud seisundid, mis on tingitud veresoonte ahenemisest.

Metüülapogalantamiini võetakse sisse, süstitakse veeni ja lihastesse. Sissevõtmiseks määratakse 2...10 mg 2...3 korda päevas enne söömist, lihastesse süstitakse 1...3 ml 0,2%-list lahust. Hüpertooniliste kriiside korral süstitakse veeni 1...2 ml 0,2%-list lahust. Ravikuur kestab 20...25 päeva. Suurim ühekordne annus süstimisel on 10 mg, sissevõtmiseks 20 mg, suurim ööpäevane annus vastavalt 30 ja 40 mg.

Metüülapogalantamiini tuleb veresooni laiendava toime tõttu ettevaatlikult kasutada peaaegu veresoonte kauglearenenud skleroosi, lahtise kopsutuberkuloosi, mao ja kaksteistsõrmiksoole haavanditõve ägenemise juhtudel.

Metüülapogalantamiini kasutamisel võivad kõrvalnähtudena tekkida peapööritus ja üldine nõrkus, mis on tingitud vererõhu langusest. Neil juhtudel piisab annuse vähendamisest. Kui kõrvalnähud on püsivamat laadi, tuleb metüülapogalantamiinravi katkestada ja määrata mesatooni või kofeiini.

Metüülapogalantamiini lastakse välja tablettidena (0,002 ja 0,005 mg) ning ampullides 0,2%-lises lahusesena.

Preparaat kuulub B-nimekirja.

POLÜMINEROOL (*Polyminerol*, Полиминерол).

Polüminerool on Pomorje järve vee kolloidide ja soolade standardiseeritud lahus. Sisaldab kompleksina kolloidseid orgaanilisi ühendeid magneesiumi, naatriumi, raua, kloori, fluori, broomi jt. mikroelementide sooladega. Prevaleerivad magneesiumisoolad.

Polüminerool soodustab haiguslikult muutunud kudede paranemist, toimides peamiselt põletikuvastaselt ja regeneratiivselt. Preparaat on ka nõrga anesteseeeriva toimega ja vähendab veresoonte läbilaskvust.

Polüminerool on näidustatud amfodontoosi, gingiviidi, parodontoosi, periodontiidi, alveolaarse püorröa jt. haiguste raviks.

Ravi algul eemaldatakse hoolikalt hambakivi. Igal protseduuril puhastatakse hoolega hambavahed ja igemetaskud. Katarraalsete igemepõletike ravi kestab ainult mõne päeva, kui suuõõnt loputada lahjendatud polümineroolilahusega (1 osa polüminerooli 4...5 osale veele). Loputusi tuleb teha vähemalt kolm korda päevas 10 minuti vältel ning seejärel suud loputada puhta veega.

Raskematel juhtudel kasutatakse lahjendamata polüminerooli, millele lisatakse prooviplommi materjali (fletšer) seni, kuni saadakse pehme pasta. Pasta pannakse igemetele marli-ribadega ning kõvastunud jätetakse sinna 2...3 tunniks, isegi ööpäevaks. Haavandiliste ja hüpertroofiliste igemepõletike ning kaugelearenenud parodontoosi raviks ei piisa ainuüksi polümineroolpasta mähistest, hambavahedesse ning igemetaskutesse tuleb suruda polüminerooliga immutatud vatitampoonid. Suuõõnt peab polümineroolilahusega regulaarselt loputama ka pärast pasta eemaldamist.

Ravi tulemusena kaovad ebameeldivad aistingud ja halb lõhn suust, lakkab igemete veritsemine, epiteliseeruvad haavandid, normaliseeruvad tursunud igemed ja kinnistuvad liikuvad hambad.

Ravikuuriks tuleb tavaliselt teha 10...15 mähist, algul ülepäeviti, 4...5 viimast protseduuri aga kaks korda nädalas. Tampoone vahetatakse ravi algul iga päev, hiljem mitmepäevaste ja pikemate vaheaegade järel. Ravi ajal on hambaid soovitatav puhastada pehme hambaharjaga ja puhastamiseks kasutada hambapastat «Pomorin». Toidud olgu vitamiinirikkad ja kõrge kalorsusega.

Polüminerooli võib kasutada koos teiste ravimitega (antibiootikumid, sulfaniilamiidid).

Pärast ravikuuride lõppu loputada suuõõnt pikemat aega polümineroolilahusega. Loputusi võib teha ka profülaktika eesmärgil, kui on kalduvus igemete haigestumiseks.

Polüminerool on käibel 100 ml pudelites. Imporditakse Bulgaaria Rahvavabariigist.

Helga Kangro

poly-
minerol

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegium arutas 10. aprillil 1969. a. Tallinna ravi- ja profülaktikaasutuste tööd. Kolleegium kohustas Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat U. Meikast a) Tervishoiu Ministeriumi nomenklatuuri kuuluva juhtiva kaadri ümberpaigutamist ja põhilisi organisatsioonilisi ümberkorraldusi kooskõlastama ministeriumi vastavate valitsuste ja osakondadega, b) rohkem tähelepanu pöörama elanike teenindamisele ambulatooriumides ja polikliinikutes ning nendes järjekordade likvideerimisele, c) 1. juuniks 1969. a. esitama Tervishoiu Ministeriumile stomatoloogilise abi parandamise plaani, d) suuremat tähelepanu pöörama atmosfääri, pinnase ja veekogude saastamise kontrollile.

Kolleegium tegi Tallinna Linna TSN Täitevkomiteele ettepaneku täiendavate ruumide eraldamiseks Mustamäe polikliinikule.

Asta Kaldma

*

24. aprillil 1969. aastal toimus Rakveres Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegiumi ja Rakvere Rajooni TSN Täitevkomitee ühine istung. Arutati Rakvere rajooni tervishoiuasutuste tööd 1968. aastal ja meditsiinilise abi edasise parandamise abinõusid.

Otsuses nähti ette raviasutusi paremini ruumide soetamisega aidata. Majandite juhatastele tehti ettepanek leida võimalusi rajooni keskaigla sünnitusosakonna vastuvõtubloki väljaehitamiseks, samuti meditsiinitöötajate varustamiseks korteritega ja nende premeerimiseks summade koostamiseks teel. Linna-, alevi- ja külanõukogude täitevkomiteesid kohustati rajooni tööle suunatud meditsiinkaadrit elamispiinaga varustama. Otsustati pöörduda Eesti NSV Ministrite Nõukogu poole ettepanekutega kanalisatsiooni ja veevärgi väljaehitamiseks rajoonis.

Rakvere rajooni peaarsti P. Otti kohustati kõrvaldama puudused töös, 1. augustiks 1969. a. likvideerima järjekorrad polikliinikutes, tugevdama ning ümber korraldama kiirabi töö, sihipäraselt ja oskuslikult kasutama töötasufondi ning sääste.

Niin Ajasta

*

NSV Liidu Ministrite Nõukogu 27. veebruari 1969. a. määruse nr. 157 «Töötavate pensionäride üksikute kateooriate riiklike pensionide väljamaksmise korrast» kohaselt on 1969. a. riiklike vanaduspensionide väljamaksmine täies ulatuses (sõltumata töötasust) ette nähtud järgmistele töötavate pensionäride kateooriatele: ravi- ja profülaktikaasutuste nooremale ja keskastme meditsiinipersonalile, samuti NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside patronaazjõdedele.

NSV Liidu tervishoiu ministri ringkirjaga 19. märtsist 1969. a. nr. 2 — 14/16 tehti teata-

vaks, et arstidele, kesk- ja noorema astme meditsiinipersonalile ning insener-tehniliste töötajatele, kes vahetult võtavad osa operatsioonidest, kas kasutatakse aparate kunstlik süda, kunstlik neer, kunstlikud kopsud, samuti reanimatsiooniosakondade (-keskuste, -palatite) ja intensiivravipalatite noorema astme meditsiinipersonalil on ette nähtud 12 tööpäeva lisapuhkust. Reanimatsiooniosakondade (-keskuste, -palatite) ja intensiivravipalatite anestezioloogidele ning anestesistidele, samuti arstidele ja keskastme meditsiinipersonalile (sõltumata ametikoha nimetusest) aga 18 tööpäeva lisapuhkust.

Asta Kaldma

*

Juba kolmandat aastat korraldab Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut teoreetilisi konverentse teemal «Kaasaegse meditsiini metodoloogilisi ja sotsioloogilisi probleeme». Nendest võtavad osa kõrgema haridusega spetsialistid. Enamik konverentse on toimunud koos ravi- ja profülaktikaasutustega, kus asuvad instituudi kliinilised osakonnad (Tallinna Vabariiklik Haigla, Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser, Tallinna Linna Tuberkuloositorje Dispanser). Ettekanete ning sõnavõtte koostajateks on nii praktiseerivad arstid kui ka teaduslikud töötajad.

1968/1969. õppeaastal arutati peamiselt sotsiologia probleeme: materia liikumise sotsiaalse vormi olemus, sotsioloogia kui uurimismeetod, sotsioloogilise uurimise meetodid, sotsioloogia side teiste teadustega, sotsioloogia osatähtsus arstiteaduslikus uurimistöös, XX sajandile omane patoloogia laadi muutumine ja tsivilisatsioonihäigused, kodanlike meditsiiniteoretikute loodud sotsiaalse desadaptatsiooni teooria jne.

27. mail 1969. aastal oli Tallinna Vabariikliku Haigla saalis möödunud õppeaasta viimane teoreetiline konverents. Kõne all olid meditsiini sotsiaalsed probleemid, statistika ja sanitaarstatistika sotsioloogilistes uurimistöös ning sotsiaalbioloogiline probleem meditsiinis.

Teoreetilised konverentsid on toimunud asjalikus õhkkonnas. Nad on kaasa aidanud nii arstide kui ka teaduslike töötajate ideoloogilisele arenemisele, laiendades silmaringi nendes filosoofia ja sotsioloogia valdkondades, mis on kõige tihedamalt seotud meditsiini teooria ja praktikaga.

Sügisel teoreetilised konverentsid jätkuvad. Uuel õppeaastal on kavas käsitleda jällegi eeskätt meditsiini sotsioloogilisi probleeme: sotsiaalsete ja looduslike tegurite vahetõrget tervise ja haiguse puhul, tegurite teooria tervishoius, sotsiaalühigeeni aine ja ülesanded sotsialistlikus ühiskonnas, sotsiaalmajanduslikud protsessid ja tervishoid, sotsiaalne ökoloogia ja ökoloogiline lähenemine meditsiinile, patoloogia ja üldise adaptatsioonisündroomi teooria, olulise erinevuse ületamine linna ja

maa tervishoiu vahel, psühhoanalüütiline psühhosomaatika, individuaalmeditsiin — neohipokratism ja biotüpoloogia jne.

Traditsioonikohaselt on teoreetilised konverentsid ka uuel õppeaastal instituudi ja raviasutuste ühisüritusteks.

Harri Jänes

*

Tallinna Masinatehas ehitas administratiivhoones Kalinini t. 68 eriruumid polikliinikule. Tehas muretseb ka sisustuse ning meditsiinilise aparatuuri.

Neis ruumides avati 30. detsembril 1968. a. Tallinna Pelgulinna Haigla Tehastevaheline Polikliinik, kus hakkasid tööle Masinatehase, «Volta», M. I. Kalinini nimelise Elektrotehnika Tehase ning 1. jaanuarist 1969. a. alates ka tekstiilivabriku «Punane Koit» ja tehase «Ilmarine» tsehhijaoskonna arstid. Samas võtavad vastu kirurg, neuroloog, kõrva-, nina- ja kurguarst, silmaarst, uroloog ning stomatoloog.

Uues polikliinikus on abikabinetid, laboratoorium, röntgeni- ja füsioteraapia- ning funktsionaalse diagnoosimise kabinetid. See lubab tunduvalt parandada tööstustöölisele antavat meditsiinilist abi.

Vello Ilmoja

*

Viimastel aastatel on tööstusettevõtete tööliste ja teenistujate meditsiinilise teenindamise parandamisele pööratud suurt tähelepanu. Meditsiinitöötajad on hakanud põhjalikumalt uurima haigestumise ja traumatismi

põhjusi, paremini selgitama dispanseerimise ja töökorralduse küsimusi. Töötades tihedas kontaktis ametiühinguorganisatsioonide ja ohutustehnika inseneridega, avaldavad meditsiinitöötajad olulist mõju tootmis- ja olme-tingimuste parandamisele.

Kuid rahvakontrolliorganite retked Maardu, Kohtla-Järve ja Kiviõli keemiakombinaatides näitasid, et tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise teenindamise korralduses on veel puudusi ja tuleb ette raskusi.

V. I. Lenini nim. Kohtla-Järve Põlevkivitootlemise Kombinaadis vajavad paljud kroonilisi haigusi põdevad haiged, eriti kroonilist, sageli ägenevat bronhiiti või kroonilist kopsupõletikku põdevad haiged eriti hoolikat jälgimist (arvestades tootmise spetsiifikat), ent neid ei uurita statsionaaris ega pole lastud teha selliseid uurimisi nagu röntgenograafia, bronhograafia, röga mikrofloora uurimine jt. Ravitakse ambulatoorselt. Näiteks patsient Nemuhhova, kel oli diagnoositud kroonilise bronhiidi ägenemist, viibis ambulatoorsel ravil 13...29. jaanuarini 1969. a., s. o. 17 päeva. Haiget Salenikovi raviti ägenenud kroonilise mittespetsiifilise kopsupõletiku tõttu ambulatoorselt 2...28. jaanuarini, s. o. 27 päeva. Ainuüksi 1969. a. I kvartalis oli ambulatoorsel ravil üle 20 niisuguse haige.

Puudulikult uuritakse samuti dispanseersel arvel olevaid reumahaigeid. Nende jälgimisel sageli ei registreerita haiguse dünaamikat — protsessi aktiivsust, südame ja veresoonte süsteemi seisundit. Diagnoosi ei kinnitata elektrokardiograafia ja röntgenoloogia andmetega. Halvasti avastatakse ja saneeritakse



Tallinna Masinatehase administratiivhoone
Haigla Tehastevaheline Polikliinik.

Kalinini t. 68, milles paikneb Pelgulinna

reumahaigetel nakkuskoldeid, eriti kroonilist tonsilliiti.

Tsehhiarstide ja eriarstide tööalane side on puudulik, mis mõnel juhul on põhjustanud lahkarvamusi haigetele lähenemises ja ravi taktikas. Dispanseerse teenindamisega selles kombinatsioonis tegelevad ainult tsehhiarstid. Ambulatooriumis töötav kirurg piirdub üksnes haigete vastuvõtuga ega pööra tähelepanu profülaktikale. Sellega ei tegele ka teised spetsialistid.

Puudused ilmneseid Kiviõli Põlevkivikeemia Kombinatsiooni arstipunkti töös. Ravi ja tervendavate ürituste kompleksplaan on koostatud formaalselt, põhjalikumalt ei analüüsita ajutise töövõime kaotusega haigestumust. Avastati hilinenud dispanseersele arvele võtmise juhte, ei tehta nõutavaid uurimisi. Näiteks hüpertooniatõbe põdevatel haigetel ei kontrollita silmapõhja, ei tehta elektrokardiogrammi. Uurimised jäeti tegemata mitmel reumahaigel.

Ka Maardu Keemiakombinatsiooni meditsiinilis-sanitaariosakonnas avastati puudusi dispanseerimises, haigestumuse analüüsimises, tervendavate ürituste väljatöötamises ning ajutise töövõime kaotusega haigestumise korralduses. Siin on samuti puudulikult korraldatud tööliste hospitaliseerimine profülaktika eesmärgil rasketel kroonilistel haigustel retsidiivide vältimiseks, olgugi et tingimused selleks on olemas.

Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee, vaadanud läbi materjalid keemiakombinatsioonide tööliste ja teenistujate töötingimuste ja meditsiinilise teenindamise kohta, võttis vastu määruse, mis on suunatud kontrollimisel avastatud puuduste kõrvaldamisele.

Leonid Rätsep

*

Vabariiklik Teadusliku Meditsiinilise Informatsiooni Osakond (VTMIO) ja Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu (RTMR) korraldasid 25. aprillil 1969. a. Tallinnas seminari vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste ühiskondlike informatsioonirühmade esimeestele.

Avasõnas rõhutas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamme, et kahest informatsioonivoolust tuleb funktsioneerima panna just ülenev vool, suunata rohkem informatsiooni perifeeriast keskusesse, tõhustada koostööd informatsiooniteenistuse kõikide üksuste vahel.

Informaatikast kui uuest teadusest ja vabariigi arstiteadusliku informatsiooniteenistuse ülesannetest kõneles VTMIO juhataja I. Laan, meditsiinilise bibliograafia alustest, kodu- ja välismaa bibliograafiast RTMR juhataja M. Tedremaa, kes ka praktiliselt näitas, kuidas ühest või teisest teatmeteosest andmeid leida.

Taolisi ühepäevaseid kokkutulekuid on kavatsus korraldada ka edaspidi.

Hillar Kurru

*

Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateeder ja Tartu Pediaatrie Teaduslik Selts korraldasid 3. ja 4. aprillil 1969. a. Tartus seminari. See oli eeskätt mõeldud vabariigi linnade ja

rajoonide peapediaatritele ja polikliinikute ning haiglate osakondade juhatajatele. Osa võttis ligikaudu 100 arsti.

Seminari põhiprobleemideks olid laste hematoloogia ja nefroloogia.

Ülevaate aneemiade klassifikatsioonist, lastel sagedamini tekkivatest aneemiavormidest ja nende ravist andis S. Peets. Esineja ja sõnavõtjad rõhutasid, et aneemia ravi peab olema patogeneetiline ja ainult erandjuhtudel võiks kasutada asendusravi (vereülekan- deid).

Leukooside etiopatogeneesil, diagnoosimisel ja ravil peatusid M. Topman ja E. Kohandi. Leukoosi remissioon on olemas nii haige omadustest ja õigeaegselt diagnoosimisest kui ka raviarsti vilumusest. Seepärast on hädavajalik asutada vabariigis hematoloogia- keskus.

Nefroloogiat käsitlesid A. Vares, E. Samarütel ja T. Murde, peatudes lähemalt neeruhaiguste klassifikatsioonil, uurimise viisidel ja ravil.

Ülevaate hüpertoonias ja selle patogeneesist lastel andsid H. Tälli ja L. Sildver.

Puudutati ka muid probleeme. Nii peatus vabariigi peapediaater A. Vares stafülokoki- nakkusel ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumatoloogia osakonna juhataja E. Müllerbek reuma aktuaalsetel küsimustel, mis pediaatritele on muret põhjustanud juba aastaid.

Huvi pakkus A. Volõnkina ettekanne gastriidist lastel. Ta peatus lähemalt maofunktsionaalsete häirete ja kroonilise gastriidi uurimise meetodikal ning diferentsiaaldiag- noosimisel, rõhutas, et kroonilist gastriiti esineb lapseas vanuses harva, väga paljudel juhtudel on tegemist hüperdiagnoosimisega.

Tähelepanu äratas dotsent L. Kerese organisatoorse laadi ettekanne, mis puudutas lastehaiglate ning lasteosakondade struktuuri ja planeerimist.

Ingrid Laan

*

24. ja 25. aprillil 1969. a. toimus Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas seminar Lõuna-Eesti röntgenilaborantidele laste röntgenoloogia. Seminaril käsitleti röntgendiagnoosimist pediaatrias, laste uurimist kontrastainega, iseärasusi laste ülesvõtetel, ülesvõtete kvaliteedi hindamist, ülesvõtete eksponeerimise tingimuste valimist, kiirguskaitset, vigu röntgenogrammide fotokeemilisel töötlemisel jne.

Seminari korraldasid Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla röntgenoloog I. Novek ja sama haigla röntgenilaborant E. Raudva, kusuures kasutati rohkesti näitlikke vahendeid.

I. Noveki põhjalikud ja üksikasjalikud ettekanded koos demonstratsioonidega andsid selge ettekujutuse laborandi töö kvaliteedi tähtsusest ning õpetasid analüüsima vigu.

Rõhutati röntgenilaborantide ja röntgenoloogi pideva koostöö vajadust. Tänu sellele paraneb ülesvõtete kvaliteet ja suureneb oskus teha ülesvõtteid eri projektsioonidest, arvestades anatoomilisi iseärasusi.

Selle koostöö tulemused peegeldusid ka Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla röntgeni-

kabineti laborandi Evi Raudva ettekandes «Vead röntgenogrammide fotokeemilisel töötlemisel». Põhjalik analüüs koos tegelike näidetega andis seminarist osavõtjale võimaluse vigadega üksikasjalikult tutvuda.

Seminari mõlemad päevad lõppesid praktilise tööga ning rahuldasiid kõiki.

Vaike Tõnissaa

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ratsionaalse toitumise probleemi teaduslik nõukogu pidas oma järjekordse töökoosoleku 14. aprillil 1969 Tallinna Aiandussovhoosis. Kuuatli Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hügieeni ja toksikoloogia osakonna juhataja H. Lutsoja ja Vabariikliku Taimekaitsejaama peaaagronoomi R. Kuuskalu ettekandeid pestitsiidide kasutamisest taimekahjurite tõrjeks põldudel ja aedades.

Pestitsiidide kasutamise piiramiseks köögiviljanduses, eriti katmikaladel, tegi nõukogu põllumajanduse ministeeriumile ettepaneku intensiivsemalt kasutada bioloogilise tõrje võtteid. Ministeeriumil tuleks luua võimalused entomofaagide hulgaliseks paljundamiseks ja kahjurite prognoosimiseks. Tervishoiu ministeeriumil soovitatakse laiendada laboratoorset kontrolli toiduainete saastatuse üle fosfororgaaniliste jt. preparaate jääkidega; põllumajanduse ministeeriumil tugevdada Vabariiklikku Veterinaarlaboratooriumi, et oleks võimalik kontrollida kõikide sisseveetavate söötade saastatust kloororgaaniliste preparaatidega; kaubandusministeeriumil, toiduainete tööstuse ministeeriumil ja ETKVL-il hakata laboratoorselt kontrollima sisseveetavate toiduainete saastatust pestitsiididega.

Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumi Aianduse Valitsuse juhataja asetäitja G. Roosve juhtimisel tutvuti sovhoosi katmikaladega.

G. Roosve informatsioonist selgus, et käesoleval aastal saadetakse müügile märgatavalt rohkem varajast köögivilja kui möödunud aastatel. Kuigi katmikaladid on palju laiendatud, on neid praegu ikka veel vähe. Nende tulusama eksploateerimise huvides kasvatakse praegu varakevadel kõige rohkem kurki, mille ööpäevane juurdekasv on 100 g. Redise ja tomati juurdekasv sama aja kestel on ainult 50 g. Peamiselt seetõttu on meil varajast tomatit ja redist suhteliselt vähem müügil.

Nõukogu teaduslik sekretär E. Vagane märkis, et Tallinna Aiandussovhoos, mille ülesandeks on vabariigi pealinna varustamine köögiviljaga, jätab hea mulje. Mis puutub aga vabariigi elanike varustamisse köögiviljaga üldse, siis peab see veel väga tugevasti paranema, sest kui me mõnel alal, näiteks liha ja suhkru tarbimisel, füsioloogilised normid kuni 30% ületame, siis köögivilja osas jääb neist 50% puudu. Äärmiselt aktuaalne oleks just varajase köögivilja kasvatamise laiendamine, sest kevadel kannatab meil 75...90% elanikest varjatud hüpovitaminooside all.

Koosoleku lõpetas nõukogu esimees O. Tamme. Ta avaldas lootust, et meie põl-

lumajandus teeb rahva tervise heaks kõik, mis tema võimuses.

Märt Kink

*

Hiljuti tähistas Eesti NSV dermatoveneroloogide kongressi ettepanekul asutatud Tallinna Dermatoveneroloogide Teaduslik Selts 20. aastapäeva. Ühel ajal Tallinna seltsiga loodi ka Vabariiklik Dermatoveneroloogide Teaduslik Selts, mis aga 1958. aastal tegevuse lõpetas. Vabariiklik selts asutati uuesti 1966. aasta detsembris Tartus. Muide, ka enne Teist maailmasõda oli Tallinnas dermatoveneroloogide selts.

20. aastapäeval oli Tallinna Dermatoveneroloogide Teadusliku Seltsi juhatus järgmine: esimees M. Kolomoitsev, aseesimees R. Uuetoa, sekretär M. Valkov, laekur B. Rubinstein, juhataste liige I. Rubanovitš.

20 aasta jooksul on korraldatud 74 seltsi juhataste koosolekut ja 175 plenaaristungit. Plenaaristungitel on seltsi liikmed pidanud 146 ettekannet ja demonstreerinud 386 haiget. Seltsil on olnud keskmiselt 30 liiget. Koosolekuist on harilikult osa võtnud 70 protsenti liikmetest.

Koosolekutel on erilist tähelepanu pööratud sellistele haigustele, mida ei ole veel küllaldaselt uuritud, mille etioloogia on ebaselge, mis on raskesti diagnoositavad ning ravitavad. Näitena võib tuua järgmisi: retikuloosid, kollagenoosid, hemodermiad, vaskuliidid, äge erütematoos, Duhringi, Darier', Paget', Pringle'i ja Schambergi haigused. On käsitletud hüpnooteraapiat, ultraheli, nahahaiguste röntgenravi, krioterapiat, nõelravi. Arutluse all on olnud nahatuberkuloos, sklerodermia, sölmjas erüteem, krooniline migreeruv erüteem, parapsoriaas, nahaatroofia, seenjas mükoos, villtõbi, nahakasvajad, suguliikme erütroplaaasia, kutse-nahahaigused, seenhaigused ja suguhaigused.

Aktiivsemalt on ettekannete ja demonstatsioonidega esinenud M. Valkov, E. Rõigas, M. Kolomoitsev, R. Uuetoa, I. Rubanovitš, N. Schamardin, L. Kroll, V. Granat, B. Rubinstein ja I. Gots.

Seltsil on teaduslikud sidemed Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga. Leningradi ning Moskva teadlased on seltsis esinenud ettekannetega. Seltsi liikmed on osa võtnud dermatoveneroloogide kongressidest ja konverentsidest väljaspool vabariiki (1958. a. ja 1965. a. Leningradis, 1961. a. Moskovas).

Arvestades vajadust abistada tervishoiuorganeid spetsialiseeritud abi korraldamisel, arutati seltsi plenaaristungitel koos günekoloogidega naiste kroonilise gonorröa levikut ja töötati välja abinõud nakkusallikate paremaks avastamiseks. Selts on tähtsat osa etendanud dermatoveneroloogide kvalifikatsiooni tõstmisel, sest enamasti on koosolekutel vaatluse all olnud raskesti diagnoositavad või harva esinevad haigusjuhud, samuti on arutatud naha- ja suguhaiguste ravi küsimusi, kodu- ja välismaa meditsiini saavutusi ning uute ravimite kasutamist.

Mihhail Kolomoitsev

Uusi raamatuid

RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

- Tatarinov, V. G. **Inimese anatoomia ja füsioloogia.** [Meditsiinikoolidele]. Tln., 1969, 316 lk.
- Aava, A. **Sanitaarmiinimum leivatööstuse töötajatele.** Koost. A. Aava. Tln., 1969, 79 lk.
- Lepik, E. **Logopeediline töö lasteasutustes.** Metoodiline kiri. Tln., 1969, 47 lk.
- Знаменательные и юбилейные даты истории медицины...** М., 1968, 94 с.
- Липатова Л. С. **Санитарное просвещение в профилактике заболеваний зубов у детей.** (Метод. пособие для врачей). М., 1968, 112 с.
- Малая медицинская энциклопедия. Т. 10.** Спруфторотан. М., 1968, 1200 стлб.
- Малая медицинская энциклопедия. Т. 11.** Фторурацил-ящур. М., 1968, 1248 стлб.
- Материалы докладов XV научной сессии Рижского медицинского института, посвященной 50-летию установления Советской власти в Латвии.** 26 дек. Рига, 1968, 419 с.
- Научное совещание по проблемам медицинской географии, 3-е.** Ленинград, 1968. **Материалы совещания (25—30 ноября 1968 г. [В 3-х ч.]** Ч. 1. Л., 1968, 236 с.
- Полимеры в медицине.** Каталог. М., 1968, 43 с.
- Белицкий А. С. и Орлова Е. И. **Охрана подземных вод от радиоактивных загрязнений.** М., 1968, 208 с.
- Боярчук И. Ф. **Гигиена труда в производстве сложных минеральных удобрений.** М., 1968, 152 с.
- Вопросы гигиены труда подростков.** Сборник науч. трудов. Под ред. В. М. Левина и Э. С. Рутенбург. Л., 1968, 186 с.
- Определение хлорофоса в продуктах растительного происхождения и молоке.** (Метод. письмо). Сост. Стемпковской Л. А. Киев, 1968, 11 с.
- Потребности в витамине А, тиамине, рибофлавине и ниацине.** Доклад объедин. ФАО/ВОЗ группы экспертов, Рим, 6—17 сент. 1965 г. [Пер. с англ. М.], 1968, 102 с.
- Трахтман Н. Н. и Измеров Н. Ф. **Коммунальная гигиена.** [Учебник для сан.-фельдшерских отд.-ний мед. училищ]. Изд. 2-е. М., 1968, 312 с.
- Интегративная деятельность нервной системы в норме и патологии.** [Сборник статей. Отв. ред. П. К. Анохин и А. М. Чернух]. М., 1968, 288 с.
- Справочник по клиническим лабораторным методам исследования.** Под ред. Е. А. Кост. М., 1968, 436 с.
- Телигенас Альбертас И. **Спирометрия в клинике.** Вильнюс, 1968, 271 с.
- Парфенов А. П. **Физические лечебные средства и курортные факторы.** Л., 1968, 215 с.
- Яновский П. Л. **Минеральные воды СССР (разливаемые в бутылки).** Изд. 4-е, доп. и переработ. М., 1968, 160 с.
- Букин В. Н. **Пангамат кальция.** (Витамин В₁₅). Природа, физиол. действие и лечебные свойства. М., 1968, 48 с.
- Государственная фармакопея Союза Советских Социалистических Республик.** 10-е изд. М., 1968, 1079 с.
- Навашин С. М. и Фомина И. П. **Справочник по антибиотикам.** М., 1968, 316 с.
- Фармакология и токсикология.** (Сборник статей). Киев, 1968, 213 с.
- Методические указания по принципам диагностики и оказания помощи при отравлениях радиоактивными веществами.** [М., 1968]. 51 с.
- Неотложная помощь при острых поражениях радиоактивными веществами.** М., 1968, 208 с.
- Соколов В. М. **Атлас укладок при выполнении рентгеновских снимков.** Изд. 2-е, переработ. и доп. Л., 1968, 501 с.
- Адрианова Н. В. и Самутя Ю. А. **Неотложная помощь при аллергических заболеваниях.** (Краткое пособие для врачей). М., 1968, 108 с. (Б-ка практ. врача).
- Вопросы диагностики и курортного лечения больных ревматизмом.** Материалы респ. конференции. Евпатория, 1968, 190 с.
- Вопросы нефрологии.** [Сборник статей]. Под ред. Г. П. Шульцева. М., 1968, 171 с.
- Вопросы сердечно-сосудистой патологии.** Материалы итоговой науч. конференции. Окт. 1968 г. Запорожье, 1968, 100 с.
- Гезелевич Е. С. **Рентгенодиагностика заболеваний толстой кишки.** М., 1968, 200 с.
- Гипертоническая болезнь, атеросклероз и коронарная недостаточность.** Сборник материалов итоговой конференции. Харьков, 1968, 210 с.
- Дубилей В. В. **Комплексная терапия и профилактика хронических воспалительных заболеваний органов дыхания.** М., 1968, 151 с.
- Королев Б. А. и Дынник И. Б. **Диагностика врожденных пороков сердца и результаты хирургического лечения.** Клинико-рентгенол. исследование. Л., 1968, 223 с.
- Проблемы ишемической болезни сердца и болезни обмена веществ.** Работы врачей и консультантов лечебно-профилактич. учреждений управления делами АН СССР. М., 1968, 231 с.
- Справочник терапевта.** Под ред. И. А. Кассирского. Изд. 3-е, стереотип. М., 1968, 825 с.
- Даштаянц Г. А. **Клиническая гематология.** Изд. 2-е, доп. и переработ. Киев, 1968, 363 с.
- Актуальные вопросы гистохимии и биохимии щитовидной железы.** (Материалы Респ. науч. конференции...). Киев, 1968, 108 с.
- Гуревич Г. М. и Мастбаум И. С. **Тиреотоксикоз и его хирургическое лечение.** М., 1968, 244 с.
- Бароян О. В. **Итоги полувековой борьбы с инфекциями в СССР и некоторые актуальные вопросы современной эпидемиологии.** Под ред. П. Н. Бурасова. М., 1968, 303 с.
- Вопросы инфекционной патологии человека.** М., 1968, 259 с.
- Инфекционные болезни человека в СССР.** Стат. справочник. М., 1968, 63 с.

- Компанцев Н. Ф. и Павлов А. В. Организация работы по профилактике карантинных заболеваний. (Справочное пособие). Киев, 1968, 359 с.
- Методическое пособие по организации и проведению очаговой дезинфекции. Саратов, 1968, 54 с.
- Методические указания по проведению первичных мероприятий при обнаружении больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинными инфекциями (чума, холера, натуральная оспа). М., 1968, 80 с.
- Проблема особо опасных инфекций. [Сборник статей]. Саратов, 1968, 195 с.
- Черная Л. А. и Ковтунович Г. П. Столбняк. Киев, 1968, 224 с.
- Шувалова Е. П. Дизентерия у детей. (Некоторые иммунол. аспекты лечения). М., 1968, 179 с.
- Актуальные вопросы гастроэнтерологии. (Хирургия желудка, печени и желчных путей, поджелудочной железы). Программные материалы к науч. конференции 22—23 ноября 1968 г. ... Курск, 1968, 129 с.
- Астапенко В. Г. Практическое пособие по частной хирургии. [Для студентов мед. ин-тов и врачей]. Под ред. А. В. Шотта. Минск, 1968, 520 с.
- Вопросы клинической анестезиологии и реанимации. (Сборник статей). Горький, 1968, 253 с.
- Вопросы морфологии и экспериментальной хирургии сосудистой системы. Науч. труды кафедры оперативной хирургии и топогр. анатомии. Казань, 1968, 520 с.
- Вопросы хирургии детского возраста. [Сборник статей]. Фрунзе, 1968, 155 с.
- Дудкевич Г. А. Десмургия. М., 1968, 112 с. (Б-ка сред. мед. работника).
- Иванов В. А. и др. Хирургия. [Учебник для мед. училищ]. 3-е изд., переработ. и доп. М., 1968, 423 с.
- Клиника, диагностика и хирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга. Материалы Объедин. конференции нейрохирургов 11—13 ноября 1968 г. Ленинград. Л., 1968, 198 с.
- Любошиц Н. А. Закрытые переломы костей таза у детей. М., 1968, 127 с. (Б-ка практ. врача).
- Материалы конференции молодых нейрохирургов. 27—29 июня 1968 г. Тбилиси, 1968, 617 с.
- Проблемы экспериментальной и клинической хирургии печени и желчных путей. (Сборник статей). М., 1968, 240 с.
- Профилактика, клиника и лечение травм. [Сборник статей]. Казань, 1968, 251 с.
- Соколовский В. Д. Лечение хирургических болезней у лиц, страдающих сахарным диабетом. М., 1968, 144 с.
- Червинский А. А. и Селиванов В. П. Разрывы трахеи и крупных бронхов. Новокузнецк, 1968, 143 с.
- Шабад А. Л. Первая помощь при урологических заболеваниях. М., 1968, 124 с. (Б-ка сред. мед. работника).
- Биология злокачественного роста, диагностика и лечение опухолей. Киев, 1968, 144 с.
- Материалы к всесоюзному симпозиуму «Вопросы организации онкологической помощи детям» 16—17 дек. 1968 г. Л., 1968, 111 с.
- Слинчак С. М. Множественные злокачественные опухоли. Киев, 1968, 192 с.
- Трапезников Н. Н. Лечение первичных опухолей костей. М., 1968, 196 с.
- Вопросы стоматологии. [Сборник статей]. Л., 1968, 294 с.
- Диагностика, этиология, патогенез и лечение осложнений в тканях полости рта при съемном зубном протезировании. (Метод. письмо). Киев, 1968, 24 с.
- Коминск Я. и др. Детская стоматология. Прага, 1968, 511 с.
- Шехтер И. А. и др. Атлас рентгенограмм зубов и челюстей в норме и патологии. М., 1968, 256 с.
- Материалы Второго Всероссийского съезда офтальмологов в г. Ленинграде 9—14 дек. 1968 г. М., 1968, 543 с.
- Проблема славовидения. [Сборник статей]. М., 1968, 144 с.
- Вопросы физиологии и патологии органа слуха и верхних дыхательных путей. [Сборник статей]. Л., 1968, 302 с.
- Материалы съезда. М., 1968, 227 с. (VI съезд оториноларингологов СССР. 8—12 окт. 1968 г. в г. Ереване).
- Банщиков В. М. и др. Интоксикационные психозы. М., 1968, 168 с.
- Дрогичина Э. А. Профессиональные болезни нервной системы. Л., 1968, 272 с.
- А. Я. Кожевников и современная неврология. (Сборник, посвящ. 75-летию Кожевниковской клиники). М., 1968, 358 с.
- Методические материалы по организации борьбы с грибковыми заболеваниями (трихофитией, микроспорией и фавусом). Минск, 1968, 23 с.
- Суворова К. Н. Некоторые заболевания кожи в жарких странах. [Учеб. пособие]. М., 1968, 103 с.
- Аntenатальная охрана плода. [Сборник статей]. Киев, 1968, 211 с.
- Белкин К. Я. Тактика терапевта в родильном доме. М., 1968, 292 с.
- Фавер Г. Л. Акушерский семинар для фельдшеров и акушеров. [Учеб.-метод. пособие]. Пермь, 1968, 206 с.
- Актуальные вопросы сахарного диабета у детей. [Сборник статей]. М., 1968, 175 с.
- Знаменская А. Н. Принцип коркового переключения в высшей нервной деятельности ребенка. Л., 1968, 144 с.
- Иванов С. М. Лечебная физкультура при хронической пневмонии у детей. М., 1968, 143 с.
- Лисицын А. Ф. Судебно-медицинская экспертиза при поврежденных из охотничьего гладкоствольного оружия. М., 1968, 236 с.
- Шершавкин С. В. История отечественной судебно-медицинской службы. М., 1968, 183 с.

ДЛЯ АВТОРОВ

1. Рукопись должна быть напечатана на пишущей машинке на одной стороне с двойным интервалом между строками и слева свободным полем шириной в 3 см.

2. Отредактированная рукопись направляется в редакцию вместе с резюме в двух экземплярах. Объем резюме до 1 страницы машинописи.

3. Объем публикаций оригинальных работ или статей, написанных на актуальные темы, может быть до 5, объем обзорных статей — до 7—8 страниц машинописи, объем остальных статей (казуистика, заметки, сообщения, конференции и др.) не должен превышать 2—3 страниц машинописи с расстоянием в 2 интервала, 30 строк на листе. В вышеуказанный объем входят все приложения [таблицы, диаграммы, фотографии (желательно 13×18 см), рисунки], которые наклеиваются на бумагу с широкими полями (на них отмечаются фамилия автора, название статьи и верх рисунка). Опись и подписи к таблицам, диаграммам, фотографиям и рисункам даются на отдельном листе с указанием номеров рисунков и страниц статьи, к которым они относятся.

4. В начале первой страницы рукописи приводятся: название статьи, имя, отчество и фамилия автора, также название города или населенного пункта, где автор работает. В конце статьи должно быть название учреждения, из которого вышла работа, с указанием кафедры или сектора, собственноручная подпись автора, полностью указаны имя, отчество и точный почтовый адрес, а также номер телефона. Коллективные статьи должны иметь подписи и адреса и остальные вышеперечисленные данные всех авторов.

5. Статья должна иметь визу руководителя учреждения, научного руководителя, а также должны быть указаны их звание, научная степень и место работы.

6. Фамилия отечественных авторов в тексте пишутся обязательно с инициалами; фамилии

иностранных авторов даются в транскрипции соответствующего языка. Приводимые в статье цитаты визируются автором на полях. В сноске обязательно указывается источник цитаты — наименование издания (последнее), место издания, год, том, выпуск, страницы.

7. В конце статьи дается список использованной литературы. В связи с техническими условиями набора желательно в списке литературных источников приводить авторов сначала русским текстом, затем латинским. В обеих группах авторов располагают по алфавиту. При описании книг указываются фамилия и инициалы автора, полное название книги, место и год издания. По журнальным источникам указывается фамилия и инициалы автора, заглавие статьи, полное название журнала, год, том, номер журнала и начальные и заключительные номера страниц используемых статей.

8. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять присланные статьи, а также со согласия авторов, помещать статьи в виде авторефератов, рефератов или аннотаций. Рукописи не возвращаются.

9. Направление в редакцию работ, которые уже опубликованы в других изданиях или же посланы в другие редакции для напечатания, не допускается.

10. Вместе с рукописью необходимо представлять справку учреждения, удостоверяющую, является ли работа плановой, внеплановой или представляет собой часть диссертационной работы. В справке нужно отметить, учится ли автор в стационарной аспирантуре или заочной или же является соискателем ученой степени в порядке экстернатуры.

11. Статьи, оформленные без соблюдения вышеприведенных требований, редакция в план работ, подлежащих опубликованию, не включает.

12. Статьи направлять по адресу: г. Таллин-1, почтовый ящик 19. Тарту маантеэ 16. Редакция журнала «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (телефоны редакции 220-07, 233-98).

СОДЕРЖАНИЕ

Столетие со дня рождения В. И. Ленина	
А. А. САРАП — В. И. Ленин об управлении здравоохранением (рез. на рус. яз.)	243
Теория и практика	
М. А. РАХУ — О заболеваемости раком сельского населения Эстонской ССР в 1963—1966 гг. (рез. на рус. яз.)	245
Э. А. КЫИВ — Ревматические пороки сердца в Пайдеском районе и городе Тапа (рез. на рус. яз.)	248
Э. Я. ЛААНЕ, Ю. Ф. ЛЕПП — Об удлинении электрической систолы сердца (рез. на рус. яз.)	251
В. Н. БЕЛОКОН, И. К. РЕЙНАРУ — О методах определения билирубинового обмена (рез. на рус. яз.)	253
Р. А. ТРУВЕ, У. Ф. СИБУЛЬ, Э. В. ИЫЭСТЕ — Гастрохромоскопическое определение границ между антральной частью и телом желудка (рез. на рус. яз.)	255
Э. К. ХЕЙНСОО — Рентгенодиагностика шейных спондилогенных синдромов (рез. на рус. яз.)	258
И. В. А. НОВЕК — Качество рентгенограмм у детей и выбор условий экспозиции (рез. на рус. яз.)	262
Здравоохранение.	
Научная организация труда	
Н. Р. АЯСТА — Задачи амбулаторно-поликлинической помощи (рез. на рус. яз.)	266
У. Э. МЕЙКАС — Вопросы руководства в учреждениях здравоохранения (рез. на рус. яз.)	270
Н. В. ЭЛЬШТЕЙН — Проблемы специализированной помощи терапевтическим больным в поликлиниках (рез. на рус. яз.)	273
Л. А. МАУРЕР — Организация регистратуры боксированного типа в поликлинике (рез. на рус. яз.)	276
С. Я. АРУ, М. С. МИЙДЛА — Экспертиза временной нетрудоспособности промышленных рабочих города Тарту (рез. на рус. яз.)	279
Э. М. КУУС, Ф. Ю. РЕБАНЕ — Применение перфокарт в рентгенологии (рез. на рус. яз.)	281
Обмен опытом и казуистика	
Э. О. ТЮНДЕР, Х. Х. ТИККО, Х. Э. ЛИППАРТ, Э. А. ЮХАНСОО — Возможность повторного кровотечения при рентгеноконтрастном исследовании желудка (рез. на рус. яз.)	282
А. А. ТАЛИХЯРМ — Труднодиагностируемый случай пневмонии (рез. на рус. яз.)	283
А. А. СЯРГ, Х. Ю. ЯЛЬВИСТЕ, К. П. АЛЛАС — Абдоминальная де-	
компрессия в родовспоможении (рез. на рус. яз.)	284
С. О. НААРИТС — О предупреждении беременности путем применения внутриматочных средств (рез. на рус. яз.)	286
В помощь фельдшерам и сестрам	
Р. Р. БИРКЕНФЕЛЬДТ, Э. А. ВЯЭРТ — Осмотр фельдшерско-акушерских пунктов (рез. на рус. яз.)	287
К. К. ВИППЕР — Профилактика производственного травматизма	290
М. Х. ПЕЛЛА — Новые Основы законодательства о браке и семье (рез. на рус. яз.)	291
Подготовка кадров	
Э. К. КАМА — Об усовершенствовании знаний средних медицинских работников по специальности (рез. на рус. яз.)	293
Л. Ю. КААР — Антс Рулли — доктор медицинских наук	295
К. Ю. ЮУР — Пополнение квалифицированных кадров	296
Санитарно-просветительная работа	
А. Х. СИЛЬД — Выход «Здоровья народа» продолжается	297
Из истории медицины	
Л. Т. РООТСМЯЭ — Оспопрививание в Эстонии в XVIII веке (рез. на рус. яз.)	298
Конференции и совещания	
Н. А. БАРТЕЛЬСЕН — Республиканское совещание главных терапевтов	301
Л. А. КИЛЬДЕМА, Р. В. БИРК — Два всесоюзных мероприятия по биохимии	301
И. А. ЛААН — Всесоюзное совещание	302
Б. К. ЛЕХЕПУУ — II конференция анестезиологов Латвийской ССР	302
Разное	
А. Э. РООСТ — О номенклатуре Государственной Фармакопеи СССР X издания (рез. на рус. яз.)	303
Юбилейные даты	
70-летие Карла Пярна	306
70-летие Р. Рубановича	307
Медицинская техника	
Б. А. РОКС — Термокоагулятор для стереотаксических операций мозга (рез. на рус. яз.)	308
Отклики	
Как лучше использовать коечный фонд?	311
Новые лекарственные препараты	
Х. П. КАНГРО — Метилапогалантамина гидрохлорид, полиминерол	313
Хроника	
Новые книги	
Для авторов	
	314
	318
	320

SISUKORD

Sajand V. I. Lenini sünnist		Abiks velskritele ja õdedele		
A. SARAP — V. I. Lenin nõukogude tervishoiu juhtimisest	243	R. BIRKENFELDT ja E. VÄÄRT — Velskri-ämmaemandapunktide ülevaatus	287	
Teooria ja praktika		K. VIPPER — Tööstustraumatismi profülaktika	290	
M. RAHU — Eesti NSV maaelanike haigestumine vähktõppe aastail 1963	245	M. PELLA — Abielu- ja perekonnaseadusandluse uued alused	291	
E. KÕIV — Südame reumaatilistest kahjustustest Paide rajoonis ja Tapal	248	Kaadri ettevalmistamine		
E. LAANE ja Ü. LEPP — Südame elektrilise süstoli pikenenemisest	251	E. KAMA — Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate erialasest täiendamisest	293	
V. BELOKON ja J. REINARU — Bilirubiini-ainevahetuse uurimise meetoditest	253	L. KAAR — Ants Rullile doktorikraad	295	
R. TRUVE, U. SIBUL ja E. JÕESTE — Mao <i>antrum</i> 'i ja <i>corpus</i> 'e piiri gastrokromoskoopilisest määramisest	255	K. JUUR — Täiendus kvalifitseeritud kaadrile	296	
E. HEINSOO — Tservikaalsete spondülogeensete sündroomide röntgendiagnoosimine	258	Sanitaarharidustöö		
I. V. NOVEK — Laste röntgenogramide kvaliteet ja eksponeerimistingimuste valimine	262	A. SILD — «Rahva Tervis» jätkab ilmutumist	297	
Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine		Arstiteaduse ajaloost		
N. AJASTA — Ambulatoorse ja polikliinilise abi ülesanded	266	L. ROOTSMÄE — Rõugepookimine Eestis XVIII sajandil	298	
U. MEIKAS — Tervishoiuasutuse allüksuste juhtimine	270	Konverentsid ja nõupidamised		
N. ELSTEIN — Spetsialiseeritud abi sisehaigusi põdevatele haigetele polikliinikus	273	N. BARTELSEN — Peaterapeutide vabariiklik nõupidamine	301	
L. MAURER — Bokseeritud registratuuri organiseerimine polikliinikus	276	L. KILDEMA ja R. BIRK — Kaks üleliidulist biokeemia üritust	301	
S. ARU ja M. MIIDLA — Tööstustööliste ajutise töövõimetus ekspertiis Tartus	279	I. LAAN — Üleliiduline nõupidamine	302	
E. KUUS ja F. REBANE — Perfokaaridid röntgenikabinetis	281	B. LEHEPUU — Läti NSV anestesioloogide II konverents	302	
Kogemuste vahetamine ja kasuistika		Mitmesugust		
E. TÜNDER, H. TIKKO, H. LIPPART ja E. JUHANSOO — Korduva verejooksu võimalus mao röntgenkontrastest uurimise puhul	282	A. ROOST — NSV Liidu Riikliku Farmakopöa X väljaande nomenklatuur	303	
A. TALIHÄRM — Raskesti diagnoositav kopsupõletiku juht	283	Tähtpäevad		
A. SÄRG, H. JALVISTE ja K. ALLAS — Abdominaalne dekompressioon sünnitusabis (esialgne teade)	284	Karl Pärn 70-aastane	306	
S. NAARITS — Raseduse vältimine emakasiseste vahenditega	286	R. Rubanovitš 70-aastane	307	
		Meditsiinitehnika		
		B. ROKS — Termokoagulaator stereotaktilisteks ajuoperatsioonideks	308	
		Vastukajad		
		Kuidas voodifondi paremini ära kasutada?	311	
		Uusi ravimeid		
		H. KANGRO — Metüülapogalaniamiin hüdrokloriid, polüminerool	313	
		Kroonika		314
		Uusi raamatuid		318
		Autoritele		320