

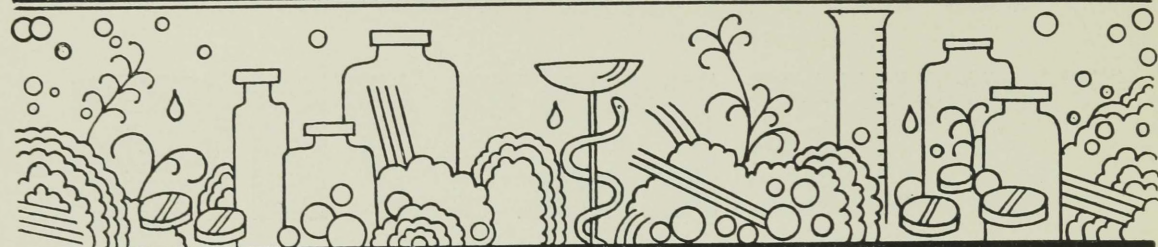


HOUKOGUDE EESTI
**TERVISI-
HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

1 / 73



DEKAMEVIT

Kollane tablett sisaldab vitamiine A, E, B₁, B₂, B₃, B_c, P ja metioniini, oranž aga vitamiine B₁₂, C ja PP. Parandab ainevahetust ja organismi kaitsevõimet, toimib toniseerivalt. Mõjus vahend hüpo- ja avitaminoosi, vaimse ja füüsilise kurnatuse, üldise nõrkuse, unehäirete, halva söögiisu korral. Täiendav ravim ateroskleroosi, hüpertooniatõve ravis ning antibiootikumide ja kemoterapeutikumide kasutamisel
Originaalpakendis 20 kollast ja 20 oranži tabletti

PANHEKSAVIT

Sisaldab vitamiine A, B₁, B₂, B₃, B₆, PP. B-rühma vitamiinid kui organismi biokatalüsaatorid koos A-vitamiini suurendatud annusega on mõjus vahend nahahaiguste (ekseemide, ihtüoosi, psoriaasi, furunkuloosi) kompleksravis
Originaalpakendis 50 tabletti

UNDEVIT

Sisaldab vitamiine A, B₁, B₂, B₃, B₆, B₁₂, B_c, P, C, PP ja E. Soodustab ainevahetust, tugevdab organismi. Kasutatakse enneaegse vananemise vastu
Originaalpakendis 100 dražeed

NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU
MINISTEERIUMI AJAKIRI

1/1973
16. AASTAKÄIK

Toimetuse kollegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, V. LAOS (peatoimetaja asetäitja), **U. MEIKAS, E. RAUDAM, V. RÄTSEP, J. SAARMA, M. SIKK, O. TAMM** (peatoimetaja)

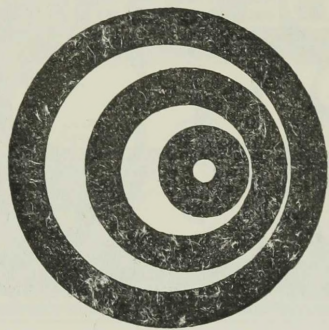
Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), **S. Ellervee** (Tartu rajoon), **M. Holm** (Jõgeva), **V. Ilmoja** (Tallinn), **A. Juhasoo** (Põlva), **H. Kadastik** (Tartu), **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. Silland** (Narva), **G. Sukles** (Rapla), **A. Tamm** (Paide), **Ü. Valvere** (Kingissepa)

Tehniline toimetaja **H. Huhtanen**. Keeleline toimetaja **E. Martson**.
Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Periodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

Ladumisele antud 6. XII 1972. Trükkimisele antud 18. I 1973. Trükiarv 5280. Trükipaber nr. 1. 70×100. 1/16. Trükipoognaid 6,25+2 kleebist. Tingtrükipoognaid 8,45. Arvestuspoognaid 9,49. Tellimuse nr. 7225. MB-02016. 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.



Käsikirjad esitada toimetusele masinakirjas, kahes eksemplaris. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas keskmiselt 60 täheruumi. Avaldamiseks saadetav töö peab olema sisult aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu järgmistest pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu ning vajaduse või soovi korral veel kokkuvõtte või järeldused. Käsikiri peab olema **keelaliselt redigeeritud**, kusjuures eriti tuleb kontrollida terminoloogiat, valemite, mõõtühikute, tsitaatide, nimede, initsiaalide jne. õigsust. Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa jne.) — Järjekordade vältimiseks esitada teaduslikud tööd kokkusuurutult, võimalikult mitte üle viie ja ülevaated võimalikult mitte üle kümne lehekülje, kirjandus vastavalt mitte üle 10 ja 50 nimetuse. Kitsamatel, vähest lugejate arvu haaravatel erialadel esitada töö autoreferaadina. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, mitteplaa-

niline või dissertatsiooni fragment, ja kas see on valminud statsionaarses aspirantuuris, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. Tõendile kirjutab alla asutuse juhataja. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed autori kohta** — perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni numbrid lisatakse käsikirja lõppu koos allkirjaga. Kõrgemate õppeasutuste ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ära ka kateedri või osakonna nimetus. Kollektiivsetel töödel peavad olema kõikide autorite allkirjad, aadressid ja muud eespoolnimetatud andmed. — **Referaat** esitatakse vene keeles (12...15 rida masinakirjas) ja võimalust mööda ka inglise keeles (8...12 rida masinakirjas). Kui ingliskeelset kokkuvõtet ei anta, siis esitada tõlkimiseks sobiv eestikeelne referaat. — **Kirjandus**. Kui bibliograafias on teoseid mitmes keeles, paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed teosed. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära kõikide autorite nimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotode ja jooniste** allkirjad paigutatakse teksti viimasena. Tarbe korral foto tagaküljele märkida, kumb pool on ülemine. — Käsikirju toimetuse ei tagasta ka siis, kui need ilmumata jäävad. Kuid toimetuse nõuete mittevastavalt koostatud ja vormistatud käsikirja üks eksemplar saadetakse parandamiseks ja ümbertegemiseks autorile tagasi. — **Lubamatu on** toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud. Kui töö samal ajal on saadetud avaldamiseks mõnda teise liiduvabariiki või välismaale, siis tuleb see kaaskirjas tingimata märkida.

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjandusliidu» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi

järgmiseks aastaks võetakse vastu 25. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil: Москва Г 200, «Международная книга».

Teooria ja praktika

SELEKTIIVSE VAGOTOOMIA TULEMUSED KAKSTEISTSÖRMIKSOOLE HAAVANDTÖVE RAVIS

RANDO TRUVE
UNO SIBUL
AUGUST LUTSUVER
Tallinn

UDK 616.342-002.44-089.853

Erialakirjanduses leidub üha sagedamini teateid kirurgide püüdest loobuda klassikalise maoreseksioonist ja valida kaksteistsörmiksoole haavandtöve kirurgilise ravi meetodid olenevalt haigusprotsessi laadist, maosekretsiooni tüübist, haige tervislikust seisundist ja east. Üks operatsioonimeetodeid, mis üha laialdasemat poolehoidu on leidnud, on selektiivne vagotoomia koos drenaazoperatsiooniga (7, 8) või ilma (2, 3, 5).

Meie töö eesmärk oli hinnata kaksteistsörmiksoole haavandtöbe põdevatel haigetel tehtud selektiivse vagotoomia vahetuid ja hilistulemusi.

Haigete rühmad. Et kaksteistsörmiksoole haavandtöbe põdevate haigete kirurgilises ravis hakkasime vagotoomiat süstemaatiliselt rakendama 1966. a., võtsime vaatluse alla haiged, keda oleme opereerinud ajavahemikul 1966. a. kuni 1. juulini 1972. a. Sel ajavahemikul oleme haavandtöve korral teinud kokku 397 operatsiooni, 330 esmast ja 67 korduvat. Neist 98 juhul, s. o. $24,6 \pm 2,1\%$ -l juhtudest, tegime vagotoomia kas koos drenaazoperatsiooniga või ilma. Nendest operatsioonidest tegime esmaseid operatsioone kaksteistsörmiksoole haavandtöve korral 241. Viimastest 90 juhul ($37,3 \pm 3,1\%$ -l juhtudest) tehti vagotoomia. Seejuures 21 haigel kombineeriti vagotoomiat antrumektoomiaga, neist Billrothi I meetodil opereeriti viit, Billrothi II meetodil 16 haiget. 59 haigel tehti vagotoomia koos drenaazoperatsiooniga (58 haigel

koos püloroplastikaga, ühel koos gastroenteroanastomoosiga), kümnel aga iseisva operatsioonina, nn. selektiivne proksimaalne vagotoomia.

Hilistulemuste hindamiseks kontrolliti opereeritud dispansseerselt. Rühmast, millesse kuuluvaid haigeid oli opereeritud ajavahemikul 1966. a. kuni 1. juulini 1972. a., ilmus kontrollile 165 ($68,4 \pm 2,9\%$). Neist 46-l oli tehtud vagotoomia.

Aastatel 1966...1968 (kaasa arvatud) opereeritud haigete ravi hilistulemusi analüüsitava materjali ei võetud, sest seda ajavahemikku hindame kui vagotoomia kasutuselevõtmise ja tehnika täiustamise perioodi.

Analüüsisime 34 dispansseerselt kontrollitud haige ravi hilistulemusi. Kõigil neil on tehtud mõlemapoolselt selektiivne vagotoomia kas koos antrumektoomia või püloroplastikaga.

Lisaks nendele haigetele võtsime töösse andmed kümne haige kohta, keda oleme opereerinud 1972. a. esimesel poolaastal ja kellel on tehtud proksimaalne selektiivne vagotoomia haavandi ekstsioonita ja drenaazoperatsioonita.

Metoodika. Mõlemapoolne selektiivne vagotoomia tehti meetodil, mida oleme kirjeldanud ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1972. a. esimeses numbris.

Selle rühma haigetel, kellel oli tehtud proksimaalne selektiivne vagotoomia plaanilises korras ilma drenaazoperatsioonita, mobiliseerisime mao väikese kõveriku vahetult *v. gastrica sinistra*

neljanda seinapidise haru kõrguselt kuni kardiani, säilitades *n. vagus*'e põhitüved antrumile ja püloorusele (Latarjet' närv), nii nagu näidatud joonisel. *N. vagus*'e harude paremaks nähtavale toomiseks operatsiooni ajal värvime need osal haigetel panatooniga Lee järgi.

Maosekretsiooni hindamiseks enne plaanilisi operatsioone ja dispanseersel kontrollil määrasime uuritavatel mao basaalsekretsiooni ühe tunni jooksul ning hindasime maosekretsiooni histamiinstimulatsiooni ja Hollanderi testi abil Rossi ja Kay modifikatsiooni järgi.

Tulemused. Operatsiooni vahetute tulemuste võrdlemisel erinevates haigeterühmades ilmnes, et vagotoomia teel ravitud haigete rühmas oli kohe pärast operatsiooni tekkinud tüsistusi vähem kui rühmas, millesse kuuluvatel haigetel oli magu resetseeritud. Kui viimaste hulgas tekkis tüsistusi 17 opereeritud ($11,2 \pm 2,5\%$ -1), siis vagotoomia teel ravitud haigetel oli operatsioonijärgseid tüsistusi kolmel ($3,3 \pm 1,8\%$ -1) haigel ($t=2,6$). Neil oli vagotoomia tehtud koos antrumektomiaga Billrothi II meetodil. Neist ühel haigel tekkis kaksteistsõrmiksoole kõndi pidamatus, ühel veritsus anastomoosi piirkonnas, teisel eventratsioon.

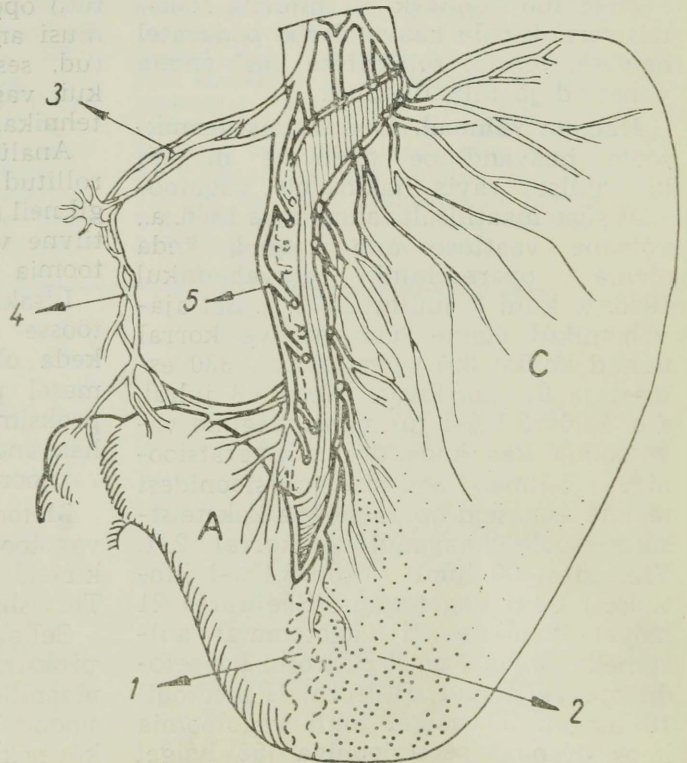
Vagotoomia teel ravitud haigete operatsioonijärgne letaalsus oli 0%. Neist, kellel magu oli resetseeritud, suri üks haige; letaalsus $0,6 \pm 0,5\%$.

Ravi hilistulemused on tabelis 1.

Küsitledes dispanseersele kontrollile saanud haigeid, kellel vagotoomiast oli möödunud pool kuni neli aastat, hin-

das 32 inimest 34-st enesetunnet paremaks kui enne operatsiooni, kahel haigel enesetunne pärast operatsiooni ei paranenud. 31 opereeritud ($91,3 \pm 4,8\%$) mingeid kaebusi ei esitanud, nad ei olnud pärast operatsiooni dieeti pidanud ja pidasid end terveks.

Ühel haigel, kellel enesetunne pärast operatsiooni ei olnud paranenud, põhjustas teravamaitsete toitude söömine kõrvetisi ja valu. Üks haige, kellel vagotoomia oli tehtud koos antrumektomiaga, ei talunud värsket piima. Teisel, kellel samuti operatsioon ei olnud kergendust toonud, leiti dispanseersel kontrollil retsidiivhaavand duodenaallingu tagaseinal ja haigele tehti rekonstruktiivne operatsioon. Haigel tehti operatsioonil kindlaks ulatuslik perivistseriit antrumi, duodenaallingu ja peensoole algusosa piirkonnas. Püloorust võis vabalt läbida 2 cm diameetriga instrumendiga. Enne rekonstruktiivset operatsiooni oli insuliiniga stimuleeritud maosekretsioon järgmine: 1. tunnil



Proksimaalse selektiivse vagotoomia skemaatiline joonis. A — antrum, C — korpus, 1 — intermediaartsoon, 2 — parietaalrakkuderikas piirkond, 3 — rami hepatici *n. vagi sin.*, 4 — rami pylorici, 5 — ramus antralis *n. vagi sin.* (Latarjet' närv).

Tabel 1

Ravi hilistulemused eri meetodil opereeritud haigetel

Haigete seisund järelkontrollil	Haigete arv, kellel oli tehtud maoreseksioon		Haigete arv, kellel oli tehtud vagotoomia	
	absoluut-arvudes	protsentides	absoluut-arvudes	protsentides
Subjektiivselt:				
kaebusteta periooditi esinevad kaebused	106	89,0±2,8	31	91,3±4,8
ei talu piima, magusaid toite	4	3,6±1,7	1	2,9±2,9
	7	5,8±2,1	1	2,9±2,9
Objektiivselt:				
kehakaalu suurenemine	63	77,7±4,6	19	79,2±8,4
kehakaalu vähenemine	18	22,3±4,6	5	20,8±8,4
vajasid korduvat operatsiooni	2	1,6±1,1	1	2,9±2,9

Tabel 2

Maosekretsiooni muutused koos vagotoomiaga tehtud maoreseksiooni järgselt

Maosekretsiooni määramise meetodid	Antrumektomia					Püloroplastika				
	enne operatsiooni		pärast operatsiooni			enne operatsiooni		pärast operatsiooni		
	N	maosekretsioon (m-ekv/t)	N	maosekretsioon (m-ekv/t)	maomahla happesuse vähenemine protsentides	N	maosekretsioon (m-ekv/t)	N	maosekretsioon (m-ekv/t)	maomahla happesuse vähenemine protsentides
Basaalsekretsiooni määramine	7	4,5	11	0,1	98±3,4	13	3,8	15	1,1	72±8,6
Histamiinstimulatsioon	7	8,3	11	0,3	96±4,7	6	7,3	15	2,2	70±10,2
Insuliinstimulatsioon (1. tund)	6	6,5	9	0,2	97±4,4	7	2,5	11	1,5	40±11,8
Insuliinstimulatsioon (2. tund)	4	2,1	5	1,0	53±17,6	4	2,5	11	1,7	32±12,6

0,7 m-ekv, 2. tunnil 2,68; pärast histamiinstimulatsiooni 7,5 m-ekv/t.

Võrdlesime maosekretsiooni haigetel, kellel kaksteistsõrmiksoole haavandtõve raviks oli tehtud maoreseksioon kas koos vagotoomiaga või ilma. Kuigi kontrollitud haigete vähesus ei luba veel lõplikke järeldusi teha ($t=2,4$), vähenes maosekretsioon vagotoomia teel

ravitud haigete rühmas tunduvalt suuremal määral kui haigete rühmas, kellel oli tehtud maoreseksioon ilma vagotoomiata (vt. tabelid 2, 3 ja diagramm). Seejuures arvati võrreldavatesse rühmadesse vaid sellised haiged, kellel reseksiooni ulatus oli võrdne. Olulisel määral vähenes maosekretsioon ka nende haigete rühmas, kus operatsioo-

nil oli piirdatud selektiivse vagotoomiaga ja dreanaži rajamisega.

Haigete rühmas, kus oli tehtud selektiivne proksimaalne vagotoomia, on operatsioonijärgne periood hilistulemuste hindamiseks veel lühike, kuid pärast kolme kuu möödumist operatsioonist pidasid kõik sellesse rühma kuuluvad haiged enesetunnet paranenuks. Neil ($N=2$), kellel operatsioonist on möödunud juba enam kui kuus kuud, hinnati statsionaarsel järelkontrollil duodenaalhaavand paranenuks. Maosekretsiooni määramisel selgus, et nende haigete maomahlas ei olnud vaba soolhapet ei basaalsekretsioonis ega pärast histamiinstimulatsiooni ning insuliinstimulatsiooni. Röntgenoloogilisel kontrollil haavandi tunnuseid ei leitud.

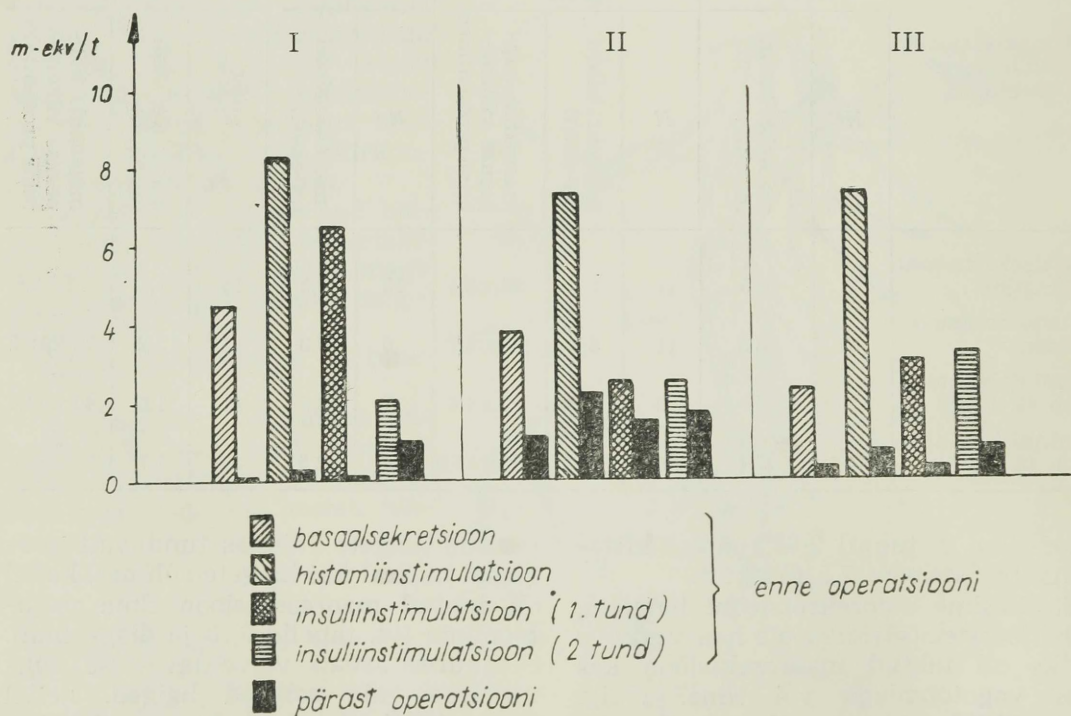
Arutelu. Selektiivne vagotoomia võimaldab kaksteistsõrmiksoolehaavandi opereerimisel säilitada kogu mao või suurema osa sellest. Vahtunud operatsioonijärgsed tulemused on tunduvalt paremad ja letaalsus väiksem kui klas-

sikalistel meetoditel tehtud maoreseksioonide korral (1, 9) ning ka ravi hilistulemused on selektiivse vagotoomia teel ravitud haigetel head (4). Nimetatud seisukohad leidsid kinnitust käesoleva töö tulemustes.

Uurides maosekretsiooni on I. Morozova (8) leidnud, et vagotoomia koos püloroplastikaga vähendab basaalsekretsiooni 72% ja maosekretsiooni pärast histamiinstimulatsiooni 64% võrra. Meie analüüsitud juhtudel aga vastavalt 72% ja 70%.

Retsidiivhaavandeid esineb vagotoomia teel ravitud haigetel harva ja vaid juhtudel, kui osa mao korpusele suunduvaid *n. vagus*'e kiude on operatsioonil läbi lõikamata jäänud (6).

Totaalse selektiivse vagotoomia puhul lõigatakse läbi nii Latarjet' närv kui ka maksaväratist *antrum pyloricum*'ile siirduvad närvikiud. Sellistel haigetel võidakse täheldada mao evakuaatsioonihäireid. Ka ühel opereeritud, kellel olime diagnoosinud retsidiivhaavandit, esi-



Maosekretsiooni muutused pärast maooperatsioone, mis on tehtud koos vagotoomiaga või ilma. I — vagotoomia koos antrumektomiaga, II — vagotoomia koos dreanaazoperatsiooniga, III — maoreseksioon ilma vagotoomiata.

Maosekretsiooni muutused ilma vagotoomiata tehtud maoreseksiooni järgselt

Maosekretsiooni määramise meetodid	Enne operatsiooni		Pärast operatsiooni		
	N	maosekretsioon (m-ekv/t)	N	maosekretsioon (m-ekv/t)	maomahla happe- suse vähenemine protsentides
Basaalsekretsiooni määramine	65	2,3	44	0,3	87±3,2
Histamiinstimulat- sioon	49	7,3	40	0,7	81±4,2
Insuliinstimulat- sioon (1. tund)	48	3,0	39	0,3	90±3,7
Insuliinstimulatsioon (2. tund)	30	3,2	32	0,8	75±5,5

nes väljendunud gastrostaas. Kahjuks ei ole nimetatud haige puhul võimalik väita, kas haavandi retsiidiivi patogeneesis ilmselt juhtival kohal olnud mao evakuatsioonihäire oli tingitud ulatuslikust perivistseriidist või antrumi osalisest denervatsioonist (Latarjet' närvi läbilõikamisest).

Mitmed autorid (2, 3, 5) on soovitanud teha vagotoomia vaid mao korpuse osas, kus leidub parietaalrakke. Selline operatsioon katkestab parasümpaatilisest innervatsioonist põhjustatud maosekretsiooni, ei kutsu aga esile staasinähte maos, säilitab mao normaalse motoorika, dreanažoperatsioon muutub ülearuseks. Ka meie opereeritud kümnel haigel, kellel oli tehtud proksimaalne selektiivne vagotoomia Latarjet' närvi säilitamisega, operatsioonijärgselt ühelgi pülorospasmi ega mao evakuatsioonihäireid välja ei kujunenud. Eespool nimetatud autorite esitatud kliiniline analüüs ja ka meie esialgsed tähelepanekud lubavad nimetatud operatsioonimeetodi tulemusi pidada headeks ja rangelt valitud näidustustel seda operatsiooni rakendada.

K o k k u v ö t e

Eespool toodut kokku võttes võime ütelda, et selektiivsel vagotoomial kõrvuti klassikalise maoreseksiooniga on kindel koht kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe põdevate haigete kirurgilises ravis. Seejuures on vahetud operatsioonijärgsed tulemused selektiivse vagotoomia puhul paremad ja letaalsus väiksem kui pärast klassikalisel meetodil tehtud maoreseksiooni. Ka operatsiooni hilistulemused ei ole selektiivse vagotoomia korral halvemad.

KIRJANDUS: 1. Ching, E., Remine, W. H. Surg. Clin. North Am., 1971, vol. 51, 851—855. — 2. Grassi, G. Chir. Gastroenterol., 1971, vol. 5, 399—405. — 3. Hedenstedt, S., Lundquist, G., Moberg, S. Acta chir. scand., 1972, vol. 138, 1—6. — 4. Holle, F. et al. Langenbecks Arch. Chir., 1972, vol. 330, 197—208. — 5. Imperati, L., Natale, C., Marinaccio, F. Chir. Ital., 1971, vol. 1, 292—299. — 6. Stuart, M., Hoerr, S. Arch. Surg., 1971, vol. 103, 129—132. — 7. Маят В. С., Панцырев Ю. М. Хирургия, 1971, 9, 3—9. — 8. Морозова И. В. Вестн. хир., 1972, 2, 31—35. — 9. Ситенко В. М., Курыгин А. А. Хирургия (Москва), 1971, 9, 9—16.

Tallinna Pelgulinna Haigla
Tallinna Tõnismäe Haigla

Vähirakkude metallisisaldus on suurem. Eri maade teadlastel on õnnestunud normaalse koe rakkude ja vähirakkude koostises leida mitmeid erinevusi. Eelkõige on vähirakkudes rohkem tsinki, antimoni, rauda, koobaltit ja hõbedat. Samuti on normaalses ja vähirakus leiduvatel valkudel erinevad füüsilised omadused. Missugune tähtsus võib olla eespool nimetatud uutel andmetel vähktõve profülaktikas ja vähihaigete ravis, sellele küsimusele peavad andma vastuse edasised uuringud.

Deine Gesundheit, 1972, 12.

HEMATOKRITI NÄIDU TÄHTSUS KIRURGIAKLIINIKUS

RAUL TALVIK
HELMI NOVEK
HELDUR LANI

Tartu

UDK 612.11:616-089

Tänapäeval määratakse hematokriti näitu peamiselt vere tsentrifuugimisega. Sel teel kindlakstehtud hematokriti näit sõltub põhiliselt kolmest tegurist: tsentrifugaaljõust, tsentrifuugimise ajast ja punaliblede arvust ning suurusest. Tsentrifugaaljõud ($g \cdot \text{cm} \cdot \text{sek}^2$) on arvatavalt valemi järgi

$F = 1118 \cdot r \cdot p^2 \cdot 10^{-7}$, kus p on tsentrifuugi pöörlemise kiirus (pööret/min.) ja r kaugus tsentrifuugi teljest kapillaari keskkohani (cm).

Uurimised on näidanud, et tsentrifuugimisel jääb punaliblede vahele plasmat, mille hulk on pöördvõrdeline tsentrifugaaljõuga. Tavaliselt on sellist plasmat 4...5% erütrotsüütide massist (9). Piiriks, millest alates tsentrifugaaljõu edasine suurenemine punaliblede vahele jääva (intererütrotsütaarse) plasma hulka enam oluliselt ei mõjuta, on 4000 düüni (6). Samasugune mõju on tsentrifuugimise kestusel. Kui tsentrifuugimine on väldanud 2...30 minutit, siis intererütrotsütaarse plasma hulk tsentrifuugimise tehnilistest tingimustest olenevalt enam eriti ei vähene (7).

Nendest kaalutlustest lähtudes hematokriti näidu sõltuvusel tsentrifuugimise tehnilistest tingimustest ei ole erilist tähtsust kliinilises praktikas, sest hematokriti näitu määratakse alati kindlates tingimustes. Seetõttu varieerub kliinikus kasutatav tsentrifuugimise kestus 2...30 minutini, olenevalt tsentrifuugist. Hematokriti näidu sõltuvusele tsentrifuugimise tehnilistest tingimustest tuleb aga tähelepanu pöörata siis, kui hematokriti näitu või punaliblede massi kasutatakse edasisteks uurimisteks või arvestusteks, näiteks vere mahu määramisel.

Arvatakse, et plasma osmolaarsuse muutus põhjustab punaliblede mahu muutuse. Seega peaks plasma osmolaar-

suse suurenemisel vere muutumatu hemoglobiinisisalduse korral hematokriti näit vähenema. Et põhiline osa plasma osmolaarsuse tagamisel langeb elektrolüütidele, siis võtsime analüüsi aluseks veres sisalduva naatriumi ja kaaliumi hulga kahekordse summa, mida võrdlesime hemoglobiini keskmise hulga veres (13). 300 analüüsi tulemuste statistilisel töötlusel ei ilmnunud seost veres oleva naatriumi ja kaaliumi hulga kahekordse summa ning ühes erütrotsüüdis sisalduva hemoglobiini keskmise hulga vahel ($r=0,04$). Seega ei õnnestunud meil tõestada, et elektrolüütidest tingitud plasma osmolaarsuse muutus vahemikus 260 kuni 311 mosm/l põhjustaks hematokriti näidu muutusi.

Hematokriti näit sõltub nii uuritava east kui ka soost (vt. tabel), kuid selle väärtused määratuna sama isiku arteriaalses, venoosses ja kapillaarses veres on põhiliselt identsed (8). Kuigi kapillaarides voolavas veres on punaliblede hulk väiksem (väiksem hematokriti näit), on sõrmeotsa punkteerimisel saa-

Hematokriti näidu sõltuvus uuritute vanusest ja soost S. Alberti ja kaastöötajate andmeil (1)

Vanus	Sugu	Hematokriti näit protsentides
1 päev		54,0
2...3 päeva		53,5
4...8 päeva		52,5
9...13 päeva		49,0
14...16 päeva		42,0 ± 7
3...5 kuud		36,0
6...11 kuud		35,5 ± 5
2 aastat		35,5
3 aastat		36,0
4...5 aastat		37,0
6...10 aastat		37,5
11...15 aastat		39,0
naised		42,0 ± 5
mehed		47,0 ± 7

dav veri pärit peamiselt arterioolidest ja veenulitest, mistõttu ka selle vere hematokriti näit vastab suurte vere-soonte vere omale.

Eraldi määrates ringlevate punaliblede ja plasma hulka ning nende järgi arvutades kogu vere hemotokriti näitu, leiti, et saadud väärtus on väiksem suurtest veresoontest pärit hematokriti näidust. Koefitsient ümberarvestusteks on eri autoreil 0,85...0,92 (2, 5, 12). Osa sellest vahest langeb intererütrotsütaarse plasma arvele, osaliselt aga on põhjuseks see, et eri elundites ringlevas veres on erinev hematokriti näit. Kõige suurem on see põrnas (80%), kõige väiksem (15...20%) ajus ja nahas (1).

Et selgitada, millisel määral hematokriti näit ja vere hemoglobiinisisaldus teineteist dubleerivad, analüüsisime paralleelselt määratuna neid 300 juhul. Mõlema näitaja korrelatsioonikoefitsient oli väga suur ($r=0,937$, $P<0,001$). Sellele vaatamata ilmnesid sama hematokriti näidu korral üksikjuhtudel hemoglobiinisisalduse kõikumised $\pm 10\%$.

Evansi sinise meetodil määrasime 128 haigel enne ja pärast operatsiooni tsirkuleeriva plasma mahu ning korrigeeritud hematokriti näidu järgi arvutasime ringleva vere hulga ning punaliblede mahu. Analüüsil ei õnnestunud kindlaks teha tõenäolist seost mainitud näitajate ning hematokriti näidu vahel. Seega väljendab hematokriti näit punaliblede ja plasma suhet ainult mingist kohast võetud veres, mitte aga kogu veres.

Hematokriti näidu suurenemise põhjustab kas punaliblede hulga suuremine või plasma hulga vähenemine. Esimest võimalust tuleb ette suhteliselt harva ning seda on kirjeldatud polütsütemia, arteriovenoosete fistulite ning koe kestva hüpoksia korral, näiteks kardiopulmonaalne puudulikkus, kopsukoe fibroos, mäestiku tingimused jne.

Hematokriti näidu suurenemine plasma hulga vähenemise tõttu on sage nähtus. Hematokriti näit suureneb sel

juhul olenemata teest, mille kaudu ekstratsellulaarne vedelik kaduma läheb (oksendamise, kõhulahtisuse, põletuse korral, vedeliku kogunemisel sooltesse soolesulguse või peritoniidi korral jne.). Hematokriti näit on vedeliku kao suhtes väga tundlik. Ta hakkab suurenema ühel ja samal ajal vedeliku kaoga vereringest.

Ka väike hematokriti näit on tingitud kahest põhjusest: kas ringlevate punaliblede hulga vähenemisest või plasma hulga suurenemisest.

Esimene on nälguse ning verekaotuse korral. Akuutse verejooksu puhul tekkinud hüpovoleemia kõrvaldamiseks algab koevedeliku vool verre vastavalt Starlingi kirjeldatud bioloogilistele mehhanismidele. Vere hulk lõpuks taastub, kuid veri on lahjenenud. Verekaotusega kaasnev hematokriti näidu muutumine paraku hilineb 24 kuni 72 tundi (10), mistõttu hematokriti näidu järgi ei saa kaotatud vere hulka enne mainitud aja möödumist hinnata.

Ringleva plasma hulga suurenemine hematokriti näidu vähenemise põhjuseksena on sedastatav juhtudel, kus vedeliku juurdevool on kaost suurem. Üks tüüpilisi näiteid on infusiooniga liialdamine ja neerupuudulikkus.

Hematokriti näit ei vasta haiguse raskusele neil, kellel see juba enne haigestumist ei olnud normi piires. Sellistel juhtudel võivad kaks vastassuunalist nihet teineteist neutraliseerides anda tulemuseks normaalse hematokriti näidu. Näiteks aneemiajuhtudel ei pruugi peritoniidist tingitud hemokontsentratsioon hematokriti näitu normi piirest välja viia. Ka šoki puhul on täheldatud mitteadekvaatselt suurt kapillaarvere hematokriti näitu, võrreldes sama näiduga normaaltingimustes (4). Autorite arvates on selle põhjuseks mikrotsirkulatsiooni häired.

Mikrotsirkulatsiooni seisukohalt on optimaalne hematokriti näit 35...50%. Sellistes piirides on seda haigetel ka soovitatav hoida. Hematokriti näidu suurenemine üle 55% võib vere viskoossuse järsu suurenemise tõttu põh-

justada tsirkulatsioonihäiretest tingitud hüpoksia, vähenemine alla 25% aga elu- ohtliku hüpokseemia (11).

Seega on hematokriti näidul tähtis koht ka vere, punaliblede massi või plasma valikul ülekandeks. Kui hematokriti näit on väike, on esmajoones näidustatud punaliblede massi ülekanne, seejärel vereülekanne, kui aga suur, kasutatagu plasmat või plasmaasendajaid. Orienteerivalt võib arvestada, et pärast 1,5 ml/kg plasma või tema asendajate ülekannet hematokriti näit 1% võrra väheneb. Pärast 500 ml vere ülekannet see aga 3% võrra suureneb.

KIRJANDUS: 1. Albert, S. N., Jain, S. C., Albert, C. A. The Hematocrit in Clinical Practice. Thomas, Springfield, 1965. — 2. Berson, S. A., Yalow, R. S. NY. J. Clin. Invest., 1951, 31, 572—580. — 3. Chaplin, H., Mollison, P. L.

Blood, 1952, 7, 12, 1227—1238. — 4. Doty, D. B., Weil, M. H. Surg. Gynecol. Obstet., 1967, 124, 6, 1263—1266. — 5. Fudenberg, H., Baldini, M., Mahoney, J. P., Dameshek, H. Blood, 1961, 17, 1, 71—82. — 6. Jacson, D. M., Nutt, M. E. J. Physiol., 1951, 115, 2, 196—205. — 7. Leeson, D., Reeve, E. B. J. Physiol., 1951, 115, 2, 129—142. — 8. Mostert, J. W., Trudnowski, R. J., Lam, F. T., Moore, R. H. Anesthesiology, 1968, 29, 1, 145—147. — 9. Riecker, G., Bubnoff, M. v. Z. ges. exptl. Med., 1959, 132, 2, 102—106. — 10. Root, B., Paragas, C. G. Anesth. Analgesia, 1964, 43, 1, 11—18. — 11. Sunder-Plassmann, L., Kloekorn, W. P., Messmer, K. Anaesthesist, 1971, 20, 5, 172—180. — 12. Wasserman, L. R., Yon, T. F., Rashkoff, Y. A. J. Lab. Clin. Med., 1951, 37, 3, 342—352. — 13. Тодоров И. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. София, 1963.

TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia
kateeder
Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

KAASASÜNDINUD PÜLOROSTENOOS LASTEL

INGA FREIBERG
Tallinn

UDK 616.334-007.271-053.1-089

Kaasasündinud pülorostenooos on sagedaim seedetrakti väärareng. Selle all kannatavad lapsed vajavad kirurgilist ravi juba esimestel elukuudel. Pülorostenooosi aluseks on maolukuti piirkonna lihaste hüpertroofia, millega kaasneb sekundaarne spasm (8, 11, 13). See põhjustab maolukuti osalise läbimatus. Laps oksendab sageli, kehakaal langeb kiiresti. Saab alguse düstroofia, mis õige ravi puudumisel võib põhjustada surma.

Kirurgiline ravi pülorostenooosi korral on üks suuremaid saavutusi kõhuõonekirurgias (1, 4). Enne püloromüotoomia rakendamist 1912. aastal kõikus letaalsus selle haiguse korral 50...70% vahel. Kui enne ja pärast operatsiooni on lapsi õigesti hooldatud, on tervistunud peaaegu kõik; letaalsus on viidud 1%-ni.

Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgiaosakonnas raviti aastail 1966...

1971 pülorostenooosi tõttu 43 last, s.o. 0,6% kõikidest osakonnas viibinud haigetest. Põhise oli märksa rohkem kui tüdrukuid, suhe 32:11. Enamik lapsi oli ravile saabumisel vanuses kolmest nädalast kuni kahe kuuni, haigus oli kestnud kaks kuni neli nädalat.

Tähtsaimaks sümptomiks on oksendamine, mis tekib lapsel enamasti kahe kuni kolme nädala vanuselt, harva varem (meil kahel lapsel esimesel elunädalal). Laps oksendab algul harva, mõne päeva pärast sagedamini, enamasti iga toitmise järel. Oksemassid on tihti hapu lõhnaga, mis on tingitud maosisaldise peetusest. Oksemassides leidub kalgendunud piima, mitte kunagi aga sappi. Harva on täheldatud kohvipaksu meenutavaid oksemasse, mis viitab hemorraagilisele gastriidile (9). Meil diagnoositi seda ühel lapsel. Oksemassid võivad olla söödud toidu hulgest suu-

remad ja väljuvad surve all, meenutades fontääni. Oksendamisest hoolimata jätkab laps ahnelt söömist, sest tal esineb pidevalt näljatunne. Samal ajal väheneb rooja ja uriini hulk. Imiku kaal, mis esimestel elunädalatel võib suureneeda, hakkab kiiresti langema. Ühe kuni poolteise kuu vanuselt võib laps kaaluda vähem kui sündides. Nahk muutub kuivaks, suur lõge langeb sisse, esineb rohke vedelikukaotus (dehüdratatsioon) ja ilmnevad tugevad nihked elektrolüütide tasakaalus — metaboolne alkalooos. Oksendamisega kaasnevast soolhappekaotusest saab alguse kloriid- ja kaaliumivaegus (11, 12). Turgor langeb tunduvalt. Nahk tõmbub voldsusse, eriti laubal, mis annab näole rauga ja kannataja ilme. Enamasti on epigastriaalpiirkond ette võlvunud, kuna kõhu alumised piirkonnad on sisse langenud. Pärast söömist, ka kõhu palpeerimisel ja perkuteerimisel, tekib nähtav mao peristaltika, mis pärast oksendamist tavaliselt kaob.

R. Gross, C. Benson, J. Brown (2, 3, 4) arvavad, et paksenenud maolukuti palpeerimisel on diagnoosimise seisukohalt suur tähtsus. Kodumaa autorid S. Ternovski, N. Rozanova ja G. Bairov (7, 13, 14) seevastu väidavad, et see sümptom praktikas tähtsat osa ei etenda, sest maolukuti on õnnestunud palpeerida suhteliselt harva. Ka meil õnnestus see vaid 14 juhul.

Diagnoosi määramisel on tähtis osa röntgenoloogilisel uurimisel. Lapse vertikaalasendis tehtud ülesvõttel kõhuõõnest on nähtav suur gaasi ja vedelikuga täitunud, segmentaarse peristaltika tõttu liivakella meenutav magu, soolestikus on gaasi hulk väike (1, 5, 7). Uurimiseks kasutatakse kontrastainena 5%-list baariumilahust segatuna 30... 50 ml rinnapiimaga. Röntgenülesvõtted tehakse 15... 20 minutit pärast kontrastaine andmist, seejärel 3, 6 ja 24 tunni pärast. Normaalselt tühjeneb imiku magu kolme kuni nelja tunni vältel. Kontrastainepeetus maos kuus kuni kümme tundi, eriti aga 24 tundi, kinnitab pülorostenooosi olemasolu (vt. tahvel I, röntgenogramm 1 ja 2). S. Do-

letski, F. Russel ja A. Miller (6, 10) peavad spetsiifiliseks sümptomiks röntgenogrammil ahenenud ja pikenenud maolukutikanalit, mis eriti selgelt ilmneb lapse paremas põikiasendis tehtud ülesvõttel (vt. tahvel II, röntgenogramm 3). Kui see on leitud, katkestatakse uurimine.

Diferentsiaaldiagnoosimisel tuleb eeskätt arvestada pülorospasmi, kuid ka kaasasündinud söögitoruahenemust, kardiostenooosi, söögitorulahi songa, kaksteistsõrmiksoole arenguanomaaliaid ja väga harva esinevat maolukuti atreesiat.

Pülorostenooosi ravi on ainult kirurgiline, kusjuures valikoperatsiooniks on püloromüotoomia Ramstedti järgi. Kui diagnoos ei ole selge, alustatagu konservatiivset ravi kestusega viis kuni seitse päeva. Last toidetakse väikeste portsjonite kaupa, talle antakse spasmolüütikume (atropiini, diprasiini ja pipolfeeni) ja B₁-vitamiini. Kui tulemusi ei ilmne, tuleb last opereerida.

Eriti tähtis on operatsioonieelne ettevalmistus, mille pikkus ja intensiivsus sõltuvad haiguse kestusest ja lapse teravilikkuse seisundist. Ettevalmistuse ülesanne on kõrvaldada dehüdratatsioon ja taastada elektrolüütide tasakaal. Enamasti kestab see kaks kuni kolm päeva. Kui on tegemist kaasnevate haigustega (kopsu- või kõrvapõletik), on näidustatud kompleksravi (15). Lapse toitmine lõpetatakse 12 tundi enne operatsiooni, kusjuures vahetult operatsiooni eel tühjendatakse magu kateetriga, see jäetakse makku kogu operatsiooni ajaks.

Parimaks tuimastusmeetodiks on üldnarkoos, rasketel juhtudel endotrahheaalne. Kui vilunud anestezioloogi ei ole, võib opereerida ka lokaalse anesteias (0,25%-lise novokaiinilahusega). Lapsele soovitakse suhu panna lutt, mida on niisutatud glükoosilahuses, millesse on lisatud alkoholi.

Sobivaimaks peetakse lõiget parema roietekaare all, alates kõhu sirglihase välimisest servast lateraalsele (Robertsoni järgi). Kõhuõõne avamisel satub haava maks, takistades soolelingude

väljalangemist. Kirurg haarab paksenenud ja kõhrelist konsistentsi maolukuti vasaku käe sõrmede vahele ja toob selle haavast välja. Veresoonteta alal, tavaliselt maolukuti eesmisel pinal, tehakse pikilõige läbi serooskesta kuni *v. pylorica*'ni. Edaspidi nihutatakse lihasekiud laiali, seda tehakse nürilt sondi või anatoomilise pintsetiga seni, kuni limaskest on haavast täielikult läbi tunginud. Erilist ettevaatust nõuab manipuleerimine kaksteistsõrmiksoolepoolses osas, kus limaskesta volt ulatub maolukutisse, sest seal võib limaskesta kergesti vigastada. Verejookse tekib harva, kuid veresoonte vigastamisel on vajalik hoolikas verejooksu peatamine. Enne mao paigaldamist kõhuõõnde surutakse gaas maost kaksteistsõrmiksoolde ja kontrollitakse limaskesta terviklikkust. Vigastuse korral on gaasimullide või soolesisaldise väljumine nähtav. Limaskesta vigastus on eluohtlik, kui see on tähele panemata jäänud. Limaskesta defekt tuleb sulgeda üksikõmblustega, ilma et maolukutit ahendataks. Haav suletakse kihitide kaupa. Operatsiooni ajal soovitakse teha vere- või vedelikuülekanne.

Kaks kuni neli tundi pärast operatsiooni antakse lapsele juua 5...10 ml 5%-list glükoosilahust. Kui laps oksendama ei hakka, antakse edaspidi esimesel päeval iga kahe tunni järel 10 ml rinnapiima. Järgnevalt suurendatakse piima hulka iga päev 100 ml võrra, jätkates toitmist iga kahe tunni järel. Kuuendal kuni seitsmendal päeval minnakse üle rinnaga toitmisele iga kolme tunni järel. Kui operatsiooni ajal on tekkinud limaskesta vigastus, tuleb last üks kuni kaks päeva toita parenteraalselt, alles seejärel võib eespool mainitud toitmisviisile üle minna. Parenteraalselt asendatakse ka puuduv vedeliku ja soola hulk arvestusega 150 ml vedelikku ühe kilogrammi kehakaalu kohta. Pärast operatsiooni tuleb plasma- ja vereülekandeid jätkata kuni normaalse toitmisrežiimini, kontrollides seejuures vere koostist. Vitamiinid soodustavad haava paranemist. Antibiooti-

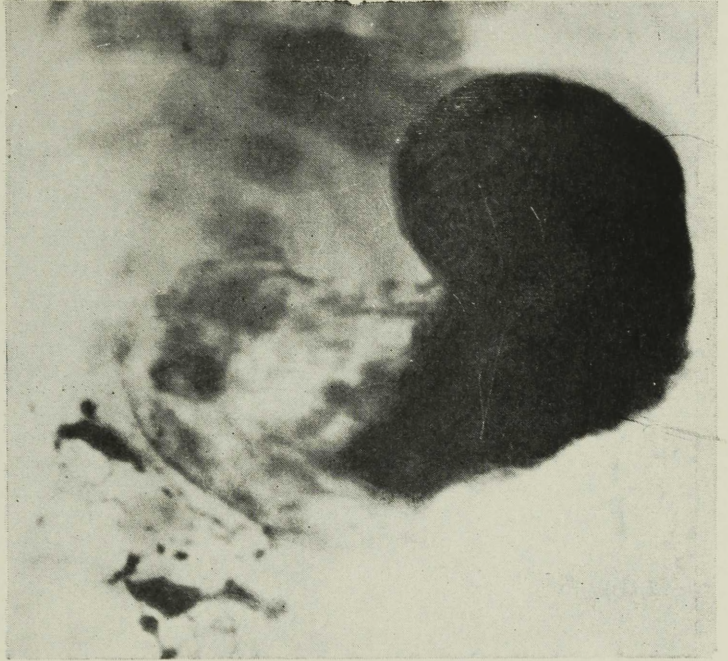
kume määratakse vaid siis, kui on tekkinud kaasnevaid haigusi. Niidid eemaldatakse haavalt 8. kuni 10. päeval, sest haava paranemine on hüpotroofia all kannatavatel imikutel aeglustunud.

Operatsiooni tüsistustest on kõige ohtlikumad märkamata jäänud kaksteistsõrmiksoole limaskesta vigastus ja jätkuv verejooks, mis võivad põhjustada peritoniiti ja lõppeda surmaga. Meie ravitud lastel neid tüsistusi ei tekkinud. Kui lõige maolukutil ei ole olnud küllaldane, võib tekkida pülorostenooosi retsidiiv, mille puhul tuleb opereerida korduvalt. Meie pidime uuesti opereerima üht last. Kõik ülejäänud paranesid hästi ja nad lahkusid kirurgiaosakonnast 10. kuni 20. päeval pärast operatsiooni.

Ravi hilistulemuste uurimisel kuus kuud kuni 12 aastat pärast operatsiooni selgus, et kõik lapsed olid arenenud normaalselt, neid võib pidada tervistunuiks.

Suri vaid üks laps, ühekuune poiss. Ta saabus haiglasse raskes hüpotroofia- ja dehüdratatsiooniseisundis, mida ei olnud võimalik ravida. Kuigi operatsiooni ajal tüsistusi ei tekkinud, suri laps neljandal päeval pärast operatsiooni. Selle lapse haiguse kulg tõestab, et pülorostenooosi kliinilise pildi mitmetundmine ja pikaajaline konservatiivne ravi võivad põhjustada atroofiat ja surma. Varajane diagnoosimine ja õige ravitaktika aga tagab kiire tervistumise.

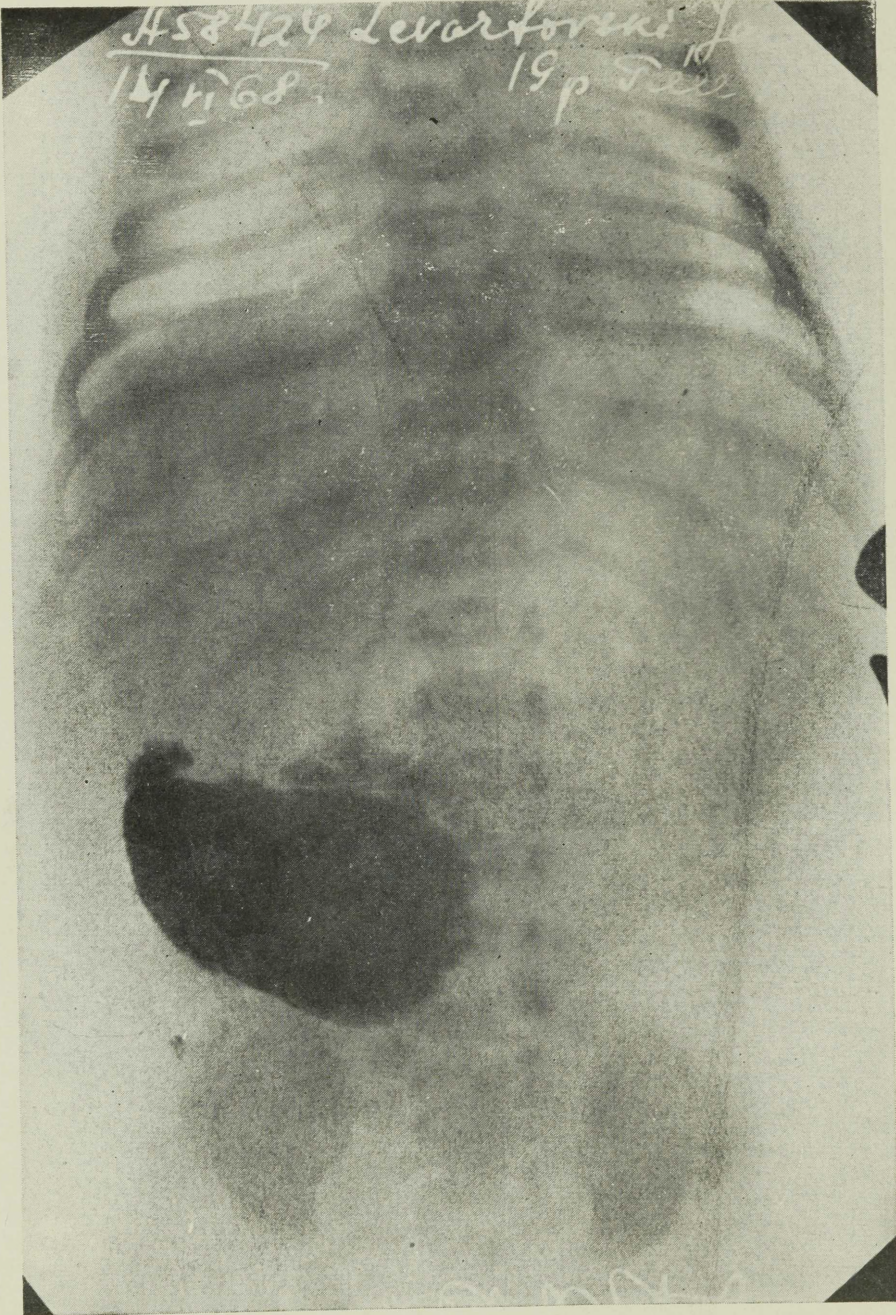
KIRJANDUS: 1. Bellmann, G. Dringliche Chirurgie der ersten Lebenswoche. Leipzig, 1967. — 2. Benson, C. D., Lloyd, J. R. Am. J. Surg., 1964, 3, 429—433. — 3. Brown, J., Mason, J. Surgery of Childhood. London, 1962. — 4. Gross, R. E. The Surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia, London, 1953. — 5. Meissner, F. Kinderchirurgische Erkrankungen, B. I. Leipzig, 1965. — 6. Russel, F., Miller, A., Ostrum, H. Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med., 1945, 54, 17—29. — 7. Баиров Г. А. Хирургия пороков развития. Л., 1968. — 8. Бахтяров В. А., Пантелеева В. Ф. Вопр. педиатр. охр. мат., 1952, 3, 53—57. — 9. Биезинь А. П. Диагностика хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полостей у детей. М., 1971. — 10. Долецкий С. Я., Исаков Ю. Ф. Детская хирургия. Часть II. М., 1970. — 11. Долецкий С. Я., Пугачев А. Г. Непроходимость



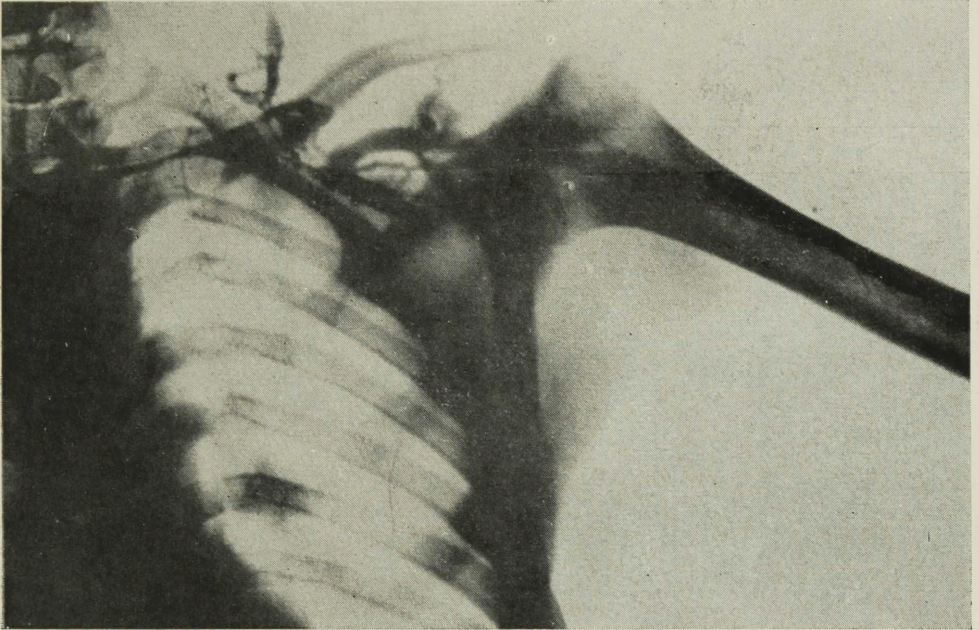
Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2

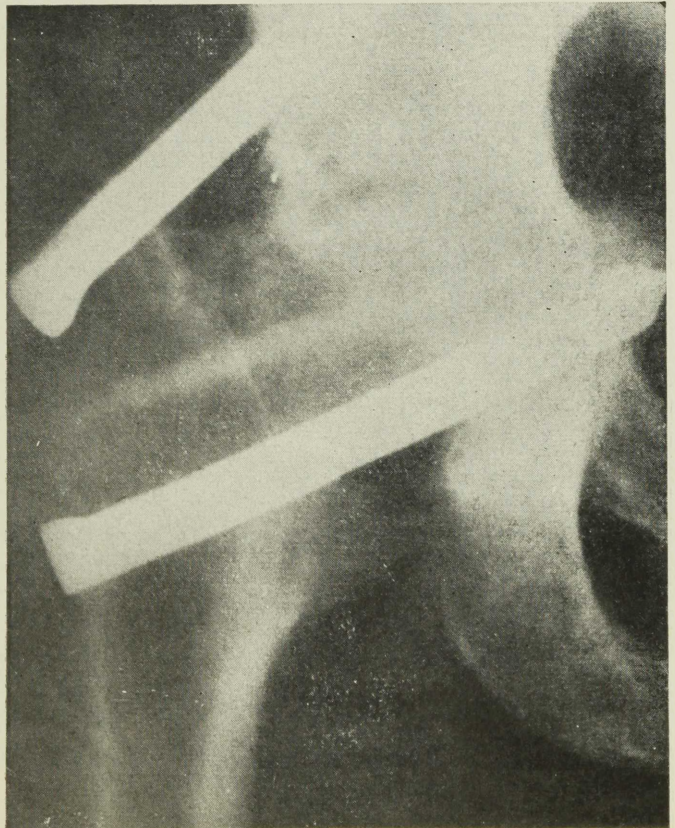


Röntgenogramm 3

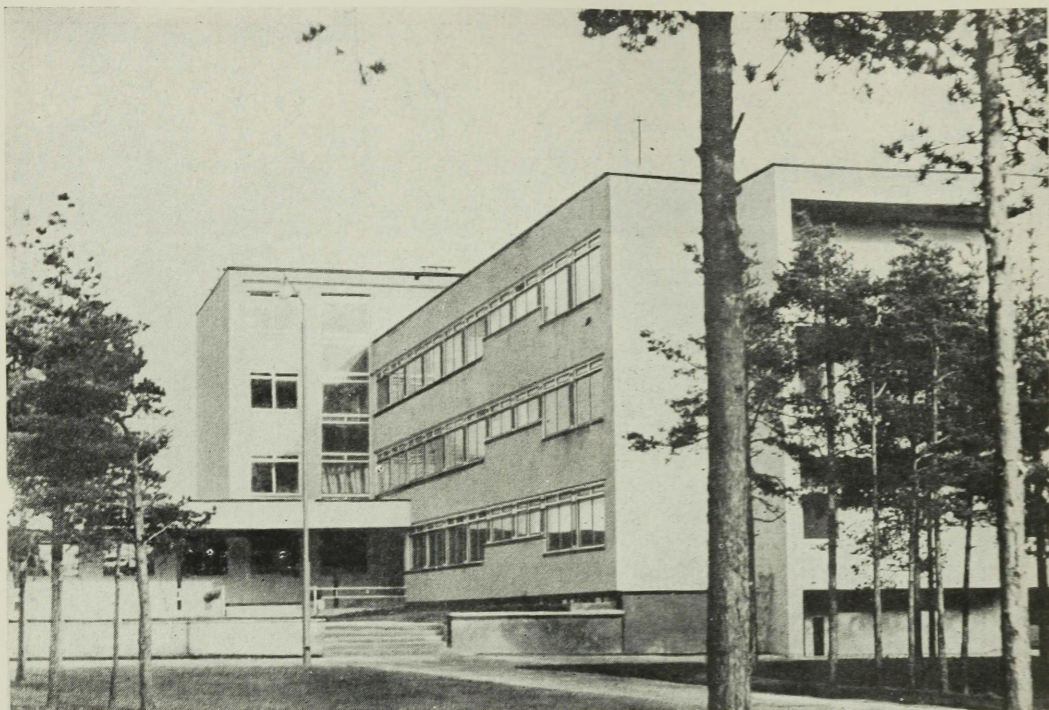


Flebogramm. *V. axillaris*'e ja *v. subclavia* tromboos. *V. basilica* täitunud, kontrastaine levib retrograadselt *v. jugularis interna'sse*.

E. Liiv

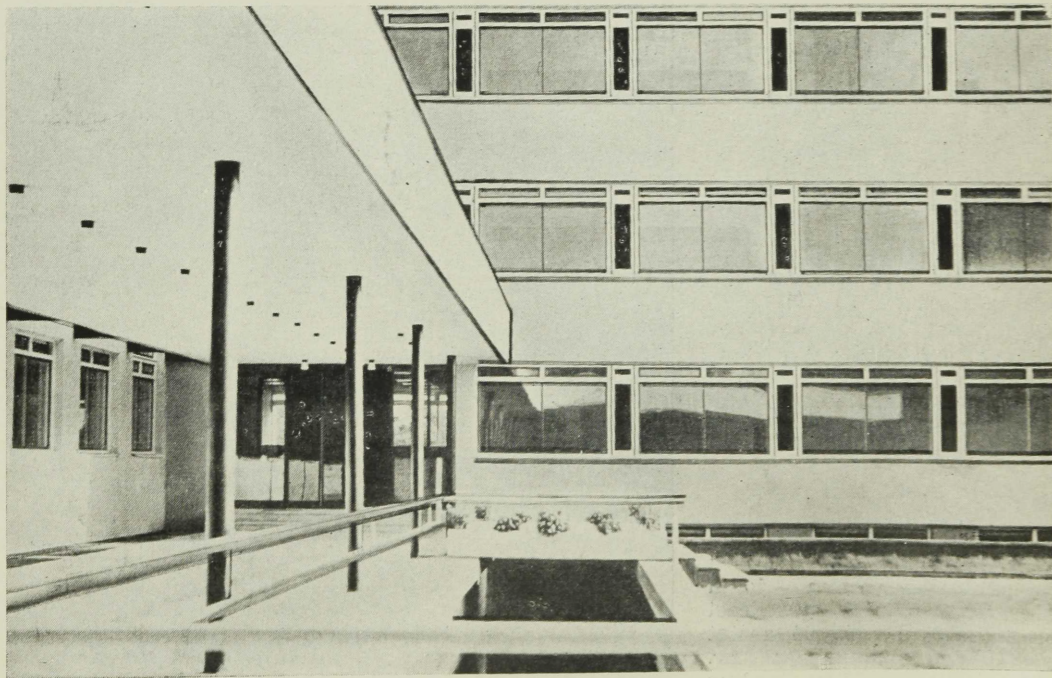


Röntgenogramm kolm kuud pärast artrodeesi (haige L. K., 64 aastat vana, haiguslugu nr. 1982/1970). Näha luuline anküloos. Haigel kaebusi ei ole.



Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri hoone Hiiumaa.
Arh. K. Vanaselja.

J. Varise fotod



(Vt. tekst lk. 89)

пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей. М., 1968. — 12. Исаков Ю. Ф., Долецкий С. Я. Детская хирургия. М., 1971. — 13. Розанова Н. А. Врожденный пилоростеноз у грудных детей и его оперативное лечение. М., 1960. — 14. Терновский С. Д.

Хирургия детского возраста. М., 1953. — 15. Тошовский В., Вихитил О. Острые процессы в брюшной полости при врожденных аномалиях у детей. М., 1957.

Tallinna Vabariiklik Haigla

PAGET-SCHROETTERI HAIGUSE DIAGNOOSIMINE JA RAVI

IVAN SKORODKO
JURI MÄNNISTE

Tallinn

UDK 616.145.4-005.6-089

Rangluualuse veeni tromboosi peeti kaua harulduseks, kuid viimase aja meditsiiniperioodikas võib üha sagedamini leida töid ülemise õonesveeni süsteemi tromboosist, eriti rangluualuse veeni sulgusest (Paget-Schroetteri haigus).

Veresoonte haiguste uurimise metoodika täiustumine, eriti venograafia, lümfograafia kasutuselevõtt, võimaldas täpsemini hinnata haiguse etioloogiat ja patogeneesi ning teha korrektiivse ravitaktika valikul. Paljud autorid (1, 2, 3) on hakanud pessimistlikult suhtuma rangluualuse veeni nn. traumaaatilise tromboosi konservatiivsesse ravisse. Kirurgiline ravi aga ei ole laialdasemat rakendamist leidnud, sest puuduvad ühtsed seisukohad nii operatsiooni aja, ulatuse kui ka meetodi valikul (5).

Peamisteks tromboosi põhjustavateks teguriteks peetakse otsest traumat, õlavöötme lihaste ülepingutust, veeni anomaalset anatoomilist suhet ümbritsevate kudede (peamiselt esimese roide ja rangluu vahelise ruumi kitsenemist), vere hüübimisvõime häireid, kasvajalisi või põletikulisi protsesse ja operatsioonijärgseid armistumisi. Ka allergilised ja infektsioossed haigused ning mürgitus, südame ja veresoonte dekompenseeritud puudulikkus, samuti ülemise õonesveeni harude sagedane kanüülimine ravimite manustamiseks võivad olla rangluualuse veeni või kaenlaveeni tromboosi põhjuseks.

Haigus võib olla ka polüetioloogiline ja väga erineva kliinilise pildi ning kuluga. Eespool nimetatud ajendas meid jagama oma kogemusi meie ravitud 31 haige kohta, neist 19 opereeriti, 12 raviti konservatiivselt.

Statsionaari saabus enamik mitmesuguste diagnoosidega, nagu õlavarrearteri tromboos või endarteriit, lümfadeniit kaenlaaugu ja kaela piirkonnas, liigesepõletik, kaela närvipõimiku põletik.

Flebograafiliselt uuriti 39 haiget, kellel oletati rangluualuse veeni sulgust. Neist kaheksal juhul osutus rangluualune veen läbitavaks. Seega on flebograafial diferentsiaaldiagnostikas määrav tähtsus (vt. tahvel III, flebogramm).

Enamikku haigetest oli eelnevalt ravitud sümptomaatiliselt, mille tõttu 22 haiget saabus statsionaari siis, kui ägedad haigusnähud olid juba vaibunud, isegi siis, kui haigestumise algusest oli möödunud üks-kaks kuud. Ainult üheksa haiget hospitaliseeriti esimesel kuni kolmandal päeval pärast flebotromboosi teket.

Haiguse kulust olenevalt võisime ravitaktika seisukohalt lähtudes eraldada kolme staadiumi, nimelt ägedat, alaägedat ja kroonilist.

Rangluualuse veeni ägeda tromboosi tunnused olid: ülajäseme paresteesia, valu, raskustunne, tsüanoos, turse, nahaaluste veenide tugevnenud joonis kahjustatud poolel. Kolmel juhul oli kodar-

luuarteril pulss nõrgenenud, mida võis seletada arteri spasmiga. Adsoni sümptoom oli positiivne neljal haigel haiguse ägedas staadiumis. Nimetatud sümptoomid kujunesid välja enamasti esimestel ööpäevadel (tekkis ka turse) ja püsisid vaid kolm kuni neli päeva. Haiguse alguseks peeti enamasti turse ilmumist käele ja käe muutumist tsüanootiliseks.

Üksikud haiguse ägeda staadiumi sümptoomid võivad kauemaks püsima jääda ka haiguse alaägedas staadiumis. Valu tavaliselt kaob, nahaalune veenivõrgustik muutub silmatorkavamaks. Alaäge staadium võib kesta üks-kaks nädalat. Edaspidi haigus periooditi ägeneb, eriti pärast füüsilist pingutust.

39 haigest oli rangluualuse veeni ja kaenlaveeni segment täielikult sulgunud 31-l.

Konservatiivselt raviti 12 haiget. Flebograafial ilmnes venoosse äravoolu kompensatsioon. Nendel haigetel jäid vähesed vaevused püsima üksnes füüsilisel pingutusel. Pärast üks kuni kaks päeva väldanud intensiivset antikoagulantravi oli rekanalisatsioon korduval flebograafial rahuldav kuuel juhul. Seega saime suhteliselt häid tulemusi rangluualuse veeni tromboosi ägedas staadiumis siis, kui antikoagulantravi oli alustatud varakult. Kahel haigel kadusid tromboosinähud pärast kahekolmepäevast hepariinravi täielikult. Flebograafial osutus veen normaalseks, isegi klapid olid säilinud.

Ravitulemus oli hea veel kolmel haigel, kellel veeni oklusioon oli alguse saanud veenivälisest põletikulisest protsessist (lümfadeniidist). Kolmel juhul, mil kardiovaskulaarse puudulikkuse tõttu pidime operatsioonist loobuma, jäi konservatiivne ravi tulemusteta ning kaks haiget surid generaliseerunud tromboosi tagajärjel. Ülejäänud kaks konservatiivselt ravitud saadeti vasoloogilisele dispanseersele jälgimisele. Neist ühel jäid funktsionaalsed vaevused püsima ja talle soovitati kirurgilist ravi.

Tähelepanekutest nähtub, et konservatiivne ravi ägedad haigusnähud suuremal osal juhtudel küll likvideerib,

kuid haigus võib küllalt sageli retsidi-veeruda, minnes üle krooniliseks. Seega ühtivad meie tulemused Paget-Schroetteri haigust käsitlevate kirjanduse andmetega (4).

Kirurgiliselt raviti 19 juhul. Operatsiooni näidustusteks pidasime vasograafial diagnoositud veenisulgust ja kontrastaine sattumist sisemise ja välimise kägiveeni süsteemi. Teiseks kriteeriumiks olid meie arvates vaevused, nagu valu, lihaste nõrkus, paresteesia ja raskustunne kätes, ning objektiivselt tsüanoos, turse ja positiivne Adsoni sümptoom.

Kuigi suurem osa autoreid arvab, et operatsiooniks sobivam aeg on alles 5 kuni 6 nädalat pärast haigestumist, pidasime me kinni A. Bakulevi ja kaas-töötajate 1967. aastal soovitatud taktikast alustada varajast kirurgilist ravi teisel-kolmandal haiguspäeval. Haiguse hilisemas järgus võivad teisesed muutused olla niivõrd tugevasti välja kujunenud, et kirurgiline ravi osutub raskemaks.

Paget-Schroetteri haiguse kirurgilises ravis rakendasime peamiselt trombektoomiat haiguse varajases staadiumis (seitsmel haigel); flebolüüsi ja venotoomiat, mille puhul eemaldasime ka armistunud klapid (kümmel haigel). Ühel haigel likvideeriti arteriovenoosne fistul ning ühel taastati venoosse vere äravool *v. subclavia* ja *v. jugularis externa* vahelise anastomoosi rajamise teel.

V. subclavia leiti üles rangluualuse löike kaudu. Tehti flebolüüs, samal ajal eemaldati armkoestunud *m. subclavius* ning tehti eesmine skalenotoomia. Tromb ja armistunud klapp eemaldati veeni tehtud pikisuunalise löikeava kaudu.

Veen asetseb rangluu taga, mille tõttu sageli tekib tehnilisi raskusi tema proksimaalosa revisjonil, eriti tugevalt väljakujunenud armistumisprotsessi või luuliste muutuste korral. Seepärast tuli neljal haigel eemaldada roie, ühel läbistada isegi rangluu. Enamasti saime küllaldase juurdepääsu trombi proksimaalsele piirile üksnes siis, kui resetseerisime esimese roide. Vajaduse korral

võimaldas selline juurdepääs vabastada ka *v. anonyma* ümbritsevast fibroos-
sest sidekoest.

Esimest roiet on trombektoomia juh-
tudel harva resetseeritud, kuid sellist
resektsiooni tuleks radikaalse trombek-
toomia korral soovitada sagedamini
teha.

Kirurgilise ravi tulemused hindasime
heaks 11 haigel ja rahuldavaks viiel,
kirurgiline ravi ei andnud tulemusi kol-
mel haigel. Korduvaid operatsioone üle-
mise õõnesveeni süsteemi tromboosi
korral ei tehtud.

Kõik opereeritud on vasoloogi juures
dispanseersel jälgimisel kuuest kuust
kahe aastani.

J ä r e l d u s e d

1. Ülemise õõnesveeni süsteemi
tromboosi diagnoosimiseks ja ratsio-
naalse ravitaktika valikuks tuleks fle-
bograafiat laialdasemalt kasutada.

DUPUYTRENI KONTRAKTUURI KIRURGILISE RAVI TULEMUSTEST

ALEKSANDER PILLE
KALJU TAMMERA

Tartu

Sõrmede ja labakäe sagedasemaid
deformatsioone on Dupuytreni kontrak-
tuur, s. o. sõrmede painutuskontraktuur,
mille kliinilist pilti 1832. aastal esime-
sena üksikasjalikult kirjeldas prantsuse
kirurg G. Dupuytren, põhjendades selle
teket palmaaraponeuroosi kortsumi-
sega.

Ehkki möödunud 140 aasta vältel on
nimetatud haigusseisundit mitmekül-
gelt uuritud, ei ole selle etiopatogeneesi
veel täiesti selge. Osa autoreid tooni-
tab traumade tähtsust, sest neid esineb
teatavate elukutsete puhul, nagu sep-
padel, transporditöölised, autojuhtidel,
puuseppadel jt. (3, 4, 9). Kuid traumaga
ei ole võimalik seletada kontraktuuri
teket nende elukutsete esindajail, kes ei
tee füüsilist tööd, nagu insenerid,

2. Paget-Schroetteri haiguse kirur-
giline ravi annab paremaid tulemusi kui
konservatiivne. Kirurgiline ravi haiguse
varajasel perioodil on tehniliselt liht-
sam kui haiguse hilisperioodil.

3. Rangluualusele veenile paremat
juurdepääsu võimaldab esimese roide
resektsioon.

KIRJANDUS: 1. Courbier, R., La-
vours, G. Ann. Chir. Thorac. Cardiovasc.,
1968, 7, 3, 373—374. — 2. Бакулев А. Н.,
Савельев В. С., Думпе Э. П. Хирургиче-
ское лечение окклюзий верхней полой вены и
ее притоков. М., 1967. — 3. Покровский
А. В. и др. Грудная хир., 1970, 12, 5, 3—8. —
4. Потемкина Е. В., Березов Ю. Е.,
Клионер Л. И. В сб.: Всероссийская конфе-
ренция хирургов по флебологии. Саратов, 1966,
85—86. — 5. Прикупец В. Л. В сб.: Актуаль-
ные проблемы ангиологии. Кисловодск, 1969,
189—191.

Tallinna Vabariiklik Haigla

kantseleitöötajad, arstid jt. Üha rohkem
tunnustust on leidnud seisukoht, et
Dupuytreni kontraktuuri korral on
tegemist sidekoe haigusega — sidekoe
piirdunud esmase kahjustusega (12),
kus pärilikkusel on oma osatähtsus (8).
Selle teooriaga on võimalik seletada
haiguse esinemist perekonniti, samuti
mõlema käe üheaegset haigestumist.

Kuigi haiguse etiopatogeneesi on täna-
seni ebaselge, pooldab enamik auto-
reid kirurgilist ravi (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9,
10). Konservatiivne ravi leiab raken-
damist [kergekujuliste kontraktuuride
korral peamiselt profülaktika eesmär-
gil. Lokaalselt manustatakse hüdro-
kortisooni ja hüaluronidaasipreparaate,
millele lisandub massaaž (5, 7).

Kirurgilise ravi puhul, olenevalt

kontraktuuri astmest, on kasutusel mitukümmend erisuunalist lõiget. Operatsioonitehnikat on kirjanduses põhjalikult käsitletud (1, 2, 4, 8, 10), vähem aga on andmeid operatsiooni tulemuste kohta.

Töö eesmärk oli hinnata kirurgilise ravi tulemusi, arvesse võttes kontraktuuri raskusastet.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla II üldkirurgiaosakonnas (kuni 1. juulini 1971 Tartu Linna Kliinilise Haigla üldkirurgiaosakonnas) on ajavahemikul 1954...1972 opereeritud 157 haiget diagnoosiga *Contractura Dupuytreni*. Opereeritute vanus kõikus 27...79 aasta vahel, enamikul oli eluaastaid üle 50. Naisi on olnud üksnes 9 (5,7%), mehi 148 (94,3%). Selline on suhe ka teiste uurijate andmetel (4, 10).

A. Gilli (6), A. Bejuli (9) ja L. Nalivkini (11) eeskujul klassifitseerisime kontraktuuri raskuse järgi kolme staadiumi. I staadiumi puhul esinesid peopesas sõlmjad paksendid, kusjuures sõrme (või sõrmi) ei olnud võimalik üle sirutada (14 haigusjuhtu). II staadiumis tekkis sõrme (või sõrmede) kontraktuur nurga all kuni 140° (84 haigusjuhtu). III staadiumile oli iseloomulik sõrme (või sõrmede) põhi- ja kesklüli painutuskontraktuur kuni 90° ja alla selle (59 haigusjuhtu).

Kõige tüüpilisemaks peetakse IV sõrme, seejärel V, III ja II sõrme kontraktuuri (1, 8). Meie patsientidel oli haigusest tabatud IV sõrm 74 juhul, V sõrm 45 juhul ja II...III sõrm 19 juhul. Mitme sõrme kontraktuuriga oli tegemist 42 patsiendil ja mõlema käe üheaegset haigestumist täheldasime 36-l.

Kontraktuuri I staadiumi puhul tehti enamasti pikisuunaline Kocheri lõige peopesas kootunud väadi ulatuses, mis peaaegu alati osutus küllaldaseks. Kontraktuuri II ja III staadiumi puhul kasutati figuurlõikeid, mis pärast palmaraponeuroosi ekstirpeerimist võimaldas nahka ökonoomselt kasutada.

Operatsiooni järel fikseeriti sõrmed korrigeeritud seisus 7...10 päevaks lahasele. Pärast õmbluste eemaldamist

alustati aktiivseid liigutusi, massaaži ja füsioteraapiat, paikselt manustati roniidaasi.

Kirurgiline ravi andis häid tulemusi kontraktuuri I staadiumi puhul kõikidel juhtudel, II staadiumis aga 70 juhul (83,3%). Rahuldavaid tulemusi saadi seitsmel (8,3%) ja retsidiive tekkis seitsmel juhul (8,3%). Kontraktuuri III staadiumi korral olid tulemused halvemad. Neid võis pidada headeks ainult 16 juhul (27%), rahuldavateks 28 juhul (47%) ja ebarahuldavateks 15 juhul (26%). Hindamisel liigitasime headeks need tulemused, mil sõrme (sõrmede) liikuvus oli täielikult taastunud. Rahuldavaks hindasime tulemusi, kui saadi kontraktuuri esimesele staadiumile vastav seisund. Ebarahuldavaiks pidasime ravitulemusi kõikidel nendel juhtudel, kus palmaraponeuroosi eemaldamise järel ilmnes, et kontraktuuri likvideerida oli võimatu, sest kontraktuur oli artrogeenset laadi või oli sügenenud retsidiiv.

Analüüsitud andmed lubavad järeldada, et Dupuytreni kontraktuuri kirurgilise ravi tulemused ei sõltu üksnes operatsioonitehnikast, vaid suurel määral kontraktuuri staadiumist. Kui I ja II staadiumi puhul osutuvad tulemused headeks, siis III staadiumi puhul on need üksnes rahuldavad, kusjuures tüsistusi tekib ligikaudu ühel neljandikul juhtudest. Et kontraktuuri III staadiumi puhul, vaatamata operatsiooni radikaalsusele ja aktiivsele operatsioonijärgsele ravile, ei ole võimalik taastada sõrmede täielikku liikuvust, siis on oluline opereerida haigeid juba kontraktuuri I või II staadiumis, mil peopesa nahal ei esine veel ulatuslikke düstroofilisi muutusi ega liigestes artrogeenseid kahjustusi.

KIRJANDUS: 1. Baumgartl, F., Niemann, F. Zbl. Chir., 1964, 89, 1, 13—24. — 2. Buck-Gramcko, D. Chir. Prax., 1969, 13, 449—459. — 3. Dupuytren, G. Lecons orales de clinique Chir., faites à l'Hotel-Dieu de Paris. Paris, 1832. — 4. Einarsson, F. Acta chir. scand., 1946, 1, 93. — 5. Geldmacher, J. Chirurg, 1963, 34, 10, 451—457. —

6. Gill, A. Ann. Surg., 1938, 107, 122—127. —
 7. Grewe, H. Chirurg, 1957, 28, 2, 51—53. —
 8. Titze, A. Chir. Prax. (München), 1968, 12,
 1, 95—105. — 9. Бюл А. П. В кн.: Сб. раб.
 хир. клиники I Моск. мед. ин-та. М., 1938, 82—
 96. — 10. Брянцева Л. Н. Контрактура Дю-
 пюитрена. Л., 1963. — 11. Наливкин Л. А.

Казанский мед. ж., 1936, 73—77. — 12. Стру-
 ков А. И., Бегларян А. Г. Патологическая
 анатомия и патогенез коллагеновых болезней.
 М., 1963.

TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia ja
 topograafilise anatoomia kateeder

IMIKUTE NAKKUSLIKU DIARRÖA ETIOLOOGILINE STRUKTUUR

HARRI LÖIV

Tallinn

UDK 616.981-053.3-02

Laste diarröa etioloogia väljaselgitamisele on tähelepanu pööratud juba bakterioloogia alguspäevist alates (2, 6). Etioloogia mitmeid keerdküsimusi on üheksakümne aasta jooksul siiski suudetud lahendada, nii et võime rääkida juba nakkuslikku päritolu diarröa etioloogilisest struktuurist. Seda on püütud määrata kas patogeensete enterobakterite või ainuüksi mõnede tingimisi patogeensete bakteriperekondade identifitseerimisega (9, 21, 37, 48, 49), mistõttu diarröa etioloogiat on olnud võimalik selgitada vaid osaliselt (22, 31, 47). Järelikult on diarröa etioloogilise struktuuri uurimisel vähe tähelepanu pööratud kõikide isoleeritud gramnegatiivsete aeroobsete koprobakterite* identifitseerimisele. Öeldut kinnitab ka kirjandusandmete vähesus (20, 27, 35). Meie vabariigis ei ole seni selliseid uurimisi üldse tehtud.

Meie töö ülesanne oli esiteks uurida kuni aasta vanuste laste nakkusliku diarröa etioloogilist struktuuri gramnegatiivsete aeroobsete koprobakterite ja patogeensete stafülokokkide suhtes, teiseks selgitada, millisel määral võimaldab meie kasutatud meetodika identifitseerida isoleeritud mikroorganisme. Uurisime nakkuslikku päritolu diarröaga 892 imikut, kontrollrühmas oli 75 enteropaatiata last. Diarröaga lastest kaasnes 449-l parenteraalne nakkus,

sagedamini respiratoorne; 107 lapsel kaasnes mingi sisehaigus, enamasti diatees või rahhiit; 154 lapsel kaasnesid samal ajal veel parenteraalne nakkus ja sisehaigus, 182 lapsel kaasnevat haigust ei olnud.

Väljaheidet uurisime keskmiselt kümme korda, sellest kolm kuni neli enne ravi algust. Väljaheite külviks kasutasime Ploskirevi, Endo ja Levine'i diferentsiaalsöötmeid. Isoleeritud kultuure identifitseerisime enda poolt väljatöötatud meetodikal. Kõigepealt külvasime erinevate omadustega pesad diferentsiaalsöötmetel polütroopsele söötmeagarile nimetusega PTS-agarsoode (46). Sellel kasvanud kultuuril määrasime indooli ja oksüdaasi, vajaduse korral ka β -galaktosidaasi. Osa PTS-agensöötmetel kasvanud kultuure külvasime edasi *Klebsiella-Enterobacter-Serratia* e. KES-agensöötmele (45). Tüved identifitseerisime seroloogiliselt *Shigella*, *Salmonella* ja *E. coli* O 26, O 55, O 111, O 119, O 125, O 126, O 127, O 128, «9» seerumitega ja meie valmistatud või hangitud *E. coli* O 20, O 25, O 44, O 86, O 112, O 124, O 129, O 136, O 142, O 144, O 146, K 22827 ja M 713 seerumitega. *Staphylococcus aureus*'e isoleerimiseks kasutasime 7,5%-list manniit-soolagensöötmet (3).

Isoleeritud mikroobitüvede identifitseerimisel saadud tulemused on tabelis 1.

* koprobakterid = väljaheitebakterid

Imikute nakkusliku diarröa etioloogiline struktuur

Koprobakterite identifitseerimis-meetodid	Isoleeritud koprobakterite arv eri vanuserühma lastel					kontroll-rühma lastel
	0...1 kuud	1...2 kuud	2...4 kuud	4...6 kuud	6...12 kuud	
Rutiinmeetodid						
<i>Shigella</i>			2	5	14	
<i>Salmonella</i>	1	1	3	3	6	
<i>E. coli</i> serotüübid	11	11	15	19	34	
<i>E. coli</i>	51	48	42	34	94	42
Autori meetodid						
<i>E. coli</i> serotüübid	1	3	1	4	5	
<i>Shigella</i> ja <i>Salmonella</i> antigeenidega <i>E. coli</i>	5	2	3	3	11	1
laktoosnegatiivne <i>E. coli</i>	14	28	21	30	55	7
<i>Alcalescens-Dispar</i> O 4		1				
<i>Proteus-Morganella-Providencia</i>	36	41	70	80	128	17
<i>Klebsiella-Enterobacter-Serratia</i>	23	19	21	18	39	8
<i>Arizona-Citrobacter</i>	2	1	8	1	7	
<i>Aeromonas-Plesiomonas</i>	2	2	2		2	
<i>Yersinia enterocolitica</i>					1	
Asahharolüütillised bakterid	7	2	2	2	14	1

Tabel 2

Nakkusliku diarröaga imikutelt isoleeritud mikroobide puhas- ja segakultuurid

Mikroobitüved	Koprobakterid			Kaasnevad mikroorganismid						
	tüvede arv	kaasnevate mikroorganismideta	kaasnevate mikroorganismidega	Enteropatoogeensed <i>E. coli</i> serotüübid	<i>Shigella-Salmonella</i>	laktoosnegatiivne <i>E. coli</i>	<i>Klebsiella-Enterobacter-Serratia</i>	<i>Proteus</i>	<i>Morganella</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
Enteropatoogeensed <i>E. coli</i> serotüübid	90	12	78	—	—	14	10	40	1	43
<i>Shigella-Salmonella</i>	35	5	30	—	—	4	5	15	2	9
<i>E. coli</i>	269	143	126	—	—	—	—	—	—	123
laktoosnegatiivne <i>E. coli</i>	186	62	124	14	4	2	7	34	10	61
<i>Klebsiella-Enterobacter-Serratia</i>	120	29	91	9	5	8	—	31	—	55
<i>Citrobacter-Arizona</i>	19	8	11	1	—	1	2	3	—	6
<i>Proteus</i>	284	67	217	34	15	39	31	—	—	134
<i>Morganella</i>	67	21	46	5	3	11	2	6	—	25
<i>Providencia</i>	4	1	3	—	—	—	—	1	—	1
<i>Aeromonas-Plesiomonas</i>	8	3	5	1	—	—	1	2	—	3
Asahharolüütillised bakterid	27	10	17	—	1	1	4	2	—	9

Rutiinmeetoditel olid identifitseeritavad $35,5 \pm 2,9\%$ kõikidest isoleeritud mikroobitüvedest ja meie meetodeil kõik isoleeritud tüved. Kontrollrühma lastelt isoleeritud mikroobitüved olid rutiinmeetoditel $\frac{1}{3}$ võrra sagedamini identifitseeritavad, peamiselt *E. coli* arvel. Enteropaatiaga lastelt eritus kõige sagedamini *E. coli*, seejärel *Proteus-Morganella-Providencia-* ja *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*-rühma mikroobe. *Arizona-Citrobacter-* ja *Aeromonas-Plesiomonas*-rühma mikroobe ning suhkruid mittelõhustavaid e. asahharolüütilisi baktereid* eritus vähem kui 3% -l, enteropatoogeensid baktereid keskmiselt 15% -l haigetest.

Üksikute mikroorganismide liikide leiusageduse võrdlemisega diarröaga ja diarröata laste vahel selgitasime välja, et *Proteus-Morganella-Providencia*-rühma mikroobe eritus haigetelt lastelt sagedamini kui tervetelt. Asahharolüütiliste ja *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*-rühma bakterite eritumises mõlema rühma lastel olulist erinevust ei olnud. Kontrollrühma lastel ei sedastanud me kontagioosete enterobakterite**, *Arizona-Citrobacter-* ja *Aeromonas-Plesiomonas*-rühma mikroobide ning *Yersinia enterocolitica* eritumist.

Erinevate vanuserühmade lastelt isoleeritud mikroobitüvede leiusageduse omavahelisel võrdlemisel jõudsime selgusele, et kontagioosseid enterobaktereid eritus kuni kahe kuu vanustelt lastelt harvem ja peamiselt *Sh. sonnei* arvel, kuna viimast mainitud vanuserühmade laste väljaheites ei esinenud. *Proteus*'t isoleerisime sagedamini kahe kuni kuue kuu vanustelt ja *E. coli* ühe kuni kahe kuu vanustelt lastelt.

Puhaskultuuridena eritusid isoleeritud koprobakterid 361 lapsel, s. o. 40% -l diarröaga lastest. Ülevaate isoleeritud mikroobide puhas- ja segakultuuride kohta esitame tabelis 2.

* Suhkruid mittelõhustavad bakterid on *Achromobacter*, *Moraxella*, *Pseudomonas*, *Alcaligenes*.

** kontagioossed enterobakterid on *Shigella*, *Salmonella* ja enteropatoogeensed *E. coli* serotüübid.

Tabeli parempoolses lahtris märgitud kaasnevate mikroorganismide liikide arv ei ühti eespool märgitud mikroorganismide arvuga seetõttu, et esiteks, osa tüvesid sedastasime enam kui kahes kombinatsioonis, või teiseks, tabelis ei ole esitatud mikroorganismide harva sedastatud kombinatsioone. Tabeli andmetel eritusid puhaskultuuridena sageli *E. coli*, *Arizona* ja *Citrobacter*, neist veidi harvem *Aeromonas*, *Plesiomonas*, asahharolüütilised bakterid ja laktoosi mitteääriv *E. coli*, viimastest veelgi harvem *Proteus-Morganella-Providencia*-rühma ja *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*-rühma mikroobid.

Kõige harvem eritusid puhaskultuuridena kontagioossed enterobakterid. Kõige sagedamini kaasnesid *Proteus-Morganella* ja *Staphylococcus aureus*. Viimast isoleerisime tihti *E. coli*, *Proteus-Morganella-*, *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*-rühma ning asahharolüütilisi mikroobe eritavatelt lastelt.

Imikute nakkusliku diarröa etioloogia väljaselgitamine on tänaseni aktuaalseks jäänud. Haiguse etioloogilise struktuuri määramiseks on väljaheite kogu mikrofloorat ühel ja samal ajal harva uuritud, uurimise raskuspunkt on sagedamini olnud teataval mikroorganismil. Nii on esile toodud *Proteus-Morganella-Providencia*-rühma mikroobe (14, 28) ning viirusi (34, 50), *Staphylococcus aureus*'t (38, 52), *Lambliia intestinalis*'t (40) ja muid mikroorganisme kui nakkusliku diarröa tekitajaid, ilma et samal ajal oleks identifitseeritud kogu aeroobset graamnegatiivset mikrofloorat. Viimaste hulka aga kuuluvad nii patogeensed kui ka need tingimisi patogeensed mikroobid, mille patogeensuses konkreetsel juhul ei kahelda.

Mahajäämuse osaline põhjus näib peituvat adekvaatse ja kõigile jõukohase meetodika puudumises. On ilmne, et aeroobse graamnegatiivse soolemikrofloora määramine on vajalik, sest diarröaga imikutelt on kirjanduse andmeil isoleeritud enamasti tingimisi patogeenseid entero- ja koprobaktereid, kuna patogeensed enterobakterid tekitavad imikutel soolenakkust harva (21,

27, 32, 33, 36). Mainitut kinnitab ka see, et patogeenseid enterobaktereid leidsime umbes 15% -l lastest. Teiste sõnadega, 85% -l lastest võinuks arvatav mao- ja soolenakkushaiguste tekitaja selgitamata jääda, kui bakterioloogilises diagnoosimises oleks piiratud vaid rutiinmeetoditega. Meie kasutuselevõetud meetodikaga oli võimalik identifitseerida kõik graamnegatiivsed aeroobsed bakterid.

Andmed võimaldasid analüüsida nakkusliku diarröa etioloogilist struktuuri. Nii selgitasime välja, et enteropaatiaga lapsed eritavad sageli *E. coli*'t, *Proteus*'t, *Morganella*'t ja *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*-rühma mikroobe. Kui *E. coli* eritumises diarröaga ja diarröata lastel oluline erinevus puudus, siis laktoosnegatiivset *E. coli*'t eritus nakkusliku diarröaga lastelt kaks korda sagedamini. Nende mikroobide hulgast on meil õnnestunud kindlaks teha enterokoliidi tekitajad (16, 17, 41).

Proteus-Morganella-Providencia-rühma mikroobide sagedane leid diarröaga lastel peaks viitama nende mikroobide osale nakkusliku diarröa tekitajana. Märkatav oli mainitud rühma mikroobide sage kooseksisteerimine *Staphylococcus aureus*'ega, mistõttu nende mikroorganismide koosesinemise korral on patogeensuse üksikliigi patogeensusest arvatavasti suurem. Seda õnnestuski loomkatsetega tõestada (44). Samades katseseeriates osutusid ka laktoosnegatiivne *E. coli* ja *Staphylococcus aureus* sünergiliselt toimivaiks. Sellist mitme mikroorganismi samaaegset koosesinemist on tavaliselt interpreteeritud düsbakterioosina (39, 51).

Kontrollrühmaga võrreldes eritusid ainult haigetelt *Arizona*, *Citrobacter*, *Aeromonas*, *Plesiomonas* ja *Yersinia enterocolitica*. Üldise arvamusel kohaselt võivad need mikroobid olla enterokoliidi tekitajad (4, 8, 18, 23, 24, 30, 41, 43). Mainitud mikroobide osale nakkusliku diarröa etioloogias viitab ka nende eritumine puhaskultuuridena (töö andmetel 37... 53% -l juhtudest). Kõige harvem eritus puhaskultuuridena patogeenseid enterobaktereid. Nendega kaas-

nevateks mikroobideks osutusid sageli *Proteus*, *Staphylococcus aureus* ja *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*-rühma mikroobid. Arvame, et neil võis olla määrav osa diarröa vallandamises, kuna kontagioosete enterobakterite eritajaist $\frac{1}{3}$ olid diarröad põdevad pisikukandjad. Asahharolüütilised bakterid, mille hulgas identifitseerisime *Achromobacter anitratus*'e, *Achromobacter lwoffii*, *Moraxella duplex*'i, *Alcaligenes faecalis*'e, *Alcaligenes bookeri*, klassifitseerimata *Alcaligenes*'e ja *Pseudomonas aeruginosa*, võivad mõnel juhul osutada mao- ja soolenakkushaiguste tekitajateks (1, 7, 19, 26, 29). Asahharolüütelistest bakteritest on *A. lwoffii* ja *Moraxella duplex*'it õnnestunud enteropaatiaga isikutelt isoleerida vaid üksikujuhtudel (15, 25). Tõstaksime esile *A. lwoffii* isoleerimist, mis õnnestus 0,8% -l, *Moraxella duplex*'it isoleerisime aga 0,2% -l haigestest (42).

Mikroobiliikide etioloogilise osa tõlgitsemisel diarröa tekkes ei või märkimata jätta, et $\frac{2}{3}$ -l lastest kaasnes parenteraalne nakkus, peamiselt respiratoorne, või et 80% lastest põdes samal ajal veel mingit haigust. Arvatakse, et tsiviliseeritud maades on laste diarröa enamasti «mittespetsiifiline» (5), parenteraalse nakkuse tagajärjel tekkinud diarröa (12) või paljude diarröa põhjuste kokkusattumise tagajärg (13). Primaarne soolenakkushaigus aga on tagaplaanile nihkunud. Mainitut kinnitab seegi, et mikroobid, mida sageli on leitud tervetel, on tihti ka diarröa tekitajad (10, 11). Nii ka meie (17) isoleerisime enterokoliidi tekitajateks osutunud *E. coli* O 4 ja O 6 8% -l enterokoliidi diagnoosiga ja 15% -l enterokoliidi diagnoosita lastest (16).

Kontagioosete enterobakterite, nimelt *Shigella*, enteropatogeense *E. coli* ja *Salmonella*, osatähtsus laste diarröa etioloogias on tänapäeval väike, eriti tsiviliseeritud maades. Samal ajal on nakkusliku diarröa osa laste üldhaigestumuses üks suuremaid. Järelikult võivad diarröa tekitajateks patogeensete enterobakterite kõrval olla ka teised mikroorganismid. Meie andmetel eri-

tusid diarröaga lastelt *E. coli*, laktoosnegatiivne *E. coli* (*E. coli* O 4 ja O 6), *Proteus-Morganella-Providencia-rühma* mikroobid, *Arizona*, *Citrobacter*, *Aeromonas hydrophila* ja *Aeromonas hydrophila var. anaerogenes*, *Plesiomonas shigelloides*, *Yersinia enterocolitica*, *Achromobacter anitratus*, *A. lwoffii*, *Moraxella duplex*, *Alcaligenes-Pseudomonas*.

Senisest rohkem peaks tähelepanu pööratama *Staphylococcus aureus*'e assotsiatsioonile *E. coli*'ga või *Proteus-Morganella-rühma* mikroobidega, kuna mainitud mikroobid osutusid koosluse korral patogeensemaks kui samad liigid üksikult.

Enamikul nakkusliku diarröaga lastest esines kaasnev haigus parenteraalse nakkushaigusena või mingi sisehaigusena, mistõttu osa diarröasse haigestumise juhtudest võis tingitud olla organismi alanenud resistentsusest.

KIRJANDUS: 1. Armstrong, J. G. J. *Pediatr.*, 1958, 53, 6, 704—718. — 2. Booser, W. D. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1897, 6, 159. — 3. Chapman, G. H. J. *Bacteriol.*, 1949, 50, 2, 201—203. — 4. Costin, I. D. In: Conferenția națională epidemiologica. București, 1968, 206. — 5. Dammin, G. J. *Med. Times*, 1967, 95, 3, 279—294. — 6. Escherich, Th. *Die Darmbakterien des Säuglings und ihre Beziehungen zur Physiologie der Verdauung*. Stuttgart, 1886. — 7. Florman, A., Schiffrin, N. J. *Pediatr.*, 1950, 36, 758—766. — 8. Galbraith, E. L., Crossley, V. M. *Canad. J. Public Health*, 1953, 44, 5, 172—176. — 9. Galinovič-Weissglass, M. *Zbl. Bacteriol. [Orig.]*, 1961, 181, 1, 63—80. — 10. Gordon, J. E. et al. *Bull. WHO*, 1964, 31, 1, 1—7. — 11. Grönroos, J. A. *Proc. Scand. XIV Congr. Pathol. Microbiol.*, Oslo, 1964, 135. — 12. Hurtado F., Abelli, A. J., tsit. Tolentino, P. *Arch. Dis. Childh.*, 1952, 27, 133, 262—264. — 13. Jelliffe, D. B. J. *Pediatr.*, 1966, 68, 5, 792—793. — 14. Lányi, B. *Acta microbiol. Acad. sci. Hung.*, 1956, 3, 4, 417—428. — 15. Le Noc, P., Moustardier, G. *Ann. Inst. Pasteur*, 1958, 94, 4, 435—441. — 16. Lõiv, H. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1969, 2, 105—107. — 17. Lõiv, H., Lullu, A. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1971, 6, 414—417. — 18. Makulu, A. et al. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 1969, 62, 452—460. — 19. Mellinkoff, S. M. *The Differential Diagnosis of Diarrhea*, New York, 1964. — 20. Mohieldin, M. S. et al. *J. Trop. Pediatr.*, 1966, 11, 4, 88—94. — 21. Monté, R. et al. *Rev. Cub. Pediatr.*, 1967, 39, 1, 111—122. — 22. Moore, H. A. et al. *Am. J. Publ.*

Health, 1966, 56, 442—451. — 23. Niléhn, B. et al. *Acta pathol. microbiol. scand.*, 1968, 74, 1, 101—113. — 24. Paučková, V., Fukalová, A. *Zbl. Bacteriol. [Orig.]*, 1963, 206, 2, 212—216. — 25. Piéchaud, D. et al. *Ann. Inst. Pasteur*, 1951, 80, 1, 97—99. — 26. Schaub, I. G., Hauber, F. D. J. *Bacteriol.*, 1948, 56, 4, 379—385. — 27. Singer, J. M. et al. *Am. J. Dis. Child.*, 1955, 89, 531—538. — 28. Seřčovičová, L. *Cesk. Epidemiol. Mikrobiol. Immunol.*, 1958, 7, 3, 197—201. — 29. Walker, H. J. *Pediatr.*, 1952, 41, 2, 176—181. — 30. Winblad, S. *Brit. Med. J.*, 1966, II, 5526, 1363—1366. — 31. Авенирова А. И., Спивак Л. К., *Здравоохран. Казахстана*, 1967, 1, 16—20. — 32. Амирджанов А. Н. *Уч. зап. Азерб. гос. мед. ин-та*, 1966, т. 21, 6—13. — 33. Афанасьева А. П. и др. *Педиатрия (Москва)*, 1963, 5, 57—63. — 34. Бабаев А. А. В кн.: *Тр. Азерб. н.-и. ин-та вирусологии, микробиологии и гигиены*, 1966, т. 26, 27—31. — 35. Вайтилавичюс А. И. В кн.: *Материалы XV Всесоюзного съезда эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов*. М., 1970, 1, 197—198. — 36. Гольдина В. Н. В сб.: *Тр. Воронежск. мед. ин-та*, 1963, т. 50, в. 2, 16—23. — 37. Грекова Г. Н. В сб.: *Кишечные инфекции*. Киев, 1969, в. 3, 167—174. — 38. Гринзайд М. И. и др. *Т. микробиол. (Москва)*, 1964, 11, 31—35. — 39. Дьякова Е. И. и др. В кн.: *Материалы II Всесоюзного съезда эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов*. М., 1966, 182—183. — 40. Крючков В. С., Кравченко А. С. В кн.: *Труды республиканского совещания и расширенного пленума научного общества детских врачей Украинской ССР*, 1961, 180—185. — 41. Лыйв Х. Д. В кн.: *Сб. докладов седьмой научной конф. Таллинского НИИЭМГ*. Таллин, 1970, 23—26. — 42. Лыйв Х. Д. Там же, 27—30. — 43. Лыйв Х. Д. В кн.: *Материалы XV Всесоюзного съезда эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов*. М., 1970, 1, 195—196. — 44. Лыйв Х. Д. В кн.: *Исследования по гастроэнтерологии*. Таллин, 1972, 88—89. — 45. Лыйв Х. Д. Там же, 104—106. — 46. Лыйв Х. Д. В кн.: *Сб. докладов второго республиканского съезда эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов*. Таллин, 1972, 47—49. — 47. Маслов М. С. *Педиатрия (Москва)*, 1960, 12, 3—5. — 48. Мирзабекян А. О., Ванцян Е. А. *Педиатрия (Москва)*, 1963, 5, 83—84. — 49. Пихл Х. О. В кн.: *Сб. докладов пятой научной конф. Таллинского НИИЭМГ*. Таллин, 1966, 24—30. — 50. Сабурова А. Ф., Шекоян Л. А. *Вопр. охр. мат.*, 1964, 8, 9—12. — 51. Чтецова В. М. В кн.: *Материалы второй научной сессии Ленингр. сан.-гигиен. мед. ин-та*. Л., 1967, 126. — 52. Яценко К. В. В сб.: *Кишечные инфекции*. Киев, 1969, в. 3, 135—137.

DIFTEERIAPISIKUTE KANDLUS EESTI NSV-s

VEERA MIROTSNIK
MARK HAZANOV

Moskva

OKU TAMM
HENDRIK PIHL

Tallinn

UDK 576.852.23-022.362(474.2)

Difteeriasse haigestumise tunduvaks vähenemiseks või lakkamiseks on eriti tähtis, et õpitaks tundma difteeriapisikute kandluse seaduspärasusi.

Esitame andmeid difteeriapisikute kandluse kohta Eesti NSV-s, kus viimased manifestsed haigusjuhud registree-riti 1964. aastal. 1966. aastast alates ei ole meil enam leitud ka *Corynebacterium diphtheriae* toksilisi tüvesid. Seega võib väita, et difteeriasse haigestumise lakkamisega kaob ka toksiliste difteeriapisikute kandlus.

Aruannetest selgub, et ajavahemikul 1965...1969 tehti Eesti NSV-s kindlaks difteeriapisikute kandlus vastavalt aastatele 0,89%, 0,2%, 0,23%, 0,12% ja 0,44%-l uurituist. Need tulemused osutavad sellele, et suhteliselt sageda mitetoksiliste haigusetekitajate kandluse korral ei pruugi esineda veel difteeriasse haigestumise juhte.

Difteeriapisikute kandlust uurisime epidemioloogiliselt koos NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudiga, kusjuures Tallinna ja Tartu elanikke uuriti 1970. aastal ning Kohtla-Järve elanikke 1971. aastal. Linnade valikul on silmas peetud difteeriasse haigestumise lakkamise aega: Tartus ei ole difteeriasse haigestumise juhte registreeritud 1962., Kohtla-Järvel 1963. ja Tallinnas 1965. aastast alates.

Uuritavad määrati juhusliku valiku printsiibil selliselt, et nad usaldatavalt esindaksid nimetatud linnade elanike erinevaid vanuserühmi. Laste puhul lähtuti sellest, kas nad kuuluvad lastekollektiivi või mitte, õpilaste puhul arvestati aga koolide profiili. Tartus uuriti bakterioloogiliselt 7890, Kohtla-Järvel 7639 ja Tallinnas 21 381 isikut.

Iga vaatlusaluse kohta täideti difteeriapisikute kandluse uurimise kaart, millele peale passiandmete kanti ka kliinilis-immunoloogiliste uurimiste tulemused.

Andmed difteeriapisikute kandluse kohta Tartu, Tallinna ja Kohtla-Järve elanikel on esitatud tabelis 1. Tulemused on statistiliselt usaldatavad ($t > 2$). Keskmine viga arvutati valemi

$m = \pm \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}}$ ja usaldatavuse koefitsient valemi $t = \frac{p}{m}$ järgi.

Difteeriapisikute kandluse kohta saadud andmeid ei ole varajasematega võimalik võrrelda, sest uurimise organiseerimise meetodika ja laboratoorsete uurimiste kvaliteet on olnud erinevad.

Kui võrrelda difteeriapisikute kandlust Tallinna ja Tartu elanikel, siis ilmneb sõltuvus haigestumise lakkamise aja ning pisikukandluse sageduse vahel. Tartus, kus difteeriajuhte ei olnud enam kaheksa aasta jooksul esinenud, oli difteeriapisikute kandjate arv ligikaudu kolm korda väiksem kui Tallinnas. Sellist sõltuvust haigestumise lakkamise aja ja difteeriapisikute kandluse vahel on Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituut täheldanud viies NSV Liidu linnas, kus samasuguseid bakterioloogilisi uurimisi korraldati. Kohtla-Järvel aga, kus elanikke uuriti difteeriapisikute kandluse suhtes aasta hiljem kui Tartus ja Tallinnas (seega oli viimastest haigusjuhtudest uurimise ajaks samuti möödunud kaheksa aastat nagu Tartuski), oli väljaselgitatud pisikukandjaid protsentuaalselt kõige rohkem.

Mittetoksiliste difteeriapisikute kandluse kohta on lahkavamusi. M. Hazanovi (5) arvates väheneb difteeriasse

Tabel 1

Difteeria bakterikandlus vanuserühmade järgi

Vanuserühmad	Tartus (1970. a.)			Kohtla-Järvel (1971. a.)			Tallinnas (1970. a.)		
	uuri- tute arv	bakteri- kandjaid		uuri- tute arv	bakteri- kandjaid		uuri- tute arv	bakteri- kandjaid	
		abso- luut- arvu- des	prot- sen- tides		abso- luut- arvu- des	prot- sen- tides		abso- luut- arvu- des	prot- sen- tides
Kuni 1 a.	70	—	—	25	—	—	701	1	0,14
1...3 a.	811	—	—	1083	1	0,09	2008	18	0,9
4...7 a.	1791	1	0,06	1712	8	0,47	5062	48	0,95
8...12 a.	1371	2	0,15	1912	18	0,94	4514	59	1,31
13...18 a.	1526	9	0,59	907	23	2,54	4637	29	0,63
Täiskasvanud	2321	10	0,43	2000	27	1,35	4459	19	0,43
Kokku	7890	22	0,28	7639	77	1,01	21381	174	0,81

Tabel 2

Difteeria bakterikandlus uuritute rühmades

Uuritute rühmad	Tartus (1970. a.)			Kohtla-Järvel (1971. a.)			Tallinnas (1970. a.)		
	uuri- tute arv	bakterikand- jaid		uuri- tute arv	bakteri- kandjaid		uuri- tute arv	bakterikand- jaid	
		abso- luut- arvu- des	prot- senti- des		abso- luut- arvu- des	prot- senti- des		abso- luut- arvu- des	prot- senti- des
Kodused lapsed									
kuni 1 a. vanused	66	—	—	21	—	—	618	1	0,16
1...3 a. „	471	—	—	495	1	0,2	569	8	1,41
4...7 a. „	695	—	—	524	—	—	1271	—	—
Sõimelapsed	406	—	—	602	—	—	1334	10	0,75
Lasteaialapsed	1030	1	0,1	1145	5	0,44	3915	47	1,2
Õpilased	2481	11	0,44	2213	29	1,31	7772	71	0,91
Internaatkoolide õpila- sed	376	—	—	532	11	2,07	1040	9	0,87
Tehnikumide õpilased	94	—	—	115	2	1,74	535	6	1,12
Täiskasvanud	2271	10	0,44	1992	29	1,46	4327	22	0,51

haigestumise harvenemisega nii toksiliste kui ka mittetoksiliste difteeriapisikute kandlus. M. Frobisher (1), C. Huang (2, 3) ja A. Kompanijets (4) seevastu, tunnustades difteeriahaigestumuse ja toksiliste difteeriapisikute kandluse intensiivsuse otsest seost, ei pea võimalikuks haigestumuse samasugust sõltuvust mittetoksiliste difteeriapisikute kandlusest. Toksiliste dif-

teeriapisikute kandlus tervetel isikutel on nende autorite arvates põhjuslikus seoses haigestumisega, mittetoksiliste difteeriapisikute kandluse põhjus ei ole veel selge ja see vajab täiendavat uurimist.

Tartus ja Kohtla-Järvel oli bakterikandlus kõige sagedam 13...18 aasta vanuste noorukite ja täiskasvanute hulgas (vt. tabel 1).

Tabelist 2 selgub, et Tartus avastati difteeriapisikute kandjaid kõige sagedamini üldhariduslike koolide õpilaste ja täiskasvanute hulgas, Kohtla-Järvel internaatkoolide ja tehnikumide õpilaste ning täiskasvanute hulgas. Tallinnas leiti difteeriapisikute kandjaid kõige sagedamini 1...3 aasta vanuste koduste ja lasteaia laste hulgas, kellele järgnesid tehnikumide ja üldhariduslike koolide õpilased.

Töö tulemustest järgneb:

1) difteeriasse haigestumise lakkamisel lõpeb ka toksiliste difteeriapisikute tsirkuleerimine;

2) mittetoksiliste difteeriapisikute kandlus on sagedam vanemates vanuserühmades, kusjuures bakterikandlus on küllalt suur õpilaste hulgas;

3) mittetoksiliste difteeriapisikute kandjad ei ole osutunud nakkusallikaks, mistõttu nad ei ole takistuseks haigestumise lakkamisel.

Difteeriapisikute kandluse dünaami-

kat tuleb epidemioloogilistel kaalutlustel pidevalt jälgida, sest see võimaldab hinnata epideemiatõrje abinõude tõhusust ja kaasa aidata haiguse taaspühkemise vältimisele.

KIRJANDUS: 1. Frobisher, M. Ann. Publ. Health, 1940, 30, 3, Suppl., 28—35. — 2. Huang, C. H. Am. J. Hyg., 1942, 35, 317—324. — 3. Huang, C. H. Am. J. Hyg., 1942, 35, 325—330. — 4. Компаниец А. А. Эпидемиологический процесс дифтерийного бактерионосительства в коллективах иммунных детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1969. — 5. Хазанов М. И. Научные основы ликвидации заболеваемости дифтерией и резкого снижения заболеваемости брюшным тифом в СССР. Доклад, обобщающий печатные труды, представленный для защиты на соискание степени доктора медицинских наук. М., 1968.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi
Epidemioloogia Teadusliku Uurimise
Keskinstituut

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja
Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

SÜNTOMÜTSIINI JA RIVANOOLI SISALDAVATE SÖÖTME KASUTAMINE ÄGEDA DÜSENTEERIA DIAGNOOSIMISEL

RUTH LEVINA BORIS NORIK
KLAVDIA RJABTSENKO VIOLETTA HENDRIKSON
TAMARA TŠIZIKOVA SIIMA TOIB

Tallinn

UDK 616.935-002.1-078

Umbes 30 töö hulgast, milles on kirjeldatud düsenteeria bakterioloogilist uurimist levomütsetiini sisaldavate söötmete abil, oleme leidnud vaid kaks, mille autorid on nimetatud söötmeid haiguse käigus kasutanud dünaamiliselt. Mõlema artikli andmetel on süntomütsetiini sisaldav sööde osutunud kõige tõhusamaks haiguse hilisemates staadiumides, alates 11. haiguspäevast (4), või haigete kontrolluurimistel (1). Et seda küsimust ei ole veel piisavalt uuritud, pakub süntomütsetiini sisaldavate söötmete tõhusus düsenteeria diagnoosimises (erinevatel haiguspäevadel) meie bakterioloogidele suurt huvi.

Täiskasvanutel ja üle kolme aasta vanustel lastel esineva düsenteeria bakterioloogilist diagnoosimist käsitlevates meie kättesaadavates kirjandusallikates andmeid rivanooli sisaldavate söötmete kasutamise kohta ei leidunud.

Meie töö eesmärk oli haiguspäevade kaupa hinnata süntomütsetiini või rivanooli sisaldava Ploskirevi söötme tõhusust ägeda düsenteeria bakterioloogilisel diagnoosimisel täiskasvanutel ja üle kolme aasta vanustel lastel.

Töö tehti Tallinna Linna Nakkushaigla bakterioloogialaboratooriumis 1969. aastal. Uuriti 164 haiget, 104 täiskasvanut ja 60 üle kolme aasta vanust

last, kellel düsenteeria diagnoos oli kinnitatud bakterioloogiliselt. Uuritavatel oli ülekaalus *Sh. sonnei*'st põhjustatud äge düsenteeria. Haigeid uuriti korduvalt nii enne kui ka pärast ravikuuri, keskmiselt viis kuni kuus korda. Et Tallinna Linna Nakkushaigla andmetel olid 73,8% kõikidest 1967. kuni 1968. aasta jooksul esmakordselt isoleeritud šigelladest resistentsed süntomütsiini suhtes, kasutasime töös Ploskirevi söödet süntomütsiini (5) või rivanooliga (2, 3).

Metoodika. Väljaheide koguti konservanti (2%-lisse söögisoodalahusesse). Saadud suspensioon lahjenduses 1:5 külvati 1,5...2 tundi pärast uurimismaterjali kogumist ühel ja samal ajal tavalisele Ploskirevi söötmele, Ploskirevi söötmele süntomütsiiniga ja Ploskirevi söötmele, millele oli lisatud rivanooli. Mikroobide kasvu söötmetel hinnati 24 tundi pärast väljaheite külvamist. Puhaskultuurid isoleeriti üldkasutataval meetodil.

Süntomütsiini sisaldav Ploskirevi sööde valmistati A. Tšernomordiki järgi A. Ševtšenko modifikatsioonil (6). 10 mg süntomütsiini lahustati 10 ml piirituses. Lahust lisati 0,3 ml iga 100 ml Ploskirevi söötme kohta, mis oli jahutatud temperatuurini $+50^{\circ}\text{C}$. Valmissööde valati Petri tassidesse.

Rivanooli sisaldav Ploskirevi sööde valmistati V. Melnikovi (3) järgi. Selleks lahustati 50 mg rivanoolipulbrit 20 ml steriilses destilleeritud vees ja iga 100 ml Ploskirevi söötme kohta (jahutatud temperatuurini $+50^{\circ}\text{C}$) lisati 1 ml rivanoolilahust. Sööde valati Petri tassidesse.

Ägeda düsenteeria bakterioloogilisel diagnoosimisel kuulus esikoht söötmete tõhususe järgi Ploskirevi söötmele, mis sisaldas süntomütsiini (selle söötme kasutamisel õnnestus isoleerida 25,7%-l haigetest šigellasid). Teisel kohal oli tavaline Ploskirevi sööde (18,7%-l haigetest isoleeriti šigellad) ja kolmandal rivanooli sisaldav Ploskirevi sööde, mille kasutamisel õnnestus šigellasid isoleerida 10,6%-l haigetest (vt. tabel 1).

Süntomütsiini sisaldava söötme eelised ilmnevad selgesti, kui seda võrrelda

tavalise Ploskirevi söötmega. Süntomütsiini sisaldava söötme kasutamisel isoleeriti šigellasid 110 ($46,4 \pm 3,3\%$), tavalise Ploskirevi söötme kasutamisel aga 49 ($28,3 \pm 3,4\%$) haigelt ($t=2,8$). Süntomütsiini sisaldava söötme kasutamine paralleelselt tavalise Ploskirevi söötmega parandas seega ägeda düsenteeria bakterioloogilise diagnoosimise kvaliteeti 2,2 korda.

Ühegi söötme abil ei õnnestunud šigellasid isoleerida 100%-l haigetest (vt. tabel 2). Kõige tõhusam oli süntomütsiini sisaldav sööde, sellele järgnes tavaline Ploskirevi sööde, kõige harvem aga õnnestus šigellasid isoleerida rivanooli sisaldava Ploskirevi söötme kasutamisel.

Huvi pakub haigetel kindlakstehtud bakterikandlus erinevate söötmete kasutamisel eri haiguspäevadel.

Hariliku Ploskirevi söötme kasutamine oli võrdlemisi tõhus haiguse haripunktil (esimesest kuni viienda haiguspäevani), 125 väljaheiteproovist isoleeriti šigellasid 83 ($66,6 \pm 4,1\%$) juhul. Süntomütsiini sisaldava Ploskirevi söötme kasutamisel isoleeriti neid 88 ($70,4 \pm 4,0\%$) juhul. Järelikult võib nii Ploskirevi söötme kui ka süntomütsiini sisaldava Ploskirevi söötme tõhusust ägeda düsenteeria diagnoosimisel haiguse haripunktil hinnata ühesuguseks ($t=0,4$).

Kuuendast kuni kümnendast haiguspäevast alates õnnestus 184 väljaheiteproovist isoleerida šigellasid 90 ($43,4 \pm 3,2\%$) juhul, süntomütsiini sisaldaval söötmel 149 ($80,9 \pm 2,8\%$) juhul ($t=6,2$) ja rivanooli sisaldaval söötmel 53 ($28,8 \pm 3,1\%$) juhul. Järelikult osutus alates 6. kuni 10. haiguspäevast süntomütsiini sisaldav sööde tavalisest Ploskirevi sööttest düsenteeria bakterioloogilisel diagnoosimisel 1,6 korda tõhusamaks.

Söötmete tõhusus erinevatel haiguspäevadel kasutatuna ei ole niisiis ühesugune. Kui esimesel viiel haiguspäeval on süntomütsiini sisaldava ja tavalise Ploskirevi söötme tõhusus ühesugune, siis 6. kuni 10. haiguspäevast alates on süntomütsiini sisaldav Ploskirevi sööde tõhusam. See on tähtis nii ägeda düsen-

Šigellade isoleerimise sagedus erinevate söötmete kasutamisel

Sööde	Välja- heite- külvide arv	Isoleeritud šigellasad		
		üldse	ühe söötme kasutamisel	üheaegselt kolme erineva söötme kasutamisel
Ploskirevi sööde	922	173 (18,7±1,2%)	49 (28,3±3,4%)	56 (32,3%)
Ploskirevi sööde süntomütsiiniga	922	237 (25,7±1,4%)	110 (46,4±3,3%)	56 (23,6%)
Ploskirevi sööde rivanoooliga	922	98 (10,6±1,1%)	7 (7,1±2,5%)	56 (57,1%)
Kokku		508	166	168

Tabel 2

Šigellade isoleerimise sagedus erinevatel haiguspäevadel

Haigus- päevad	Väljaheite- analüüside arv, milles oli leitud šigellasad	Isoleeritud šigellasad		
		Ploskirevi söötmel	Ploskirevi söötmele süntomütsiiniga	Ploskirevi söötmele rivanoooliga
1...3	66	45 (68,2%)	48 (72,7%)	29 (40,9%)
4...5	59	38 (64,4%)	40 (69,4%)	16 (27,1%)
6...10	64	38 (59,3%)	49 (76,5%)	21 (32,8%)
11...15	62	26 (41,9%)	51 (82,2%)	14 (22,5%)
16...20	29	13 (44,8%)	25 (86,9%)	11 (37,9%)
21...30	23	11 (47,8%)	18 (78,2%)	4 (17,3%)
31...40	5	2 —	5 —	3 —
41...50	1	— —	1 —	— —
Kokku	309	173 (55,9±2,9%)	237 (76,6±2,4%)	98 (31,7±2,6%)

teeria epidemioloogias kui ka bakterio-
loogilisel diagnoosimisel.

Rivanooli sisaldava Ploskirevi söötme
kasutamisel düsenteeria diagnoosimiseks
eri haiguspäevadel õnnestus šigellasad
isoleerida harva. Selle söötme abil ei
saadud ka esimestel haiguspäevadel sel-
liseid tulemusi kui Ploskirevi söötme
abil.

Et Ploskirevi söötme abil on šigella-
sid võimalik kindlaks teha vaid 55,9% -l,
süntomütsiini sisaldava Ploskirevi sööt-
me abil aga 76,6% -l bakterikandjatest,
siis tuleb bakterioloogilise diagnoosi-
mise kvaliteedi parandamiseks otstarbe-
kaks pidada nimetatud söötmete kasuta-

mist haiguse eri staadiumidel paral-
leelselt.

Järeldused

1. Seoses süntomütsiiniresistentsete
šigellade suure osatähtsusega ägeda
düsenteeria tekijate hulgas on sünto-
mütsiini sisaldaval söötmele tunduv eelis-
tavalise Ploskirevi söötme ees. Sünto-
mütsiini sisaldava söötme kasutamisel
on bakterioloogilise diagnoosimise kvali-
teet 2,2 korda parem.

2. Düsenteeria esimese viie haigus-
päeva vältel on Ploskirevi ja süntomüt-
siini sisaldava söötme tõhusus peaaegu
ühesugune.

3. Süntomütsiini sisaldav sööde on tõhusam (1,6 korda Ploskirevi söötmega võrreldes) haiguse hilisematel staadiumidel, alates 6. kuni 10. haiguspäevast. Selle söötme kasutamine võimaldab täpsemalt kindlaks määrata aja, mil organism haigusetektajatest vabaneb.

4. Rivanooli sisaldaval Ploskirevi söötmel ei ole tavalise Ploskirevi söötme ees ägeda düsenteeria diagnoosimisel mingeid eeliseid.

KIRJANDUS: 1. Веселов А. Я. Лабор. дело, 1967, 1, 50. — 2. Каминский А. С. Обработка клинических и лабораторных данных. М., 1959. — 3. Мельников В. Д. Применение антифаговых средств при микробиологических исследованиях. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1963. — 4. Нихинсон И. М. и др. Лабор. дело, 1961, 12, 36. — 5. Черномордик А. Б. и др. Лабор. дело, 1958, 1, 41—43. — 6. Шевченко А. К. Лабор. дело, 1963, 7, 39.

Tallinna Linna Nakkushaigla

Ülevaated

MAO- JA KAKSTEISTSÖRMIKSOOLE- HAAVANDI RAVI

VELLO SALUPERE
VELLO VIIRSALU
HEIDI-INGRID MAAROOS
Tartu

UDK 616.33/34-002.44-08-039.73(047)

Mao- ja kaksteistsörmiksoolehaavandiga haigete osa on eriti märkimisväärne just töövõimeliste inimeste hulgas, sellest ka suur töövõimetuspäevade arv. Kuid samal ajal ei ole nende haigete ravi alati optimaalne, ja mis veelgi tähtsam, ei ole patogeneetiliselt põhjendatud.

Ravi tulemusena peab haige vabanaema vaevustest, haavand peab paranema ja patsiendi töövõime taastuma. Teed nende eesmärkideni jõudmiseks on kaksteistsörmiksoole- ja maohaavandi korral sageli erinevad, sest haiguste patogeneesi ühiseks jooneks on üksnes haavandi tekkimine maomahla peptilise aktiivsuse tõttu (2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 21).

Kaksteistsörmiksoolehaavandi korral on esmajärgulise tähtsusega parasümpaatilise närvisüsteemi toonuse püsiv tõus nii söömise ajal kui ka söömise vaheaegadel, mistõttu suure peptilise aktiivsusega maomahla produtseeritakse pidevalt. Kui maomahla peptiline

toime lakkab, paraneb haavand enamasti iseenesest ja kiiresti. Seevastu maohaavandi korral on parasümpaatilise närvisüsteemi toonus langenud ning patogeneesis nihkuvad esikohale limaskestast troofika- ja regeneratsioonihäired. Haavandi paranemist on nüüd vaja stimuleerida. Neid põhilisi erinevusi haavandi eri vormide patogeneesis peab ravimisel ilmingimata arvestama, vastasel korral põhjustab see ravimisvigu.

Järgnevalt käsitleme mao- ja kaksteistsörmiksoolehaavandiga haigete ravi põhimõtteid ja püüame esitada meie kogemuste varal kinnitunud seisukohti.

Kaksteistsörmiksoolehaavandiga haige ravi haiguse ägenemisperioodil

Kaksteistsörmiksoolehaavandit põdeva haige ravimise printsiibid jaotatakse obligatoorseteks ja fakultatiivseteks.

A. Obligatoorsed

1. Aktiivse peptilise toimega maomahla neutraliseerimine toidu või antatsiididega.

2. Maosekretsiooni blokeerimine antikolinergiliselt toimivate ainetega.

3. Maomahla eemaldamine maost drenaazi abil.

B. Fakultatiivsed

1. Miljöö muutmine (hospitaliseerimine).

2. Psühhoteraapia.

3. Lamamisrežiim.

4. Füsioteraapia.

5. Rahustite ja uinutite ordineerimine.

Tervetel intensiivistub maomahla sekretsioon ainult söögiaegadel ja eritatud maomahl tarvitatakse makku jõudnud toidu seedimiseks. Kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haigetel on tühja maku eritunud maomahl aktiivse peptilise toimega ja see põhjustab limaskesta defekti. Piisab vaid peptilise faktori väljalülitamisest, kui limaskesta hea verevarustuse ja säilinud regeneratsioonivõime tõttu hakkab haavand kiiresti armistuma (2, 7, 10, 12, 19, 21).

Maomahla tugeva peptilise toime vältimiseks, nagu märgitud, on kolm võimalust: maosekretsiooni blokeerimine, maosisaldise neutraliseerimine või selle eemaldamine. Neid kõiki kasutatakse ravis ja tavaliselt kombineeritult.

Esiplaanile tuleb seada maosisaldise neutraliseerimine toidu ja antatsiidse toimega ravimite abil. Kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haige toit peab olema täisväärtuslik, eriti valgurikas. Neile haigetele ei sobi vähese kalorsusega dieet, näiteks dieet nr. 1 Pevsneri järgi, mis sisaldab vähe valke ja mineraalaineid (3, 14, 15). Haige toidulaualt ei tohi puududa keedetud liha ja kala, munad, juust, sest valk blokeerib maomahla peptilise toime kõige paremini. Vajalikud on ka juur- ja puuviljad (vitamiinide ja mineraalainete allikad) ning või ja koor. Praetud ja teravamaitse- lised toidud ei sobi maosekretsiooni ergutava toime tõttu. Toitu ei ole eelnevalt vaja peenestada. Toidu peenestamine tuleb jätta haige enese hammaste hooleks, sest ainult nii lülitub hästi käiku ja võtab seedimisest küllaldaselt määralt osa maosekretsiooni I faas (neurogeenne ehk tserebraalne). Paratamatu

on sage söömine, sest toidu puhverdu- võime püsib tavaliselt ainult 30 kuni 60 minutit, sellele aga järgneb uus hap- pesuse tõus (15, 19, 21, 22).

Haige paranemiseks ei piisa ainu- üksi sagedasest söömisest. Ka tühja maku eritunud peptiliselt aktiivne maomahl tuleb antatsiidsete ravimite abil neutraliseerida. Antatsiidsete ravi- mite all selles tähenduses mõistetakse soolhapet neutraliseerivaid ravimeid, mida kasutatakse haavandtõbe põdevate haigete ravis. Kriipsutame alla, et antatsiidid olid, on ja jäävad kõige tähtsamateks mõjuriteks kaksteistsõr- miksoolehaavandiga haige ravis. Paraku aga on just nende ordineerimisel sageli tehtud põhimõttelisi vigu, mistõttu ravi- efekt väheneb tunduvalt või kaob täies- ti. Antatsiide aga on samal ajal süüdis- tatud toime puudumises. Nimetatud ravi- mite ebaõige manustamise viis on tingitud osalt sellest, et patentpreparaati- dele (näiteks vikaliniile või almageelile) firmade poolt kaasaantud tarvitamis- eeskirjad on puudulikud.

Antatsiidide andmine kaksteistsõr- miksoolehaavandiga haigele kohe pärast sööki ei ole enamasti õigustatud, sest toit ise neutraliseerib maosisaldise pep- tilise aktiivsuse. Vastupidi, haige peab neid saama siis, kui ta ei ole veel söö- nud, söögikordade vaheajal, enne ma- gamaminekut, ka valude korral (5, 21). Sel ajal ei ole maos enam toitu ja toi- met avaldab aktiivne maosisaldis. Kui valud on kindla perioodilisusega, näi- teks ilmuvad paar tundi pärast söömist või öösel, siis saab nende teket enne- tada eelnevalt mingit antatsiidi sisse võttes. Kui valu tekib öösel kindlal kellaajal, siis on umbes $\frac{1}{2}$ tundi enne seda otstarbekas äratuskell mängima panna, et ravimi profülaktilise annu- sega valu ennetada.

Antatsiidid jaotatakse toimemehha- nismi järgi keemiliselt neutraliseeri- vateks (kaltsiumkarbonaat, naatrium- vesinikkarbonaat jt.) ning soolhapet füüsikaliselt adsorbeerivateks (vismut, alumiiniumhüdrosiid jt.). Idealselt antatsiidilt ootaksime, et ta väikestes annustes sissevõetuna toimiks kestvalt

ega resorbeeruks. Suurtes annustes ei tohi ta olla toksiline, ei tohi esile kutsuda alkaloosi, tal ei tohi olla lahtistavat ega kinnistavat toimet (23). Antatsiidse ravimi valikul tuleb arvestada, et vedela ravimi toime on kiirem, sest ta lahjendab ühtlasi maosisaldist, toime kestus aga on vedelal ravimil lühem kui tahkel.

Tuleb tõdeda, et ideaalset antatsiidi ei ole kahjuks siiani veel leitud. Kasutatakse optimaalse toimega preparaate (ravimikombinatsioone). Tuntuimad ja enam tarvitavad on kaltsiumi ja magneesiumi soolad. Kaltsiumkarbonaat on võrdlemisi mõjus, kuid ta võib põhjustada kõhukinnisust. Kui teda manustada suurtes annustes ja pikka aega, kutsub ta esile hüperkaltsseemia. Seejärel on kaltsiumkarbonaati soovitatav kombineerida lahtistavate antatsiididega (6, 12, 16, 23). Viimati nimetatuid peetakse heaks alumiiniumi sooli, eriti lahustamatut alumiiniumhüdrosiidi ja selle suure adsorptsioonivõimega geeli (21). Pepsiin adsorbeerub geeli pinnale, maomahla happesuse neutraliseerib alumiiniumhüdrosiidi ja maosisaldise peptiline aktiivsus väheneb. Tuntumad alumiiniumi sisaldavad preparaadid on *maalox* (USA) ja *almagel* (Bulgaaria). Alumiiniumipreparaatide kasutamisel peab haigele soovitava fosforirikast toitu, sest fosfor eritub suures koguses, võib tekkida osteoporoos.

Väga peeneteralistel pulbritel on liiks sellele veel kattev (mähkiv) toime, nad sadestuvad haavandi pinnale, kaitses haavandit maomahla peptilise toime eest. Selliste ravimite hulka kuulub vismut, millel puudub otseselt neutraliseeriv toime, seevastu on märkimisväärsed mähkivad ja adsorbeerivad omadused. Vismutit kasutatakse edukalt koos kaltsiumi ja magneesiumi sooladega, näiteks Hafteri pulbris:

Rp. *Bismuthi subnitrici* —
Calcii carbonici aa 40,0
Magnesii peroxydati 15,0
Mjp DS. Noaotsatäis 1—1,5
 tundi pärast söömist ja valude korral.

Üks vanemaid ja kiiretoimelisemaid antatsiide on naatriumvesinikkarbonaat, seda aga ei soovitata laialdaselt kasutada, sest tekib *acid rebound* efekt (vabanev süsihape kutsub esile happesuse uue tõusu). Pealegi põhjustab söögi-sooda suurtes annustes kasutatuna alkaloosi (21). Seda preparaati võib aga määrata liitravimite, näiteks Bourgé mikstuuri koostises:

Rp. *Natrii sulfurici* 2,0
Natrii phosphorici 4,0
Natrii hydrocarbonici 8,0
Aq. dest. ad 300,0
 MDS. Valude korral veerand teeklaasi.

Sageli ei julge kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haige süüa, kartes paar tundi hiljem tekkivat valu. Valude puhul aga kutsuvad haiged ise esile oksendamise, eemaldades happelise maosisaldise, niiviisi kergendades oma vaevusi. Seepärast soovitavadi mõned autorid maosisaldise peenikese ninasonidiga õhtuti eemaldada, et sellega vähendada valude tekkimise võimalust öösel (21).

Kõrvuti maomahla neutraliseerimise ja evakueerimisega blokeeritakse kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haige maosekretsioon antikolinergiliste ravimitega. Neist tuntuim on atropiin, mille toime on lühiajaline ja suhteliselt ebapüsiv (8, 17, 23). Tunduvalt parem toime on nendel ravimitel, mis blokeerivad sekretoorseid ja motoorseid impulsi vegetatiivsetes ganglionides. Nendest ganglione blokeerivatest vahenditest ehk gangliopleegikumidest on tuntumad bensoheksoon, heksoon, heksameetoon jt. Mainitud mõjudeist on pike-malt kirjutatud «Nõukogude Eesti Teravishoius» nr. 2 1964. aastal (17), mistõttu me seda siinkohal uuesti ei puuduta. Gangliopleegikumide puuduseks on tugev kõrvaltoime teistesse elunditesse (kõhukinnisus, uriinipeetus jne.), mistõttu neid on soovitatav kasutada peamiselt statsionaaris.

Kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haige erutub tavaliselt kergesti ja magab halvasti. Seetõttu tuleb talle anda uinuteid või rahustava toimega pipolfeeni ja

dimedrooli. Hästi mõjuvad ka aminaasiin, napotoon ja muud ravimid (10, 12, 21). Mõistagi, rahustid ei asenda antatsiide ega gangliopleegikume, ilma milleta kaksteistsõrmiksoolehaavandit põdeva haige ravimisel on raske läbi saada.

Kriitikaga tuleb suhtuda kahte võrdlemisi levinud ravimeetodisse, nimelt mee ja piirituse segu ning novokaiini sissevõtmisse, mida haiged ise meelsasti pruugivad. Mee ja piirituse segu toimel kaob valu kaksteistsõrmiksoolehaavandi korral küll kiiresti, samal ajal hävitab piiritus regenereeruvaid rakke, takistades niiviisi haavandi armistumist (2). Mis puutub novokaiinisse, siis arvestades selle ravimi farmakoloogilist toimet ning kaksteistsõrmiksoolehaavandi patogeneesi, on novokaiini toime haavandi paranemise enam kui kahtlane, pealegi kasutatakse novokaiini tavaliselt kompleksravi ühe komponendina. On aga väga raske otsustada, kas mõni kompleksravi komponentidest on mõjus või mitte.

Maohaavandiga haige ravi haiguse ägenemisperioodil

Maohaavandi puhul on parasümpaatilise närvisüsteemi toonus langenud ning mao limaskesta kaitsevõime ja, mis eriti tähtis, regeneratsioonivõime vähenenud (7, 10, 19, 20, 21). Kuigi nende haigete maosisaldise peptiline aktiivsus on suhteliselt madal, paraneb haavand halvasti. Viimast tõika seletatakse osaliselt neerupealiste koore hormoonide tasakaaluhäire ehk düshormonoosiga (4). Nimelt on sidekoe vohamine ja haavandi armistumine maohaavandi korral neerupealiste mineraalkortikoidide vähesuse tõttu tagasihoidlik. Seetõttu kasutataksegi düshormonoosi likvideerimiseks edukalt mineraalkortikoide (4, 18, 24, 28), näiteks desoksükortikosteronatsetaati (ehk DOKA). Pikemalt on sellest kirjutatud «Nõukogude Eesti Tervishoiu» nr. 4 1967. aastal (18).

Intensiivselt on tegeldud lagritsast valmistatud preparaatidega, millel on DOKA-ga sarnane toime (1, 9, 13, 25, 26). Lagritsas leiduv glütsürrhisiinhape võib esile kutsuda kõrvalnähte (turseid

ja hüpertensiooni). Seetõttu peetakse paremaks lagritsapreparaate, mis ei sisalda glütsürrhisiinhapet ja millel haavandit raviv toime on säilinud (9).

Maohaavandi paranemist soodustavad valgurikka dieedi foonil ka anaboolistliku toimega steroidhormoonid, näiteks metüüländrostendiool, nerobool jt. (27). Lisaks nendele kasutatakse plasmaülekandeid, valgühüdrolüsaate, aaloeekstrakti ja muid stimuleerivaid mõjureid.

Parasümpaatilise närvisüsteemi alatalitluse tõttu on maohaavandit põdeval haigel vastunäidustatud gangliopleegikumid. Antatsiidide tarvitamine ei ole obligatoorne, sellepärast kasutatakse vaid nõrgema antatsiidse toimega ravimeid väikestes annustes. Soovitav on vismut oma adsorbeeriva ja mähkiva toime tõttu.

Seega siis erinevalt kaksteistsõrmiksoolehaavandist on maohaavandi korral esiplaanil limaskesta troofikat ja regeneratsiooni, seega haavandi paranemist ergutavad ravivahendid. Tagasihoidlik maomahla peptiline aktiivsus muudab tarbetuks antatsiidide intensiivse kasutamise, parasümpaatilise närvisüsteemi hüpotoonia aga gangliopleegikumid. Maohaavandiga haige dieet vastab üldjoontes sellele, mida oleme kirjeldanud kaksteistsõrmiksoolehaavandi ravimisel, ainult haige ei pruugi nii sageli süüa.

Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haigete ravi haiguse remissiooni-perioodil

Kui haavandahaige ravi ägenemisperioodil on väiksema või suurema eduga juhitud, siis remissiooniperioodi saabumisel kaob pahatihti arsti kontroll haigusprotsessi üle. Teatavasti on nii mao- kui ka kaksteistsõrmiksoolehaavandid kroonilised, s. t. need võivad uuesti ägeneda. Millal uus ägenemine tekib, seda on raske ette näha. Järelikult on raske planeerida ka profülaktilist ravi. Alati tuleb silmas pidada tõika, et mida varajasem, kestvam ja põhjalikum on olnud haavandahaige ravi haiguse ägenemisperioodil, seda pikemaks osutub remissiooniperiood.

Mida siis selleks teha, et haigus pü-

siks vaibestaadiumis, et haigel ei tekiks vaevusi? Kõigepealt tuleb remissiooni- perioodil silmas pidada kolme põhireeglit (21):

1) haige peab sööma sageli, ka tavaliste söögikordade vaheaegadel (maohaavandi puhul ei ole see obligatoorne);

2) haige ei tohi lasta tekkida näljatunnet;

3) kõik toidud, mis vaevusi ei põhjusta, on lubatud.

Rangem dieet ei ole vajalik, sest arst, kes arvab, et sellest kinni peetakse, loob endale tavaliselt vaid illusioone. Sama kehtib režiimi kohta. Haige elurežiim haiguse remissiooniperioodidel võib sarnaneda terve inimese omaga — ta võib sportida, reisida, teha vaimset ja füüsilist tööd.

Mis puutub oahohvi joomisesse, alkohol: pruukimisse ning suitsetamisse, siis ei nõua paljud tänapäeva juhtivad gastroenteroloogid nende kategoorilist keelamist (21, 22). Oahohv ja alkohol kutsuvad esile tugeva maosekretsiooni, kuid samal ajal ei seo tekkinud peptiliselt aktiivset maosisaldist üldse. Seetõttu ei tohiks eriti kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haige ka haiguse remissiooni saabumisel juua musta kohvi, küll aga piima või koorega kohvi. Viimased puhverdavad maomahla peptilist aktiivsust. Alkoholil poolt esilekutsutud maosekretsiooni puhverdab kõige paremini toit. Seepärast võib haigetele lubada alkoholi väikestes kogustes tingimusel, et haige enne seda oleks söönud. Suitsetamise haavandit tekitavat toimet ei ole seni suudetud veenvalt tõestada, seetõttu ei ole tarvidust remissiooniperioodil haigel suitsetamist kategooriliselt keelata. Tuleb nõuda vaid üht — mitte kunagi suitsetada tühja kõhuga! Mõistetavalt ei käsitle me siinkohal küsimust, kas alkoholi ja kohvi ohter tarvitamine ning suitsetamine on kahjulik. Muidugi nad seda on.

Remissiooniperioodil patsient tavaliselt medikamente ei vaja.

Kokkuvõtteks

Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi patogeneesi erinevus tingib konser-

vatiivse ravi erisuguse taktika ja viisid nende peptilise haavandi vormide korral. Kaksteistsõrmiksoolehaavandi korral on põhieesmärk vähendada maomahla tugevat peptilist aktiivsust sekretsiooni blokeerimise (gangliopleegikumid) ning soolhappe neutraliseerimise ja sidumise teel (antatsiidid ja toit). Haavandi paranemine ei ole häiritud. Maohaavandi korral vastupidi tuleb soodustada haavandi armistumist. Selleks kasutatakse peasjalikult limaskestast troofikat parandavaid ravimeid (anabolistlikud steroidhormoonid jt.) või kõrvaldatakse neerupealiste koore düshormoonoos (mineraalkortikoidid, lagritsapreparaadid).

Nii arst kui ka haige peavad arvestama, et vaevuste kiire kadumine ägenemisperioodil ei tähenda enamasti haavandi anatoomilist paranemist ega hoiata ära tüsistusi. Seepärast peab ravi kestma küllalt pikka aega — kaksteistsõrmiksoolehaavandiga haigetel neli kuni viis nädalat, maohaavandiga haigetel isegi kuni paar kuud. Halvasti paranevat maohaavandit, eriti vanemaalistel, tuleb mõnel juhul ka opereerida, kuigi operatsiooni peamisteks näidustusteks on peptilise haavandi tüsistused.

Tänapäeval ei ole võimalik kindlaks teha, kas peptiline haavand kui krooniline haigus spontaanselt kaob või mitte. Kogemus toetab viimast seisukohta. Siit tuleneks oluline seik arstipraktikas: kuigi haigus mõne aasta jooksul ei ole ägenenud, ei saa neid haigeid dispanseeritavate hulgast kustutada kui teravistunud.

KIRJANDUS: 1. Angleri, C. *Minerva med.*, 1967, 58, 1183—1185. — 2. Avery Jones, F. J. *Indian. Med. Prof.*, 1965, 12, 5301—5304. — 3. Bircher, J., *Haemmerli*, U. P. *Schweiz. med. Wochenschr.*, 1967, 97, 50, 1687—1696. — 4. Pojanowicz, K. *IInd World Congress Gastroent.*, Munich, 1962. Basel—New York, 1963, 2, 550—554. — 5. Demling, L. *Internist*, 1963, 4, 193—196. — 6. Fordtran, J. S., Collyns, J. A. *New England J. Med.*, 1966, 274, 921—927. — 7. Gromotka, B. *Biblioth. Gastroenterol.*, 1962, 5, 126—147. — 8. Hawkins, F. *Diseases of the Alimentary Tract*. London, 1963. — 9. Henman, F. D. *Gut*, 1970, 11, 344—351. — 10. Kirsner, J. B.

Gastroenterology, 1964, 46, 706—728. — 11. Kirsner, J. B. Gastroenterology, 1968, 54, 611—641. — 12. Kirsner, J. B. Gastroenterology, 1968, 54, 945—975. — 13. Langman, M. J. S. Gut, 1968, 9, 5—6. — 14. Lennard-Jones, J. E., Fletcher, D. S., Shaw, D. S. Gut, 1968, 9, 177—182. — 15. Miller, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 5, 377—379. — 16. Piper, D. W. Gastroenterology, 1967, 52, 1009—1013. — 17. Salupere, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 2, 37—39. — 18. Salupere, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 4, 249—253. — 19. Salupere, V. Haavandtõbi. Tartu, 1968. — 20. Shay, H. Curr. Gastroenterol., 1962, 276—296. — 21. Spiro, H. M. Clinical Gastroenterology. London, 1970. — 22. Symposium: the Duodenal Ulcer. Panel Discussion. Curr. Gastroenterol., 1962, 341—349. — 23. Wolf, F. Biblioth. Gastroenterol., 1962, 5,

185—194. — 24. Алексенко Ю. А. Клинич. медицина, 1966, 10, 73—81. — 25. Левин Г. Л., Кабаков А. И. Клинич. медицина, 1966, 5, 25—30. — 26. Салупере В. П., Трейманн М. М. В кн.: Новое в лечении болезней органов пищеварения. Душанбе, 1971, 161—162. — 27. Эпштейн Б. В. Врачебн. дело, 1968, 1, 124—125. — 28. Янушкевичус З. И., Бакшис И. П., Шимкус А. К. Клинич. медицина, 1966, 5, 22—24.

*TRÜ Arstiteaduskonna
teaduskonnasisehaiguste ja patoloogilise
füsioloogia kateeder*

Tartu Linna Polikliinik

*Tartu Rajooni Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam*

TOITUMISVIISI OSATÄHTSUS SÜDAME ISHEEMIA TÕVE TEKKIMISEL

KALJO VALGMA
JAAN RIIV

Tartu

UDK [616.127-005.4-092:613.2](047)

Südame isheemiatõve tekke põhjustest üks diskuteeritavamaid on toitumise osatähtsus. Ühed uurijad väidavad, et ebaõige toitumine on kõige tähtsam südame isheemiatõve tekkimist soodustav tegur. Teised peavad ebaõiget toitumist oluliseks ohuteguriks, kuid kahtlevad selle primaarsuses. Kolmandad eitavad usaldatava seose olemasolu toitumisviisi ja südame isheemiatõve tekkimise ning arenemise vahel. Millist seisukohta siis õigeks pidada?

Teadlased, kes peavad ebaõiget toitumist südame isheemiatõve ohutegurite seas primaarseks, toetuvad esmajoones epidemioloogilistele uuringutele. Südame isheemiatõbe esineb nende andmetel märksa harvem maades, kus tarvitatakse peamiselt taimetoitu, kui maades, kus elanike toidus on ülekaalus loomset rasvad. Jaapanis, Hiinas, Koreas, Indias, Sri Lankas, Filipiinidel jm., kus elanike põhitoiduks on riis ja kus loomsete rasvade osatähtsus toidus üpris tagasihoidlik, on südame isheemiatõbe diagnoositud kuus kuni kümme korda har-

vem kui Euroopa ja Põhja-Ameerika maades. N. Kimura (13) andmetest selgub, et raskekujulist koronaarterite kahjustust on Jaapanis kümme korda harvem kui Ameerika Ühendriikides.

Oletatavate rassiliste ja geneetiliste iseärasuste osatähtsust elimineerib fakt, et Ameerika Ühendriikides sündinud ja seal elavad jaapanlased haigestuvad müokardi-infarkti teiste ameeriklastega võrdse sagedusega. Hiinlastel areneb koronaarterite ateroskleroos keskmiselt 20 aastat hiljem kui Läänemaade elanikel. Lõuna-Aafrikas elavatel bantudel, samuti Keenia, Uganda ja Senegali neegritel esineb müokardi-infarkti väga harva. Ameerika Ühendriikides elavad neegrid, kelle toit suuresti erineb Aafrikas elavate neegrite omast, sarnanedes teiste ameeriklaste toiduga, haigestuvad müokardi-infarkti mitu korda sagedamini, enam-vähem võrdselt kõigi ameeriklastega. Tuntud epidemioloog A. Keys (tsit. 37) on võrrelnud loomsete rasvade tarvitamist, vereserumi kolesteriinisisaldust ja koronaar-

veresoonte ateroskleroosi esinemissagedust Ameerika Ühendriikides, Rootsis, Inglismaal, Itaalias ja Lõuna-Aafrikas. Ta on leidnud, et südame isheemiatõve esinemissagedus on positiivses korrelatsioonis vereseerumi kolesteriinisisaldusega ja loomsete rasvade sisaldusega toidus. Südame isheemiatõbi oli USA-s, Rootsis ja Inglismaal palju sagedam kui Itaalias ning Lõuna-Aafrikas.

Moskva teadlane I. Glazunov (32) on uurinud loomsete rasvade tarvitamist, vereseerumi kolesteriinisisaldust ja müokardi-infarkti esinemissagedust neljas Nõukogude Liidu linnas, nimelt Tallinnas, Arhangelskis, Rjazanis ja Dušanbes. Tallinlastel, kelle toit sisaldas suurel hulgal loomseid rasvu, oli kolesteriini hulk veres suurem ja müokardi-infarkt sagedam kui teiste nimetatud linnade, eriti Dušanbe elanikel, kelle toidus prevaleerisid taimsed rasvad. Teise maailmasõja ajal täheldati mitmetes Euroopa maades — Saksamaal, Rootsis, Norras, Nõukogude Liidus — müokardi-infarkti haigestumise vähenemist, mida seostatakse rasvavaese toidu tarvitamisega.

Need ja väga paljud analoogiliste uurimiste tulemused tunduvad küllalt veenvatena. Milliseid argumente on eespool toodud faktidele vastu seada nendel, kes südame isheemiatõve tekkimise seost toitumisviisiga eitavad või selles kahtlevad?

V. Lopiccirella kaastöötajatega (14) on uurinud Somaalimaa kaameliajajate ratsiooni. Kaameliajajad tarvitavad päevas viis kuni kümme liitrit kaameli-piima, mille rasvasisaldus on kaks korda lehmapiima omast suurem. Iga kaameliajaja saab järelikult piimaga 355... 710 g loomseid rasvu päevas, keskmine kalorsus 6247 kcal. Sellele vaatamata oli neil vere kolesteriinisisaldus normis ja müokardi-infarkt väga haruldane. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia A. Mjasnikovi nim. Kardioloogia-instituut (tsit. 37) on uurinud Mongoolias 150 praktiliselt tervet inimest, kelle toidus loomsete rasvade arvele langes üle 40%. Kõigil neil oli kolesteriinisaldus veres normaalne. Ulan-Batori

ülikooli arstiteaduskonna sisehaiguste kliinikus 1957. kuni 1958. a. ravitud haigetest ei põdenud müokardi-infarkti mitte ükski.

Harva esineb südame isheemiatõbe ka eskimotel, kelle toit sisaldab suurel hulgal loomseid rasvu. Soomlased tarvitasid ühe inimese kohta keskmiselt 110 g loomseid rasvu päevas, taanlased 140 g. Seevastu aga on müokardi-infarkti letaalsus Soomes kaks korda suurem kui Taanis. Teise maailmasõja ajal koonduslaagrites viibinuil diagnoositi rasket koronaroskleroosi, kusjuures aga loomsete rasvad uuritute toidus puudusid.

Sellised, suurel määral vasturääkivad on epidemioloogiliste uurimiste andmed ebaõige toitumise kui südame isheemiatõve ühe võimaliku ohuteguri kohta.

Osa uurijaid on toitumisviisi tähtsust südame isheemiatõve tekkes püüdnud selgitada nimetatud haigust põdevate inimeste toitumistavade kindlakstegemisega. A. Baubinene (29) on võrrelnud loomsete rasvade tarvitamist müokardi-infarkti põdevatel haigetel ja tervetel. Ta on kindlaks teinud, et infarkti põdevad haiged olid enne haigestumist loomseid rasvu tarvitanud märksa rohkem kui terved. Sama seaduspärasuse on kindlaks teinud P. Zabela (33) stenokardiat põdevaid haigeid uurides.

Tartu Riikliku Ülikooli sisehaiguste propedeutika kateedris (30, 31) küsitleti loomsete rasvade tarvitamise suhtes stenokardiat põdevat 214 isikut ja võrreldi andmeid 100 terve küsitlemisel saadud andmetega. Loomsete rasvade tarvitamise vahel enne haigestumist ja südame isheemiatõve tekkimise vahel leiti nõrk, kuid usaldusväärne positiivne korrelatsioon. 48,1% koronaarpuudulikkusega küsitletuist ja 29,0% kontrollrühmast küsitletuist tunnistas end eluaja vältel rohkesti loomsete rasvade rikast toitu söönud olevat. Rühmitades stenokardiat ja müokardi-infarkti põdenuid loomsete rasvade tarvitamise järgi, selgus, et rohkesti loomsete rasvade rikast toitu tarvitanute hulgas oli müokardi-infarkti põdenuid märksa rohkem kui loomseid rasvu vähe tarvitanud uurimisaluste hulgas. Stenokardiahai-

gete ja müokardi-infarkti põdenute protsentuaalne suhe nendes rühmades oli vastavalt 59,1:40,9 ja 75,5:24,5.

Ebaõige toitumise kui südame isheemiatõve ühe võimaliku ohuteguri ka suks kõnelevad arvukad tähelepanekud stenokardia tekkimisest pärast rikkalikku või loomsete rasvade rikast sööma- aega. Seda kinnitavad ka EKG parameetrite muutused pärast rasva- ja süsivesikuterikka toidu tarvitamist tekkinud hüperlipseemia puhul ja südame- lihase kontraktsioonivõime muutused, mis on tekkinud koronaarterite lipiididerikka verega läbivoolutamisel loom- katses (7).

Eespool toodud uurimistööde kõrval aga leidub hulgaliselt teisi, milles eita- takse positiivset seost südame isheemia- tõve ja haigestumisele eelneva loomsete rasvade rikka toidu tarvitamise vahel või kaheldakse taolise korrelatsiooni olemas- olus.

Viimastel aastatel on südame ishee- mia-tõve tekkimist üha rohkem seostatud süsivesikute, esmajoones lihtsuhkrute ülemäärase tarvitamisega (16, 40, 41). J. Yudkini (28) andmeil on suhkru tar- vitamine Inglismaal viimase 200 aasta jooksul suurenenud 25 korda. Tema uuritud haigete toit sisaldas lihtsuhk- ruid rohkem kui kontrollrühma kuulu- vate isikute toit. A. Kasaneni ja J. Forsströmi (11) uuritud müokardi- infarkti põdevatest haigetest 25 ja kont- rollrühmast 13 isikut (võrreldi 100 hai- get ja 100 tervet inimest) said ainuüksi kohvijoomisega üle 100 g suhkrut päe- vas.

Lihtsuhkrute söötmisega katselooma- dele on nende veres kolesteriini, β -lipo- proteiidide ning triglütseriidide hulk suurenenud. Suhkrute hüperlipseemiat esilekutsuv toime on kindlaks tehtud ka inimestel, nii tervetel kui koronaar- haigusi põdevatel haigetel. A. Pleškov (39), andes koronaarhaigusi põdevatele haigetele kahe nädala vältel lisaks tavalisele toidule veel 50 g suhkrut päe- vas, tegi kindlaks kolesteriini ning fos- folipiidide hulga suurenemise haigete veres. M. Samsonova (40, 41) on ühele rühmale koronaarhaigusi põdevatest

haigetest andnud lisaks tavalisele toi- dule lihtsuhkruid, teisele lihtsuhkruid. Esimeses rühmas lipiidide, eriti triglüt- seriidide hulk haigete veres suurenes, teises vähenes. Kolesteriini hulk veres oluliselt ei muutunud.

Lihtsuhkrute hüperlipseemiat põhjus- tavat toimet seostatakse nende kiire resorptsiooni ja nendes sisalduva fruk- toosiga. Lipiidide süntees glükoosist üle aktiveeritud äädikhappe tugevneb suhk- rute organismi viimisel. Süsivesikutest sünteesitud rasv on osutunud eriti vae- seks polüküllastamata rasvhapetest (1).

Suurel osal südame isheemiatõve põ- devatest inimestest on süsivesikute talu- vus langenud, ühel kolmandikul neist on diagnoositud latentselt või manifest- selt kulgevat suhkurtõbe. Põhjuseks arvatakse olevat kas pankrease insu- laarkoe väljakurnatus või insuliini inhi- biitorite aktiivsuse suurenemine (5, 18, 25, 42).

Teatav tähtsus arvatakse olevat päe- vaste söögikordade arvul. Praha tead- laste P. Fäbry ja kaastöötajate (4) and- metel tekib südame isheemiatõbi seda sagedamini, mida harvem päevas süüak- se. Niisama on arvanud ka A. Kasanen ja J. Forsström (11). Nende uuritud müokardi-infarkti põdevatest patsienti- dest sai 33% sooja toitu vaid üks kord päevas, sedagi alles pärast tööd, kella 16...18 paiku.

Südame isheemiatõve tekke üheks soodustavaks teguriks peetakse rasvade- ainevahetuse häiret ja hüperlipseemiat (kolesteriini, β -lipoproteiidide ning tri- glütseriidide hulga suurenemist veres). Hüperkolesterineemiat peab enamik uurijaid üheks tähtsamaks südame is- heemiatõbe soodustavaks teguriks. Eri- nevate autorite andmeil suurendab hüperkolesterineemia südame isheemia- tõppe haigestumise ohtu kolm kuni kuus korda. Framinghami eksperimendi käi- gus jälgiti vere erineva kolesteriinisal- dusega inimeste haigestumist südame isheemiatõppe. Nendel, kelle vere kolesteriinisaldus oli suurem kui 260 mg%, täheldati südame isheemia- tõbe ligikaudu viis korda sagedamini kui neil, kellel see oli alla 200 mg%. Koro-

naararterite ateroskleroosi ja südame isheemiatõbe on seostatud rohkem β -lipoproteiidide, eriti triglütseriidide sisalduse suurenemisega veres. Arvatakse, et hüperkolesterineemia on rohkem seoses pärilike teguritega, hüperbeetalipoproteineemia ja hüperglütseemia aga toitumisviisiga.

Lipiidide-ainevahetuse häirumise ja koronaroskleroosi vahelise kausaalse seose olemasolu kasuks kõneleb katseloomadel kolesteriini manustamisega tekitatud ateroskleroos (N. Anitskovi tehtud klassikaline eksperiment 1912. a.). Nimetatud seose olemasolust annavad tunnistust ka lipiidide leidumine aterosoomides, lipiidide hulga suurenemine südame isheemiatõbe põdevate haigete vereseerumis ja hüperlipideemiaga kulgevate haiguste (diabeet, hüpotüreos, podagra, Cushingi sündroom, ksantomatoosi põhjustav hüperkolesterineemia jt.) südame isheemiatõbe disponeeriv toime. Naistel sageneb haigestumine müokardi-infarkti menopausis, mil on täheldatud vere lipiidisisalduse kiiret suurenemist. Südame isheemiatõve prognoos paraneb vere lipiidisisalduse vähenemisel (8).

Eespool esitatud tööde kõrval leidub küllalt ka selliseid, milles hüperlipideemia ja südame isheemiatõbe vahelise korrelatsiooni olemasolu kahtluse alla pannakse. G. Örndahl kaastöötajatega (27) näiteks ei ole tervete ja koronaarhaigusi põdevate isikute vereseerumi kolesteriinisalduses sedastanud mingit erinevust. B. Rifkindi ja kaastöötajate tähelepanekuil on kolesteriini hulk veres suurenenud üksnes 10% -l müokardiinfarkti põdevatest haigetest, D. Berkowitzi ja M. Crolli järgi 41% -l koronaarpuudulikkuse all kannatavatest uuritavatest (3, 19). Töid, mille andmeil hüperkolesterineemiat on diagnoositud keskmiselt 40 kuni 70% südame isheemiatõbe põdevatest haigetest, on väga palju.

Uurimisandmete lahknevus on nähtavasti tingitud sellest, et ei ole arvestatud veres olevate lipiidide, sealhulgas kolesteriini hulga sõltuvust uurimisaluste vanusest ja haiguse kestusest, samuti ateroskleroosi, resp. koronaro-

skleroosi kulgemist puhangutena. Kolesteriini ja muude lipiidide hulk veres on suurem nooremas eas ning väheneb viiekümnendates-kuuekümnendates eluaastates, on suurem südame isheemiatõbe algstaadiumis ja koronaroskleroosi ägenemise juhtudel. Vanemaerialistel, kehalise töö tegijatel, kaugelearenenud haiguse ja haiguse remissiooni korral võib vere lipiidide hulk seetõttu täiesti normi piires olla.

Mitte väga ammu rahulduti skeemiga: rikkalik kolesteriini juurdevool organismi põhjustab hüperkolesterineemia, viimane arteriseinte infiltratsiooni kolesteriiniga. Hilisemate uuringute tulemusena selgus, et mainitud skeem kehtis ainult loomkatstes, sealgi reservatsioonidega. Tervete inimeste toitmine kolesteriiniirikka või -vaese toiduga ei tekitanud olulisi nihkeid nende inimeste vere kolesteriinisalduses (12, 34). Mõningaid nihkeid vereseerumi kolesteriinisalduses on toimunud ateroskleroosi põdevate haigete toitmisel kolesteriiniirikka toiduga (34). Tervete inimeste vere kolesteriinisalduse stabiilsus kolesteriini suurenenud eksogeense juurdevoolu tingimustes on mõistetav, kui silmas pidada seda, et $\frac{2}{3}$ kuni $\frac{4}{5}$ organismis leiduvast kolesteriinist on endogeenset päritolu. Endogeense päritoluga kolesteriin on sünteesitud valkude-, suhkru- ja rasvade-ainevahetuse vaheproduktist, aktiveeritud atsetaädikhapest.

Seega on stabiilse hüperlipideemia ja hüperkolesterineemia tekkimine põhimõtteliselt võimalik ainult endogeense rasvade-ainevahetuse häirumise tulemusena, kusjuures normi ületav eksogeenne lipiidide juurdevool võib sellele kaasa aidata. Ületoitumus, sealhulgas loomsete rasvade ja lihtsuhkru liigne tarvitamine, ei põhjusta hüperlipideemiat ega soodusta südame isheemiatõbe seni, kuni organismis on säilinud rasvade-ainevahetuse normaalne regulatsioon ja maksa normaalne funktsioon, s. o. kuni on säilinud tasakaal lipiidide sünteesimise, lagundamise ja eritamise vahel. Ebaõige toitumine võib põhjustada häireid lipiidide-ainevahetuse regulatsioo-

nis, eriti kui tegemist on selle regulatsiooni geneetiliselt tingitud puudulikkusega. Ebaõige toitumine võib põhjustada ka maksa funktsioonihäireid, esmajoones rasvifiltratsiooni tekkimise näol, ja vähendada lipolüütiliste fermentide aktiivsust. Seega võib ebaõige toitumine esile kutsuda normaalsest intensiivsema kolesteriinisünteesi ning normaalsest aeglasema kolesteriini oksüdeerumise ja eritumise organismist. Tulemuseks on hüperlipemia, sealhulgas hüperkolesterineemia.

Rasvade-ainevahetuse häirumise väli-seks tunnuseks peetakse kehakaalu suurenemist üle normi. Paljudes uurimustes on kehakaalu kõrvutatud lipiidide, kolesteriini, lipoproteiidide ja triglütseriidide hulgaga vereseerumis. On saadud erinevaid tulemusi. Osa autoreid (2, 21) väidab, et vere kolesteriinisaldus on positiivses korrelatsioonis uuritava kehakaaluga. Teised (5, 9) eitavad taolise seose olemasolu. Kolmandad (23) arvavad, et see seos on tõenäoline, kuid mitte päris kindel. Meie uurimused kinnitavad kehakaalu ja vere kolesteriinisalduse vahel valitseva nõrga, kuid usaldusväärse positiivse korrelatsiooni olemasolu ($r=0,27$). Mõnede teadlaste (2, 9) tähelepanekuil on kehakaal vere triglütseriidisisaldusega palju tihedamas seoses kui vere kolesteriinisaldusega.

Palju töid käsitleb kehakaalu ja südame isheemiatõppe haigestumise vaheliste seoste uurimist. Enamiku autorite andmetel on rasvunud erikaal südame isheemiatõbe põdevate inimeste hulgas märksa suurem kui kontrollrühmades. R. Straube ja M. Lafrenzi (24) andmetel olid 44% stenokardiat põdevatest meestest ja 61% naistest adipoossed. See on tunduvalt suurem adipoosete inimeste protsentuaalsest hulgast kogu Saksa DV-s. W. Walker ja G. Gregoratos (26) on leidnud tugeva positiivse korrelatsiooni müokardi-infarkti haigestumise sageduse ning kehakaalu ja vere kolesteriinisalduse vahel. J. Stamleri ja kaastöötajate (23) andmetel suurendab rasvumine südame isheemiatõppe haigestumise ohtu 8...36%, G. Griffithi

(6) andmetel ligikaudu kaks korda. Meie uurituist oli adipooset inimesi südame isheemiatõbe põdevate haigete hulgas 32%, kontrollrühmas samal ajal 8%. Väärrib märkimist, et ülekaaluliste hulgas arenes südame isheemiatõbi nooremas eas kui normaalkaaluliste hulgas.

Aterogeenne toime arvatakse olevat ka keedusoolal. See soodustab vererõhu kõrgenemist, mis omakorda kiirendab koronaroskleroosi arenemist. Jaapanlastel, kes tarvitavad keskmiselt 25 g keedusoola päevas, on arteriaalne rõhk teiste rahvastega võrreldes kõige kõrgem. Teiselt poolt on keedusool hepariini inhibiitor. Hepariin on teatavasti veres lipoproteiidide lõhustava lipoproteiidlipaasi aktivaator. Loomkatsetes on keedusoola lisamine loomsete rasvade rikkale toidule kiirendanud ateroskleroosi arenemist katsealustel.

Paljud tööd käsitlevad vitamiinide osatähtsust südame isheemiatõve tekkes. Hüperlipemia ja ateroskleroosi teket pidurdava toimega vitamiinideks peetakse C-, B₁-, B₂-, B₆-, B₁₂-, P- ja PP-vitamiini.

Toiduainete kõrval on vaatluse alla võetud ka joogivesi. Mõnede inglise teadlaste andmetel on koronaroskleroosi teke sagedam nendes piirkondades, kus joogivesi on pehme.

Eespool esitatut kokku võttes tuleb väära toitumist pidada küll tähtsaks, kuigi mitte kõige tähtsamaks ohuteguriks. Nõustuda ei saa ka nende uurijatega, kes väära toitumise osatähtsust südame isheemiatõve etioloogias ja patogeneesis täiesti eitavad. Nii toitumisviisi osatähtsust absolutiseerivate kui seda eitavate uurijate veaks tuleb pidada seda, et nad ignoreerivad südame isheemiatõve polüetioloogilisust.

Paljud autorid on uurinud üht ohutegurit (mainitud juhul väära toitumist) teistest eraldi. Ohutegureid südame isheemiatõve puhul on aga rohkesti. Kuigi Somaalimaa kaameliajajad ja karjused tarvitavad palju loomseid rasvu, kaitseb neid müokardi-infarkti haigestumise eest pidev füüsiline koormus ja olulise psühhoemotsionaalse pinge puudumine. Teiselt poolt, Matt-

hauseni ja teiste koonduslaagrite vangi- del diagnoositud raske koronaroskleroos räägib sellest, et selles situatsioonis ei etendanud väär toitumine märkimis- väärset osa, vaid ülekaalus olid muud ohutegurid, nagu määratu suur emot- sionaalne pinge, arteriaalne hüperten- sioon jt.

Tuleb toetada H. Russeki (20), W. Raabi (17) jt. seisukohta, mille koha- selt ebaõige toitumise kaudu realiseer- ub muude ohutegurite toime ja mille vahendusel kujuneb välja südame ishee- miatõbi. Tähelepanekud inimestel ja katseloomadel on tõestanud, et hüper- lipoemia ja ateroskleroosi tekitav toime on stressil tugevam siis, kui stress esi- neb loomsete rasvade manustamise foonil.

Ületoitumus, liigne loomsete rasvade ja lihtsuhkrute tarvitamine võib põh- justada hüperlipoemia rasvade- ja süsi- vesikute-ainevahetuse regulatsiooni- mehhanismide ja lipolüütiliste fermentide nn. väljakurnamise teel. Sageli on ületoitumusele järgneva hüperlipoemia tekkimise eelduseks rasva- ja süsivesi- kute-ainevahetuse geneetiliselt tingitud puudulikkus. Seega võib väär toitumine ise põhjustada ainevahetuse regulat- siooni häirumist, sagedamini aga aval- dab mõju siis, kui regulatsioonimehha- nismid eelnevalt on kahjustatud.

Juhtiv osa rasvade-ainevahetuse häi- rete ja hüperlipoemia, sealhulgas hüper- kolesterineemia tekkes on maksa funk- tsioonihäiretel.

Kolesteriini intensiivistunud süntees ja aeglustunud oksüdatsioon on tingitud maksas toimuvate ainevahetusprotses- side muutumisest, ühtlasi on kolesteriini sünteesi ja oksüdatsiooni häired hüper- kolesterineemia peamiseks tekkepõhju- seks.

Hüperlipoemia tagajärjeks on vere- plasma düskolloidoos — vereplasma kui kolloidlahuse stabiilsuse vähenemine ja lipiidide, esmajoones β -lipoproteiidide ladestumine veresoonte intimaale ja kogunemine subendoteliaalkihti. β -lipo- proteiidide väljalangemist vereplasmast soodustab lipoproteiidlipaasi aktiivsuse

vähenedmine, samuti hüperlipoemia- eelnevad või sellega kaasnevad arteri- seinte muutused (esmajoones mukopolü- sahhariidide depolümeerisatsioonist tingituna) ning arteriseinte lipolüütilise aktiivsuse vähenemine. Lipoproteiid- lipaasi aktiivsuse vähenemist seostatakse viimast aktiveeriva hepariini defitsii- dige ja hepariini inhibiitorite aktiivsuse suurenemisega südame isheemiatõve puhul (35, 36, 38).

Hüperlipoemiaga kaasneb vere fib- rinolüütilise aktiivsuse langus ja fibri- nogeeni ladestumine veresoonte seintele (hüpoksia arterite seintes süveneb), vere hüübimise kiirenemine ja vere viskoos- suse suurenemine. Fibrinolüüsi aktiiv- sust vähendab eriti koore, või ja munade rohke tarvitamine. Hüperlipoemia soo- dustab erütrotsüütide ja trombotsüütide kokkukleepumist ning nende kleepumist arterite seintele, mis suurendab trom- bide tekke valmidust. Vereringe kapil- laarides aeglustub (10, 15, 22).

Seega võib ebaõige toitumine teata- vates tingimustes ja teatavate eelduste olemasolul vallandada ahelreaktsiooni, millel on südame isheemiatõbe soodustav toime. Ebaõige toitumine kui südame isheemiatõve ühe ohuteguri osatähtsuse hindamisel tuleb aga kindlasti meeles pidada, et südame isheemiatõbi tekib ühe ohuteguri toime harva.

KIRJANDUS: 1. Albanese, A. A. et al. Geriatrics, 1967, 22, 2, 133—144. — 2. Al- brink, M. J. Arch. Internal Med., 1962, 109, 345—359. — 3. Berkowitz, D., Croll, M. W. Circulation, 1962, 26, 646. — 4. Fabry, P. et al. Lancet, 1968, 2, 190—191. — 5. Fal- setti, R. et al. Circulation, 1968, 37, 2, 184—191. — 6. Griffith, G. C. Oklahoma State Med. Ass. J., 1966, 59, 282—285. — 7. Har- ders, H. Klin. Wochenschr., 1958, 36, 74. — 8. Hartmann, G. Münchener med. Wochenschr., 1966, 108, 22, 1205—1209. — 9. Hatch, F. T. et al. Circulation, 1966, 33, 5, 679—703. — 10. Howard, A. N. et al. J. Atheroscl. Res., 1968, 8, 4, 739—743. — 11. Kasanen, A., Forsström, J. Ann. med. internae fenniae, 1966, 55, 1, 7—11. — 12. Keys, A. J. Amer. Med. Assoc., 1957, 164, 17, 912—919. — 13. Kimura, N. Cardiovascular Epidemiology. New York, 1956, 22—34. — 14. Lapi- cciarella, V. Ed. medicine italiane. Firenze, 1962, 1—172. — 15. Mustard, J. F., Murphy, E. A. Brit. Med. J., 1962, 5293, 1651—1655. — 16. Ostrander, L. D. et al. Ann. Internal

Med., 1967, 67, 34—41. — 17. Raab, W. Amer. Heart J., 1966, 72, 4, 538—564. — 18. Reissell, P. K. et al. Circulation, 1964, 30, 4, 24—25. — 19. Rifkind, B. M., Lawson, D., Gale, M. J. Atheroscl. Res., 1968, 8, 167—176. — 20. Russek, H. J. Diseases Chest, 1967, 52, 1, 1—9. — 21. Schwartz, D., Patois, E., Beaumont, J. L. J. Atheroscl. Res., 1967, 7, 5, 537—548. — 22. Székely, J., Gerö, S. Z. ärztl. Fortbild., 1966, 60, 17, 978—984. — 23. Stämmer, J. et al. Med. Clin. N. America, 1966, 50, 1, 229—254. — 24. Straube, R. H., Lafrenz, M. Dtsch. Gesundheitswesen, 1966, 21, 12, 534—541. — 25. Tzagournis, M. et al. Circulation, 1968, 38, 6, 1140—1155. — 26. Walker, W. J., Gregoratos, G. Amer. J. Cardiol., 1967, 19, 339. — 27. Örndahl, G. et al. Acta med. scand., 1966, 180, 2, 167—178. — 28. Yudin, J. Postgrad. Med., 1968, 44, 2, 67—70. — 29. Баубинене А. В сб.: Научная конференция кардиологов Литовской ССР. Каунас, 1964, 3—4. — 30. Валгма К. А. Некоторые клинические особенности и диагностические критерии ишемической болезни сердца (грудной жабы). Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1970. — 31. Валгма К. А., Рийв Я. Я. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, вып. 254, 1970, 84—93. — 32. Глазунов И. С. Кардиология, 1961, 3, 30—35. — 33. Забела П. В сб.: Научная конференция кардиологов Литовской ССР. Каунас, 1964, 41—42. — 34. Ильинский Б. В. Атеросклероз. Л., 1960. — 35. Лейтес С. М. Клинич. медицина, 1968, 46, 2, 12—19. — 36. Лейтес С. М. Очерки по патофизиологии обмена веществ и эндокринной системы. М., 1967. — 37. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М., 1965. — 38. Мясников Л. А. Нервно-эндокринные факторы при атеросклерозе. М., 1969. — 39. Плешков А. М. Терапевт. архив, 1963, 2, 66—70. — 40. Самсонова М. А., Мещерякова В. А. Кардиология, 1968, 8, 11, 136—142. — 41. Самсонова М. А., Мещерякова В. А., Тумаркина Г. И. Кардиология, 1968, 8, 11, 98—103. — 42. Шварц Л. С. Функциональная патология атеросклероза. Саратов, 1969.

TRÜ Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateeder

II üleliiduline onkoloogide kongress

18. kuni 22. septembrini Tallinnas korraldatud II üleliiduline onkoloogide kongress oli läbinisti praktilist laadi, selle käigus tegeldi eeskätt kasvajate kompleks- ja kombineeritud ravi võimalustega. Kõige ilmekamalt peegeldub see kongressi teemaatikas. Nii puudutasid üheksast sektsioonides peetud istungist kuus vähkkasvaja ravi mitmesuguseid aspekte. Nendest kaks olid üldisemat laadi ning käsitlesid kemoterapia ja kiiritusravi kui iseseisva komponendi iseärasusi kasvajate kompleksravis. Ülejäänud neljal istungil olid vaatluse all kopsu-, mao-, rinnavähi ning naise suguelundite vähkkasvaja ravi printsiibid, sest need vähivormid on tänapäeval enam levinud. Viimasel kolmel istungil vaeti onkoloogilise abi korraldust, kasvajate kantserogeneesi ja immunoloogiat.

Peale sektsioonides peetud istungite toimus mitmeid nn. ümmarguse laua diskussioone. Kaheksast diskussioonist kuus käsitlesid siingi ravi, ainult kaks olid laadilt teoreetilised. Neist esimesel arutati pahaloomuliste kasvajate immunodiagnostika ja immunote-

raapia põhiprobleeme, teisel aga kasvajaraku molekulaarpatoloogiat kui antiblastilise ravi lähtealust.

Kongressil kuulati mitmeid ettekandeid kolmel plenaaristungil. Neist esimene leidis aset kongressi avapäeval. Avaettekande esitas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Ravi ja Profülaktilise Abi Peavalitsuse juhataja A. Safonov. Ta käsitles onkoloogilise abi vorme ja taset. Akadeemik N. Blohchini ettekanne oli sissejuhatuseks kongressi tööle. Kõneleja esitas kasvajate kompleks- ja kombineeritud ravi üldisemaid põhimõtteid. Seab ju kompleksravi





II üleliidulisel onkoloogide kongressil. Presiidiumis vasakult: A. Rakov, A. Safonov, A. Goldberg, A. Gavrilov, R. Ristlaan, A. Green, E. Kama.

endale eesmärgiks kasvajakolde eemaldamise või tema kahjustamise sellisel määral, mis halvaks kasvajarakkude elutegevust. Esimene tingimus on täidetav operatsiooniga, teine kiiritusravi ja kemoterapiaga. Seega kuulub tänapäeva kasvajate kompleksravi mõistesse kolm nimetatud ravivormi, mida soovitatakse

kasutada omavahel mitmesugustes kombinatsioonides. See aga ei välista nende iseseisvat rakendamist, kui selleks on olemas näidustus.

Järgnevalt esitame neli lühiülevaadet mõningatest kongressil käsitletud päevakohasematest teemadest.

KANTSEROGENEES

UDK 616-02:616-006.6(047)

Vähktõve ja teiste pahaloomuliste kasvajate tõhus kompleksravi eeldab, et teoreetiliselt õigesti tunnetataks kasvajalise protsessi olemust ja neid muutusi, mis toimuvad raku tasemel ja organismis kui tervikus. Kasvaja tekke ja arenemise üldised seaduspärasused, eeskätt morfoloogilisest ja biokeemilisest aspektist, on põhiliselt selged. Ollakse seisukohal, et vähktõbi on polüetioloogiline protsess, mida teatavates tingimustes võivad vallandada kõige mitmekesisemad keemilised, füüsikalised ja bioloogilised tegurid. Kantserogeneesi mõjutavad ka rohkearvulised niinimetatud modifitseerivad tegurid, nende hulgas näiteks organismi immunoloogiline reaktiivsus, seedetrakti mikrofloora laad jt. On

tundma õpitud rohkearvulisi kantserogeenseid aineid, nende organismi tungimise põhjusi ja teid, vähe on veel teada nende saatuses inimorganismis.

Akadeemik L. Šabad Moskvast ja tema kaastöötajad, samuti teised uurijad on juba võrdlemisi detailselt kirjeldanud kantserogeensete ainete mikrotsirkulatsiooni seaduspärasusi biosfääri elementides ja toiduainetes. On selgusele jõutud, et mitmed taimed sünteesivad kantserogeenseid ühendeid ja et teatavad mullabakterid on võimelised bensopüreeni lagundama. Ilmselt on looduses teatav bensopüreeni normaalne foon, millest madalamat taset ei suudeta saavutada. Seda kantserogeeni võib teataval määral pidada

keskkonna kantserogeensete süsivesinikega saastumise indikaatoriks.

Vastupidi Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide komitee rohkem kui kümme aastat tagasi avaldatud seisukohale, et bensopüreeni kontsentratsioon keskkonnas ja toiduainetes peab olema null protsenti, on nüüd võetud suund sellele, et ligikaudseltki määrata kantserogeense saastumise piirnorme, nagu need on kehtestatud toksiliste ainete kohta. Selleks on muu hulgas vaja rahvusvaheliselt unifikseerida kantserogeenide määramise meetodeid.

I. Neiman (Moskva) esitas kantserogeensete ainete klassifikatsiooni, jaotades need toimet tinglikkudeks ja tõelisteks. See võimaldab paremini mõista kantserogeneesi olemust ja on aluseks vähi hügieenilise profülaktika abinõude väljatöötamisel.

Kantserogeneesis selgusele jõudmisele aitavad kaudselt kaasa ka epidemioloogilised andmed, nagu kinnitas P. Bogovski (Tallinn—Lyon) rahvusvaheliselt tehtavate uurimiste põhjal. Kui kõrvutada teatavatesse vähivormidesse haigestumist ja kantserogeensete ainete levikut samas piirkonnas, samuti võr-



NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia Instituudi kantserogeensete mõjurite uurimise osakonna juhataja akadeemik L. Sabad.

relda nende ainete toimet eksperimentaalse ja kliinilise uurimismaterjali põhjal, siis on võimalik selgitada etioloogilisi tegureid. Praegu pööratakse eriti tähelepanu nitrosoamiinide ja aflatoksiinide määramisele ja nende toime uurimisele. Mitmes suhtes pakuvad huvi asbesti kantserogeensed omadused.

Osa ettekandeid käsitles keemiliste ainete poolt esilekutsutud kantserogeneesi eri küsimusi. J. Olenov Leningradist kõneles kantserogeenide mutageensetest toimest koekultuuridesse. L. Olševskaja Moskvast kirjeldas samades katsetingimustes ultrastruktuurilisi muutusi fibroblastidega sarnanevate rakkude pinnal. Energeetilise ainevahetuse iseärasuse andmeid kantserogeneesis esitas M. Petjajev kaasautoritega Doni-äärsest Rostovist. Dünaamilisi muutusi glükoos-6-fosfaadi-ainevahetuses osalevate fermentide aktiivsuses, kõrvutatuna morfoloogiliste muutustega, täheldasid L. Kildema, L. Teras ja R. Birk Tallinnast, kui nad dietüülnitrosoamiiniga indutseerisid kasvaja maksas. Vilniuse teadlase L. Gritsjute uurimuses käsitleti leukotsüütide leeliselise fosfataasi aktiivsuse dünaamilikat transplanteeritavate kasvaja arenemisel ja ravimisel. Kahes töös räägiti blastomogeneesist kesknärvisüsteemis.

Ioniseeriva kiirguse osa kasvaja tekkes vastuväiteid küll esile ei kutsu, kuid selle toimemehhanismide uurimine jätkub. Sel eesmärgil määrasid M. Tšapljuk ja M. Golovanov (Moskvast), kasutades biofüüsikalisi meetodeid, kasvajakarake membraanide läbitavust katseloomade üldise kiirituse puhul. Need andmed on ühtlasi vajalikud optimaalsete kiiritamistingimuste leidmiseks, mille puhul pidurduks uudismoodustise kasv.

Nagu kirjanduse andmeil arvata võis, põhjustas vaidlusi viiruslik etioloogia. On rohkesti veenvaid eksperimentaalseid andmeid, mille järgi mitmeid kasvaja protsessesse võivad esile kutsuda viirused. Sellest rääkis ka A. Graffi Saksa DV-st. Seni aga puuduvad otsesed tõendid, et viirus tekitab kasvaja ja leukoosi ka inimesel, kuigi loomkatsete andmetel on niisugune etioloogia väga tõenäoline.

On diskuteeritav, kas viirus on ainult üks paljudest vähi põhjustest või tal on maligniseerumisprotsessis ainujuhtiv osa, kuna kõik muud seni tuntud kantserogeensed tegurid moodustavad ainuüksi fooni, loovad talle



Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni väliskeskonna kantserogeeni osakonna juhataja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor P. Bogovski.

soodsad tingimused. Vähivastase võitluse ülesanne on kõrvaldada need väliskeskonna tegurid, mis viirust provotseerivad, aktiveerivad. Onkoloogia ajaloos leidub näiteid, et sel teel on võimalik ära hoida mitmeid vähivorme, näiteks röntgenikiirgusest alguse saanud vähki, aniliinist põhjustatud põievähki jt.

Viirusliku etioloogia teine, mitte vähem tähtis aspekt on viiruse toime olemus raku transformeerumisele, raku muundumise mehhanism normaalsest kasvajaseliseks. On hästi teada, et raku jagunemist ja diferentseerumist reguleerib geneetiline aparaat. Vähirakule on iseloomulik, et jagunedes annab ta oma iseärasused edasi järgnevale vähiraku põlvkonnale. Järelikult peavad meie otsingud suunatud olema protsesside uurimisele, mis toimuvad rakkude geneetilises aparatis.

E. Pogosjants Moskvast tõestas, et muutused seal toimuvad mitte niivõrd kromosoomide ehituses, kuivõrd molekulaarsel tasemel.

Skemaatiliselt võttes koosneb raku geneetiline aparaat desoksüribonukleiinhappest (DNA) ja ribonukleiinhappest (RNA). Oluline on selgitada, kummas neist toimuvad esmased muutused. Kui see sünnib DNA-s, siis peaks protsess alati olema irreversiibel. See tähendab, et maligniseerunud rakk säilitab sama pahaloomulisuse kõikides järgnevates põlvkondades. Kui aga primaarne transformatsioon leiab aset RNA-s või geenide funktsiooni reguleerimise tasemel, siis peetakse neid muutusi reversiiblikuks.

Enamik onkogeenseid viirusi, eriti leukositekitajaid, sisaldab RNA-d. Veel hiljuti ei olnud nende toimemehhanism selge. 1970. aastal avastati pöördtranskriptaas, mis tagab pöördinformatsiooni üleandmise RNA-lt DNA-le. Sellega sai RNA-d sisaldavate onkogeensete viiruste toimemehhanism mõistetavaks. Sattunud normaalsesse raku, produtseerivad nad uue DNA, mis omakorda integreerub raku genoomis. Kui inaktiveerida pöördtranskriptaasi, siis normaalse raku transformeerumine pahaloomuliseks järelikult katkestatakse.

Siit tulenebki onkoloogide-eksperimentaatorite ülesanne leida või sünteesida aine, mis katkestaks pöördtranskriptaasi toime. Selliseid aineid tuntakse juba 20 ümber. Ei ole aga selge, millises kasvajaselise protsessi staadiumis need inhibiitorid osutuvad kõige mõjusamaks. On eeldatud, et see on võimalik mitte ainult raku transformeerumise staadiumis, vaid ka metastaaside kujunemisel. Edasised uurimised peavad selgust tooma, kas niisugune prognoos on põhjendatud. Vähi tekke mehhanismide selgitamine molekulaarsel tasemel loob eeldused selleks, et õpime seda protsessi mitte ainult katkestama, vaid ka ära hoidma.

Georg Loogna

DDT ei põhjusta vähktõbe. Käesoleval ajal ei ole teaduslikke andmeid, mis kinnitaksid seost DDT kasutamise ja maksavähi-haigestumuse vahel. Teiselt poolt on kogunenud palju andmeid, mis tõestavad, et maksavähi etioloogias etendavad suurt osa mitmed muud tegurid. Edaspidi jätkatakse erinevate maade inimeste organismi kudede DDT-sisalduse kontrollimist — ja nimelt neis maades, kus elanikkonna vähihaigestumus on erisugune ning kus DDT toime avaldub erineval määral. Laialdaste uuringute eesmärk on see, et uute tulemuste põhjal saaks hinnata DDT kasutamise ja vähihaigestumuse vahelise seose võimalikkust.

International Agency for Research on Cancer: Annual Report, 1971.

KEMOTERAAPIA ISESEISVA MEETODINA KASVAJATE RAVIS

UDK 616-006.04-08-035(047)

Kasvajate kemoterapia on lühikese ajaga omandanud suure tähtsuse onkoloogiapraksises. Nagu [L. Larionov] Moskvast oma põhiettekandes rõhutas, evivad olemasolevad kasvaja vastaselt toimivad preparaadid mõningaid ebasoovitavaid omadusi. Nad toimivad kogu organismi ja neile on iseloomulik suhteline antiblastiline valikoime kasvajatesses. Nad ei avalda kõikidele kasvajarakkudele mõju ühesuguse intensiivsusega, vaid nende toime sõltub suuresti mitoositsükli faasist, millises kasvajarakk parajasti viibib. Nn. soikefaasis olevad kasvajarakud võivad kemoterapia suhtes täiesti resistentseks osutada.

Kasvajate kemoterapias on oluline, et see toimuks korduvate ravikuuridena kogu haige elu jooksul. Vaatamata kasvaja taandarenemisele ja haige rahuldavale enesetundele tuleb püüda täita miinimumprogrammi vähemalt kolme ravikuuriga, iga ravikuuri vahel ühekuni poolteisekuuline vaheaeg. Pärast seda peab kogu edasise elu jooksul haigele tehtama täiendavaid ravikuure. Mõnede kasvajavorimide, näiteks rinnavähi puhul tuleb ravida hormoonpreparaatidega pidevalt kuude, isegi aastate vältel.

Teine soovitus on manustada preparaate suurtes ühekordsetes annustes pikemate vaheaegade tagant, mis on vajalik preparaate poolt pärstitud immunoloogilise kaitsevõime taastamiseks organismis.

Kasvajate tänapäeva kemoterapia kolmas iseärasus on nn. monokemoterapia asendamine nn. polükemoterapiaga, s.o. ühe preparaadi asemel kasutatakse mitmete antiblastiliselt toimivate preparaate omavahelisi kombinatsioone. See võimaldab edukamalt toimida kasvajaraku elutegevusse mitmesugustes etappides. Eri etappides on kasvajarakk tundlikum kord ühe-, kord teistsuguse toimemehhanismiga ravimite suhtes.

Neljanda nõudena toonitati kasvaja individuaalse tundlikkuse kindlakstegemise vajalikkust kõikide preparaate suhtes juba enne ravi algust. V. Vinnitskaja kaasautoritega Kiievist soovitas selleks, eriti munasarjavähi korral, määrata vereseerumi sulfhüdrüülrühmade reaktiivsust. A. Gnatšaki

ja kaasautorite (Lvovist) andmeil osutus kasvajate tundlikkuse kindlakstegemisel sobivaks kasvajakoe hingamise ja glükolüütilise aktiivsuse määramine Warburgi järgi. T. Terentjeva Moskvast on samal eesmärgil kasutanud koekultuuride meetodit. Nagu andmetest nähtub, on tulemused siin üpris tagasihoidlikud. Kahjuks puudub siiani laiemaks kasutamiseks sobiv lihtne ja usaldusväärne meetod, nii nagu see on välja töötatud mikroobitüvede anti-biootikumitundlikkuse määramiseks.

Kasvajate kemoterapiat soovitatakse komplekselt kirurgilise ja kiiritusraviga, mõningate vähivormide ravis ka iseseisvalt. Kui kemoterapia on kombineeritud kirurgilise raviga, tuleb A. Garini (Moskva) soovitusel antiblastiliselt toimivate preparaate andmine lõpetada 15 kuni 30 päeva enne operatsiooni ja ravi alustada uuesti mitte varem kui üks kuu pärast operatsiooni.

Et kasvajate kemoterapia korral teataval määral kahjustub kogu organism, on kemoterapia omal kohal vaid kindlatel näidustustel. Nii näiteks on rinnavähi korral luudes paiknevate metastaaside mõjutamine tsütostaatikumidega jäänud peaaegu tulemusteta. Mõningaid tulemusi on N. Perevodtšikova (Moskva) andmeil nendel juhtudel saadud vaid 11%-l haigetest. Sama autor on rinnavähi ravis kasutatavaid tsütostaatikume omavahel võrrelnud ja saanud järgmise pingerea: fluorouratsiiliga saadi ühe- kuni kolmekuulisi remissioone 52%-l, tiofosfamiidiga 48%-l, metotreksaadiga 44%-l ja tsüklofosfamiidiga 27%-l juhtudest. Rinnavähki põdevate haigete ravimisel soovitatakse tsütostaatikume kombineerida ka hormoonpreparaatidega.

J. Bruskin Moskvast märkis, et rinnavähi algjärgus peetakse soovitatavaks üksnes pidevat hormoonravi (suurtes annustes kuude ja aastate vältel). Metastaaside tekkimisel tuleb hormoonravi kombineerida tsütostaatikumidega. Munasarjavähi korral on V. Vinnitskaja (Kiiev) andmeil osutunud kõige tõhusamaks bensotef, millele järgnevad tiofosfamiid ja tsüklofosfaan.

Mis puutub maovähi ravisse, siis soovitatakse siingi mitmesuguseid ravimpreparaate

omavahel kombineerida. Kui maovähahaigete ravis on varem kasutatud üksnes fluorouratsiili, siis I. Rajevski (Moskva) andmeil on osutunud sobivamaks kombineerida fluorouratsiili endoksaani (tsüklofosfaan), olivomütsiini ja metotreksaadiga. Selles kombinatsioonis oli fluorouratsiili ühekordseks annuseks 0,5...1 g, tsüklofosfaanil 0,6 g, olivomütsiinil 10 000 TÛ ja metotreksaadil 5 mg. Tuleb arvestada, et preparaadi üldannus ei oleks üle 50...60% sama preparaadi üldannusest siis, kui preparaati kasutatakse iseseisvalt. Kõik ravimid viidi veeni ühe ja sama nõelaga, kuid erinevate süstaldegaga.

Autori andmeil saadi mitteopereeritavatel maovähki põdevatel haigetel, kellel haigus oli III...IV staadiumis, 55%-l juhtudest kaheksakuulisi remissioone. V. Astrahani ja kaasautorite (Moskvast) andmeil on mao- ja jämesoolevähi korral osutunud sobivamaks ravimikombinatsiooniks fluorouratsiil koos tsüklofosfaani ja natulaaniga. Natulaan on eriti hinnatav, kui metastaasid on lümfisõlmedes, sest tal on väljendunud tropism lümfoidse koe suhtes.

Nagu eespool toodust nähtub, on kasvajate kemoterapia kui iseseisva ravimeetodi näidustused võrdlemisi piiratud. Suuremad on tema kasutamisevõimalused süsteemset laadi haigusprotsesside korral, kuid nendest oli kongressil juttu ainult lümfogranulomatoosist ja sedagi diskussiooni käigus. Et oluliselt uut ei pakutud ja ajakirja veergudel on lümfogranulomatoosi ravi varem käsitletud*, siis siinkohal me sellel ei peatu.

Tuleb rõhutada, et praegune kasvajate

* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1972, 4, 328—334.

KIIRITUSRAVI PAHALOOMULISTE KASVAJATE KOMPLEKSRAVIS

Kombineeritud ja kompleksravi on saanud kindla koha pahaloomuliste kasvajate ravis. See on ühelt poolt tingitud kiiritusravi ja kemoterapia edusammudest ning teiselt poolt kasvajalise protsessi patofüsioloogia põhjalikumast tundmisest. Kombineeritud ravis (kirurgiline ja kiiritusravi) on kiiritusravi

kemoterapia on kasvajarakke kahjustada ja neid hävitada püüdev ravimeetod. Et kasvajaline protsess kulgeb organismi alanenud reaktiivsuse foonil, olemasolevad kemoterapeutilised preparaadid aga on tugevatoimelised immunodepressandid, siis on ilmne, et kasvajate kemoterapia korral võime kõnelda üksnes organismi nõrgast immunoloogilisest vastureaktsioonist kasvajale. Seetõttu tuleks kemoterapiat kui iseseisvat ravimeetodit täiendada organismi reaktiivsust tõstvate vahendite kompleksiga (sagedased vereülekanDED, sümosaan, itaallaste toodetud proper-MYL, prantslaste poolt eelistatud BCG-vaktsiin, antitsütotoksiline seerum).

On hinnatav, et kongressil esitas R. Kavetski Kiievist mõtte vajadusest asendada praegune kasvajarakkude hävitamist taotlev ja seejuures organismi teataval määral kahjustav kemoterapia kompleksse, nn. reguleeriva teraapiaga. Selle raviviisi olemus seisaks kasvajarakkude väärastunud elutegevuse normaliseerimise püüdes, mistõttu kasvajarakkude pahaloomulised omadused kas väheneksid või kaoksid.

On leitud mitmeid uusi tõestusi kasvajaraku epigeneetilise transformatsiooni kasuks. Kui osutub tõestatuks, et vähirakk on epigeneetilise muundumise, mitte aga somaatilise mutatsiooni produkt, on eespool nimetatud reguleeriva raviuuna perspektiivsus väljaspool kahtlust. Kõik see aga on suurel määral tuleviku problemaatika. Niisuguste suurte nõupidamiste üheks mõtteks aga ongi teatavate aktuaalsete probleemide võimalike lahenduste tulevikusuundade kavandamine.

Jüri Raudsepp
Harald Vaarik

UDK [615.849:616-006.04-08-035](047)

ülesanne tagada, et radikaalne operatsioon toimuks võimalikult soodsates tingimustes, samuti kuulub talle haiguse kohalike retsiidide ning metastaaside profülaktika.

Kiiritusravi ja kemoterapia kombinatsiooni korral on kiiritusravil juhtiv koht, kusjuures kemoterapia ülesanne ei ole üks-

nes tugevdada kiiritusravi mõjusust selle summatiivse, aditiivse, sünergeetilise või potentseeriva toime teel, vaid ta peab kahjustama ka organismis levinud kasvajakke.

Morfoloogilised uurimised kopsuvähi korral pärast operatsioonieelset kiiritusravi on tõestanud väljendunud düstroofilisi muutusi kasvajakudede, kasjuures kasvaja võis mõnikord isegi täiesti kaduda (A. Trahtenberg kaasautoritega, Moskva). Nad on jõudnud ühisele arvamusele, et operatsioonieelne kiiritusravi ei raskenda operatsiooni tehnilist teostamist ega suurenda operatsioonijärgsete tüsistuste arvu. Ainult mõningatel juhtudel võis operatsioonil täheldada mõõdukat kudede skleroosi ja suurenenud veritsust. Haigetel, kel hingamisfunktsioon oli nõrgenenud, kulges operatsioonijärgne periood mõnevõrra raskemalt (T. Suvorova kaasautoritega, Moskva).

Enam kasutatud distants-gammaravi meetodil kiiritatakse päevase koldedosisiga 200...250 rad. Summaarne koldedosis on 3000...3500 rad. Kiiritati kasvajat ja regionaarse metastaseerumise tsoone. Opereeriti kaks kuni kolm nädalat pärast kiiritusravi lõppu (A. Trahtenberg kaasautoritega, Moskva). I. Dedkov ja kaasautorid (Kiiev) kiiritasid kontsentreeritud meetodil, mille järgi kiiritati päevase koldedosisiga 500...600 rad, summaarne koldedosis 2500...3000 rad. Opereeriti lähematel päevadel pärast kiiritusravi lõppu.

Kopsuvähi operatsioonijärgse kiiritusravi näidustuseks on regionaarsete lümfisõlmede metastaatiline kahjustus või juhud, kui resektsiooni piir oli bronhi kõndil kasvaja lähedal. Kahjustamata lümfisõlmede kiiritamine profülaktika eesmärgil ravi hilistulemusi ei parandanud. Distants-gammaravi alustati kolm nädalat pärast operatsiooni. Päevane koldedosis 200...250 rad ja summaarne 3000...5000 rad (A. Trahtenberg kaasautoritega, Moskva).

Inoperaabli kopsuvähi korral on valikmeetodiks kiiritusravi, mis sageli on kombineeritud kemoterapiaga. Kongressil oli palju ettekandeid kopsuvähi kompleksravi kohta. Enamiku autorite ühine seisukoht oli, et kompleksravi, võrreldes ainult kiiritusraviga, hilistulemusi oluliselt ei parandanud. Kasutatud on mitmeid kemoterapeutikume (fluorouratsiil, metotreksaat, tiofosfaamid, tsüklofosfaan, spirasidiin) mitmesugustes kombinat-

sioonides kiiritusraviga. Huvitav oli M. Nivinskaja ja kaasautorite (Moskva) ettekanne distants-gammaravi katkestatud kuuri ja kemoterapia kombinatsiooni kohta. Kiiritati päevase koldedosisiga 200 rad summaarse koldedosisini 3000 rad, seejärel peeti vahet kolm kuni neli nädalat. Kiiritusravi jätkamisel kiiritati niisama suure päevase koldedosisiga kuni summaarse koldedosisini 6000...7000 rad. Kiiritusravi esimese kuuri ajal manustati kemoterapeutikume (tsüklofosfaan või metotreksaat).

Maovähi korral ei ole operatsioonieelse kiiritusravi eesmärgiks muuta inoperaabel kasvaja operaabliks, sest doosidest, mida kasutatakse operatsioonieelse kiiritusravi korral, kasvajalise protsessi vähendamiseks ei jätku. Küll aga toimuvad kasvajas morfoloogilised muutused, mis väljenduvad kasvajakudede mitootilise aktiivsuse vähenemises ja düstroofilistes muutustes (M. Koljadjuk kaasautoritega, Moskva).

Operatsioonieelset distants-gammaravi rakendati põhiliselt mao kardiaalosa ja söögitoru alumise kolmandiku kasvajat korral. Kiiritati päevase koldedosisiga 250...300 rad summaarse koldedosisini 3000...4000 rad (J. Kvašnin kaasautoritega, Moskva) või kontsentreeritud kiiritusravi meetodil päevase koldedosisiga 500 rad summaarse koldedosisini 2500...3000 rad (V. Ganul kaasautoritega, Kiiev). Esimesel juhul opereeriti kaks kuni neli nädalat ja teisel 24...48 tundi pärast kiiritusravi lõppu. Radiobioloogiliselt on need meetodid ekvivalentsed. Kombineeritud ravi nende kasvajat korral suurendab operatsiooni radikaalsust, pikendab eluiga, raskendamata seejuures operatsioonijärgse perioodi kulgu (V. Ganul kaasautoritega, Kiiev).

Kiiritusravi koht rinnavähi kompleksravis on paljus lahkarvamusi tekitav. Kombineeritud ravi esimeses staadiumis olevate protsesside ja teises staadiumis olevate metastaasideta sõlmiliste protsesside korral paljude autorite arvates hilistulemusi ei paranda. Teises ja kolmandas staadiumis olevate operaablite protsesside korral on operatsioonijärgne kiiritusravi küll näidustatud, kuid operatsioonieelse kiiritusravi osa on lahtine. Inoperaablite, eriti aga põletikuliste ning infiltratiivsete kasvajavormide korral asendatakse kiiritusravi sageli kemoterapia ja hormoonraviga.

Eespool toodust lähtudes oli huvipakkuvaks V. Datsenko (Moskva) ettekanne operatsioonieelsest kiiritusravist. Juhtudel, kui kasvaja oli operaabel, rakendati kontsentreeritud kiiritusravi, mille puhul kogu kiiritusravi kuur kestis viis päeva, ja haiget opereeriti kahe kuni kolme päeva pärast. Juhtudel, kui kasvaja oli inoperaabel, kiiritati haiget doosi hariliku fraksioneerimise meetodil ja opereeriti juhul, kui protsess oli muutunud operaabliks, alles kolme kuni nelja nädala pärast. 709 haige jälgimine kolme kuni kuue aasta vältel on näidanud kombineeritud ravi eeliseid.

V. Gremilovi ja kaasautorite (Leningrad) ühine ettekanne tõestas, et kasvaja infiltratiivsete ja turselis-infiltratiivsete vormide ning kolmandas staadiumis olevate protsesside korral võimaldas operatsioonieelne kiiritusravi 77 haigel 110-st teha radikaalse mastektomia heade tulemustega. Alkollet ja regionaarse metastaseerumise tsoone kiiritati summaarse koldedosisga 4000...6000 rad doosi hariliku fraksioneerimise meetodil.

On kogunenud küllaldaselt andmeid, mis võimaldavad muuta arvamust lümfogranulomatoosi vältimatu ja kiire fataalse lõppe kohta. See on tingitud täiesti uutest põhimõtetest lümfogranulomatoosi patogeneesi, diagnoosimise ja ravi suhtes. Kiiritusravi radikaalse programmi järgi ja uute tõhusate tsütostaatilistelt toimivate preparaatide kasutamine kasvaja lokaalsete vormide korral on välisautorite andmetel võimaldanud saada viieaastasi remissioone 77...82% ja kümneaastasi remissioone 40...44%-l haigetest.

Ravis lähtutakse 1965. aastal New Yorgis ja Pariisis vastuvõetud kliinilisest lümfogra-

nulomatoosi klassifikatsioonist. Esimese staadiumi ehk kasvaja lokaalse vormi korral ja teise staadiumi ehk regionaarse vormi korral on valikmeetodiks kiiritusravi radikaalse programmi järgi. Kemoterapia on näidustatud üksnes intoksikatsiooninähtude olemasolul. Kolmanda staadiumi (generaliseerunud vorm) intoksikatsioonita protsesside korral on näidustatud kiiritusravi radikaalse programmi järgi. Kolmandas staadiumis olev protsess, millega kaasneb organismi intoksikatsioon, ja kasvaja neljas staadium ehk dissemineerunud vorm on kemoterapia näidustuseks, kusjuures rakendatakse ka kiiritusravi, kuid nüüd juba palliatiivsel või sümptomaatilisel eesmärgil.

Kiiritusravi radikaalse programmi järgi tähendab kõikide lümfisõlmede ja põrna kiiritamist. Ravi toimub kahes etapis ja ainult megavoltkiiritusravina (telegammaaparaadid, lineaarkiirendajad, beetatronid). Esimeses ja teises staadiumis oleva protsessi korral kiiritatakse esimeses etapis lümfisõlmi ühel pool diafragmat, teises aga teisel pool diafragmat. Kolmandas staadiumis oleva protsessi korral alustatakse kiiritamist kahjustatud tsoonidest, teises etapis kiiritatakse lümfisõlmi, mis on kliiniliselt kahjustamata. Kiiritusravi etappide vahel peetakse üks kuni kaks kuud vahet. Summaarne koldedosis kliiniliselt kahjustatud tsoonidele on 4000...4500 rad, kliiniliselt kahjustamata tsoonidele aga 3000...3500 rad doosi hariliku fraksioneerimisega.

Kongressil märgiti ära selle ravimeetodi tõhusust ja soovitati, et see kiiremini laialdasemalt kasutusele võetaks.

Karl Kanne

KASVAJATE IMMUNOTERAAPIA PERSPEKTIIVE

UDK [616-006.04:615.37](047)

Alljärgnevalt esitame kasvajate immunoterapia olulisemaid seisukohti ja suundi tänapäeval.

Kasvajate immunoterapia empiirilised katsetused viimase 70 aasta jooksul ei ole soovitud tulemusi andnud. On saavutatud vaid märkimisväärset edu immunoloogilise protsessi seaduspärasuste lahtimõtestamisel, eeskätt transplantatsiooniimmunitedi alal.

See lubab mainitud probleemile ratsionaalsemalt läheneda. Nii kliinikus kui ka eksperimendis on ilmsiks tulnud organismi nõrk immunoloogiline vastusreaktsioon autoloogilisele kasvajale. Samuti on näidatud suurema osa kasvajate antigeense struktuuri erinevust lähtekoe omast.

On selgunud, et immunoloogiline reaktsioon kasvajale on keerukas protsess. Immu-

noloogiline vastusreaktsioon kulgeb haigetel analoogiliselt transplantatsiooniantigeenide poolt esilekutsutud reaktsiooniga, milles peaosas etendavad lümfoidse koe spetsiifiliselt sensibiliseeritud rakud.

Organismi humoraalse vastusreaktsiooniga võib kaasneda nii tsütotoksiliste antikehade produtseerimine kui ka immuunsuses osalivate lümfotsüütide tsütotoksilist vastusreaktsiooni blokeerivate antikehade teke. Seejärel katsed aktiivselt immuniseerida autooloogiliste või allogeensete kasvajatega võivad eespool toodud arvesse võtmata jättes viia ootamatute tagajärgedeni. Kasvaja võib progressseeruda, selle kutsub esile immunoloogilise reaktsiooni rakulise faasi blokaad (*Enhancement effect*). Samasugune oht esineb ksenogeensete kasvavastaste seerumite kasutamisel, ka mittespetsiifilise stimulatsiooni korral. Saab mõistetavaks, et immunoteraapia ei ole võimalik ilma järgmisi momente arvesse võtmata.

1. Tuleb teada haige immunoloogilist lähtefooni. Viimase all mõtleme spetsiifilise kasvavastase rakulise immunoloogilise reaktsiooni esinemist või puudumist; produtseeritavate antikehade laadi, samuti haige võimet reageerida kasvajale aeglast tüüpi ülitundlikkusreaktsiooniga, sest enamikul juhtudel on see reaktsioon pidurdunud.

2. Aktiivse immuniseerimise või mittespetsiifilise stimulatsiooni korral kontrollida eespool nimetatud immunoloogilise vastusreaktsiooni erinevaid faase. Ainult siis, kui teatakse rakulise ja humoraalse faasi vastastikust seost, võib osutada võimalikuks prognoosida immunoteraapia tulemust.

Millised oleksid kasvajate immunoteraapia viisid? Juba algusest peale on uurijad kirjeldanud mitmeid võimalusi.

1. Püüda aktiivselt immuniseerida autooloogilistest või allogeensetest kasvajatest saadud materjaliga. Sel juhul lähtutakse andmetest, mis kõnelevad lähedase lokalisatsiooni ja morfoloogilise ehitusega kasvajate antigeensete omaduste sarnasusest. Niisuguseid ühiseid jooni on leitud seedetrakti kasvajatel, melanoomidel, sarkoomidel ja mõnedel arvatavat viiruslikku päritolu kasvajatel (leukoosid, Burkitti lümfoom, rinnavähk).

Kuid senised tulemused jätavad palju soovi. Kuigi paljudel haigetel on täheldatud kasvavastaste antikehade tiitri tõusu, on

vaid üksikjuhtudel õnnestunud saada objektiivselt sedastatavat terapeutilist efekti. Siinjuures tuleb eriti rõhutada seda, et kõik senised immunoteraapia-alased katsetused kliinikus on tehtud haigetel, kel kasvaja ei ole opereeritav. Arvatavasti on see üks peamisi ebaedu põhjusi.

Kasvavastase immuniteedi üks tähtis eripära on tema suhtelisus, mistõttu tsütotoksiline efekt ei avaldu suurema osa kasvajakude korral. Ei tohi unustada, et kiiritusravi ja kemoteraapia, mida tavaliselt on rakendatud enne immunoteraapiat, alandavad immunokompetentse süsteemi tegevust tunduvalt.

Immunoteraapia hinnatavaks omapäraks on tema spetsiifilisus. See saigi aluseks katsetustele ühendada kasvavastaseid antikehi keemiliste preparaate ja isotoopidega, milles antikeha funktsioneeris omalaadse juhina. Kasvaja antigeenide suhteliselt nõrgalt väljendunud organismivõõrad omadused said aluseks püüdele neid teisendada (modifitseerida) keemilistel või virooloogilistel meetoditel. Viimast suunda arendatakse G. Svet-Moldavski laboratooriumis.

2. Passiivne immunoteraapia allogeensete ja ksenogeensete kasvavastaste seerumitega on tänapäeval kõrvale jäetud. Selle meetodi vähene tõhusus on tingitud retsiipiendi immunoloogilisest vastusreaktsioonist kehavõõrastele valkudele, millest lähtudes seerumi korduv manustamine toimet ei avalda. Tuleb arvestada kasvaja kasvu immunoloogilisel teel tugevdamise võimalust ja tuisustusi neerude poolt.

3. *In vivo* ja *in vitro* aktiveeritud lümfotsüütide ja makrofaagide kasutamine; lähedase lokalisatsiooniga kasvajatega haigete ristav immuniseerimine nendelt pärinevast kasvajast saadud materjaliga koos leukotsüütide või lümfotsüütide massi pärastise ülekandmisega ühelt haigelt teisele.

Lümfotsüüte on võimalik aktiveerida kasvaja antigeenide, mittespetsiifiliste mitoosi stimuleerivate preparaate (fütohemaglutiniin) ja mõningate antiblastiliselt toimivate preparaate (metotreksaat) väikeste annustega.

4. Organismi kasvavastase resistentsuse tõstmise mittespetsiifilised meetodid lähtuvad arvatavast korrelatsioonist kasvavastase immuniteedi ja organismi immunoloogilise reaktiivsuse vahel. Siia kuulub vaktsineeri-

mine BCG-ga, rõuge- ja teiste viiruslike vaktiinidega, samuti rakuliste immunoloogiliste reaktsioonide indutseerimine keemiliste ainete ja viirustega vahetult kasvaja piirkonnas.

Kasvajate immunoteraapia võimalused ei piirdu kahtlemata eespool loetletud peamiste suundadega. Aluseks võttes õpetuse kasvajarakkude antigeenset reversionist, on eksperimendis tehtud katsetusi organismi kasvajate vastu immuniseerida embrüonaalsete kudedege. Mõningast edu selles suunas on loota mitte niivõrd immunoteraapialt, kuivõrd kasvajate immunoprofülaktikalt.

Eespool toodust nähtub, kui suured on raskused, mis kasvajate immunoteraapia ees seisavad. Senini ei ole selge, millised immuniseerimise moodused on kõige ratsionaalsemad, et ära hoida kasvaja edasist arengut. Eksperimentaalsed andmed on vastuolulised. Üks ja sama meetod võib anda vastupidiseid tulemusi. Ideaalvariant nõuab meetodeid immunoloogilise reaktsiooni kvantitatiivseks hindamiseks, antikehade sünergeetilise ja antagonistliku toime väljaselgitamiseks nii enne immunoteraapiat kui ka ravi käigus. Seni, kuni selliseid meetodeid ei ole laialdaselt kasutusele võetud, nihkub immunoteraapia edasi.

Erakordselt tähtis on uurida immunoloogilise vastusreaktsiooni dünaamikat vähihaigetel ja ravimeetodite toimet sellesse ning haiguse prognoosi. Immunoteraapiat peetakse otstarbekaks juhtudel, mil põhiline kasvajakude on kirurgilisel või mõnel muul teel eemaldatud. Sellises olukorras osutub järelejäanud kasvajarakkude kahjustamine ja metastaaside profülaktika kõige sobivamaks immunoteraapia objektiks.



Istungite vaheajal. USA Riikliku Vähivastase Keskuse direktor F. J. Rauscher (esiplaanil paremal) ja Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni juures töötavate onkoloogide rühma juhataja N. Napalkov.

Kasvajate immunoteraapias seni tehtud tööd kujutavad vaid esimest etappi selles valdkonnas. Senistele küllalt tagasihoidlikele saavutustele vaatamata võib väita, et see meetod on kasvajarakkude suhtes rangelt spetsiifiline ning võib kujuneda perspektiivikaks kasvajate kompleksravis.

Oleg Kurtenkov
Vadim Salijev

Laste suremus Ameerika Ühendriikides. ÜRO statistikaandmetel on laste suremus maailma 13 riigis väiksem kui Ameerika Ühendriikides. Loomulikult ei sõltu see põhjus Ameerika arstide erialaste teadmiste hulgast, vaid selle riigi tervishoiusüsteemist ja eriti ühiskonnakorrast. Laste suremuse sotsiaal-majanduslikke tegureid käsitlev uurimus, mille avaldas tervishoiustatistika riiklik keskus (*National Center for Health Statistics*), tõestab seda veenvalt. Uurimuse autorid, Mary Grace Kavar nimetatud keskest ning Brian MacMahon ja Jacob J. Feldman Harvardist (*Harvard School of Public Health*), selgitavad oma uurimismeetodist ja -tulemustest kirjutades järgmist. Uuriti perekonna sotsiaal-majandusliku seisundi kolme näitajat: isa haridust, ema haridust ja perekonna sissetulekut aastal enne lapse sündi resp. enne lapse surma. Kõik need näitajad olid korrelatsioonis lapse surmariisikoga. See riisiko on sotsiaal-majanduslikult kõige vaesemas elanike rühmas 50...100% suurem kui keskmise ja suurte sissetulekutega elanike rühmades. Huvitav on ka see, et kõikides rühmades on neegrilaste suremus suurem kui valgete laste oma.

Scientific American, 1972, 2.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

PUUSALIIGESE ARTRODEES KAUGELEARENENUD KOKS- ARTROOSI JA REIELUUKAELA EBALIIGESE PUHUL

EVEL LIIV

Tartu

UDK 616.72-089.881

Kuigi paljud autorid on puusaliigese raskekujuliste deformatsioonide ja reieluukaela murdude tüsistuste likvideerimiseks soovitanud rekonstruktiivseid ravimeetodeid, jääb siiski kõige kindlaks ning radikaalsemaks ravivõtteks artrodees, eriti eakatel haigetel (7, 11).

Kui nooremate inimeste ravimisega võib viivitada ja kestva funktsionaalse raviga tulemusi parandada ning rekonstruktiivsete ja plastiliste operatsioonidega saada rahuldavaid hilistulemusi, siis 55- kuni 80-aastastel haigetel on need vaevalt rakendatavad. Enamik neist peab tüsilikumatest operatsioonidest sageli loobuma operatsioonitrauma raskuse, järelravi kestuse, ealis-füsioloogiliste iseärasuste ja kaasnevate haiguste tõttu. Korrigeeritud ja funktsionaalselt paremas seisus jäseme toetusvõime vanemaelistel artrodeesi tulemusena taastub. Artrodees aitab vältida ka skeleti teiste osade ülekoormusest tekkida võivaid häireid.

B. Boitšev (6) ja G. Kaiser (4) on artrodeesimeetodid jaotanud kolme rühma: liigesesisesed, liigesevälised ja segameetodid. Operatsiooni kirjeldatud meetodeil taluvad eakad samuti raskelt, mistõttu A. Kaplan (8), V. Lirtsman (9) on neid vältinud, pidades sel viisil ravitavate ea ülemmääraks 60 aastat (6). Üks takistus on ka pikaajalise kipsfiksatsiooni vajadus: H. Brittaini (2) arvates kolm-neli kuud, A. Glauber (7) peab seda vajalikuks mitte vähem kui kuus kuud, G. Kaiser (4) ja E. Niforova (10) 11...12 kuud jne.

Stabiilset fikstsiooni tagavatest artrodeesimeetoditest on tuntud K.

Baueri (1) ja G. Küntšeri (5) oma, mille puhul kasutatakse kaht naela, ning J. Charnley (3) kompressioonartrodeesi meetod.

Eespool toodut arvestades oleme 1964. aastast kasutanud kinnist transartikulaarset puusaliigese lihtsustatud artrodeesi. Sel viisil oleme Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas ravinud koksartroosi ja reieluukaela ebaliigest ning aseptilist nekroosi, eriti eakatel haigetel. Tulemusi arvestades soovitame sel meetodil opereerida ka muude raviautuste traumatoloogia- ja ortopeediaosakondades.

Lahtise artrodeesi meetodite, samuti artroplastiliste ning rekonstruktiivsete operatsioonide üks puudusi on peamiselt suhteliselt raske operatsioonitrauma ja pikaajalise välise fikstsiooni ja järelravi vajadus. Seepärast ei saa neid kasutada eakamatel ning nõrgenenud organismiga haigetel.

Praktikast on teada, et osteoartroosi, põletike ja pähiku aseptilise nekroosi juhtudel on liigesekõhr hävinud või eluvõimetu. Seepärast ei ole vajadust teda eemaldada — kindla fikstsiooni korral kõhr luustub ning hävib niigi. Kõhre eemaldamine on üks pikaajalise kipsfiksatsiooni põhjusi: tekib diferents pähiku ning napa suuruse ja kuju vahel, mistõttu dehistsentsi täitumiseks luukoega läheb palju aega.

Meie meetod sarnaneb reieluukaela murru osteosünteesiga. Kasutame kaht N. V. Sklifossovski nim. Moskva Kiirabiinstituudis kasutuselevõetud 100...120 mm pikkust naela, mis viiakse läbi puusaliigese (vt. skeem). Haiget ope-

reeritakse üldnarkoosis (kasutatakse müorelaksante) operatsioonilaual, millel tehakse ortopeedilisi operasioone. See võimaldab hea juurdepääsu, vajaduse korral saab puusaliigese asendit muuta. Enamasti osutub vajalikuks eelnev lähendajalihaste ülemine tenotomia.

Reie välisküljel tehakse *trochanter major*'i kõrgusel 8...10 cm pikkune pikilõige ja tungitakse luuni. Esimene nael, tavaliselt 10...20 mm pikem [1], lüüakse *trochanter major*'i baasilt läbi reieluukaela ning pähiku alaosa ja *acetabulum*'i vaagnaluusse häbemeluü ülemise haru piirkonda, s. o. suunaga rohkem ette reieluukaela pikitelje suhtes. Röntgenoloogiliselt kontrollitakse naela suunda, asendit ning sügavust. Röntgenogrammide ilmutamise aega kasutatakse tenotoomiaks ja homotransplantaatide ettevalmistamiseks.

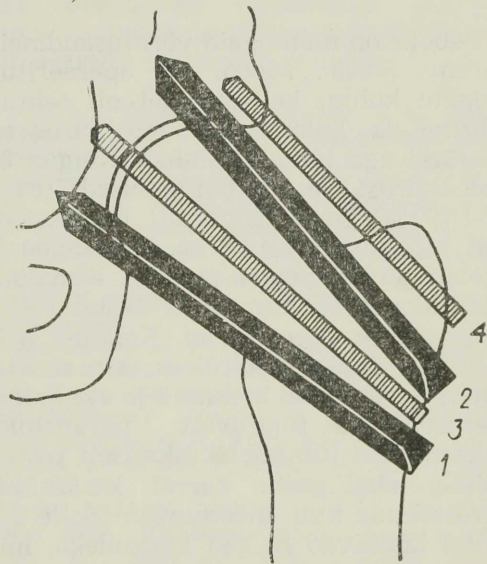
Teine nael [2], esimesest tavaliselt 10...20 mm lühem, lüüakse 2,5...3 cm esimesest kõrgemal läbi reieluukaela ning pähiku ülaosa ja *acetabulum*'i suunaga enam üles-tahapoole sügavalt vaagnaluusse, niudeluü supraetabulaarsesse piirkonda. Seega asetsevad naelad teineteise suhtes erinevatel tasapindadel, võimaldades fiksaatsiooni igas suunas. Järgnevalt valmistatakse käsi- või elektripuuriga 6...8 mm läbimõõduga kanal läbi reieluukaela ning pähiku keskosa ja *acetabulum*'i, millesse viiakse vastava jämedusega konserveeritud homotransplantaat [3]. Reieluukaela ebaliigese puhul viiakse veel teine transplantaat [4] läbi *trochanter major*'i tipuosa ekstraartikulaarselt niudeluusse (vt. skeem). Transplantaatide ülesanne on suurendada metallnaelte fiksaatsioonikindlust ning koos puurimisel saadud luupuruga stimuleerida kiiremat luukoe teket. Täiendav väline fiksaatsioon pärast operatsiooni ei ole vajalik.

Kirjeldatud meetodil ravisime 26 haiget, neist oli koksartroosi diagnoosiga 19 (6 meest ja 13 naist) ja reieluukaela ebaliigese diagnoosiga seitse haiget (kõik naised). Koksartroosi põdevate haigete keskmine vanus oli 62

(55...69) aastat, pseudoartroosi põdevatel haigetel 67,4 (57...79) aastat. Üht 40-aastast meeshaiget opereeriti 11 kuud pärast hüdrokortisooni süstimisest alguse saanud ägedat mädast osteoartriiti, sest kipsfiksaatsiooniga selle aja jooksul luulist anküloosi ei olnud tekkinud.

Algul tehti kipslahas ainult viiel haigel, hiljem vaid nimetatud 40-aastasel banaalset osteoartriiti põdeval meeshaigel, ühel 65-aastasel meeshaigel, kellel operatsioonijärgsel perioodil tekkis subtrohanteerne reieluumurd, ja ühel 63-aastasel naisel, kellel puusaliigese artrodeesiga ühel ja samal ajal tehti põlveliigesel korrigeeriv operatsioon. Ülejäänud 18 juhul kipsfiksaatsioonist loobuti.

Haiged lamasid pärast operatsiooni viis päeva kuni kolm kuud, viimased 21 opereeritud vaid maksimaalselt üks kuu, keskmiselt 17 päeva. Neist kuni 21 päeva 16 haiget, nendestki pooled vaid viis kuni kümme päeva. Ühelgi haigel lokaalseid infektsioosid tüsistusi ei tekkinud, samuti ei ägenenud ühelgi kaasnevad kroonilised haigused, ehkki kaasnevaid haigusi oli diagnoositud 18 haigel (vt. tahvel III, röntgenogramm).



Artrodeesimeetodi skeem. 1 — esimene (pikem) nael, 2 — teine (lühem) nael, 3 ja 4 — konserveeritud homotransplantaadid.

Mõningaid võrdlusandmeid artrodeesimeetodite kohta

Näitajad	Lahtine meetod ja kips- fiksatsioon	Kinnine meetod ja kips- fiksatsioon	Artiklis kirjel- datud meetod
Haigete arv ja vanus	5	3	26
noorim...vanim	54...64	55...71	57...79
keskmine	59,2 a.	62,6 a.	64,0 a.
Operatsiooni kestus			
lühim...pikim	2...3 t.	1...1 ³ / ₄ t.	45...90 min.
keskmine	2,5 t.	1 t. 20 min.	55 min.
Operatsiooniaegne vereüle- kanne			
väiksem...suurim	600...1750	200...750	0...500 ml
keskmine	1000	450	100 ml
Antibiootikumide kasutamise sagedus	100%	85%	14%
Tüsistuste arv			
haavainfektsioone	2	0	0
üldisi tüsistusi	2	1	0
Kipsfiksatsiooni kestus			
lühim...pikim	4...5 kuud	2,5...4 kuud	—
keskmine	131 päeva	97 päeva	—
Statsionaarne ravi			
kordade arv	2...5	2...3	1...2
keskmine	3	2	1,5
Operatsioonijärgsete päevade arv	49...162	22...116	12...139
keskmine	98	47	30
Karkudega käimise kestus	6...12 kuud	4...6 kuud	2...6 kuud
keskmine	283 päeva	152 päeva	110 päeva
Häid hilistulemusi protsentides	60	100	100

Tabelis on mõningaid võrdlusandmeid varem (1963...1965. a.) opereeritud haigete kohta, kellest viiel oli tehtud lahtine ja kolmel kinnine artrodees. Seejärel aga tehti kipslahas. Kõigist 34 opereeritust on hilistulemused teada 33-l (97%), ühel haigel oli operatsioonist möödunud vaid kuu. Fiksatsiooninaelad on 15 haigel (44,2%) eemaldatud kaks kuud kuni kaks aastat seitse kuud pärast operatsiooni. Kõikidel haigetel oli luuline anküloos, samal ajal olid neil vaevused kadunud ja alajäseme toetusvõime tunduvalt paranenud: koksartroosi juhtudel keskmiselt pärast kolme, ebaliigeste korral keskmiselt pärast kuue kuu möödumist. Selle aja vältel kõnnivad haiged karkudega, hiljem kepiga. Aktiivne liikumine ja mõõdukas koormus tugevdab organismi ning soodustab luukoe tekkimist. Keppi

soovitame kasutada haigetel, kel on häired puusaliigeses, sest see vähendab alajäseme biomehaanilist koormust märgatavalt. Kahjuks püüavad haiged ise kepi kasutamist vältida.

Tüsistustest nimetagem, et kolmel haigel (11,5%) on üks metallnaeltest murdunud. Neist ühel oli juba kahe kuu pärast ka teine nael välja libisenud, tuli teha reartrodees. Banaalset osteoartriiti põdeval haigel tulid naelad välja siis, kui kipslahase tegemisest oli möödunud kolm kuud. Naelad tuli uuesti sisse lüüa ja need eemaldati alles neli kuud hiljem.

Eespool toodust võib teha mõningaid järeldusi.

1. Kinnise artrodeesi tulemusena anküloseerub puusaliiges suhteliselt kiiresti, see võtab aega ainult 3...6 kuud.

2. Artrodeesil ei ole liigesekõhre alati vaja eemaldada, seda tuleks teha vaid siis, kui see suuremalt osalt on juba hävinud. Täieliku luulise anküloosi tekkimiseks piisab kindlast fiksatsioonist.

3. Trauma on transartikulaarselt tehtud kinnise artrodeesi korral märksa kergem: väheneb kaotatud vere hulk, lüheneb operatsiooni kestus, kaob lokaalsete ja üldiste tüsistuste oht. Haigete lamamise ning põetuse kestus võib olla märgatavalt lühem kui muude operatsioonimeetodite kasutamise korral. Seepärast sobib see eriti eakate raviks.

4. Kirjeldatud artrodeesimeetodi puhul puudub kipsfiksatsiooni vajadus, haigete aktiivsus on suurem.

INFEKTSIOOSSE MITTE- SPETSIIFILISE POLÜARTRIIDI ÜLEMINEK DISSEMINEERUNUD LUUPUSEKS

OLEV MAIMETS

Tartu

Infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi juhtsündroomiks on deformeeriv liigesepõletik, mis sageli jääb pikemaks ajaks peaaegu ainsaks kahjustuseks nimetatud haiguse liigesevormide korral. Dissemineerunud luupuse tüüpilise haiguspildi kujundab mitmete siseelundite üheaegne kahjustus. Vahevormideks nende kahe haiguspildi vahel võib pidada infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi liigesvistseraalseid vorme, mille puhul deformeeriv polüartriit kombineerub mõnede siseelundite reumatoidse kahjustusega. On kirjeldatud ka nn. ristuvaid sündroomi ja kollagenoosivormide omavahelisi üleminekuid (1, 5, 6, 7, 8), mille hulka kuulub ka kõne all oleva haiguse üleminek mõneks nn. suureks kollagenoosiks.

Esitame kaks haigusjuhtu, mis pikema aja vältel kulgesid infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi haiguspil-

KIRJANDUS: 1. Bauer, K. H. Zbl. Chir., 1941, 68, 48, 2239—2245. — 2. Brittain, H. A. Br. J. Surg., 1941, 29. — 3. Charnley, J. J. Bone Joint. Surg. (Br.), 1954, 36, 3, 692—697. — 4. Kaiser, G. Die angeborene Hüftluxation. Jena, 1958. — 5. Küntschner, G. Chirurg, 1953, 24, 9, 404—410. — 6. Бойчев Б., Конфорти Б., Чоканов К. Оперативная ортопедия и травматология. София, 1961. — 7. Глаубер А. В. кн.: Руководство ортопедии и травматологии, т. II. М., 1968, 137—153. — 8. Каплан А. В. Основы травматологии пожилого возраста. М., 1965. — 9. Лирцман В. М. Ортопед., травматол., 1970, 2, 15—19. — 10. Никифорова Е. К. В кн.: Руководство ортопедии и травматологии, т. II. М., 1968, 68. — 11. Чернавский В. А. В кн.: Руководство ортопедии и травматологии, т. II. М., 1968, 590—620.

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

UDK 616.72-002-031.13-022:616-002.524

diga, omandasid vistseraalse haigusvormi elemente ja lõppesid ägeda dissemineerunud luupuse nähtudega.

Juht 1. 21-aastane naishaige T. V. (haiguslugu nr. 1339/1961. a.) oli katkestanud koolikäimise haiguse tõttu, ei ole töötanud. Menarche 14-aastaselt. Sageli oli põdenud angiini. 1960. a. detsembris hakkasid valutama kõik liigesed peale puusaliigeste, hommikuti liigesejäikus. Haigel subfebriilne kehatemperatuur, SR mõõdukalt kiirenenud, see jäi edaspidigi kiirenekuks. Esialgu raviti jaoskonnahaiglas.

Ajavahemikul 5. novembrist 3. detsembrini 1961 raviti teda Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas. Interfaalangeaalligeesed järenenud ja interosaalihaste atroofia kätel. Kurgumandlid olid suurenenud ja sisaldasid krüptides mädakorke. Veri: SR 27...43 mm tunnis, hgb. 10,8 g%, erütrots. 3 420 000, leukots. 5300...7250 (ühel korral 4500). Valgeverre valem: eosinof. 4%, keppt. 7%, segmentt. 46%, lümfots. 33%, monots. 10%. Vereseerumi valkude elektroogramm: üldvalku 7,48 g%, sellest albumiine 2,15 g%, α_1 -globuliine 0,55 g%, α_2 -globuliine 1,44 g%, β -globuliine 0,97 g%, T-frakt-

siooni globuliini 1,21 g% ja γ -globuliini 1,16 g% (T-fraaktsiooni globuliini ja γ -globuliini kokku 2,37 g%). Uriin ja roe patoloogilise leiuta. Rindkere röntgenoskoopial: tuberkuloosi primaararkompleks tihkestumis-lubjas-

$\frac{2; 3}{0}$. Raviks ordineeriti penitsilliini, butadiooni, reosolooni ja salitsülaate. Paranenult saadeti kodusele ravile, määrati väikestes annustes prednisolooni ja klorokiini. Soovitati tonsillektoomia, mis aga jäi tege-mata. Diagnoos väljakirjutamisel: *Polyarthritiis chronica infectiosa. Tonsillitis chronica. Complexus primarius tuberculosis in phasi indurationis et calcificationis.*

Vahepealse anamneesis on rasedus ja artifitsiaalne abort kuuendal raseduskuul.

18. aprillil 1966. a. haigestus uuesti (haiguslugu nr. 661/1966. a.). Rajoonihaiglas oletati mädast meningiiti ja haige saadeti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonda, kus teda raviti 14. juunini. Diagnoositi spontaanset subarahnoidaalhemorraagiat. Infektsioosne artriidid edasiseks raviks toodi haige üle sama haigla kardioreumatoloogiaosakonda, kus ta viibis 1966. aasta 21. juunini. Kliiniline diagnoos: *Polyarthritiis infectiosa nonspecifica chronica* (liigesvistseraalne vorm koos väljakujunenud südamekahjustusega, vaskuliit; aktiivsuse II staadium, liigesepuudulikkuse I staadium). Koldeline kopsutuberkuloos tihkestumis-lubjastumisfaasis. *Status post haemorrhagiam subarahnoidalem spontaneam. Tonsillitis chronica.*

Patsiendil oli nahk vähenenud elastsusega, atrofiaalne kalduv, ilmnes lihaste hüpotroofia kämmaldel, öla- ja küünarvarvel ning säärtel. Sõrmede interfalangeaalligeesed deformeerunud, sõrme-, randme- ja küünarliigese liikuvus piiratud, kuid liigutusel valu ei põhjustanud. Lümfisõlmed ei olnud suurenenud. Südametoonid tuhmivõitu, regulaarsed; südame löögi sagedus 88 korda minutis. Südame kontraktsioonide jõudlus röntgenoloogilise uurimise põhjal normist madalam. RR 110/80. Veri: SR 33...37 mm tunnis, hgb. 11,8 g%, erütrots. 3 030 000...3 740 000, leukots. 10 300. Valgeverel valem: eosinof. 5%, keept. 7%, segmentt. 32%, lümfots. 48%, monots. 8% (neutrofiilide nihe vasakule ja lümfotsütoos). Siaalhapet vereseerumis 0,286...0,300 fotoelektrilise kolorimeetri ühikud, C-reaktiivset valku 0,5...1,0 mm. Vereseerumi valkude elektroforegramm: üldvalku 9,29 g%, sellest albumiini 4,19 g%, α_1 -globuliini 0,45 g%, α_2 -globuliini 0,84 g%, β -globuliini 1,08 g%, γ -globuliini 2,73 g%. Vereplasmas fibrinogeeni 0,42 g%. Uriin ja roe patoloogilise leiuta. EKG: südamekodades erutusjuhte aeglustumine, madaldunud repolarisatsioonivoltaaž.

Röntgenogrammid kämmaldest: ühtlane osteoporoos randme- ja metakarpofalangeaalligeele piirkonnas, samuti lateraalsete kämb-laluude diafüüsides ja parema käe sõrme-

lülides. Karpometakarpaalligeele pilud kit-senenud. Mõõdukas subkondraalskleroos pea-miselt paremal käel. Günekoloogiliselt patoloogilise leiuta. Raviks määrati prednisolooni 7,5...10 mg päevas, streptomüsiini, klorokiini. Haige enesetunne küll paranes, biokeemilis-immunoloogiliste analüüsides põhjal aga mitte. Hospitaliseerimise algul täheldatud tugevasti positiivne papaiintest (anti-erütrotsütaarsed autoantikehad vereseerumis) jäi ka väljakirjutamisel positiivseks.

Pärast haiglast lahkumist oli haige enesetunne esialgu rahuldav. Augusti algul tekkisid palavik, profuussed verejooksud menstruaatsiooni ajal ja oliguuria. 10. augustil saadeti ta rajoonihaiglasse, mille vastuvõtuosakonnas suri. Kohtumeditsiinilise ekspertiisi andmel (lahanguprotokoll nr. 199/1966. a.) diagnoositi südame väliskesta ja südamelihase põletikku ning kopsutuberkuloosi tihkestumisfaasis, samuti aneemiat ja kroonilist paismaksa (K. Hansson).

Patoloogilis-histoloogiliselt uuriti südant, neerusid, maksa, põrna ja aju. Histoloogiline leid kõikides neis elundeis vastas dissemineerunud luupusele, esiplaanil oli südamekahjustus (V. Sillastu).

Kirjeldatud haigusjuht oli alanud puberteedieas ja kulgenud kuus aastat kui infektsioosne mittespetsiifiline polüartriit deformeeriva liigesekahjustuse sündroomiga. Enne finaalsootiumi oli vaid kolmel korral täheldatud ekstraartikulaarseid kahjustusi: aneemiat, mis oli alguse saanud protsessi ägenemisest (novembris 1961), vaskuliidist tingitud subarahnoidaalhemorraagiat (aprillis 1966) ja müokardi kahjustust, tõenäoliselt kardiiti (juunis 1966). Haiguse lõpp kulges ägeda dissemineerunud luupusena paljude siseelundite kahjustusega, mis põhjustaski surma.

Juht 2. 60-aastane naishaige H.-M. K. oli haigestunud 1959. aasta aprillis, polüartriidi nähud. Suvel oli enesetunne olnud hea, liigesevalud tekkisid sama aasta sügisel uuesti, lisandusid südamepekslemine ja valud südame piirkonnas. Esmakordselt oli ta uurimisel ja ravil olnud Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas 4. jaanuarist kuni 6. veebruarini 1960. a. Täheldati interfalangeaalligeele deformatsioone ja interosaaillihaste atrofiat kätel. Süstoolne kahin südame tipul. Röntgenoloogiliselt: mitraalne konfiguratsioon müoapaatilisel südamel. SR 22...40 mm tunnis, hgb. 12,5 g%, erütrots. 4 000 000, leukots. 5750. Valgeverel valem: eosinof. 2%, segmentt. 57%, lümfots. 32%, monots. 9%. Vereseerumis üldvalku 8,68 g%, albumiini 4,05 g%, α_1 -globuliini 0,67 g%,

α_2 -globuliine 1,07 g%, β -globuliine 1,12 g%, γ -globuliine 1,77 g%. Uriin: valku 0,033%, erikaal 1018...1027, sademes erütrotsüütide varje (ühekordselt). EKG: südamekodade erutusjuhte aeglustumine ja madaldunud repolarisatsioonivoltaaž. Kliiniline diagnoos: *Polyarthriti infectiosa chronica deformans*. *Insufficiencia valvae mitralis*. *Cardiosclerosis atherosclerotica*. *Insufficiencia cardiovascularis chronica in stadio IIa*. *Stenocardia*. Butadioon- ja aspiriinravi tulemusena haige paranes, kuigi settereaktsioon jäi ka väljakirjutamisel kiirenenuks, 32 mm tunnis.

Sama diagnoosi järgi (kehtiva klassifikatsiooni kohaselt infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi ja reumatismi kombineeritud vorm ning mitraalklapi insuffsientsus) raviti haiget samas haiglas korduvalt: oktoobris 1960, novembris 1961, märtsis ja novembris 1962, septembris 1963 ning aprillis-mais 1966. Protseess ägenes sageli, igal kevadel ja sügisel. Ainult aastail 1964...1965 oli remissiooni-periood suhteliselt pikem. 1962. aasta märtsis põdes haige gripijärgselt pneumooniat; samal aastal algas kliimaks. 1962. a. lõpuks oli deformeeriv liigeseprotsess levinud kämbla-, randme-, öla-, põlve- ja hüppeliigestele, 1963. a. haigestusid veel puusaliigesed. Diagnoositi II astme liigesepuudulikkust. Kogu jälgimisperioodil oli settereaktsioon püsivalt kiirenenud (19...39 mm tunnis) ja γ -globuliinide fraktsiooni kontsentratsioon vereseerumis suurenenud (2,28...2,33 g%). Ühel korral (1962. a.) täheldati möödukat aneemiat (hgb. 9,5 g%), kopsupõletiku ajal (samuti 1962. a.) leiti uriinis valgu jälgi, üksikuid granuleeritud silindreid ja erütrotsüütide varje. Muid vistseraalseid kahjustuste tunnuseid ei olnud. EKG-s dünaamika puudus. Haige sai butadiooni, korduvalt oli määratud prednisoloon-, klorokiinkuure, periooditi oli antud südameglükosiide. Infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi viimase ägenemise ajal (veebruaris 1966. a.) täheldati kõrvuti liigeste deformatsiooni ja tursete, kiirenenud settereaktsiooni (23...30 mm tunnis), vereseerumi suurenenud siaalhappesisalduse (0,228 ühikut) ja vereseerumi α_2 - ja γ -globuliinide kontsentratsiooni suurenemisega (vastavalt 1,11 ja 1,88 g%) ka antierütrotsütaarseid autoantikehi vereseerumis (tugevasti positiivne papaiintest). Prednisoloon-, butadioon- ja klorokiinraviga saadi rahuldav remissioon.

Patsient haigestus uuesti 28. juulil 1968. a. (haiguslugu nr. 945/1968. a.). Kehatemperatuur oli kõrge ja antibiootikumravi jäi tulemuseta. Liigeste deformatsioonide kõrval oli veel raske kardiovaskulaarne puudulikkus tsüanoosi, tahhükardia (150 lööki minutis), kuhjunud ekstrasüstolite, pulsi defitsiidi ja kiirenenud pinnalise hingamisega (32 korda minutis). Maks kämbla laiusel suurenenud, astsiit. RR 92...86/58...52 mm/Hg. Täppverevalumid nahal. Diarröa. Leukotsüüte 19 700, neutrofiilide nihe vasakule (kuni metamüelotsüü-

tideni), toksogeenne granulatsioon. Uriinis valku 0,396%, rohkesti erütrotsüütide varje, granuleeritud silindreid, üksikuid hüaliinsilindreid. Siaalhappeid vereseerumis 0,270 ühikut, C-reaktiivset valku 2 mm. Bilirubiini vereseerumis 6,2 mg%, jääklämmastikku 99,0 mg%. EKG: (22. augustil) absoluutne tahhüsüstoolne arütmia, kodade laperdus ja virvendus. Haige suri süvenevas kollapsis 23. augustil 1968. a. Kliiniline diagnoos: *Lupus erythematodes disseminatus (carditis et nephritis luposa)*. *Insufficiencia renum et cardiovascularis chronica in stadio III*.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos (lahanguprotokoll nr. 357/1968. a.): *Lupus erythematodes disseminatus (oesophageitis et ileitis ulcerosa, nephritis interstitialis luposa, vasculitis universalis)*. *Uraemia*. *Oedema pulmonum*. *Insufficiencia cardiovascularis chronica (hyperaemia venosa chronica hepatis)*. *Endocarditis fibrosa valvae mitralis, cardiosclerosis*. *Cholelithiasis*.

Patoloogilis-histoloogiline uuring põrnast, maksast, neerudest, südamelihasest ja soole seinast oli vastavuses dissemineerunud luupuse diagnoosiga, kusjuures mitraalklapis oli vohanud veresooni sisaldav hüaliniseerunud sidekude.

Mitraalklapi puudulikkus, mis lahanguleius esineb täielikult formeerunud rikkena, oli haigel kliiniliselt täheldatav juba jälgimisperioodi algul, kui infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi haiguspilt alles hakkas kujunema. See klapirike ei ole tõenäoliselt lupoidendokardiidi (Libmani-Sacksi sündroomi) või reumatoidendokardiidi tagajärg. Seega on alust arvata, et mitraalinsuffitsient-suse oli sel haigel põhjustanud esmaselt latentselt alanud reumatism, mis 1960. a. paiku läks üle infektsioosseks mittespetsiifiliseks polüartriidiks, järkjärgult omandades vistseraalse kahjustuse elemente. Lõpuks omandas haigus ägeda dissemineerunud luupuse pildi ja lõppes 1968. aastal letaalselt.

Pahaloomuliselt kulgeva infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi ja dissemineerunud luupuse vahelised piirid on väga raskesti määratavad. Seroloogilised uuringud (reumatoidfaktori, luupuserakkude ning DNA-vastaste autoantikehade määramine jt.) ei ole teatavasti kummalegi haigusele spetsiifilised (2, 3, 4). Ka liigeste punkt-

sioonbiopsia andmed ei anna küsimusele lõplikku vastust (4). Diferentsiaaldia-
gnoosimise aluseks neil puhkudel jääb
ikkagi haiguse kliiniline pilt. Tuleb
arvestada, et pikemat aega kulgenud
infektsioosne mittespetsiifiline polüart-
riit, mis järk-järgult omandab vistse-
raalse kahjustuse tunnuseid ja on sero-
loogiliselt aktiivne, võib üle minna dis-
semineerunud luupuseks (7, 8). Üksnes
selliste haigusvormide dünaamika hoo-
likas jälgimine ravi ajal võimaldab
dissemineerunud luupust varajasesel dia-
gnoosida ja õigel ajal alustada immuno-
supressiivset ravi.

KIRJANDUS: 1. Gsell, O., Miescher, P. In: Immunopathologie. I Internationales Symposium Basel/Seelisberg. Basel/Stuttgart, 1959, 468—478. — 2. Marmont, A. In: Immunopathology. Ist International Symposium Basel/Seelisberg. Basel/Stuttgart, 1959, 479—500. — 3. Willkens, R. F., Decker, J. L. Arthritis Rheum., 1963, 6, 6, 720—735. — 4. Астапенко М. Г. Вопр. ревмат., 1969, 2, 18—23. — 5. Астапенко М. Г., Трофимова Т. М. Вопр. ревмат., 1967, 1, 84—88. — 6. Насонова В. А., Несговорова Л. И. Вопр. ревмат., 1971, 3, 22—27. — 7. Тареев Е. М. Сов. мед., 1956, 5, 10—18. — 8. Тареев Е. М. Сов. мед., 1958, 9, 15—23.

TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste
kateeder

Abiks velskritele ja õdedele

LAPSE EMOTSIONIDELE MÕJUVATEST TEGURITEST HAIGLAS

INGRID LAAN
Tallinn

UDK 614.253.81-082.5

Aastast aastasse on täiustunud meditsiinitehnika, suurenenud laboratoorse ja instrumentaalse diagnostika osatähtsus. Teaduse ja tehnika võidukäik on põhjustanud ka ravimite ja raviprotse-
seduuride fetišeerimist, kusjuures on unustatud haigetele nii vajaliku sääste-
režiimi psühhohügieenilised alused.

Võib-olla on see ka üks põhjusi, miks tervishoiuosakondadele tuleb vähem kaebusi lahkdiagnooside ja ebaõige ravi kohta, üha rohkem aga saabub neid kaebusi, mis on tingitud konfliktidest ja meditsiinipersonali taktitust käitumisest.

Eriti suured on konfliktituatsiooni võimalused haige lapse paigutamisel statsionaari, sest lapse organism oma füsioloogilise ebaküpsuse tõttu on väga tundlik elu stereotüübi rütmi muutus-
tele. Meditsiiniõde, olles haige lapse esimene abimees ja hooldaja, peaks tegema

kõik, et laps uue keskkonnaga kiiresti kohaneks.

Igas haiglas on oma sisekord, millele peavad alluma kõik saabuvad lapsed. Sisekord aga ei tohi olla jäik skeem, mis ei võimalda lapse individuaalseid iseärasusi arvestada. Haiglasse saabunud laps ei erine teistest mitte ainult haiguse raskuselt, kulult ja organismi reaktiivsuselt, vaid ka oma kesknärvisüsteemi tüübi ning omandatud harjumuste poolest. Nende iseärasuste ja harjumuste mittetundmine ning vähene hindamine takistab kontakti tekkimist haigla personali ja haige lapse vahel või, veelgi halvemal juhul, soodustab konflikti tekkimist. See aga mõjub halvasti haigusest niigi kahjustatud kesknärvisüsteemile, samuti haiguse kulule.

Seepärast peaks last haigla vastu-
võtutoast osakonda saatma hooldusõde koos vanematega, kes annaksid lapse üle

palatiõe. Lastevanematele mõjub rahustavalt teadmine, et nad on lapse andnud kindla isiku hoolde; paremini aga kohaneb laps selle õega, kelle hooliks ema teda on usaldanud. Samal ajal saab palatiõe lühidalt vanematelt pärida lapse käitumisviisi, harjumuste, une, isu jms. üle.

Palatis tutvustagu õde uustulnukale teisi lapsi nimepidi, neid paari sõnaga iseloomustades. Näiteks: «See on Katrin, kes joonistab hästi. Eve aga on palatis kõige väiksem ja tema eest peavad kõik hoolitsema.»

Kui laps reageerib haiglasse tulekule tõrjuvalt, tuleb talle anda aega rahunemiseks.

Nagu kesknärvisüsteemi talitluse uurimine on selgitanud, ei tohi haigla-režiim olla ühesugune pidurdatud ning inertse närvisüsteemi tüübiga ja erutatud ning pidurdamata närvisüsteemiga lastele. Ajukoore suurenenud erutuvusega lapsed on väga aktiivsed ja liikuvad. Sellistelt lastelt range voodirežiimi täitmist nõuda ei ole õige, eriti veel siis, kui laps enne haiglasse tulekut on olnud vabal režiimil ja liikunud palju. Tal on raske kohaneda täieliku liikumatusesega. Selline range voodirežiim ei ole mõnikord isegi vajalik. Näiteks toimetati nakkushaigla boksidega osakonda infektsioosset mononukleoosi põdev kuueaastane väga liikuv ja aktiivne laps, kellel range voodirežiimi tõttu tekkis rohkesti tahtetuid liigutusi, mistõttu tal oletati isegi tantstõbe. Tahtetud liigutused kadusid aga ilma ravita pärast lapse vabale režiimile üleviimist.

Inertse ja pidurdatud närvisüsteemiga lapsed taluvad voodirežiimi hästi. Neid tuleb vaba režiimi korral hoopis julgustada aktiivsem olema.

Kui laps kodus ei ole harjunud pärast lõunat magama, ei tohi temaga riielda, kui ta ka haiglas esimestel päevadel ei uinu. Tuleb aga nõuda, et ta lamaks vaikselt ega segaks teisi magamast.

Laps ei ole sellepärast veel isutu ega kapriisne, kui ta haiglas ei söö seda toitu, mida ta saab esmakordselt elus. Kui nüüd veel pahandatakse ja nõu-

takse kogu toidu söömist, muutub harjumatu toit veelgi ebameeldivamaks. Samal põhjusel ei tohi lapsele vahetult enne sööki teha valulikke protseduure, mis teda pikka aega erutavad. Nii on äärmiselt vale nõuda, et pärast sondeerimist sööks laps hommikusöögi, mis on sageli juba jahtunud. Töö tuleb korraldada nii, et vähemalt 30 kuni 40 minutit enne sööki ei tehtaks lapsele mingeid valulikke protseduure.

Lapse kuuldes ei ole soovitatav rääkida tema haigusest ega tehtavatest protseduuridest. Lapsel on hea mälu, talle jäävad meelde arsti või õe sõnad, kusjuures tihti tõlgendab ta neid valesti. Laps kardab kõike võõrast ja kujutab seda endale ette ohtlikuna. Eriti kardab laps protseduure, süstimisi.

Nii on A. Andrejeva täheldanud väliselt rahulikult kooliealisel lapsel protseduuriõe palatisse ilmumisel pulsi löögisageduse kiirenemist 92 korralt 140 korralt minutis. Veeni süstimise ajal kiirenes pulss 160 korralt minutis, see normaliseerus alles kahekümnendaks minutiks. Süstoolne rõhk tõusis protseduuriõe palatisse ilmumisel 90-lt mmHg kuni 126-le mmHg ja süstimise ajal 136-le mmHg. Vererõhk normaliseerus alles mitme tunni pärast. Koolieelikul oli reaktsioon isegi tugevam ja püsis kauem. Ka üksnes kõnelus veeni süstimisest põhjustas koolieeliku pulsi kiirenemise ja vererõhu tõusu, mõnikord isegi suuremal määral kui süstimine ise. Kui last julgustasid ema, palatiõe või pedagoog, oli südame ja vereringe reaktsioon nõrgem.

Kui protseduuri tehakse lapsele esimest korda, tuleb talle kindlasti selgitada, kuidas see toimub ja kas see ka valu on. Lapsele ei tohi valetada, öeldes, et see või teine protseduur valu ei ole. Valu tuleb iseloomustada mõne lapsele tuttava väljendiga, mis teda ühtlasi ka julgustaks. Näiteks süstimist võib võrrelda sääsehammustusega. Aegamööda hakkabki laps protseduuriõe usaldama ja saab ka valulikkudest ravivõtetest kergesti üle.

Negatiivseid emotsioone saab laps esimestel haiglapäevadel rohkesti: vöö-

ras miljö, vanemate puudumine, valu-
likud protseduurid, teadmatus haiglas
oleku kestusest jms. Kuigi haiglas on
palju lapsele negatiivselt toimivaid te-
gureid, on neist osa kõrvaldatavad või
nende negatiivne mõju vähendatav.
Haigla personali eesmärk peab olema
kesknärvisüsteemi talitluse normalisee-
rimiseks optimaalse olukorra loomine,
liigsete erutuste kõrvaldamine, lapse
pidurdatud olekust väljaviimine ning
positiivsete emotsioonide varal orga-
nismi reaktiivsuse tõstmine.

Eriti halb toime on teist signaalsüs-
teemi mõjutavatel ärritustel — solvaval
sõnal, vaidlustel ja tülidel teiste las-
tega, personali hoolimatusel, järsul ja
ebasõbralikul kohtlemisel, samuti lapse
soovi täitmise põhjenduse keel-
dumisel jms. See kõik on haigle lapsele
küllalt tõsine ja raske elamus, mõjub
negatiivselt ajukoore protsessidele ja
halvendab haiguse kulgu. Seepärast tu-
leb last hüüda koduselt eesnime, mitte
perekonnanime järgi. Lapse kuuldes ei
tohi ka halvasti rääkida tema vanema-
test ja kodustest oludest.

Lapse mõtted tuleb haigusest ja ooda-
tavatest protseduuridest eemale juhtida,
igal võimalikul juhul teda kiita ja püü-
da veenda, et ta paraneb. Tuleb püüda
korvata vanemate ja sõprade puudu-
mist. Hästi sobivad selleks muusika,
muinasjututunnid jms., mida haiglas on
raadiosõlme vahendusel kerge korral-
dada. Positiivseid emotsioone saavad
lapsed nende endi kontsertidest, joonis-
tuste näitustest jne. Kui lapse tervislik
seisund vähegi lubab, alustatagu õppe-
tööd, mis lapse enesetundele mõjub
soodsalt. Tüdrukutele sobib vaba aja

täiteks hästi käsitöö, poistele konstruk-
tormängudega tegelemine.

Kogu tegevus peab olema jaotatud
nii, et see last ei väsitaks, kuid samal
ajal oleks küllalt toniseeriv. Pikka-
mööda hakkavad vähenema esialgu ne-
gatiivselt mõjunud tegurid. Lapsed
muutuvad rõõmsaks, lakkavad nutmast
ja hirmu tundmast. Enam nad ei vaidle
ega protesteerid.

Oskuslikku kohtlemist vajavad ka
pikka aega haiglas viibinud lapsed.
Lapsed väsivad ühesugusest miljööst,
vähesest liikumisest, tüdinevad ravi-
mite võtmisest, korralduste täitmisest
jne. Nad võivad hakata terroriseerima
ja hirmutama uustulnukaid ning võivad
olla distsipliinirikumiste põhjusta-
jaks. Nende laste päevarežiimist ei tohi
puududa ravikehaku kultuur ega jalutus-
käigud. Õppetöö toimugu regulaarselt
iga päev, vanemad toogu lastele huvi-
tavaid raamatuid, mängu jms.

Palatiõdede vaheldumisel peavad kõik
ühtset korda nõudma. Kui üks õde lubab
last vaikselt tunni ajal lugeda, teine aga
mitte, tekib lapsel protest ja ta ei allu
enam kummagi õe korraldustele. Lap-
sele ei tohi teha ka mõtlematuid ja mit-
tevajalikke järeleandmisi.

Lastehaigla õde peab alati meeles
pidama, et tema ülesanne ei ole ainult
ravimite jagamine ja süstimine, ta on
ühtlasi ka pedagoog. Kõige rohkem peab
ta aga tundma ennast suure pere ema-
na, kellel jätkugu pilku ruumide kor-
rashoiuks, kannatust ja sõbralikkust
kõigi tema hooleks usaldatud laste
jaoks.

*Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut*

Kasvajate diagnoosimine Tšerenkovi-kiirguse abil. Seni on paljudel juhtudel olnud raske diagnoosida silmakasvajaid õigeaegselt ja laimamatult. Londoni arst W. M. Burch on kasutusele võtnud originaalse uurimismeetodi. Ta lähtus tõsiasiast, et ³²P saadab radioaktiivsel lagunemisel välja beetakiirgust, mille maksimaalne energia on 1,7 MeV.

See fosfori radioaktiivne isotoop, mis kasvajate korral haigestunud kohta koguneb, saadab läbi silma välja oma beetakiirguse. Seejuures tekivad Tšerenkovi-footonid, mis on kindlaks tehtavad suhteliselt lihtsal viisil. W. M. Burch süstis veeni 0,8 mikroküriid ³²P. Sellest vähesest hulgast väljasaadetud Tšerenkovi-kiirgusest piisab diagnoosi kindlakstegemiseks, kui uurimisel kasutada väga tundlikku valgusvõimendit. Nagu esialgsed kogemused näitavad, on uuel meetodil iseäranis otstarbekas avastada silma tagumiste piirkondade kasvajaid, milleks seni kasutusel olnud uurimisvõtted puudulikud olid.

Bild der Wissenschaft, 1972, 4.

ELEKTROFOREES ATEROSKLEEROOSI RAVIS

MATTI TARUM
Tallinn

UDK 615.844.6:616.13-004.6

Ateroskleroos, mida on peetud eakate inimeste haiguseks, «nooreneb». Sellest lähtudes on üha rohkem hakatud tähelepanu pöörama tema profülaktikale ja ravile. Ka füsioteraapial on siin öelda oma kaalukas sõna.

Rikkalikust füsioteraapiavahendite arsenalist valikut tehes tahaks peatuda elektroforeesil, mida lihtsa aparatuuri tõttu on võimalik kasutada ka väiksemates meditsiiniasutustes.

Elektroforeesi mitmesuguste ainetega võib kasutada nii üldise ateroskleroosi profülaktikaks ja raviks kui ka siis, kui ateroskleroos on tabanud mõningaid veresooni valikuliselt.

Elektroforeesi korral ei ole meil karta selliseid süstimisele järgneda võivaid tüsistusi nagu tromboflebiit, raskelt imenduvad infiltraadid süstekohal jne., mis eakate ravis oleksid vägagi tülikad komplikatsioonid.

Järgnevalt on toodud mõned elektroforeesi rakendamise võimalused ateroskleroosi juhtudel.

I. Üldine ateroskleroos

1. Elektroforees 5%-lise novokaiini lahusega. Elektroodid asetatakse vastavalt Vermeli meetodikale, s. t. anood (pindalaga 300 cm²) abaluude vahele või ristлуу piirkonda, kahestatud katood (kummagi pindala 150 cm²) aga sääremarjadele.

Ravikuur koosneb kolmest tsüklist, igas tsüklist kolm kuni neli protseduuri kolmepäevaste vaheaegadega, seega keskmiselt kaks protseduuri nädalas. Tsükli vahe on kaks nädalat. Protseduuri kestus kümme minutit, voolutihedus 0,03... 0,05 mA/cm², s. t. 5... 10 mA. Siin on soovitatav kasutada värsket lahust, mille valmistamiseks tuleb vahetult enne protseduuri 1,5 g kristallilist novokaiini lahustada 30,0 füsioloogilises lahuses või destilleeritud vees.

2. Üldine elektroforees Vermeli järgi 3... 10%-lise KJ-lahusega, ravim viiakse organismi katoodilt.

3. Üldine elektroforees Vermeli järgi 5%-lise MgSO₄-lahusega, ravim viiakse organismi anoodilt.

4. Üldine elektroforees Vermeli järgi 2%-lise eufülliinilahusega, ravim viiakse organismi anoodilt.

II. Üldine ateroskleroos kombineerunult hüpertooniatõvega

1. Modifitseeritud broom-joodelektroforees Vermeli järgi. Kahestatud katood (kummagi pindala 100 cm²) asetatakse abaluudele. Ühte niisutatakse 5%-lise NaBr-, teist 5%-lise KJ-lahusega. Anood (200 cm²) asetatakse ristлуу piirkonda. Protseduuri aeg 15... 20 minutit, voolutugevus 10... 15 mA, ravikuur koosneb kümnest protseduurist.

Seda elektroforeesi võib teha ka ülepäeviti vaheldumisi elektroforeesiga 5%-lise MgSO₄-lahusega Štšerbaki järgi (nn. Štšerbaki krae meetodil).

2. Üldine elektroforees Vermeli järgi 2%-lise eufülliinilahusega.

III. Ateroskleroosi ajuvorm

1. Elektroforees 2%-lise dibasooli lahusega Štšerbaki järgi, kusjuures tuleb jälgida mitte üksnes elektroodide asetust, vaid ka voolutugevust ning protseduuri kestust. See nõue kehtib ka järgnevate meetodite puhul.

2. Elektroforees 5%-lise novokaiini lahusega Štšerbaki järgi. Kasutatakse peamiselt siis, kui haige kannatab peavalu, unetuse või erutatuse all.

3. Elektroforees 5%-lise MgSO₄-lahusega Štšerbaki järgi.

4. Elektroforees 5... 10%-lise NaBr-lahusega Štšerbaki järgi (katood, millele on paigutatud ravim, asetatakse alati ristлуу piirkonda!).

5. Elektroforees 3%-lise KJ-lahusega läbi laugude Bourgingoni järgi

(ravim viiakse organismi kahestatud katoodilt, mis on asetatud laugudele).

6. Elektroforees 2...4%-lise novokaiinilahusega endonasaalselt (anood asetatakse ninasse).

7. Elektroforees 1...2%-lise CaCl_2 -lahusega endonasaalselt.

8. Üldine elektroforees Vermeli järgi 2%-lise efülliinilahusega. See raviviis on hea mitmesuguste ajuveresoonte haiguste korral, nagu tromboosi tagajärjel tekkinud insuldijärgne seisund, mööduvad ajuvereringehäired, hüpertooniline kriis. Ägedate veresoonte haiguste korral ei alustata seda ravi enne 10. päeva pärast haigestumist.

IV. Ateroskleroosi südamevorm

1. Elektroforees 5...10%-lise novokaiinilahusega. Kasutatakse stenokardia korral. Aktiivne elektrood (anood) 100 cm^2 pindalaga asetatakse valu kiirgumise piirkonda, niisama suur või veidi suurem katood ristluule. Voolutihedus on 0,03...0,08 mA/cm^2 , aeg 6...15 minutit. Protseduuri tehakse iga päev või ülepäeviti, üldse 8...20 korda. Aktiivse elektroodi asendit muudetakse ravikuuri vältel vastavalt valude lokaliseerimise muutusele. Ühte kohta tehakse tavaliselt kolm kuni neli protseduuri. Protseduuri võib teha ka nii, et anood on asetatud südame piirkonda, katood ristluule. Voolutihedus 0,03...0,05 mA/cm^2 , kestus 10...20 minutit.

2. Elektroforees kaaliumiga Vermeli järgi südamelihase jõudluse parandamiseks. Võib kasutada näiteks 3...5%-list KJ-lahust, kusjuures ravim paigutatakse seekord anoodile. Protseduuri tehakse iga päev või ülepäeviti 20 min., voolutihedus 0,01...0,08 mA/cm^2 , 15...20 protseduuri ravikuuris.

3. Elektroforees platüfülliinilahusega Vermeli järgi. Üheks protseduuriks lahustatakse 0,01 g platüfülliini 30,0 ml destilleeritud vees. Ravim viiakse organismi anoodilt iga päev, ravikuuris 15 protseduuri.

4. Elektroforees 0,25...0,5%-lise nikotiinhappelahusega. Kasutatakse kroonilise koronaarpuudulikkuse korral. Ravim viiakse organismi katoodilt, mis asetatakse südame piirkonda, anood abaluude vahele. Elektroodide pindala 100...150 cm^2 , aeg 15...20 minutit, voolutihedus 0,01...0,05 mA/cm^2 , protseduure tehakse ülepäeviti, ravikuuris kümme protseduuri.

5. Elektroforees hepariiniga. Üks ampull hepariini (10 000 TŪ) lahustatakse 30,0 ml füsioloogilises lahuses. Lahus viiakse organismi katoodilt, mis on asetatud ristluule. Anood asetatakse abaluude vahele ning temalt on võimalik organismi viia näiteks efülliini, platüfülliini või novokaiini. Elektroodide suurus 100...150 cm^2 , voolutihedus 0,03...0,05 mA/cm^2 , aeg 10...20 min., ravikuuris 15...20 protseduuri.

KIRJANDUS: 1. Гольдельман М. Г. Физиотерапия и физиофилактика сердечно-сосудистых и нервных заболеваний. (Материалы республиканской научной конференции.) Киев, 1969, 29—30. — 2. Кулешова З. С. Физиотерапия при атеросклерозе. М., 1971. — 3. Маракулин В. С., Хоменко Г. Р. Второй Всероссийский съезд физиотерапевтов и курортологов. М., 1968, 57—58. — 4. Физические факторы в комплексном лечении и профилактике внутренних и нервных болезней. М., 1971, 130—146. — 5. Шахновская Е. И. Физиотерапия заболеваний нервной системы. Горький, 1962. — 6. Эфендиева Ф. М. Физиотерапия заболеваний нервной системы. Баку, 1968.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Kõrgemad taimed hävitavad patogeenseid mikroobe. Standardiseeritud testide abil uuriti kõrgemate taimede spetsiifilist toimet reovetes suurel hulgal elunevatesse tövestavatesse mikroobidesse. Vesimüüdi (*Mentha aquatica* L.) mõjul hävis pärast kahetunnist kontaktaega 90% koli- ja enterobakteritest ning salmonelladest. Samasuguseid tulemusi saadi ka neil juhtudel, kui reovees kasvasid harilik konnarohi (*Alisma plantago* L.), harilik luga (*Juncus effusus* L.) ja järvkaisel (*Scripus lacustris* L.). Reovee bioloogilisel puhastamisel tuleb seda meetodit tema tõhususe tõttu eelistada muudele meetoditele.

Wissenschaft und Fortschritt, 1972, 10.

NAISTE TÖÖKAITSE SEADUSANDLUSE RAKENDAMISEST

MAIRE PELLA
Tallinn

UDK 614.2:613.99

Meie laste- ja naistekaitse eesmärk on saavutada ravi ja profülaktika ühtsus. Ravi ja profülaktikaga peavad ema ja lapse tervise huvides tegelema linnade ning rajoonikeskuste naiste- ja lastenõuandlad, maajaoskonnahaiglad, kaasa arvatud velskripunktid, ja tehase tervishoiupunktid. Asutused on kohustatud arstliku järelevalve alla võtma kõik teeninduspiirkonnas elavad naised raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil, kontrollides nende tervist ja rakendades kõiki profülaktikavahendeid raseduse häireteta kulgemiseks ning vast-sündinu õigeks hooldamiseks. Võimalused töötava raseda ja imiku ema tervise kaitseks on ette nähtud tööseadusandluse sätetega. Naiste töökaitse seadusandluses on arvestatud naise organismi iseärasusi ja emakohuste täitmist.

Eespool toodut aluseks võttes on paratamatult vajalik, et kõik meie emade ning laste ravi- ja profülaktikaasutuste meditsiinitöötajad tunneksid naiste töökaitse seadusandlikke akte.

NSV Liidu Ülemnõukogu kaheksanda koosseisu esimesel istungjärgul 15. juulil 1970. a. võeti vastu «NSV Liidu ja liiduvabariikide tööseadusandluse alused» (hiljem tekstis «Alused»), mis hakkasid üleliiduliselt kehtima 1. jaanuarist 1971. a. ja mille kehtestamisega laiendati ja uuendati soodustusi väike-laste emadele ja rasedatele.

«Alustest» lähtudes on nüüd vabariigis välja töötatud ja vastu võetud uus «Eesti NSV töökoodeks» (hiljem Eesti NSV TööK), mille 5. juulil 1972. a. vabariigi Ülemnõukogu kinnitas ja mis hakkas kehtima alates 1. jaanuarist 1973. a. Uus Eesti NSV TööK konkretiseerib «Aluste» uusi põhimõtteid.

Töötava naise õiguslik seisund on kindlaks määratud Eesti NSV TööK XII peatükis.

Ennekõike tutvume rasedate ja väike-laste emadele kehtestatud soodustus-tega.

Eesti NSV TööK § 168 lg. 2 «Rasedaid naisi, rinnaga toitvaid emasid ja naisi, kellel on kuni ühe aasta vanuseid lapsi, ei ole lubatud rakendada öötööl, ületunnitööl ning tööl puhkepäeval ega saata komanderingusse».

Öötöö keeld kehtib eranditult kõikides rahvamajandusharudes töötavate rasedate, imetavate ja kuni ühe aasta vanuste lastega emade kohta. Tuleb silmas pidada seda, et ööajaks peetakse tööseadusandluse kohaselt aega kella kümnest öhtul kuni kella kuueni hommikul (Eesti NSV TööK § 49 lg. 3). Eespool nimetatud töötajaid ei ole lubatud tööle paigutada ka vahetusse, mil töö lõpeb pärast kella 22.00, näiteks kell 23.00, sest osa tööajast langeb sel juhul ööajale.

Eesti NSV TööK § 168 lg. 2 vabastab rasedad, last rinnaga toitvad emad ja kuni aasta vanuste lastega naised kohustusest teha ületunnitööd, tööle minna puhkepäeval ja sõita komanderingusse. Nende eeskirjade täitmisel peavad meditsiinitöötajad silmas pidama veel seda, et naisi ei ole nendele töödele lubatud paigutada isegi siis, kui nad ise selleks nõusoleku on andnud.

Maameedikutele teadmiseks olgu lisatud, et sovhoosides ja teistes põllumajandusettevõtetes on pingeliste põllutööde ajal lubatud tööpäeva pikendada kuni kümne tunnini.

See luba aga ei käi rasedate, rinnaga toitvate emade ja kuni aasta vanuste lastega naistöötajate kohta.

Eesti NSV TööK § 168 lg. 2 ellurakendamiseks on vajalik, et naistenõuandlate ja velskripunktide töötajad, kes rasedaid arvele võtavad, esitaksid igale naisele küsimuse öötöö, ületunnitöö ja komanderingusse saatmise kohta. Kui naine oma kutsetööl on seotud selliste töödega, peab ravi- ja profülaktikaasutus väljastama tõendi. Soovitav on kasutada järgmist vormi.

Asutuse nimetus _____
Osakond _____
Kuupäev «...» _____ 19.. a.

ÕIEND

Perekonna-, ees- ja isanimi _____
Sünniaasta _____
Elukoht _____
Töökoht _____
Amet _____
Diagnoos (eesti või vene keeles) _____
Tööalane soovitus _____
Välja antud kestusega _____
Esitamiseks _____
(Pitser)

Arstide allkirjad

Tõendi sellele reale, millel on tööalane soovitus, tuleb märkida nii, nagu seadus seda määrab: «Keelatud töötamine ööajal alates kella 22.00 õhtul kuni kella 6.00 hommikul» või «keelatud ületunnitöö ja töötamine puhkepäevadel» või «keelatud saata komanderingusse». Tõend kehtib kuni raseduspuhkusele minekuni. Ravi- ja profülaktikaasutuse poolt väljaantud tõendis kirjapandud soovitusel on kohustuslikuks täitmiseks töökoha administratsioonile.

Imiku emade töölt vabastamine ei sõltu tervishoiuasutuse tõendist, vaid töökoha administratsioon peab seadusandlust kohaldama, aluseks võttes kaardiosakonnale esitatud lapse sünniandmed. See veel ei tähenda, et lastenõuandla töötajad ei peaks huvituma rinnaga toitva ema ja aastaste lastega naiste tööle rakendamise keelatud ajal. Lastearst ja patronaaziõde peavad nii kodus kui ka nõuandlas kontrollima, kas töö on seadusandlust õigesti rakendatud. Puuduste leidmisel peab ravi- ja profülaktikaasutus töökoha administratsioonilt nõudma naiste töökaitseasutuse täitmist ning seda ka kontrollima.

Eesti NSV TööK § 168 lg. 3: «Naisi, kellel on ühe kuni kaheksa aasta vanuseid lapsi, ei ole lubatud rakendada ületunnitööl ega saata komanderingusse nende nõusolekuta».

See on täiesti uus ja oluline soodustus, mis kehtestati «Alustega» ning vas-

tavalt sellele ka meie töökoodeksis. Kui töökoha administratsioonil peaks tekima vajadus ühe- kuni kaheksa-aastase lapsega ema komanderingusse saata või ületunnitööle rakendada, peab töötaja iga kord selleks oma nõusoleku andma, ilma milleta oleks see seadusvastane ega kuuluks täitmisele. Mainitud lõik on oluline lapse hooldamise ja kasvatamise seisukohalt.

Eesti NSV TööK § 169 lg. 1: «Rasedad naised viiakse vastavalt arsti otsusele raseduse ajaks üle teisele, kergemale tööle, säilitades neile keskmise palga endise töö järgi».

Lapse õige arengu tagamiseks võetakse raseda naistöötaja üleviimisel kergele tööle arvesse tema elukutse ja tervislik seisund. Selline üleviimine on seetõttu võimalik ükskõik mitmendal raseduskuul arsti otsuse alusel. Arsti otsus ei ole tähtis mitte üksnes kergemale tööle üleviimise vajaduse kinnitamiseks, vaid ka selle töö kindlaksmääramisel, millisele võib raseda üle viia. Võib juhtuda, et arst leiab võimaliku olevat jätta naistöötaja endisele tööle, peab aga vajalikuks kergendada töötin-gimusi tööpäeva tiheduse piiramisega. Et raseda naistöötaja kergemale tööle üleviimise küsimust meditsiini seisukohalt õigesti otsustada, peavad ravi- ja profülaktikaasutuste töötajad tutvuma naiste töötin-gimustega ning nende töökaitsega nõuandla või velskripunkti tegevuspiirkonna ettevõtetes.

On tavaks saanud, et naistenõuandla või velskripunkti poolt väljaantud tõendile raseduse kohta ja soovitusele kergemale tööle üleviimiseks on tehtud vaid märkus: «vajab üleviimist kergemale tööle». Sellise sõnastusega tõend ei täida oma eesmärki, sest kergema töö laad on arstil jäänud kindlaks määramata.

Kuidas siis toimida, et soovitus oleks konkreetne ja töökoha administratsioon selle järgi ka talitaks?

Vormiliselt soovitan tõendi väljaandmisel kasutada eespool toodud tõendi blanketti. Sisuliselt aga tuleb siin juhendada naistöölise kutsehügieeni põhimõtetest, mille alusel on ju teada

need tegurid, mis võivad ohustada naise kui ema või tulevase ema tervist.

Laias laastus võttes on need järgmised: raske kehaline töö ja ebasoodne kehaasend; surve kõhu piirkonda, mis on põhjustatud alalisest kõhuseinte traumeerimisest tööpingi või masina serva vastu toetumisel; kõrge õhutemperatuur ja soojuskiirgus; vibratsioon, ioniseeriv kiirgus ja tervistkahjustavad keemilised ained.

Kirjutisse ei mahu kahjulike kutsetegurite vaatlemine ja nende hindamine. See on arstide ülesanne. Eespool toodule oli vaja tähelepanu juhtida vaid selleks, et parandada meditsiinitöötajate tööalase soovituse konkreetsust ja kvaliteeti. Siinkohal toon mõned Tallinna Vabariikliku Haigla II Naistenõuandla praktikas esinenud tavalised soovitus-

J u h t 1. Naistöötaja, erialalt elektrikeevitaja, tervistkahjustavad töötingimused. Tööalane soovitus: keelatud töötada tervistkahjustaval tööl, elektrikeevitajana. Tuleb üle viia teisele, tervist mittekahjustavale kergele tööle.

J u h t 2. Rase, sovhoosis aiatöoline, töötab taimekaitsevahenditega. Tööalane soovitus: keelatud töötada tervistkahjustavate taimekaitsevahenditega ja aiatöödel, mille puhul lüüsammas on ettepoole painutatud, eriti kükkasendis. Võib teha kergemaid aiatöid.

Rasedustõend kergematele töödele üleviimise soovitusena kehtib raseduspuhkuse alguseni. Naise teisele tööle üleviimisel säilitatakse kõikides rahvamajandusharudes endine keskmine palk, lähtudes üleviimisele eelnenud kuue kuu eest saadud keskmisest töötasust.

Eesti NSV TööK § 169 lg. 2: «Rinnaga toitvad emad ja naised, kellel on kuni ühe aasta vanuseid lapsi, viiakse üle teisele tööle rinnaga toitmise kogu ajaks või lapse aastaseks saamiseni, juhul kui nad pole võimelised endist tööd tegema, säilitades keskmise palga endise töö järgi».

Nagu eespool toodust selgub, võib ka rinnaga toitev ema, samuti naine, kel on kuni aastane laps, nõuda teisele tööle üleviimist. Sellise nõude peab administratsioon rahuldama kahel juhul.

1. Kui endisel tööl edasitöötamine ei võimalda last toita, näiteks ema töötab

konveieril, töö laadi tõttu ei saa ta kasutada toitmiseks ettenähtud vaheaegu. Seejuures ei ole oluline, kas töötaja toidab last rinnaga või kunstlikult — teisele tööle üleviimise kohustus lasub administratsioonil kuni lapse aastaseks saamiseni.

2. Arstitõendi alusel, kui endise töö jätkamine kahjustab lapse tervislikku seisundit rinnapiima kaudu või see on vajalik ema enda tervisliku seisundi tõttu. Esiteks, ema töötab tervistkahjustaval tööl, tööstuslik mürk võib erituda rinnapiimaga ja sel teel kahjustada nii ema rinnanääret kui ka imikut. Või teiseks, mõned ained võivad põhjustada rinnapiima koostise muutumist. Näiteks bensiini toimel väheneb rinnapiima rasvasisaldus. Kõiki selliseid asjaolusid arvesse võttes tuleb rinnaga toitev ema tervistkahjustavatest tingimustest vabastada ja ta üle viia teisele tööle.

Rinnaga toitvatele emadele ja kuni aasta vanuste lastega naistele säilitatakse nende üleviimisel samuti keskmine palk endise töö järgi, viimase kuue kalendrikuu järgi, rasedus- ja sünnituspuhkuse aega arvesse võtmata. Kui väikelapse ema oli varem raseduse tõttu kergemale tööle üle viidud, siis lapse toitmiseks vajalikul teistkordsel üleviimisel säilitatakse tal töötasu, mida ta sai sellel tööl, kuhu ta esimesel korral oli üle viidud. Nende eeskirjade täitmise kontroll lasub emade ning laste ravi- ja profülaktikaasutuste töötajatel.

Eesti NSV TööK § 170 käsitleb rasedus- ja sünnituspuhkust. Rasedus- ja sünnituspuhkuse määrad on endiseks jäänud, samuti ei ole muudetud rasedus- ja sünnitustoetuse suurust.

Eesti NSV TööK § 171 reguleerib rasedus- ja sünnituspuhkusest lähtudes naistöötajaile iga-aastase puhkuse andmise korda. Naise taotlusel peab administratsioon puhkuse liitma raseduspuhkusega või selle andma pärast sünnituspuhkuse lõppemist.

Eespool toodut silmas pidades tuleb alla kriipsutada, et puhkuse järjestamine sõltub ainult ja üksnes naistöötaja soovist ning administratsioon peab naistöötaja avalduse rahuldama.

Töötaja ei pea seoses raseduse ja sünnitusega korralisele puhkusele minnes selles ettevõttes või asutuses tingimata töötanud olema 11 kuud, vaid rasedus- ja sünnituspuhkusega liitmisel tuleb iga-aastane puhkus võimaldada avansina. Peale selle võib rasedus- ja sünnituspuhkusega liita ka eelmise tööaasta eest saadaoleva puhkuse, kui see on veel välja võtmata.

Eesti NSV TööK § 172 määrab kindlaks sünnitusjärgse palgata lisapuhkuse andmise korra naisele, kellel on kuni ühe aasta vanuseid lapsi.

Kooskõlas seadusega võib naistöötaja nõuda lisapuhkust kohe pärast sünnituspuhkuse lõppemist ja seda kasutada kuni lapse aastaseks saamiseni, kuid ta võib ka vahepeal töötada ning palgata lisapuhkust kasutada osade kaupa. Pärast lapse aastaseks saamist ei ole naistöötajal palgata lisapuhkust enam õigus nõuda, kuid administratsioon võib naisele anda lühiajalist palgata puhkust üldises korras.

Palgata lisapuhkust kuni lapse aastaseks saamiseni tööraamatusse sisse ei kanta. See aeg arvatakse nii üldisesse kui ka pidevasse erialasesse tööstaazi.

Üksnes puhkuseõigusliku tööstaazi kindlakstegemisel tuleb arvestada, et õiguse korralisele puhkusele annavad ainult tegelikult tööl oldud aeg ja ka see aeg, millal töötaja tegelikult ei töötanud, kuid talle säilitati töökoht ja töötasu täielikult või osaliselt, või ta sai seoses ajutise töövõimetusega riiklikku sotsiaalkindlustustoetust.

Palgata puhkuse lõppemisel, kuigi naistöötaja ei töötanud asutuses ühe- ja poolaasta, tuleb talle tagasi anda endine töökoht.

Selle vastu on tehased sageli eksinud, mistõttu emade ja laste ravi- ja profülaktikaasutused peavad naistele neid kaitsvaid seadusi kindlasti tutvustama.

Vastavalt Eesti NSV TööK § 173 on õigus sünnituspuhkusele ja palgata lisapuhkusele kuni lapse aastaseks saamiseni ka naistel, kes vastündinud lapse on lapsendanud sünnitusmajast. Sünnituspuhkust koos toetusega antakse neile

lapsendamise päevast kuni lapse 56-päevaseks saamiseni.

Eesti NSV TööK § 174 toob seadusandlusesse täiesti uue sätte. Vastavalt sellele tuleb naisele, kellel on kuni kolme aasta vanuseid lapsi, puhkus võimaldada soovi korral suvel. See ei ole administratsiooni kohustus, vaid siin tuleb loota üksnes tema heale tahtele iga-aastase puhkusgraafiku koostamisel. Emal on õigus selleks ainult oma soovi avaldada.

Eesti NSV TööK § 175 käsitleb lisa-vaheaegade andmist lapse toitmiseks kuni lapse aastaseks saamiseni, lisaks üldisele vaheajale, mis on ette nähtud puhkamiseks ja einetamiseks.

Selle eeskirja täitmiseks on ravi- ja profülaktikaasutustel praegu suhteliselt vähem tegemist, sest enamik naisi kasutab ju lapse aastaseks saamiseni palgata lisapuhkust ja vähe on tänapäeval neid naisi, kes last rinnaga toidavad üle aasta. Ometi on see säte valtselastele ja materiaalselt vähem kindlustatud perekondadele oluliseks abiks.

Eesti NSV TööK § 175 rakendamisel peavad emade- ja lastekaitse asutuste töötajad emadele selgitama, et endise 3,5 tunni asemel antakse nüüd vaheaeg toitmiseks iga kolme tunni järel. Vaheaja kestus on mitte alla 30 minuti. Vaheaegade korra kindlaksmääramisel tuleb arvestada ema soove. Seadusega on lubatud ühendada lapse toitmiseks antav vaheaeg lõunavaheajaga või viia vaheaeg tööpäeva lõppu, mis annab emale võimaluse töölt varem lahkuda.

Eesti NSV TööK § 176 lg. 2 keelab administratsioonil vallandada rasedaid, rinnaga toitvaid emasid ja kuni aasta vanuste lastega naisi. Vallandada on lubatud asutuste, ettevõtete või organisatsiooni likvideerimise puhul, kuid administratsioon on kohustatud andma uue töökoha.

Tervishoiuasutuste ülesanne on aidata kõiki neid sätteid ema ja lapse huvides maksimaalselt ellu rakendada, vältida vigu. Selleks aga on vaja seadust hästi tunda ja selle sätteid õigesti kohaldada.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Kaadri ettevalmistamine

ARSTITEADUSE DOKTOR ARVED REINVALD

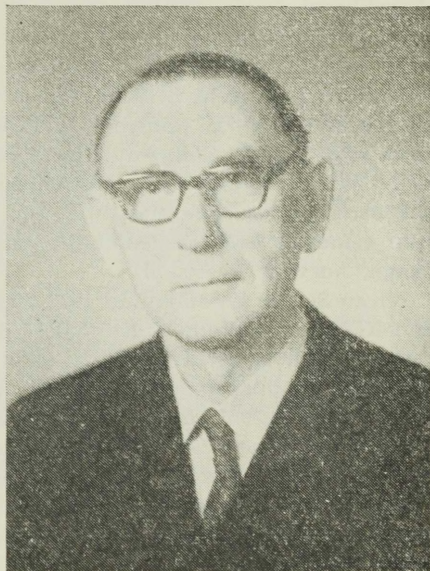
NSV Liidu Kõrgema ja Keskerihari-
duse Ministeeriumi Kõrgema Atestat-
sioonikomisjoni otsusega 26. maist
1972. a. sai arstiteaduse doktori kraadi
Arved Augusti p. Reinvald.

A. Reinvald kaitses doktoriväitekirja
«50-aastaste ja vanemate kopsutuber-
kuloos» TRÜ Arstiteaduskonna nõu-
kogus 17. septembril 1971. a. Oponeeri-
sid arstiteaduse doktorid professorid
F. Lepp ja K. Kõrge Tartust ning
A. Tsigelnik ja Z. Kostina Leningradist.

A. Reinvaldi mahukas väitekirja käsit-
leb kopsutuberkuloosi epidemioloogiat
ja kliinikut. Esimeses osas on autor
uurinud kopsutuberkuloosi-haigestu-
must ja -suremust Tallinnas sõjajärgsel
perioodil, kuna teises osas esitab and-
meid rohkem kui 1400 kopsutuberku-
loosihaike ravi hilistulemuste kohta.
Eriti väärivad esiletõstmist autori poolt
kasutatud epidemioloogilise uurimise
meetodid ja uurimisandmete töötlemine.

Autor juhib tähelepanu kopsutuber-
kuloosi endogeensele patogeneesile va-
nemaerialistel, kes sageli on osutunud ka
nakkusallikaiks. Sealjuures on neil
haiguse diagnoosimine raskendatud or-
ganismi reaktiivsuse vähenemise tõttu,
mis väljendub tuberkuliinitundlikkuse
vähenemises. Autor on välja töötanud
ja esitanud uued kriteeriumid tuberku-
liinproovide interpreteerimiseks sõltu-
valt uuritava east. Töös on käsitletud
ka vanemaerialiste kopsutuberkuloosi-
haigete ravi eripära.

A. Reinvald on sündinud 12. juunil
1921. a. Tartu rajoonis. M. I. Kalinini
nim. Meditsiiniinstituudi Omskis lõpe-



tas 1951. a., mille järel töötas viis aastat
Omski oblastis jaoskonnahaigla pea-
arstina. Pärast Leningradi Arstide
Täiendamise Instituudi aspirantuuri
lõpetamist kaitses ta samas 1960. a.
kandidaadiväitekirja. Seejärel asus tööle
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituuti, kus praegu on pulmonoloogia-
osakonna vanem teaduslik töötaja.

A. Reinvald on trükis avaldanud üle
60 teadusliku töö. Ta võtab aktiivselt
osa ftisiaatrite ja pulmonoloogide kaad-
ri ettevalmistamisest ja nende kvalifi-
katsiooni tõstmisest ning ühiskondlikust
tööst vabariikliku spordiklubi «Meedik»
maleseksisioonis.

Ilmar Laan

UUSI ARSTITEADUSE KANDIDAATE

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu andis arstiteaduse kandidaadi kraadi alljärgnevatele arstidele.

8. septembril 1972. a. kaitses väitekirja «Lambliosi levik ja kliiniline pilt lastel» Tartu Meditsiinikooli õpetaja Virgo Seeder. Temale oponeerisid arstiteaduse doktor J. Reinaru ja dotsent Z. Saar. Autor on välja selgitanud lambliosi esinemissageduse ja kliinilise pildi Tartu lastel. Autor peab lambliosi tüüpilisteks tunnusteks kesknärvisüsteemi talitlushäireid ja allergianähte, mis sagedamini esinevad koos seedeelundite talitlushäiretega, harvem iseseisvalt.

Virgo Seeder on sündinud 1927. aastal Tallinn-Nõmmel. Tallinna X Keskkooli lõpetas ta 1946. aastal hõbemedaliga, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna 1952. aastal. Ajavahemikul 1958...1961 õppis aspirantuuris pediatrit akadeemik A. Turi juhendamisel. Ta on töötanud mitmetel ametikohtadel, 1968. aastast alates põhikohaga Tartu Meditsiinikoolis õpetajana, olles ka nakkushaiguste kabineti juhatajaks.

8. septembril 1972. a. kaitses väitekirja Tallinna Tõnismäe Haigla kirurg Hubert Poola, kelle väitekirja pealkiri oli «Koletsüstektoomia tüsistuste ja ebarahuldavate hilistulemuste profülaktika». Temale oponeerisid professor E. Tünder ja dotsent H. Petlem. Autor on tõestanud, et operatsiooni hilistulemused sõltuvad ravitaktikast.

Hubert Poola on sündinud 1930. aastal Tallinnas. Tallinna II Keskkooli lõpetas ta 1949. aastal kuldmedaliga, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna 1955. aastal kiitusega. Ajavahemikul 1955...1956 töötas ta Vastseliina Rajooni TSN TK Tervishoiuosakonna juhatajana ja rajoonihaiglas kirurgina. 1956. aastal viidi ta üle Tallinna, kus pidas kirurgiametit Tallinna III haiglas ning 1959. aastast alates Tallinna II haiglas, praeguses Tõnismäe Haiglas. 1968. a. anti talle esimene kategooria kirurgias.

8. septembril 1972. a. kaitses veel väitekirja TRÜ veresoontekirurgia probleemilaboratooriumi noorem teaduslik töötaja Villu Mölder teemal «Koronarograafia meetodite võrdlev hinnang». Temale oponeerisid professor

V. Šumakov Moskvast ja arstiteaduse doktor K. Valgma Tartust. Autor käsitleb südame isheemiatõve diagnoosimist. Tööl on väärtus eeskätt südame isheemiatõve kirurgilises ravis.

Villu Mölder on sündinud 1940. a. Paide rajoonis. 1960. a. lõpetas ta Türi Keskkooli, TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonna aga 1966. aastal. Töötas aasta Tartu kiirabijamas arstina, 1967. aastal viidi ta üle ordinaatoriks Tartu Linna Kliinilise Haigla veresoontekirurgiaosakonda. 1969. a. alates on ta töötanud TRÜ Veresoontekirurgia Laboratooriumis.

13. oktoobril 1972. a. kaitses väitekirja «Pärilikkuse ja keskkonnafaktorite osatähtsus laste ja noorukite füüsilise töövõime arengus» Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi koolihügieenilaboratooriumi vanem teaduslik töötaja Valeri Švarts. Oponeerisid professor K. Smirnov Leningradist ja dotsent M. Uibo Tartust. Autor andis uurimistega teaduslikult põhjendatud soovitusi noorte suunamiseks sellisele töö- või spordialale, millisel ta võib loota maksimaalset edu.

V. Švarts on sündinud 1939. aastal Jaroslavl oblasti Rõbinski linnas. Ajavahemikul 1958...1964 õppis ta Leningradi Pediaatriainstituudis. Pärast instituudi lõpetamist töötas aastail 1964...1969 Kohtla-Järvel koolija spordiarsina, õppides mittestatsionaarselt Lesgafti-nimelises Kehakultuurinstituudis. Aastail 1969...1971 oli aspirant Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis, kus valmiski väitekirja.

Samuti 13. oktoobril 1972. a. kaitses väitekirja TRÜ pediatriakateedri assistent Aino Paves, kelle uurimus «Vedeliku ja valgu transkapillaarse vahetuse tasakaalu muutused ägeda pneumooniaga varaealistel lastel» oli valminud aspirantuuris dotsent L. Kerese juhendamisel. Kaitsmisel oponeerisid arstiteaduse doktor J. Reinaru ja dotsent S. Tamm Tallinnast. Autor käsitleb tähtsat lõiku varaealiste laste kopsuhaiguste patogeneesis, ravis ja profülaktikas.

Aino Paves on sündinud 1931. a. Hiiumaal Kõrgessaare vallas. Aastail 1946...1950 õppis ta Rakvere I Keskkoolis ja aastail 1950...1956 TRÜ Arstiteaduskonnas. Asus tööle Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla jaoskonnapediaatrina ja 1962. a. samas nakkushaiguste kabineti arstina. Aastail 1964...1968 oli TRÜ pediatriakateedri aspirandiks ning pärast aspirantuuri jäi samasse assistendiks.

13. oktoobril 1972. a. esitas oma väitekirja «Diskogeense nimme-ristluu radikuliidi kirurgilise ravi vahetud ja hilistulemused» põhilähtekohad Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonna vanemordinaator Toomas Randvere. Temale oponeerisid professor E. Raudam ja arstiteaduse kandidaat R. Paimre. Töös analüüsis autor kirurgilise ravi tulemusi, et välja selgitada mitmeid tegureid haiguse kulus, operatsioonitaktikas ja valu retsidiivide ärahoidmises. Autor on oma töös lahendanud diskogeense lumbosakraalradikuliidi kirurgilise ravi näidustuste ja meetodika küsimusi.

Toomas Randvere on sündinud 1933. a. Tallinnas. Aastail 1948...1952 õppis ta Tallinna X Keskkoolis. Pärast TRÜ Arstiteaduskonna lõpetamist töötas aastail 1958...

1961 Kohtla-Järve Linnahaiglas neuroloogina. 1961. a. astus neurokirurgia kliinilisse ordinatuuri Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Pärast ordinatuuri lõpetamist jäi samasse tööle neurokirurgina. 1971. a. alates on selle haigla neurokirurgiaosakonnas töötanud vanemordinaatorina. Samal aastal anti talle esimene kategooria neurokirurgias.

Samal päeval kaitses oma väitekirja TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi noorem teaduslik töötaja Agu Tamm, kelle töö «Uriini lenduvad fenoolid ja nende diagnostiline tähendus» oli valminud professor K. Villako juhendamisel. Oponeerisid professor V. Salupere ja dotsent H. Lind. Uriini lenduvate fenoolide määramisel on gastroenteroloogias suur tähtsus, selle abil on võimalik kaudselt kindlaks teha peensoole mikrofloora.

Agu Tamm on sündinud 1942. aastal Tartus. Keskkhariduse omandas L. Koidula nim. Pärnu Keskkoolis, mille lõpetas 1960. aastal hõbemedaliga. TRÜ Arstiteaduskonna lõpetas ta 1966. a. kiitusega, seejärel aga asus TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi tööle noorema teadusliku töötajana.

Kaja Juur

Sanitaarharidustöö

UUS TERVISE RAHVAÜLIKOOI OSAKOND «MAAMEEDIK»

REINHOLD BIRKENFELDT

Kingissepa

UDK 614.39

Maal töötavate arstide ja velskrite silmaringi laiendamiseks alustas Kingissepa rajooni tervise rahvaülikooli juures 1971/72. õppeaastal tööd uus osakond «Maameedik». Õppeprogramm on jaotatud kolmele aastale, kokku toimub 100 loengutundi. Valiti teemad, mis tervishoiutöötajate nõupidamistel ja seminaridel kavas ei ole. Programmis on loenguid aktuaalsetel ühiskondlik-poliitilistel, juriidilistel ja pedagoogilis-

tel teemadel, samuti käsitletakse tervishoiu organisatsiooni ja sanitaarharidustööd ning profülaktilist ja kliinilist meditsiini.

Ühiskondlik-poliitilistest teemadest on kavas ettekanded NLKP XXIV kongressi materjalidest ja loengud rahvusvahelisest olukorrast.

Sanitaarharidustöö alal on plaanis rääkida loengute pidamise meetodikast. Toimuvad näidisloengud, mille mater-

jale saavad kuulajad edaspidi oma esinemistes kasutada.

Praktilised õppused on kavas järgmistel teemadel: elustamisvõtted, ravimtaimed ja nende kasutamine, söödavad seemned (lisaks näitus), Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu ja Kingissepa Rajooni Keskaigla meditsiinilise raamatukogu kasutamine (lisaks uudiskirjanduse näitus). Igal aastal tutvutakse vähemalt kahe eesrindliku tervishoiuasutuse tööga.

Esimesel õppeaastal oli osakonnas 36 kuulajat. Õppused toimusid regulaarselt kord kuus rajooni keskaiglas. Huvitavamateks ettekanneteks olid rajooni peaarsti E. Väärti loeng NSV Liidu tervishoiutöötajate aktiivi nõupidamise materjalidest ja rajooni prokuröri O. Niinema loeng «Töödistsipliinist ning tööliste ja teenistujate distsiplinaarvastutusest». Riikliku Kunsti-

instituudi õppejõud V. Liiv rääkis kodukujundusest. Väga elavalt arutati E. Väärti metoodilist loengut «Alkoholi ja suitsetamise kahjulikkusest», kus oli esitatud hulgaliselt näiteid. Kuulajad on samateemalist loengut juba ise pidanud põllumajanduse rahvaülikooli mitmetes osakondades. Õppeaasta lõpul tutvuti Kingissepa rajooni V. Kingissepa nim. Keskkooli Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni näitusega rajooni kultuurimajas.

Uue osakonna eesmärk järgmisel õppeaastal on avardada maa-arstijaoskondade arstide ja velskrite silmaringi, juhendada tervishoiulektoreid ning aidata kaasa nende loengumeisterlikkuse kasvule. Osakonna kuulajad võtavad organisaatoritena ja lektoritena aktiivselt osa tervise rahvaülikooli osakondade tööst maal.

Kingissepa Rajooni Keskaigla

Arstiteaduse ajaloost

50 AASTAT TARTU RAEKOJA APTEEKI

KOIDULA PAASIK

Tartu

UDK 614.27«1922/1972»(091)

25. augustil 1922. a. avas Tartu linnavalitsus raekojas Tartu Linnaapteegi, ühe esimestest omavalitsuse apteekidest Eestis. Apteek allus tookord otseselt linnapea abile.

Esimeses koosseisus oli 19 töötajat. Kutsega töötajaid oli kuus: neli proviisorit ja kaks apteekri abilist. Avapäeval registreeriti 29, teisel päeval juba 42 retsepti.

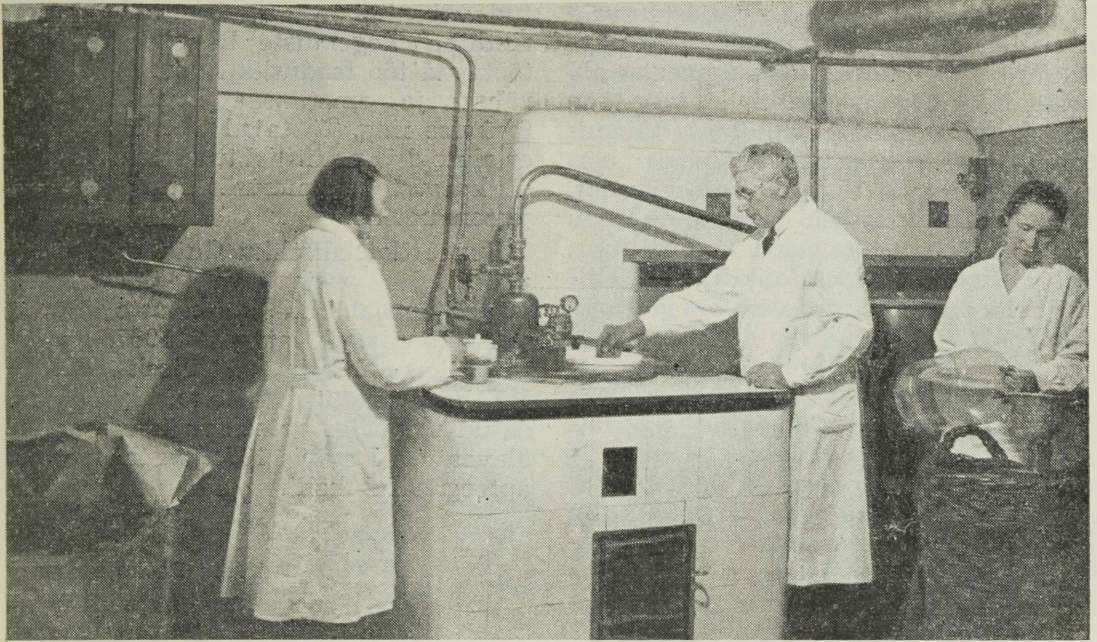
Apteek töötas kahes vahetuses, oli ka öövalve. Vahetuses töötasid üks retseptaar-kontrolör-käsimüüja, kaks assistenti ja apteekriõpilane. Igal proviisoril võis olla üks õpilane. Kui aga praktiseerida soovijaid oli rohkem, näiteks

suvel üliõpilased, pidid nad töötama palgata.

Apteegis oli rikkalik sisseseade, sest enamik galeenilisi preparaate ja palju kosmeetikavahendeid valmistati kohapeal. Töö oli mitmekesine, töötingimused aga küllalt rasked.

Ajavahemikul 1930...1939 valmistati apteegis ravimeid aastas keskmiselt 33 000 retsepti järgi, töötajaid oli 19...23. Assistenti norm vahetuses oli valmistada ravimeid 60 retsepti järgi, kuid töö vähesuse tõttu seda ei täidetud.

Pärast nõukogude võimu taaskehtestamist paranesid farmatseudi töö- ja palgaolud.



Tartu Linnaapteegi köök 1920-ndatel aastatel.

Okupatsiooniajal oli apteegi nimetuks Tartu Raeapteek (apteek nr. 144). Nendel aastatel töötas apteek tagasihoidlikult, töös oli pigem tagasimineku nagu tol ajal igal elualal.

Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomisariaadi Apteekide Peavalitsuse alluvuses alustas apteek taas tööd 26. augustil 1944. a. Tartu linnaapteegina nr. 1. Töötajaid oli 21, neist 15 farmatseuti.

1951. aastal pandi apteegi nimeks Tartu apteek nr. 137. 1954. a. sai apteek uue, nelja istekohaga assisteerimislaua. Sama laua juures töötas istudes ka kontrolör. Ofitsiini mööbel kujundati ümber nii, et retseptaar sai töötada istudes. Assistentide ruum eraldati ofitsiinist klaasvaheseinaga, sisustati steriilsete ravimite valmistamise ruum.

Aasta-aastalt on suurenenud töötajate arv ja töömaht.

1963. aastal nimetati apteek Raekoja Apteegiks.

Apteegi esimene juhataja oli proviisor Rudolf Krause, 1940. a. sai juhatajaks

proviisor Jüri Petersoo, 1944. a. novembris määrati juhatajaks proviisor Aliide Rüütli.

25. jaanuaril 1963. a. tuli Raekoja Apteegi juhatajaks proviisor Olev Toots, kes ka praegu töötab sellel ametikohal. Aastail 1963...1964 apteek rekonstrueeriti ja ehitati ümber vastavalt tänapäeva nõuetele. Juurde saadi üks ruum (35 m²), mis algusaastatel oli apteegile kuulunud. Ofitsiin ja assistendi tuba sisustati uue mööbliga. Keldris tehti ümberehitusi ja võeti kasutusele kõik olemasolevad ruumid.

Tartu Raekoja Apteek on tänapäeval ajakohase aparatuuri ja sisseseadega ning kvalifitseeritud kaadriga tervishoiuasutus. Apteegi koosseisus on 52 ametikohta, kõrgema haridusega 19 ja farmatseutilise keskeriharidusega 11 töötajat. 1971. a. väljastati ravimeid ja muid apteegikaupu 440 000 rubla väärtuses, sellest elanikele jaekäibena 392 000 rubla eest. Retsepte oli 390 000. Ekstemporaalselt valmistab apteek

70 000 ravimit. Kohe väljastatavaid ravimite valmisvormi oli kogu retseptuurist 82%. Päevas saab apteegist abi keskmiselt 2000 patsienti. Apteegil on filiaal Tartu naistenõuandlas. Ravimitega varustatakse ka Piirissaare elanikke. Seal asub II järgu apteegipunkt. Raviasutustest saavad ravimeid Tartu Vabariiklik Onkoloogia Dispanser, Tartu Stomatoloogia Polikliinik, I Väikelastekodu ja mitmed väiksemad Tartu asutused. Apteek kuulub kõrgema kategooria apteekide hulka.

Kollektiiv on ülesannete ja plaanidega toime tulnud. On täiustatud tööprotsesse ja otsitud võimalusi elanike ja raviasutuste paremaks teenindamiseks. Apteek on praktika baas Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna üliõpilastele ja ta on kinnita-

tud vabariigi apteegivõrgu üheks eesrindlike kogemuste kooliks. Apteegis töötavad töö teadusliku organiseerimise rühm ja ametialase kvalifikatsiooni tõstmise ring. Töötajad täiendavad oma erialaseid ja poliitilisi teadmisi ka täienduskursustel, kommunistliku töö koolis ja seminaridel.

Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäeva tähistamiseks võetud sotsialistlike kohustuste täitmise eest tunnistati apteek 1967. aastal vabariigis II koha vääriliseks. NLKP XXIV kongressi tähistamiseks korraldatud vabariigi apteekide ühiskondliku ülevaatuse I etapis 1971. aastal määrati apteegile III koht.

Tartu Raekoja Apteek

Konverentsid ja nõupidamised

BALTI LIIDUVABARIIKIDE NEUROKIRURGIDE III KONVERENTS toimus Riias 14. kuni 16. septembrini 1972. a. Konverentsist võttis osa rohkesti tuntud neurokirurge teistest liiduvabariikidest, samuti teadlasi Tšehhoslovakiast, Rumeeniast, Bulgaariast, Jugoslaaviast, Saksa DV-st ja Soomest, kokku ligi 300 delegaati. Konverentsile esitatud tööd olid trükitud kahes mahukas köites.

Konverentsile eelnes üleliidulise probleemikomisjoni istung, kus tehti kokkuvõtteid neurokirurgia ja sellega piirnevate teadusharude saavutustest NSV Liidus ning koostati edaspidine tegevusplaan.

Konverentsi avaplenaristungil tervitas osavõtjaid Läti NSV tervishoiuminister V. Kanep. Pärast Läti Filharmoonia solistide ja poistekoori kontserti ning Läti NSV Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi auliikme diplomi üleandmist mitmetele silmapaistvatele neurokirurgidele, sealhulgas professor E. Raudamile, hakati arutama konverentsi esimest põhiprobleemi «Neurokirurgilise abi organisatsioon Baltikumis». N. Burdenko nim. Moskva Neurokirurgia

Instituudi organisatsioonilis-metoodilise osakonna juhataja arstiteaduse doktor N. Mironovitš andis oma ettekandes Baltikumi neurokirurgide tööle hea hinnangu. Balti liiduvabariikides on neurokirurgiaalase abi võrk haiglavoodite arvu poolest elanike arvu kohta esimesel kohal, maha jääb ainult spetsialiseeritud neurotraumatoloogilise abi areng (vaid 10...13% neurotraumaga haigetest paigutatakse neurokirurgiahaiglatesse). On paranenud kirurgiline abi, operatsioonijärgne lehtaalsus on üleliidulise keskmise tasemel või alla selle. On täiustatud ravikorraldust, eriti intensiivravi alal, kasutusele võetud mitmeid uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid. Esineja ütles tunnustavaid sõnu teadusliku töö hoo- gustumise kohta ja nimetas mõningaid uurimusi, mis on saanud üleliidulise tunnustuse. Möödunud viisaastaku tulemuste põhjal on neurokirurgiaalase abi põhinäitajad parimad Eesti NSV-s, seejärel Leedu ja Läti NSV-s. N. Mironovitši arvates on töö edasise parandamise huvides vaja välja töötada ja kasutusele võtta varajase kompleksse diagnoosimise ja ravi uued meetodid, suurendada 40

voodikohaga neurokirurgiaosakondi, luua suu-remates linnades ja tööstuskeskustes neurotraumatoloogiaosakonnad, organiseerida uusi ja tugevdada olemasolevaid vabariiklikke rehabilitatsioonikeskusi.

Kokkuvõtteid neurokirurgilise abi arengust oma vabariigis 1969. kuni 1972. a. tegid professor E. Raudam Tartust, professor L. Klumbis Kaunasest ja dotsent I. Purinš Riiast. Professor E. Raudami ettekandes oli juttu neurokirurgia õpetamisest ning arstide neurokirurgiaalase kvalifikatsiooni tõstmisest Eesti NSV-s. Ta rääkis tähtsamatest uurimissuundadest aju veresoonte haiguste, raske ajukoljutrauma, lüüsilamba diskogeensete kahjustuste, epilepsia ja parkinsonismi kirurgilises ravis.

Ühel konverentsi istungil käsitleti diskogeense radikuliidi tõttu opereeritud haigete ravi hilistulemusi, nende rehabilitatsiooni ja readaptatsiooni. Ülevaatliku ettekande sellest esitas dotsent I. Purinš Riiast. Mitmete neurokirurgiakliinikute kogemused lubavad väita, et lumbosakraalpiirkonna diskogeense radikuliidi kirurgiline ravi on tõhus haigete tervise ja töövõime taastamisel. R. Paimre Tartust käsitles interlaminaarsel meetodil opereeritud rohkem kui 1100 haige ravi tulemusi, kusjuures 519 haige katamnestilisel uurimisel selgus, et 83,3% opereerituist töötas endisel töökohal, 9,3% kergemal töö ja 3,1% raskemal. Invaliidideks oli tunnistatud ainult 4,3% uurituist. Haigetest endist hindas 81,6% operatsiooni tulemust väga heaks või heaks ja ainult 1,3% mitterahuldavaks. R. Paimre peatus opereeritud haigete rehabilitatsiooni korraldusel. Ka T. Randvere Tallinnast analüüsis neid tegureid, mis soodustavad valu kadumist pärast lumbosakraalpiirkonna radikuliidi kirurgilist ravi. Esinejad märkisid, et tõhusamaid tulemusi annab opereerimine diskuse prolapsi varajasemas staadiumis ja säästvate meetodite (näiteks interlaminektomia) kasutamine.

Teine konverentsi põhiteema oli ajukoljutrauma tüsistuste vältimine ja ravi. Mitmed ettekanded käsitlesid raske ajukoljutrauma intensiivravi ja intra- ning ekstrakraniaalsete tüsistuste varajast diagnoosimist, septiliste tüsistuste profülaktikat ja kemoterapiat. Autorite kollektiiv Moskvast eesotsas professor N. Leibzoniga ning A. Tikk ja

R. Zupping Tartust põhjendasid aju verevarustuse ja ainevahetuse dünaamilise kontrolli tähtsust raske ajukoljutrauma prognoosi määramisel ja tüsistuste diagnoosimisel. Professor E. Raudam ja M. Mägi Tartust ning S. Botkini nim. Moskva Kliinilise Haigla reanimatsioonikeskuse kollektiiv eesotsas L. Belopolskiga pühendasid oma ettekanded kestvate teadvushäiretega kulgevate ülraskete ajutraumade puhul tekkivate hilistüsistuste vältimisele ja ravile, normaalse psüühika taastamisele ja rehabilitatsiooni organiseerimisele. M. Everte jt. Riiast andsid edasi kogemusi oksügenobaroterapia rakendamise kohta neurokirurgiakliinikus.

Uutele neurokirurgilistele diagnoosimis- ja ravimeetoditele pühendatud istungil pälvil osavõtjate tähelepanu T. Apinise jt. (Riia) film lokaalse ja üldise hüpotermia kasutamisest fokaalepilepsia kombineeritud kirurgilises ravis, professor A. Osna jt. (Novokuznetsk) film uuest, transfarüngaalsest lähenemistest kraniovertebraalsete vigastustega haigete opereerimisel, E. Raudami, A.-E. Kaasiku ja R. Paimre ning E. Heinsoo (Tartu), T. Stepanova ja K. Gratšovi (Leningrad) ettekanded stereotaktiliste operatsioonide täiustamisest ning V. Hilko jt. (Leningrad) töö aju veresoonte aneurüsmide kunstlikust emboliseerimisest.

Konverentsi viimasel päeval toimus huvitav sümposium, mis oli pühendatud mõningatele füüsika rakendamise võimalustele meditsiinis. R. Kikut kaastöötajatega Riiast on koostöös füüsikutega teinud mitmeid magnetobioloogilisi uurimisi aju veresoonte haiguste modelleerimises. I. Purinši juhitud kollektiiv Riiast esitas ülevaate oma uurimustest ekstra- ja intrakraniaalsete veresoonte elastsuse ja tugevuse kohta. Toimus elav mõttevahetus.

Tuleb kiita Riia kolleege hea organiseerimistöö eest, mis tagas konverentsi täieliku kordamineku.

Matt Mägi

TERVIS JA TEHNIKA PROGRESS. Sellisel teemal toimus 4. oktoobril 1972. a. Tartus teaduslik konverents, millega linna insenerid, tehnikud ja arstid tähistasid Maa esimese tehiskaaslase väljasaatmise 15. aastapäeva.

Arstide ja tehnikaspetsialistide ühise kokkulehe korraldasid EKP Tartu Linnakomitee, ühingu «Teadus» tehnikanõukogu ja meditsiinisektsioon ning Tartu inseneride ja meistririte klubi. Konverentsist võtsid osa EKP Tartu Linnakomitee teine sekretär A. Vezi-
kov ja linna täitevkomitee esimehe asetäitja V. Tinn.

Põhiettekande teemal «Tootmine ja tervis» esitas tervishoiuministri asetäitja O. Tam m. Ettekandes analüüsiti tootmises esinevate põhiliste kahjustavate tegurite (müra, vibratsioon, tööstustolm, kõrge temperatuur, tööstusmürgid) toimet organismisse ning selle vältimise võimalusi.

Tööstuses ja transpordis tekkivatest kantserogeensetest ainetest andis ülevaate Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogiaosakonna juhataja G. Loogna. Arvatakse, et kuni 80% pahaloomulistest kasvajatest on põhjustatud välistegureist, suuremalt jaolt kantserogeensetest ainetest. Eesti NSV-s on vähki tekitava toimega mitmed põlevkivisaadused. Kõneleja rõhutas, et profülaktika korraldamisel on oluline arstide ja tehnikaspetsialistide koostöö.

Sama instituudi vanema teadusliku töötaja N. Loogna ettekandes käsitleti allergia-probleeme seoses tehnika progressiga. Allergiliste haiguste laialdase leviku olulisemaks põhjuseks kogu maailmas peetakse allergeenide hulga suurenemist seoses tootmise arenguga. Eestis on tähtsamad tööstuslikud allergeenid tehisvaigud, tärpentin, värvid, põlevkiviõlid jt.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste kliiniku paarast A. Luts rääkis tööstusmüra ja vibratsiooni kahjustavast toimest ning nende vähendamise ja likvideerimise võimalustest. Ettekandja rõhutas, et tugev müra tehases on madala töökultuuri tunnus.

Diskussioonil võtsid sõna Tartu Linna Polikliiniku tsehhiosakonna juhataja H. Otsar, TRÜ hügieenikateedri juhataja dotsent M. Uibo, EPA elektrifitseerimiskateedri juhataja dotsent H. Riikoja, Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama paarast K. Kiili ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla paarasti asetäitja H. Noor. Kokkuvõtte konverentsi tööst tegi Tartu tehnika-nõukogu esimees dotsent V. Ritslaid.

Ettekannetest ja sõnavõttudest järeldub, et tehnika progressiga kaasnevad kahjulikud tegurid ei ole paratamatud. Tehnika enda abil saab neid ka kõrvaldada (tehiskliima tööstustes, suletud tootmistsüklid, automa-tiseeritud tehased jne.). Selleks aga on vaja inseneride, tehnikute, keemikute, majandus-teadlaste, arstide ja teiste eriteadlaste asja-likku koostööd. Toimunud konverents oligi üheks sammuks sellise koostöö loomisel.

Maido Sikk

NAISTE KÕRGEMA MEDITSIINILISE HARIDUSE 100. AASTAPÄEVA TÄHISTAV ÜLELIIDULINE TEADUSLIK KONVERENTS

peeti 24. ja 25. oktoobril 1972. a. Leningradis. Esitati 27 ettekannet. Avaettekannet oli Arstide Täiendamise Keskinstituudi direktorilt profes-sor M. Kovriginalt, kes esitas võrdlevaid andmeid naiste kõrgema meditsiinilise hariduse arengust NSV Liidus ja teistes maades. Ta hindas kõrgelt naisarstide osa tervishoiu arendamisel meie maal. Sai ju Leningrad naiste kõrgema meditsiinilise hariduse hälliks Venemaal. Seepärast käsitlesidki professorite A. Georgijevski ja V. Minjajevi ettekanded Leningradi meditsiinilise hariduse osa selles. NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi Keskkomitee esinaine N. Tro-
jan rääkis naisarstide osast punaristlaste liikumise arendamisel, I. Leonov aga naisarstidest — V. I. Lenini kaasvõitlejatest. Huvitavad ettekanded olid ka professor J. Belitskajalt naisarstide osavõttust polikliinilise abi arendamisel Peterburis, dotsent A. Šibkovilt, kes esitas demograafilisi andmeid naisarstide kohta tsaari-Venemaal ja NSV Liidus. J. Muravjova kõneles naiste kõrgema meditsiinilise hariduse kajastumisest vene kunstnike teostes, illustreerides ettekan-
net diapositiividega. Teistes ettekannetes käsitleti naiste kõrgema meditsiinilise hariduse kujunemist ja arengut üksikutes liiduvabariikides, räägiti enne revolutsiooni eri linnades tegutsenud kõrgematest kursustest naistele, samuti esimeste naisarstide tegevusest mitmel pool Venemaal. Eriti pälvisid tähelepanu esi-
nejad, kes tutvustasid saavutusi naiste meditsiinilise hariduse alal nõukogude võimu aastail Kesk-Aasia ja Taga-Kaukaasia liidu-
vabariikides ning Siberis. Allakirjutanu koostöös A. Loidiga esitas andmeid naiste kõr-
gema meditsiinilise hariduse arengust Eestis,

sealhulgas rõhutades M. Rostovtsevi eraülikooli osa selles, samuti rääkis esimesest eesti naisarstist S. Feldbachist.

Konverentsist osavõtjatele anti meeldiv rinnamärk. Suurt huvi pakkus tutvumine Sõjaväemeditsiini Muuseumi ekspositsiooniga, oli võimalus vaadata ka S. Kirovi nim. Sõjaväemeditsiini Akadeemia ajaloole pühendatud näitust — 1973. aastal valmistub ju see asutus tähistama 175. aastapäeva.

Viktor Kalnin

HÜGIENISTIDE JA SANITAARARSTIDE XVI ÜLELIIDULINE KONGRESS peeti 26. kuni 29. septembrini 1972. a. Moskvas. Kongress oli pühendatud Nõukogude Liidu 50. aastapäevale ning riigi sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse juubelile. Kongressi organiseeris Üleliiduline Hügienistide Teaduslik Selts, mille liikmeskond ulatub praeguseks 14 000-ni, nendest moodustavad meie vabariigi selle ala teadlased ja praktikud umbes 1%.

Delegaate oli umbes tuhat, peale selle külalised. Osavõtjaid oli saanud peaaegu kõikidest sotsialismimaadest, samuti USA-st ja Saksa FV-st, kohal viibis ka Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni esindaja. Meie vabariigist sõitis kongressile 12 inimest. Kutsutud külaliste hulka kuulusid kõikide vabariikide tervishoiuministrid.

Kongressi pidulik avamine toimus hotelli «Rossia» kontserdisaalis, kus õhtul esinesid delegaatidele pealinna kunstimeistrid. Kongressi avakõne pidas Nõukogude Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski, kes juhatas ka esimest plenaaristungit. Kuulati kolm põhiettekannet: 1) Nõukogude Liidu tervishoiuministri asetäitja professor P. Burgassovi ettekanne «50 aastat riiklikku sanitaarteenistust»; 2) Üleliidulise Hügienistide Teadusliku Seltsi esimehe, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor F. Krotkovi ettekanne «Väliskeskonna sanitaarkaitse ja tervistamine NLKP XXIV kongressi otsuste valguses»; 3) akadeemik V. Ždanovi ettekanne «Nakkushaiguste profülaktika edusammud NSV Liidus». Ettekannetele järgnesid sõnavõtud.

27. ja 28. septembril töötati kaheksas sektioonis: sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni, üld- ja kommunaalhügieeni, tööhügieeni, toitlushügieeni, laste ja noorukite hügieeni, maalühügieeni, transpordihügieeni

ja epidemioloogia sektioonis. Nendes kuulati ja arutati läbi ühtekokku 217 teaduslikku ettekannet. Kongressi programmis oli kaks ettekannet meie vabariigi esindajatelt — O. Tammelt, M. Teostelt ja allakirjutantult.

Teine plenaaristung, mis toimus kongressi viimasel päeval, oli organisatsioonilist laadi — Üleliidulise Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatuse aruande esitas seltsi esimees akadeemik F. Krotkov, revisjonikomisjoni aruande komisjoni esimees professor V. Žabotinski. Seltsi uus juhatuse on rohkem kui sajaliikmeline. Meie vabariigist valiti juhatusse tervishoiuminister A. Goldberg, tema asetäitja O. Tamm ja allakirjutanu. Üleliidulise seltsi juhatuse esimeheks valiti üksmeelselt tagasi professor F. Krotkov. Plenaaristungil arutati mitmeid muidki organiseerimisküsimusi.

Ettekannete kohta olid ilmunud teesid üldmahuga 33,5 trükipoognat, samuti anti kuue trükipoogna ulatuses välja täiendavat materjali.

Kongressi lõpul võeti vastu üksikasjaline resolutsioon, mis määrab kindlaks hügienistide ja sanitaararstide lähemate aastate tööülesanded.

Kaiot Silla

I ÜLELIIDULINE ENDOKRINOLOOGIDE KONGRESS toimus 8. kuni 12. oktoobrini 1972. a. Moskvas. Osavõtjaid oli ligi 600. Külalisi oli saanud Saksa DV-st, Ungari RV-st, Tšehhoslovakkia SV-st, Jugoslaavia FSV-st ja Kuuba Vabariigist.

Plenaaristungil kuulati nelja ettekannet, suurem osa töödtest esitati sektioonides. 401 tööd, mis ettekandmisele ei tulnud, avaldati trükilt.

Avaplenaaristungil kõneles akadeemik V. Baranov suhkurtõve patogeneesist ning ravi ja profülaktika põhiprintsiipidest. Ta toonitas, et suhkurtõve varajane diagnoosimine ning haige seisundi hoolikas kompenseerimine on vajalik, sest see võimaldab suhkurtõve komplikatsioone ära hoida. Paljud ettekanded käsitlesid suhkurtõve patogeneesi. Käsitleti mehhanisme, mis transpordivad insuliini organismis, insuliini seostumist verevalkudega ning häireid insuliini sünteesi üksikutel etappidel. N. Draznin toonitas patogeneesi arvestamist tähtsust ravi õigeks korraldamiseks. Nagu mitmetest ettekannetest

näha, ületab suhkruhaigete tegelik arv arvel olevate haigete arvu mitmekordselt. Päevakorral on praegu potentsiaalsete suhkruhaigete dispanseerimise vajadus. Elavat huvi äratas J. Švatškinini ettekanne insuliini sünteesimise edusammudest. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse Endokrinoloogia ja Hormoonide Keemia Instituudis lõpetati hiljuti inimese insuliini täielik süntees. Jätkuvad tööd insuliini analoogide saamiseks.

Paljudes ettekannetes oli kõne all diabeedi korral esineva angiopaatia etiopatogenees, ravi ja varajane diagnoosimine. Professor A. Jefimov Kiievest tõestas mahuka uurimismaterjali põhjal, et angiopaatiad arenevad juba haiguse prediabeetilises staadiumis. Angiopaatiate varajane diagnoosimine suurendab nende ravi tõhusust. Seepärast on kindlasti vaja, et oftalmoloogid ja nefrooloogid angiopaatiate diagnoosimist otsustavalt parandaksid.

Rohkesti huvipakkuvaid ettekandeid esitati hüpotalamohüpofüsaarsüsteemi peptiid- ja valkhormoonide kohta. Kõrvuti kliiniliste töödega oli rohkesti eksperimentaaluurimusi. On püütud selgitada hormoonide sünteesi täpset asukohta ning mehhanisme, mis kannavad närviimpulsse hüpotaalamusele.

Pingeline oli töö sektsioonis, kus vaatluse all olid mitteendemiilised kilpnäärmehaigused. B. Aljošin Harkovist rääkis kilpnäärme tegevuse regulatsioonimehhanismidest ning pidas parahüpofüsaarse regulatsiooni olemasolu tõestatuks. Niisugune ettekujutus lubab paremini mõista mitmete kilpnäärmehaiguste patogeneesi.

L. Golberi ja V. Kandrori ettekandes käsitleti türeotoksikoosi puhul esinevate südame ja veresoonekonna muutuste patogeneesi. Rõhutati, et kardiovaskulaarsete haiguste sümptomide väljakujunemine ei sõltu parasümpaatilisest ja sümpaatilisest närvisüsteemist.

Kilpnäärmehaiguste immunoloogia oli kõne all mitmes ettekandes, nende seas ka V. Saarma omas, milles oli juttu autoimmuunsusest difuusse ja nodoosse struuma patogeneesist.

Mitmete esinejate arvates tuleb kilpnäärmehormoonide toime hindamisel arvestada nende absoluutse hulga kõrval veel türoksiini ja trijoodtüroniini vahekorda, sa-

muti hormoonide transpordimehhanisme. Kilpnäärmehormoonide seosest verevalkudega sõltub nende hormoonide otsene toime kudedesse ja elunditesse. Neid probleeme käsitlesid ka A. Kallikorm ja K. Ester. A. Kliiman kõneles katehoolamiinide seostumisest verevalkudega.

Tänapäeval on võimalus medikamentooselt stimuleerida või pärssida kõikide endokriinsete näärmete tööd. Kiievis on sünteesitud neerupealiste talitlust pärssiv o-p'-dikloor-difenüül-diklooretaan. Selle preparaadi toimest oli juttu mitmetes Kiievi teadlaste ettekannetes. Preparaati on kliinikus edukalt kasutatud neerupealiste koore hüperfunktsiooniga kulgevate haiguste raviks. Suurt huvi pakkusid uuringud glükokortikoidide transpordimehhanismidest.

Kongressil valiti Üleliidulise Endokrinoloogide Seltsi uus juhatus. Seltsi esimeheks valiti V. Baranov Leningradist, asetäitjateks N. Judajev Moskvast, J. Turakulov Taškendist ja V. Komissarenko Kiievest. Meie vabariigist kuuluvad juhatusse allakirjutatud.

Irina Kalits
Koit Ester

ÜLELIIDULISE TERAPEUTIDE TEADUSLIKU SELTSI JUHATUSE PLEENUM, mis oli pühendatud Nõukogude Liidu moodustamise 50. aastapäevale, toimus 20. ja 21. oktoobril 1972. a. Tbilisis.

Pleenumil olid kõne all krooniliste mitte-spetsiifiliste kopsuhaiguste — kroonilise bronhiidi ja kroonilise pneumoonia — klassifikatsioon, etioloogia, patogenees, diagnoosimine, kliinik ja ravi. Esitatud oli 106 ettekannet.

Pleenumi avas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik A. Nesterov. Akadeemik [A. Gukasjani] ettekande «Nõukogude teraapia NSV Liidu moodustamise 50. aastapäevaks» esitas A. Anohhin.

Kroonilise bronhiidi klassifikatsiooni esitas pleenumile arutamiseks professor J. Brusilovski Kiievest. Autor nentis, et kroonilise bronhiidi osatähtsus kopsupatoloogias üha suureneb, kuigi kroonilise pneumooniaga võrreldes diagnoositakse kroonilist bronhiiti harvem. Lähtudes kliinilis-morfoloogilistest, funktsionaalsetest ning röntgenoloogilistest iseärasustest ja patoloogilise protsessi ulatusest, esitas autor neli kroonilise bronhiidi kliinilis-patogeneetilist staadiumi. Resümee-

riva ettekande kroonilistest bronhiitidest esitas professor A. S u m a r o k o v Moskvas.

Etttekanded kroonilise pneumoonia etioloogiast ja patogeneesist olid akadeemik [N. Moitšanovilt] kaasautoritega Leningradist, professoritelt J. M u h h a r l j a m o v i l t, I. J e s s i p o v a l t ja I. K o d o l o v a l t Moskvas. Ülevaate kroonilise pneumoonia etiopatogeneesi käsitlevatest ettekannetest andis professor G. G u r g e n i d z e Tbilisist. Kroonilise pneumoonia kliinikut ja diagnoosimist käsitles professor B. Š e r š e v s k i Tomskist, resümeerivad ettekanded olid professor I. T s i n t s a d z e l t Tbilisist ja professor V. S i l v e s t r o v i l t Leningradist. Kroonilise pneumoonia ravist kõneles professor D. Z l ō d n i k o v Leningradist, samal teemal tegi kokkuvõtte professor G. M a t v e i k o Minskist.

Professor A. D e m b o esitas arutamiseks kroonilise pneumoonia uue klassifikatsiooni, mille on välja töötanud Leningradi juhtivad terapeutid. Nõukogude Liidus tänapäeval käibel olev kroonilise pneumoonia klassifikatsioon võeti vastu 1964. a. Minskis üleliidulisel terapeutide sümposiumil. Uus kroonilise pneumoonia klassifikatsioon kujutab endast Minski klassifikatsiooni täiendatud ja muudetud varianti, milles on juhitud erilist tähelepanu haiguse etioloogiale, hingamise ja vereringe funktsionaalsele seisundile ja protsessi täpse, võimaluse korral segmentaarse lokaliseerimisele. Erinevalt Minski klassifikatsioonist võib käesoleva klassifikatsiooni järgi kroonilise pneumoonia esimene staadium lõppeda *restitutio ad integrum*'iga juhul, kui protsess on piirdunud ja puudub deformeeriv bronhiit. Kuigi krooniline pneumoonia Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poolt kinnitatud haiguste, traumade ja surmapõhjuste statistilises klassifikatsioonis iseseisva nosoloogilise ühikuna ei eksisteeri, otsustas pleenum professor A. Dembo esitatud kroonilise pneumoonia klassifikatsiooni mõnede parandustega vastu võtta. Kroonilise bronhiidi klassifikatsiooni ei peetud esitatud kujul täiuslikuks ja pleenumil seda vastu ei võetud.

Pleenum kuulas ära Üleliidulise Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatause peasekretäri arstiteaduse doktor I. S p e r a n s k a j a aruande seltsi tegevusest.

Meie vabariigist olid pleenumil Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut professor N. Elštein, Tartu Riikliku Ülikooli professor L. Päi, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi osakonnajuhataja I. Maripuu ja allakirjutanu. N. Elštein ja L. Päi võtsid pleenumil sõna.

Lii Jannus

ESIMENE ÜLELIIDULINE ANESTESIOLOGIDE JA REANIMATOLOGIDE KONGRESS

toimus 24. kuni 27. oktoobrini 1972. a. Moskvas. 1966. aastal peetud seltsi asutamiskonverentsist saadik on reanimatoloogia ja anestesioloogia muutunud arstiteaduses mitmekülgse praktilise ja teadusliku tähtsusega erialadeks, mille saavutused leiavad laialdast kasutamist kliinikus. Meie vabariiki esindasid kongressil neli delegaati: P. Grossberg, A. Kivik, J. Samarütel ja allakirjutanu.

Organiseerimisprobleemide kõrval käsitleti kongressil järgmisi teemasid: haiglaeelne reanimatsioon, kopsude kunstlik ventileerimine, ravi operatsioonijärgsel perioodil, müokardi-infarkti põdevate haigete ravi haiguse ägedas staadiumis, uued ravivõtted anestesioloogias ja reanimatoloogias.

Et haiglaeelne reanimatsioon tõhusam oleks, peeti vajalikuks õpetada taaselustamisvõtteid kogu elanikkonnale. Televisiooni kaasabi oleks sel puhul teretulnud. Samuti peeti soovitatavaks instruktorite väljaõpetamist, sest anestesioloogid-reanimatoloogid ei suuda reanimatsioonivõtteid õpetada kogu elanikkonnale.

Arvukad ettekanded kopsude kunstlikust ventileerimisest selgitasid selle näidustusi ja meetodikat. Kunstliku hingamise tegemise absoluutsed näidustused on hingamise puudumine, hüpoventilatsioon või hingamise rütmi häired, need on kliiniliselt kergesti diagnoositavad. Suhtelised näidustused aga, mis määratakse kliinilise leiu ja laboratoorse analüüside tulemuste põhjal, võivad olla väga mitmesugused ja olenevad konkreetsest olukorrast. Perspektiivis on uute, lihtsate, kuid töökindlate kunstliku hingamise aparaatide kasutuselevõtmine ja pneumaatiliste, nn. loogiliste kambrite alusel konstrueeritud servoventilaatorite sagedam kasutamine. Kunstliku hingamise tegemise suhtelisi näidustusi tuleb ilmselt juurde. Diskussiooni kutsus esile ette-

kanne, milles soovitati vastsündinute elustamisel ventileerida nende kopse hapniku ja heeliumi seguga. Vastuväidetes toonitati, et heelium ei soodusta gaaside difusiooni läbi membraanide.

Ettekannetes, mis käsitlesid ravi operatsioonijärgset perioodi, rõhutati otsese vereülekande ja vere reinfusiooni tähtsust. Eriti raskelt on kulgenud ja ei ole raviga korreeritavad olnud alkalooosi nähtudega haigusjuhud. Täit tähelepanu vajab haigete toitmine ja võimalike tüsistuste funktsionaalne diagnoosimine pärast operatsiooni.

Letaalsus müokardi-infarkti tõttu on suur, enamik äkksurmades aga tekib väljaspool haiglat. Mõttevahetus arenes selle ümber, kus on parem ravida ägedas staadiumis müokardi-infarkti põdevaid haigeid. Enamik sõnavõtjaid arvas, et müokardi-infarktiga haiged peab hoolikalt jälgima ja ravi korraldama kardioloogiaosakondades, jättes ainult kõige raskemas seisundis haiged esialgsel ravi-perioodil anesthesioloogide-reanimatoloogide hoole alla. See on õigustatud seda enam, et osa müokardi-infarkti põdevatest haigetest vajab kirurgilist ravi. Hoolikas jälgimine esimese viie päeva vältel võimaldab õigeaegselt kindlaks teha ja edukalt ravida üht müokardi-infarkti tüsistust — südamevatsakeste virvendust.

Istungil, kus käsitleti uusi ravivõtteid, arutati erialaste probleemide kõrval ka üldisemaid teemasid. Selgus, et oksügenobaroteeraapia näidustuste ja saadud tulemuste kohta on palju lahkavamusi. Ilmselt ei ole tähelepanekute väike arv ja erinev meetodika võimaldanud veel ühtsete seisukohtade väljatöötamist. Huvipakkuv oli M. Margulise juhtimisel töötava Riia teadlaste kollektiivi ettekanne maksa puudulikkuse ravimisest sea maksa ajutise lülitamise teel inimese vereringesse.

Järgmine kongress otsustati korraldada 1978. aastal.

Bernard Lehepuu

RAHVUSVAHELINE GASTROENTEROLOOGIDE KONGRESS TŠEHOSLOVAKIAS. 25. kuni 29. juunini 1972. a. toimus Prahast Tšehhoslovakkia gastroenteroloogide järjekordne kongress. Rahvusvaheliseks tegid selle foorumi umbes 300 osavõtjat 26 välisriigist. Viie päeva jooksul kuulati ja arutati

ligikaudu 380 ettekannet. Üksikettekanded vaheldusid sümposiumidega, mida juhatasid nimekad välisteadlased. Üldise poollehoiu osaliseks said ja palju kuulajaid köitsid rahvusvaheliselt tunnustatud spetsialistide peetud kaheksa ülevaateleengut. Erinevalt ettekanne-teks lubatud kümnest minutist anti ülevaateks aega terve tund. 30. juunil korraldati Karlovy Varys kongressile esitatud filmide täiendav demonstratsioon koos mõningate ettekanne-tega.

Kongressi temaatika hõlmas seedetrakti kõikide osade, samuti kõhunäärme- ja maksa- haigusi. Uudse teemana oli kavas seedeelundite transplantatsioon. Traditsioonilisest väiksem oli maosekretsiooni, peptilist haavandit ja gastriiti käsitlevate ettekanne osakaal, suhteliselt rohkem arutati peensoole, sapiteede ja suurte seedenäärmetega seoses olevaid probleeme. Teoreetilised uurimused olid hästi läbi mõeldult kõrvutatud kliinilistega. Hulgaliselt ettekandeid peeti uute preparaatide ja instrumentide, eeskätt fiiberoptika põhimõttel töötavate endoskoopide tutvustamiseks ja reklaamiks.

Tähtsamad saavutused seedetrakti endoskoopias võttis kokku Saksa FV professori L. De m l i n g i ülevaade, milles toodi andmeid ka niude- ja käärsoole uurimise tulemustest uute instrumentidega. A. P e a r s e Londonist käsitles seedetrakti kui võimsat endokriinset elundit, mille erinevad rakud toodavad vähemalt viit hormooni. Allakirjutanu arvates toimus kõige enam sisukaid arutelusid malabsorptsioonile pühendatud sümposiumidel. Põhiliselt olid kõne all gluteenienteropaatia ehk tsöliaakiline spruu ja mono- ning disahhariidide imendumine. Tšehhi, Austria ja teiste maade kolleegid võrdlesid oma tulemusi tsöliaakilise spruuga haigete ravimisel. Eriti väärtuslikud olid nende arstide kogemused, kes neid patsiente olid jälginud neli, kuus või kümme aastat. Suurem osa uurijaist olid pediaatrid või töötanud käsikäes lastearstidega. Kongressimaterjalid veensid, et tsöliaakia varajane diagnoosimine ja ravi on tänapäeva pediaatrias väga aktuaalne.

Silmapaistva ettekande esitas professor R. C r a n e Ameerika Ühendriikidest. Lähtudes viimastest andmetest mono- ja disahhariidide ja aminohapete resorptsioonimehhanismide kohta, andis ta kõikide teadaolevate imendumishäirete klassifikatsiooni. Huvipak-

Kongressi delegaate Tehnikaülikooli ees Prahas. Vasakult: E. Fridman, A. Ugolev, tšehhi kolleeg R. Ronský — Karlovy Vary päeva korraldajaid, O. Hanitš, E. Linar, P. Klimov, V. Salupere ja I. Leja.



kuva faktina võib nimetada soome gastroenteroloogide J. V i s a k o r p i jt. teadet haigetest, kes ei talu lehmapiima valke. Neil isikuil esinevat haigust tuleb eristada piimasuhkru maldigestioonist, mis tekib laktaasi vähesusest või puudumisest soole limaskestas.

Nõukogude Liidust oli kohale sõitnud 14-liikmeline delegatsioon. Peale Üleliidulise Gastroenteroloogia Teadusliku Uurimise Instituudi töötajate kuulusid selle koosseisu mitmetes teistes keskustes töötavad uurijad, sealhulgas professorid A. Ugolev ja P. Klimov Leningradist, arstiteaduse doktorid E. Linar ja J. Leja ning E. Birgele Riiast, professor V. Samsonov Petrozavodskist, professor V. Salupere ja allakirjutanu Tartust.

Agu Tamm

VIII ÜLEMAAILMNE ANATOOMIA JA KLIINILISE PATOLOOGIA KONGRESS peeti Münchenis 12. kuni 16. septembrini 1972. a.

Nõukogude Liidust kuulusid delegatsiooni professorid G. Avtandilov ja N. Permjakov ning arstiteaduse kandidaat T. Kotšekova Moskvast, professor A. Stupina Kiievist, arstiteaduse kandidaat N. Kolõtševa Alma-Atast ja allakirjutanu. Veidi hiljem saabus Moskvast ka akadeemik M. Tšumakov.

Kongress peeti äsja valminud suures ja moodsas hotellis «Sheraton». Presidendiks oli professor M. Nordmann Hannoverist ja peasekretäriks H. Lommel Leverkuseni.

Selle kongressiga tähistati ühtlasi Ülemaailmse Patoloogide Seltsi asutamise 25. aastapäeva (selts asutati 1947. aastal Pariisis). Kohal viibis ka seltsi president J. Andujar Texasest.

Peaistungite ettekannetes käsitleti kõhunnäärme morfoloogiat ning ekso- ja endokriinset funktsiooni, kopsude, põrna ja luuüdi morfoloogiat ja histokeemiat, samuti farmakokineetikat ja ravimite kasutamist, viirushaiguste diagnoosimise edusamme, laboratooriumide organiseerimise probleeme, troopikas levinud haiguste diagnoosimist ja immunoloogiat, preparaate kvaliteedi kontrolli, laboratooriumi tähtsust preventiivmeditsiinis ning patoloogide ja laboratooriumiarstide arvu ja kvalifikatsiooni tõstmist.

Eriistungitel olid vaatluse all mitmesugused nukleaarmeditsiini, kliinilise keemia, histoloogia, histokeemia, immunoloogia, mikrobioloogia, ensümolooia ning onkoloogia uurimise meetodid ja tulemused. Lisaks eelmärgitud istungitele toimusid veel seminarid, sümposioonid, diskussioonid, oli korraldatud meditsiiniaparatuuri näitus ja demonstreeriti teaduslikke filme. Ettekannete või nende referaatidega on võimalik tutvuda ajakirjas «Excerpta medica» nr. 262, mis kongressi puhuks välja anti.

Viirushaiguste diagnoosimisele pühendatud istungit juhatas akadeemik M. Tšumakov. Ettekanded olid paljudelt tuntud viroloogidelt, nagu D. Tyrrellilt, E. Lennette'lt, A. Rappoportilt jt. Rõhutati viirus-

haiguste diagnoosimise parandamise vajadust haiglates. Esitati ka kõige uuemate viroloogia-alaste uurimistööde tulemusi. Viirushaiguste laboratoorne diagnoosimine on veel küllalt keerukas ja aeganõudev. Seetõttu on kasutusele võetud üha rohkem uusi meetodeid, vanu aga on täiendatud ja täpsustatud. Osa neist on väga tundlikud, näiteks radioaktiivsete isotoopidega tehtav pretsipitatsioonireaktsioon. Tuntud virooloogiliste uurimismeetodite kõrval märgiti ära veel immuno-adherentsia, hemagregatsiooni, trombotsüütide agregatsiooni ja immunoforeesi tõhusust. Seroloogilistes uurimistes kasutatakse peamiselt komplemendi sidumise, hemaglutinatsiooni pidurduse, hemadsorptsiooni- ja neutralisatsioonireaktsioone. Rõhutati kontraimmuno-

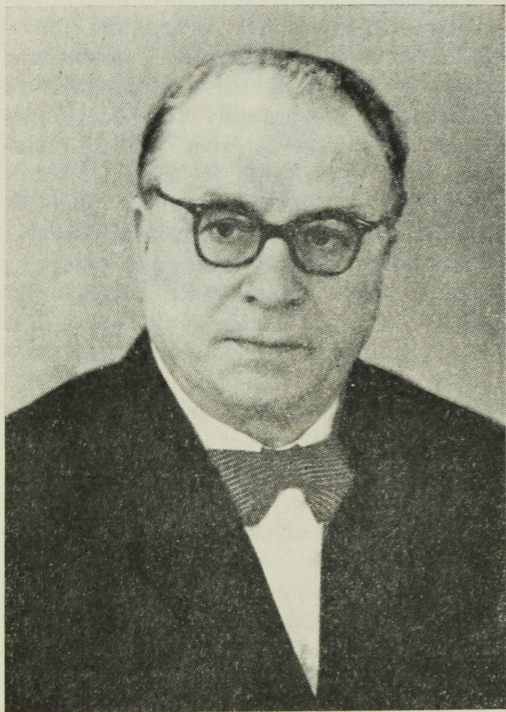
elektroforeesi ja radioimmunopretsipitatsiooni reaktsioonide diagnostilist tähtsust austraalia antigeeni ja antikehade määramisel.

Allakirjutanu esitas A. Jannuse ja E. Saarnoki ühise töö «Coxsackie A-rühma viiruste levik ja laboratoorne diagnostika Eesti NSV-s». Ettekannete keskmine pikkus oli viis kuni seitse minutit. Kokku esitati ligikaudu 250 ettekannet. Samas oli võimalik registreeruda juba järgmisele kongressile, mis toimub 1975. a. Austraalias Sidneys. Kongressi lõpetamise eel korraldati vastuvõtt Baieri ministerpresidendi H. Maieri juures suurepärasel Schleissheimi lossis. Meeldiva elamuse pakkus pärast kongressi korraldatud turismireis Nürnbergi, Kölni ja Frankfurti Maini ääres.

Arnold Jannus

Tähtpäevad

ARSTITEADUSE DOKTOR JUHAN ENNULO 75-AASTANE



3. jaanuaril 1973 täitis 75 aastat ftisiokirurgi arstiteaduse doktor Juhan Aadu p. Ennulo sünnist.

J. Ennulo sündis Viljandimaal Vana-Võidu vallas talupidaja perekonnas ja omandas keskhariduse Tartus H. Treffneri Gümnaasiumis. Aastail 1920... 1927 õppis ta Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist töötas kuni 1932. aastani ülikooli haavakliiniku assistendina. 1932. a. kaitses Tartu ülikoolis doktoriväitekirja teemal «Mõningate keemiliste ainete fikseerumisest erütrotsüütidega».

Ajavahemikul 1932...1940 töötas juubilar Võru linnahaiglas kirurgiaosakonna juhatajana. 1926. ja 1934. a. viibis ta erialasel täiendusel Pariisis ja Viinis. Aastail 1940...1944 töötas Tallinna raudteehaigla polikliinikus kirurgina.

1945. a. määrati juubilar TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri juhatajaks. 1946. aastal, kui asutati Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini

Instituut, hakkas selle kirurgiaosakonda juhutama J. Ennulo. 1948. a. asus ta elama Tallinna, töötades algul Tallinna Keskhaigla kirurgiaosakonna juhatajana, hiljem Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kirurgiaosakonna juhatajana ja ftisio-kirurgina Tallinna tuberkuloosihaiglas. Ühtlasi oli ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogu sekretär.

Aastail 1957...1964 töötas juubilar Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosisektori juhatajana. 1964. aastal läks ta vanaduspuhkusele.

DOTSENT ALIIA KÕDAR 50-AASTANE

22. novembril 1972 sai 50-aastaseks TRÜ Arstiteaduskonna dotsent Aliia Kõdar. Alg- ja keskhariduse omandas ta Tartus. Edasine tee viis Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonda, mille lõpetas 1948. aastal. Ajavahemikul 1948...1956 töötas A. Kõdar Tartu Vabariiklikus Stomatoloogia Polikliinikus ordinaatorina. 1953. aastal alustas ta ka pedagoogitööd TRÜ stomatoloogiakateedris assistendina, algul kohakaasluse alusel. 1956. aastal siirdus ta sihtaspirantuuri Riia Meditsiiniinstituudi ortopeedilise stomatoloogia kateedrisse. Aspirantuuri lõpetamise järel 1959. aastal jätkas A. Kõdar töötamist õppejõuna TRÜ stomatoloogiakateedris, kus ta hakkas lugema ortopeedilise stomatoloogia kursust ja juhendama praktikume. Kandidaadiväitekirja «Ülalõua esihammaste anomaalne asend kliinikus ja eksperimentis» kaitses ta 1965. aastal. 1970. aastal valiti A. Kõdar dotsendi kohuse-täitjaks ortopeedilise stomatoloogia alal ja 1972. aastal kateedri dotsendiks. A. Kõdar on korduvalt oma teadmisi täiendanud Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudis.

J. Ennulo teaduslike tööde nimestikus on 38 tööd üld- ja kopsukirurgia valdkonnast. 1964. a. ilmus tema monograafia «Kavernotoomia kopsutuberkuuloosi kirurgias».

J. Ennulo on üks kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi pioneere Eesti NSV-s. Ta on kasutusele võtnud mitte üksnes mitmeid uusi operatsioonimeetodeid ja täiustanud vanu, vaid ka uusi kirurgiliste instrumentide komplekte, mis on saanud üleliidulise tunnustuse.

Soovime juubilarile palju õnne ja tugevat tervist!

Kolleegid ja õpilased



Lisaks 16 aastat kestnud pedagoogitööle on A. Kõdar teinud tõhusat uurimistööd, eelkõige ortodontia valdkonnas. Tema sulest on ilmunud 33 teaduslikku artiklit. A. Kõdar on tegelema hakanud ka laste kaasasündinud huule- ja suulaelõhede ortodontilise ja ortopeedilise raviga. Õppejõuna ja juhenda-

jana on ta oma õpilastes kasvatanud armastust teadusliku töö vastu.

Suure töö on dotsent A. Kõdar ära teinud konsultandina stomatoloogiakateedri baasraviastutustes, vajaduse korral ka teistes vabariigi raviastutustes. Ühiskondlikul alal on dotsent A. Kõdar olnud aktiivne kaasalööja. Pikemat aega on ta olnud Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi juha-

tuse liige ja 1969. a. alates töötanud seltsi teadusliku sekretärina, aastatel 1964 kuni 1968 pidas ta Tartu Stomatoloogide Teaduslikus Seltsis esimehe ametit.

Soovime lugupeetud juubilarile palju õnne, tervist ja indu noore arstidekaadri kasvatamisel.

Kolleegid

Juriidilist nõuannet

MEDITSIINITÖÖTAJATE KOHAKAASLUS

MAIE NIRK

Tallinn

UDK 614.23/.25-052.47

Teenistuslik kohakaaslus, s. o. üheaegne töötamine peale põhitöökoha teisel palgalisel ametikohal asutuses, ettevõttes või organisatsioonis, samuti muu regulaarne palgaline töö põhitöö kõrval, on lubatud vaid ajutise abinõuna nendele isikutele, kellel on suured kogemused ja kõrge kvalifikatsioon. Töötamine kohakaasluse alusel on lubatud tingimusel, kui ei ole võimalik täita vakantset ametikohta vastava kvalifikatsiooniga töötajaga, kes mujal ei tööta, ning kui töö kohakaasluse alusel ei nõua täiskoormust kogu tööpäeva jooksul (vt. Eesti NSV Ministrite Nõukogu 22. jaanuari 1960. a. määrus nr. 21, avaldatud «ENSV Teatajas» 1960, nr. 8, art. 36).

Kohakaaslus on lubatud ainult ühes asutuses, ettevõttes või organisatsioonis, ühe maakoha (linna, maaraajooni) piires ja mõlema sellest huvitatud asutuse, ettevõtte või organisatsiooni juhataja kirjalikul loal, mis on kooskõlastatud alluvuse järgi kõrgemalseivate organisatsioonidega ning ametiühingu käitise- või kohalike komiteedega.

Üldiselt on keelatud kohakaasluse alusel töötada asutustes, ettevõtetes ja organisatsioonides, mis on omavahelises

alluvuses ja kaasalluvuses või mis kuuluvad üksteise kontrolli alla. Erand on tehtud siin pedagoogidele, kes töötavad Eesti NSV Haridusministeeriumi süsteemis, ning tervishoiuorganites töötavatele arstidele.

Eespool toodud piiramised ei käi tööliste ja noorema teenindava personali ning teenistujate kohta, kelle ametipalk põhitöökoha järgi ei ole üle 70 rubla kuus (vt. Eesti NSV Ministrite Nõukogu 21. juuni 1960. a. määrust nr. 231, avaldatud «ENSV Määruste ja Korralduste Kogus» 1960, nr. 17, art. 58 ning Eesti NSV Ministrite Nõukogu 22. jaanuari 1968. a. määrust nr. 20, avaldatud «ENSV Teatajas» 1968, nr. 8, art. 57). Kuid ka nendel juhtudel peab töötaja saama kohakaasluse loa nii oma põhitöökoha kui ka selle asutuse administratsioonilt, kuhu ta kohakaasluse alusel tööle asub.

Arstidel, keskastme meditsiinipersonalil ja veterinaartöötajatel võib lubada töötada kohakaasluse alusel nii erinevates ravi- ja profülaktikaasutustes kui ka ühes ja samas asutuses, kuid mitte rohkem kui kahel ametikohal. Tasutakse tegelikult kulutatava tööaja järgi, kus-

juures üldine teenistus põhitöökohal ja kohakaasluses ei tohi olla suurem kui poolteist palgamäära põhitöökohal.

Administratiivsetel ametikohtadel töötavatel arstidel lubatakse kohakaasluse alusel töötada vaid arstina või ka pedagoogilisel töö.

Üksikutes rajoonides, kus arste ei jätku, lubatakse erandina liiduvabariikide ministrite nõukogude otsusel ajutiselt arstidel töötada kohakaasluse alusel nii erinevates kui ka ühes ja samas asutuses, kusjuures töötasu võib ulatuda kuni kahe palgamäärani.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu lubas meditsiini- ja farmaatsiatöötajate, samuti pedagoogide koosseisulist kohakaasluse aastateks 1969...1973. Kohakaasluse alusel töötamise eest lubati tasuda arstidele, keskastme meditsiinipersonalile ja farmaatsiatöötajatele kehtestatud korras, kuid mitte üle poole kohakaasluse alusel töötamise eest ettenähtud ametipalgast (palgamäärast). Nendel juhtudel aga, kui kooskõlas kehtiva seadusandlusega on lubatud põhitöökohal ja kohakaasluse alusel töötamise eest tasuda kuni kahe ametipalga (palgamäära) ulatuses, ei või töötajale tasuda rohkem kui kohakaasluse alusel töötamise eest ettenähtud ametipalga (palgamäära) ulatuses.

Kohakaasluse alusel lubatakse töötada tervishoiuasutustes kohtumedit-siinieksperptide ja patoloogide-anatoomide ametikohtadel, kõrgemate õppeasutuste kohtumedit-siini ja patoloogilise anatoomia kateedrite õppejõududel, välja arvatud isikud, keda teaduslike uurimistöõde huvides lubatakse töötada kohakaasluse alusel ettevõtete laboratooriumides, eksperimentaalse uurimise, samuti teaduslikes ja teistes organisatsioonides (vt. EKP Keskkomitee ja ENSV Ministrite Nõukogu 29. juuli 1964. a. määrust nr. 338, avaldatud «ENSV Määruste ja Korralduste Kogus» 1964, nr. 33, art. 122).

Kohakaasluseks ei loeta meditsiini-asutuste konsultantide kohustuste täitmist mitte rohkem kui 12 tundi kuus ühekordse tasumisega, kirjanduslikku kaastööd, sealhulgas üksikute teoste

redigeerimist, tõlkimist ja retsenseerimist, mille eest tasutakse autorihonorari fondist, samuti tehnilist, meditsiinilist, raamatupidamis- ja iga muud liiki ekspertiisi, mille eest on ette nähtud ühekordne tasu. Kohakaasluseks ei peeta ka tööd, mida teeb isik, kes põhitöökohal ei tööta tervet tööpäeva ning kes saab põhitöökohal vastavalt sellele osalise palga (töötasumäära) siis, kui tema tasu põhitöökohal ja kohakaasluses ei ole suurem kui põhitöökohal ettenähtud täispalk (töötasumäär).

Samuti ei peeta kohakaasluseks peale oma põhitöö tehtavat teist tasulist tööd samas ettevõttes, asutuses või organisatsioonias väljaspool koosseisulist ametikohta, näiteks meditsiinitöötajate valveteenistust üle töötundide kuunormi jne. ning ajutiselt (haiguse, komanderingu, puhkuse jm. tõttu) puuduvate arstide ja keskastme meditsiinipersonali kohustuste täitmist teiste arstide ja keskastme meditsiinipersonali poolt. Tasu makstakse siin vastavalt tegelikult kulutatud tööajale (puuduva töötaja ametikoha järgi).

Ka pedagoogilist tööd mitte üle 240 tunni aastas, mida töötaja teeb tunnitasu alusel kursustel ja õppeasutustes, koolides ja lasteasutustes (näiteks arstid, kes peavad loenguid meditsiinikursustel ja koolides jne.), ei peeta kohakaasluseks. Loa selleks annavad mõlemapoolsete asjaosaliste ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide juhatajad.

Kohakaasluse alusel töötavatel meditsiinitöötajatel on õigus saada tasulist puhkust nii põhitöökohas kui ka kohakaasluse kohas. Õigus puhkusele kohakaasluse kohas on pärast 11-kuulist töötamist. Puhkus antakse kohakaasluse alusel töötajale samal ajal puhkusega põhitöökohal ja selle kestus sõltub töövõi ametikohast.

Nagu eespool toodust nähtub, lubatakse meditsiini- ja farmaatsiatöötajate kohakaaslust ajutise abinõuna. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile on tehtud ülesandeks kaadrit edaspidi otstarbekamalt paigutada ja tööle rakendada ning koosseisulist kohakaaslust piirata.

Eesti NSV Justiitsministeerium

In memoriam

HENN KALAMEES
15. VIII 1895 ... 2. X 1972

2. oktoobril 1972 suri pärast pikka rasket haigust Eesti esimene lasteftisiaater Henn Mardi p. Kalamees.

H. Kalamees sündis 15. augustil 1895. aastal Tartus, lõpetas seal gümnaasiumi ja 1922. aastal ülikooli. Töötas 1925. aastani jaoskonnaarstina Kadriinas, kahe aasta kestel laste tuberkuloosisanatooriumi peaarstina Lustiveres ja organiseeris 1927. aastal laste tuberkuloosisanatooriumi Taheval, kuhu jäi peearsti kohale neljateistkümneks aastaks. Teadmisi lastetuberkuloosi valdkonnas täiendas Viinis professor C. Pirquet' kliinikus.

Pensionile minekuni 1958. aastal töötas lahkunu mitmes vabariigi tuberkuloosiasutuses peaarstina. Kõik teadmised ja kogu oma energia andis Henn Kalamees võitluseks laste tuberkuloosi vastu Eestis.

H. Kalamees võttis elavalt osa ühiskondlikust tööst; mitmel korral valiti ta



rahvasaadikuks. Ta oli tagasihoidliku iseloomuga töömees, hea ja hoolitsev arst. Töökaaslastele ja endistele patsientidele jääb temast helge mälestus.

Kriitika ja bibliograafia

UUS TEOS EESTI ARSTITEADUSE AJALOOST *

UDK 61(091)(049.3)

Meil ei ole põhjust kiidelda Eesti arstiteaduse ajalugu tutvustavate venekeelsete trükiste rohkusega. On küll ilmunud artikleid kogumikes, ajakirjades ja ajalehtedes, ent mitte ühtki põh-

* Гулордава Ш. А. Исторический очерк и пути развития неотложной хирургии в Эстонии. Таллин, 1972. Издат. «Валгус».

jalikumat raamatut. Š. Gulordava on seega astunud esimese sammu tutvustamiseks kogu Nõukogude Liidus meie kirurgia arenemiskäiku. Paraku on see samm tehtud kammitsas — trükiarv on ainult 1000, millest ei jätku spetsialistide ega raamatukogudegi riulitele, kõnelemata laiemast asjahuviliste ringkonnast. On tõsine põhjus edaspidi kaa-

luda selliste väljaannete trükiarvu suu-
rendamist.

Autor on seadnud eesmärgiks kirjel-
dada ja analüüsida urgentse kirurgia
kujunemise teed Eestis. Selleks on ta
andmed pidanud suruma väga kitsas-
tesse raamidesse (tingtrükipoognaid
9,78). On mõeldav, et sellest vähesestki
oleks jätkunud, kui pealkirjas kuulu-
tatavast ainekäsitlest oleks välja jäet-
ud palju kõrvalisi teemasid. Nüüd aga
on kaante vahele püütud mahutada pea-
aegu kogu kohalik tervishoiu arenemis-
käik. Sellest ka teataval määral lünklik
põhiteema esitusviis.

Ilmselt on käsikirja kirjutamisel kii-
rustatud, mis on lasknud õige rohketal
faktilistel vigadel raamatusse lipsata.
Siinjuures mõned olulisemad.

Ei tahaks uskuda, et Tallinna raad
oli sunnitud tunnustama saunamehi
(lk. 13). Need olid ikka oma aja ühe
vajaliku ja juba tunnustatud elukutse
esindajad nii meil kui ka mujal. Näi-
teks Riias kuulus sellal osa saunu isegi
linnale.

Viidates retsensendi teosele «Medit-
siinist vanas Tallinnas kuni 1816. a.»
(Tallinn, 1969), väidab Š. Gulordava, et
rändarstid hakkasid Tallinna külastama
1542. aastast alates (lk. 13). Hoolikamal
lugemisel oleks siiski pidanud silma
torkama, et esimene teadaolev rändarst
oli siin Clawes ja nimelt aastal 1400.
Raamatus on ka dokumentaalselt tõe-
statud, et kirurgide tsunft taasorganisee-
riti juba 1686. aasta algul, mitte aga
1689. aastal (lk. 15). Rõugemaja asuta-
misajaks peaks olema aasta 1522, mitte
1518 (lk. 21).

Lugejat, kes Tallinna ei tunne, võib
desorienteerida teade, nagu oleks Mere-
vähospidal üle viidud teise linna-
ossa (lk. 23). Tegelikult koliti vähem
kui kilomeetri kaugusele. Autor nimetab
Tallinna raviasutuste loetelus eraldi
Sadama ambulantsi (lk. 25), ent jätab
mainimata praegusel Ravi tänaval paik-
nenud Punase Risti ambulantsi ja
haigla, mille filiaalina Sadama ambu-
lantsi asutati.

Tuleb juhtida tähelepanu mõnele
eksimustele dr. P. E. Wilde käsitlemisel.

Eelkõige ei ole kohane nimetada XVIII
sajandi keskpaiga Põltsamaad «maakol-
kaks», sest tegemist oli tolleaegse kul-
tuuri- ja tööstuskeskusega. Võib arvata,
et autor on toetunud mõningatele kirju-
tistele, milles Oberpahlenist (Põltsa-
maa) on tehtud Sommerpahlen (Sõmer-
palu). Viimast võiks õigusega kolkaks
kutsuda. Lisagem, et V. Kalnin on oma
kirjutistes sellele veale juba tähelepanu
juhtinud («Советское здравоохране-
ние», 1961, nr. 9, lk. 70...75 ja «Nõu-
kogude Eesti Tervishoid», 1960, nr. 6,
lk. 61...64). P. E. Wilde ei hakanud
ajakirja «Der Landarzt» välja andma
Põltsamaal 1766. a., vaid see oli Miita-
vis ilmunud juba 1765. aastast alates. Ei
eksisteerinud ajakirja nimega «Меди-
цинский еженедельник», sest vene keel-
de P. E. Wilde ajakirju ei tõlgitud.

Edasi siirdub Š. Gulordava Võru kanti
ja toob huvitavaid andmeid meie suur-
meeste, eeskätt arstide Fr. R. Kreutz-
waldi ja Fr. R. Faehlmanni kohta. Üsna
vähe aga leiame teemalähedast, mis
kõneleks urgentsest kirurgiast. Jääb
selgusetuks, kuidas Fr. R. Kreutzwaldi
saksakeelsest sünnitusabiraamatust
maakeelde kohandatud lühiteos sai ter-
velt 38 aastat järjepannu olla arstidele
asendamatuks *vademecum*'iks. On ju
teada, et peale mõne üksiku erandi olid
arstid sakslased ja et eesti soost toht-
ridki kasutasid meelsamini saksa keelt.
Nõuandeid kirurgilise abi kohta anti ka
teistes, arstiteadust populaarselt käsit-
levates raamatutes ja koguni enne
Fr. R. Kreutzwaldi. Mis puutub Fr. R.
Faehlmanni, siis ei kaitsnud ta väite-
kirja ülikooli lõpetamise ajal, vaid um-
bes poolteist aastat hiljem (märts 1826,
november 1827). Ka ei olnud ta Tartu
ülikooli õppejõudude hulgas esimene
eestlane.

Vahemärkusena mainigem, et esime-
sed saksa ülikoolid ei olnud asutatud
mitte Leipzigis, Baselis ja Rostockis
(lk. 51), vaid Prahast (1348. a.), Viinis
(1365. a.) ja Heidelbergis (1386. a.).

Asjatult on palju ruumi raisatud
tõestusele, et rootsiaegses Tartu ülikoo-
lis ei leidnud kirurgia enesele kohta.
Samuti ei oleks vaja olnud nii pikalt

peatuda Tartu ülikooli taasavamise lool 1802. aastal, millest on kirjutatud juba mujal. Avatavate kateedrite loetelusse (lk. 69) on sattunud viga: olid «кафедра анатомии и судебно-врачебной науки», mitte «...и врачебной науки». Muuseas kehtestati Aleksander I korraldusel 1802. aastal hoopis uus kateedrite süsteem: 1) anatoomia, füsioloogia, kirurgia ja sünnitusabi; 2) patoloogia, semiootika, teraapia ja kliinik; 3) dieetika, riiklik ja populaarne meditsiin ning *materia medica*; 4) keemia ja farmaatsia. Ent juba järgmisel aastal kinnitati uus ülikooli põhikiri, mis kateedrite struktuuri taas muutis. Autori esitatud kateedrite loetelu aga jäi üksnes kavatsuseks seoses ülikooli asutamise ajutise plaaniga 1799. aastal.

Vale on väide, mille järgi 1821. aastal õppeainetele lisandusid kohtumeditiin, meditsiinientsüklopeedia ja -ajalugu (lk. 70). Neid oli juba algusest peale loetud kohtumeditiini ja anatoomia kateedris ning dieetika, *materia medica*, meditsiinientsüklopeedia ja -ajaloo kateedris (avatud 1803. a.). Samal leheküljel leidub veel muidki sama-laadseid vigu. Samuti on segi aetud nimetused «Derpt» ja «Jurjev». Viimane võeti kasutusele alles 1893. aastal.

Raamatust leiame, et N. Pirogovi töö arteritüvede ja fastsiate kirurgilise anatoomia kohta olevat Tartus 1837. aastal ilmunud vene keeles (lk. 84). Ometi oli see kirjutatud saksa ja ladina keeles. Ka ei olnud mainitu esimene vene rahvusest professor Tartu ülikoolis (lk. 85), sest ajaloo-keeleteaduskonnas oli neid olnud juba varemgi. Küll oli N. Pirogov esimene vene rahvusest professor arstiteaduskonnas. Nimetades N. Pirogovi Tartus tehtud tööde hulgas üht käsikirjalist (lk. 86), on autor märkimata jätnud veel kaks manuskripti, nn. klausuurtööd, mis tuli esitada doktoriväitekirja kaitsmisel.

91. leheküljel kirjutatakse Tartu I Kirurgiakliinikust (möödunud sajandi keskpaigas). Teatavasti aga asutati Tartu II Kirurgiakliinik Maarjamõisas alles 1921. aastal. Nii võib väheinformeeritud lugeja teise kliiniku eksisteerimist

eeldada juba XIX sajandil. Ja veel: E. A. Carus ei olnud G. Adelmanni õpilane (lk. 93), vaid saabus Tartusse juba professorina. Ka W. Zoege v. Manteuffel ei saanud E. Bergmanni õpilane olla (lk. 97), sest viimane lahkus Tartust 1878. aastal ja esimene tuli alles siis Tartu ülikooli õppima. Pretsiissemalt oleks tulnud anda E. Wahli teenistuskäigu kirjeldus. Loeme, et ta määrati 1878. a. kirurgiaprofessoriks (lk. 98). Selleks ta tõesti valiti. Ent juba 1876. aastal oli ta valitud riikliku meditsiinkateedri professoriks, kellena töötas kaks aastat.

Asjata otsime raamatust informatsiooni kirurgiaprofessor M. Rostovtsevi tähtsatest töödest apenditsiidi kirurgilise ravi ja Meckeli divertiikuli kohta, mis olid ilmunud Tartu-perioodil. M. Rostovtsevi nimi vilksatab tekstis alles 175. leheküljel. See-eest on üsna põhjalik kõhuõoneteemaliste väitekirjade loetelu, mida aga peame tagasihoidlikult hindama. Ohtralt on nii vormistus- kui ka ortograafiavigu. Asjata on toodud mõningaid väitekirju, mille vältimatu kirurgiaga on vähe ühist, näiteks mao füsioloogia ja anatoomia alalt.

Ebatäpsusi ja eksimusi leiame kirjan-duse nimistus. Viited viiele arhiiviallikale on puudulikult vormistatud, neil puudub nimistušiffer. Siinjuures peab kahetsust avaldama, et autor on meie niivõrd rikastele arhiiviallikele äärmiselt vähe tähelepanu pööranud.

Veel võiks ära tuua mõned eriti silmatorkavad eksimused ortograafias. Mulindk *pro* Mulingk (lk. 14), И. Кернет *pro* Н. Kerne (lk. 21), Юлиус де Хио *pro* Юлиус Дехио (lk. 27), Urban *pro* Urbahn (lk. 36), Иоганнес Траннусе *pro* Иоганн Траниус (lk. 60), L. Micrader *pro* L. Micrander (korduvalt lk. 58—60), Гибель *pro* Гэбель (lk. 81), Эрдманг *pro* Эрдман (lk. 81), Фринкечейзер *pro* Франкенхейзер (lk. 91), Г. В. Кальнин *pro* В. В. Калнин (lk. 92), Л. Вайкер *pro* Л. Вайнер (lk. 115), «Liflandische abhandlungen von der Arzengewissenschaft» *pro* «Liefländische Abhandlungen von der

Arzeneywissenschaft» (lk. 31), «Der practischer Landarzt» pro «Der practische Landarzt» (lk. 31), «Teejuhataja ämmakooliliste õpetuse juures» pro «Teejuhataja Ämma-kooliliste õpetuse juures» (lk. 38); muide ei saa nõustuda ka selle trükise tiitli tõlkega: mitte «Путеводитель акушерских знаний», pigem «Путеводитель для акушерских учениц». Lk. 128 leiame toponüümi Лаанемаа pro Ляэнемаа.

Retsensent arvab, et kõikide eksimuste üksikasjalik äramärkimine oleks tarbetu. Eespool oli juttu autori silmanähtavast kiirustamisest, ent oma osa vigade trükki sattumisel on ka redaktionil. Samas tuleb autorile avaldada tunnustust konkreetse ja asjatundliku käsitluse eest teose viimastes peatükides. Kiiduväärt on Tartu ülikooli osa esiletoomine kirurgia arengus XIX sajandil, kus Š. Gulordava on muu hulgas esimesena analüüsinud E. Wahli töö tulemusi ja tähtsat panust urgentse kõhuõonekirurgia alal, samuti W. Zoe-

ge v. Manteuffeli ja W. Kochi saavutusi. Esmakordselt käsitletakse Fr. R. Kreutzwaldi vaateid kirurgiale. Põhjendatult on antud vääriline hinnang Tallinna kirurgi W. Greiffenhageni osale kirurgia arengus.

Eelnenust kokkuvõtet tehes tuleb tõdeda, et need vead on oma põhiosas märgatavad vaid enam-vähem asjaga kursis olevale lugejate ringkonnale. Peaülesande — tutvustada meie venenahvastele siinse vältimatu kirurgia arengu käiku kuni tänapäevani välja — on autor siiski suutnud täita. Ja selles osas ei ole põhiteemast üleastumine kahjuks tulnud: kõrvalepõiked loovad nagu teatava fooni kesksele ainekäsitlusele. Jääb üle vaid soovida, et sellele meie arstiteaduse ajalugu vene keeles tutvustavale teosele peagi järgneksid uued, suurematiraazilised. Ja et leiduks veelgi autoreid, kes võtaksid laevaks niivõrd tänuväärset ülesannet täita.

Heino Gustavson

Uusi ravimeid

EKTERITSIID (*Ectericidum*, Эктерицид) on kollaka värvuse ning nõrga omapärase lõhnaga läbipaistev vedelik, mida toodetakse kalamaksaõlist.

Preparaadi koostisse kuuluvad aldehüüdid, rasvhapped ja peroksiidid.

Ekteritsiidil on tugev antibakteriaalne toime sellisesse mikrofloorasse (näiteks sinimädakepikesesse, prooteusesse, kolibakteritesse ja stafülokokkidesse), mis on resistentne antibiootikumide suhtes. Preparaat ei ole toksiline ega toimi ärritavalt.

Ekteritsiid on tõhus operatsiooni- ja traumatiliste haavade raviks, mis on nakatunud mäda tekitavate mikroobidega. Ta on mõjus vahend furunkulite, karbunkulite, osteomüeliidi, aeglaselt granuleeruvate ja raskesti paranevate haavade, põletushaavade ning troofiliste haavandite korral.

Ekteritsiidi kasutatakse haavaraviks puhatal kujul, lahjendamata.

Nakatunud haavu esmalt pestakse ekteritsiidiga. Seejärel asetatakse kaks korda päe-

vas haava pinnale ekteritsiidiga tugevasti immutatud marliside, mida seal hoitakse kuni mädase eritise kadumiseni. Edasi vahetatakse sidemeid iga kolme kuni nelja päeva tagant haava täieliku paranemiseni.

Põletushaavu võib ekteritsiidiga ravida kahel viisil: 1) lahtist haava pinda niisutatakse iga kuue kuni kaheksa tunni tagant seguga, mis koosneb 50 ml ekteritsiidist ja 10 ml 0,5%-lisest novokaiinilahusest; 2) põletushaavale asetatakse kaks korda päevas kuue- kuni kaheksatunnilise vaheajaga ekteritsiidiga tugevasti immutatud side, mida vajaduse korral altpoolt niisutatakse. Ravi jätkatakse mädase eritise kadumiseni.

Avatud karbunkulitele ja furunkulitele asetatakse ekteritsiidiga tugevasti niisutatud marliside. Ravi algul vahetatakse sidet iga päev, hiljem kahe kuni kolme päeva tagant. Ravitakse tervistumiseni.

Ekteritsiidi väljastatakse 250 ml mahuga pudelites. Säilitatakse temperatuuril +4° C... +10° C.

LOBESSIIL (*Tabulettae Lobessilum*, Лобесил) on ravimikombinatsioon, mille toimeaineks on lobeliin.

Tablett sisaldab 2 mg lobeliinhüdrokloriidi, 7,5 mg magneesiumtrisilikaati ja 2,5 mg kaltsiumkarbonaati.

Preparaat on atsetüültselluloosist kestab, mis laguneb soolestikus leeliselises keskkonnas.

Lobeliin kombinatsioonis antatsiididega aitab kustutada organismi «nikotiininalga» suitsetamisest loobumisel ilmnevate abstinentsnähtude korral. Suitsetajail, kellele on antud lobeliini, tekivad ebameeldivad aistingud, sest lobeliini ja nikotiini toimel vabaneb organismis serotoniin.

Suitsetajail on serotoniini lõhustumise lõpp-produkti, 5-oksi-indooläädikhappe eritumine suurenenud. Pärast lobeliini manustamist suureneb nimetatud ühendi eritumine veelgi.

Lobessiil on näidustatud kõikidel juhtudel, kui suitsetatavate sigarettide arvu tahetakse kiiresti vähendada või suitsetamist maha jätta.

Enamikul juhtudel võõrdutakse suitsetamisest juba esimestel ravipäevadel.

Lobessiili võetakse enne sööki üks tablett korraga neli kuni viis korda päevas seitse kuni kümme päeva järjest.

Ravi kestel on suitsetamine kategooriliselt keelatud. Vajaduse korral võib ravi kahe kuni nelja nädala vältel jätkata, kusjuures päevas sissevõetavate tablettide arvu järk-järgult vähendatakse.

Retsidiivide tekkimisel ravi korratakse.

Lobessiilravi vastunäidustuseks on südame ja veresoonte orgaanilised muutused, mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve ägenemine.

Kõrvalnähte (nõrkust, suurenenud erutuvust, peapööritust, iiveldust) tuleb ette harva ja need kaovad pärast preparaadi ärajätmist.

Lobessiilravi peab toimuma arsti kontrolli all. Ravim kuulub A-nimekirja.

Originaalpakendis 50 tabletti. Preparaati toodab Harkovi tehas.

TAHHÜSTIIN (*Tachystin*, Тахистин). Tahhüstiin on kristalse dihüdrotahhüsterooli õililahus.

Paratüreoidnäarmete talitlushäired, vere kaltsiumisisalduse vähenemine ning tetaaniliste krampide tekkimine on tihedas sõltuvuses.

Tetaania ja muude hüpokaltseemiast põhjustatud haigusnähtude raviks kasutatakse dihüdrotahhüsterooli, mis keemiliselt on lähedane ergokaltsiferoolile ja mis soodustab kaltsiumi imendumist soolestikust verre.

Tahhüstiin on mõjus vahend paratüreoidnäarmete talitlushäirete korral.

Näidustused:

1) hüpokaltseemiast põhjustatud tetaania (paratüreoidnäarmete, soolestiku või neerude talitlushäiretest põhjustatud tetaania, rahhiidi korral tekkida võiv tetaania, samuti oksalaatide- ja fluoriidimürgitused, mil vere-seerumis olev kaltsium on keemiliselt seotud);

2) normokaltseemia korral tekkiv tetaania (idiopaatiline tetaania, organismi intoksikatsiooni,aju orgaaniliste kahjustuste tagajärjel või kloriidide vaegusest põhjustatud tetaania);

3) spruu korral tekkiv tetaania;

4) plüümürgitus;

5) bronhiaalastma.

Pärast krampide mahasurumist kaltsiumkloriidiga antakse haigele tetaania rasketel juhtudel tahhüstiini löökannuses (sõltuvalt vere kaltsiumisisaldusest antakse 12 tunni jooksul üksikannustena suu kaudu kokku 50...100 mg dihüdrotahhüsterooli).

Suurte tahhüstiiniannuste imendumise kiirendamiseks manustatakse samal ajal sapi-nõrsteid.

Tahhüstiini keskmine ööpäevane annus on 20 (15 kuni 25) tilka.

Preparaati võetakse kas pärast sööki või söögi ajal.

Tahhüstiinravi vältel peab regulaarselt kontrollima vere kaltsiumisisaldust.

1 ml tahhüstiini sisaldab 1 mg dihüdrotahhüsterooli. Originaalpakendis 15 ml õililahust. Toodetakse Saksa DV-s.

Aino Jürison

Sünteesiti B₁₂-vitamiin. See õnnestus Šveitsi teadlastel. B₁₂-vitamiini molekul on oma struktuuri tõttu valgu- ja nukleiinhappemolekuli kõrval üks looduse keerukamaid moodustisi. Selle sünteesimine on silmapaistev saavutus teaduses. B₁₂-vitamiini, mis pernitsioosse aneemia puhul toob kaasa tervistumise, tööstuslik tootmine ei ole aga praegu veel mõeldav.

Kuulmiskahjustused suitsetamise tagajärjel. Uurimiselusteks oli 97 inimest, kellest 20 ei olnud eales suitsetanud, ülejäänud 77 aga olid seda teinud järjekindlalt. Kõik uuritavad olid vanemad kui 50 aastat. Uuringute põhjal selgus, et suitsetajad, võrreldes mitesuitsetajatega, olid võimelised kuulma 250...500 Hz võnkesagedusega toonidest ainult pooli, s. o. 50%. Samuti tõestasid uurimistulemused seda, et kuulmiskahjustused on tugevamini välja kujunenud neil suitsetajail, kes tarvitavad ööpäevas rohkem sigarette.

Deine Gesundheit, 1972, 10 ja 11.

Esimene üleliiduline seminar neerude vee- ja elektrolüütide-ainevahetuse füsioloogia ja patoloogia küsimustes toimus Ukraina kuurortlinnas Truskavetsis 1972. aastal 25. septembrist kuni 5. oktoobrini. Seminari korraldas NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja Üleliiduline Nefroloogide Selts mitme juhtiva instituudi osavõtul. Esinesid tuntud teadlased, nagu akadeemik E. Tarejev, professorid J. Natotšin, V. Serov, A. Merson, S. Golikorski, M. Ratner jt.

Seminari ettekannete ning probleemide peamised teemad:

1. Nefroni normaalne ja patoloogiline struktuur. Neerude vereringe füsioloogia. Sümpoosion: nefroni morfoloogia.

2. Sekretsioon ja ekskretsioon tuubulites. Antidiureetiline hormoon ja selle osa uriini osmolaarsuse regulatsioonis. Sümpoosion: vee- ja ionide-ainevahetuse füüsikalised-keemilised alused.

3. Immunoloogia aspektid nefroloogias. Sümpoosion: nefrootiline sündroom.

4. Hüpertoonia mõju neerude funktsioonile ja ehitusele ning neerude osatähtsus hüpertoonia korral. Vereringe muutused nefropaatia korral ja nende ravi. Sümpoosion: neerude farmakoloogia.

5. Voluumeenit reguleerivad ja osmoregulaatorid mehhanismid. Reniini ja aldosterooni regulatsioon vee- ja soolade-ainevahetuses. Sümpoosion: vee- ja elektrolüütide-ainevahetus kudedes.

6. Ägeda neerupuudulikkuse patofüsioloogia. Ägeda neerupuudulikkuse kliinik ja ravi. Sümpoosion: äge neerupuudulikkus.

7. Kroonilise neerupuudulikkuse patofüsioloogia, kliinik ja ravi. Sümpoosion: neerude funktsiooni määramise ajakohased diagnostilised meetodid ja nefropaatia diagnoosimine.

8. Urolitiaasi patogenees ja sanatoorne ravi. Sümpoosion: neeruhaiguste ravimeetodid.

9. Matemaatilised meetodid nefroloogias.

Enamik ettekandeid oli koostatud asjatundlikult, rikkaliku kodu- ja välismaise kirjanuduse põhjal, millele lisandusid isiklikud tulemused. Ettekandeid täiendas suurepärase illustratiivne materjal — skeemid, tabelid,

mikrofotod jne. Samas oli ka ettekandeid, mis piirdusid paljude autorite katsete kirjeldamisega, julgemata nende tulemustest kokkuvõtet teha või hüpoteesi püstitada, mis oleks andnud kuulajatele esitatud probleemist terviklikuma ettekujutuse.

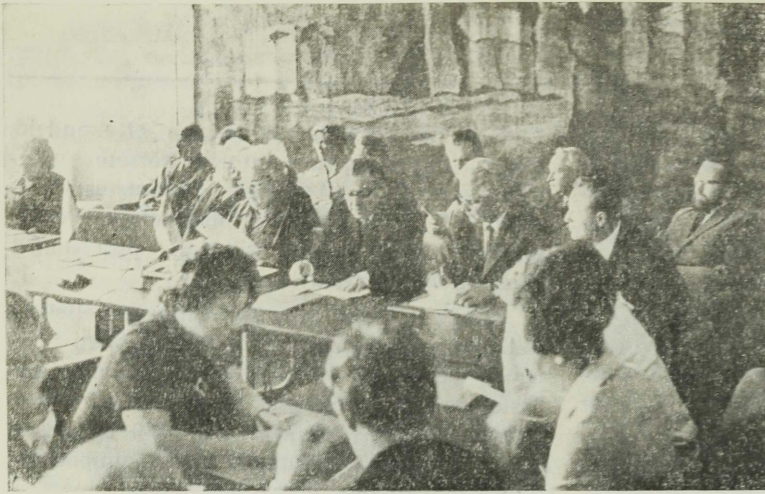
Kõne all olnud seminar, esimene sellelaadiline niisugusel aktuaalsel teemal nagu neerude vee- ja elektrolüütide-ainevahetuse füsioloogia ja patoloogia, oli erakordselt tänuväärne algatus. Rohkem kui 260 osavõtjat täitsid alati auditooriumi ja võtsid sümpoosionidest elavalt osa.

Lõpetuseks võib öelda, et esimene seminar tegi kokkuvõtte senistest tööd neerude vee- ja elektrolüütide-ainevahetuse füsioloogiast ning patoloogiast, andes suunad edasiteks uuringuteks. Eriti rõhutati fermentide uurimise tähtsust neeruhaiguste diagnoosimises.

Harri Tihane

NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi juhtivate töötajate üleliiduline seminar toimus Tallinnas 16. oktoobrist kuni 21. oktoobrini 1972. a. Koos oli üle 60 töötaja liiduvabariikide Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi koolisektsioonidest. Kõne all oli sanitaar- ja hügieenialane õpetus ning kasvatus, samuti Punase Risti Seltsi algorganisatsioonide tegevus üldhariduslikes koolides, internaatkoolides ja lastekodudes. Kuulati mitmeid ettekandeid.

Nõukogude Punase Risti Täitevkomitee aseesimees Z. Maiorova ettekandes olid vaatluse all need ettevõtmised, mis on kavandatud ja osalt ka ellu viidud punaristlaste tegevuse aktiveerimiseks ja laiendamiseks koolides, internaatkoolides ja lastekodudes. B. Pšenitšnikov andis ülevaate Eesti NSV Punase Risti Seltsi algorganisatsioonide tööst õpilaste hulgas. Koolisektsioonide tegevust valgustas lähemalt S. Propst. Tervishoiuministri asetäitja O. Tamme ettekandes vaeti üldhariduslike koolide sanitaarpostide ülevabariigiliste võistluste tulemusi. S. Villo rääkis õpilaste sõjalis-patriootilisest kasvatuses, P. Kirillov andis ülevaate



NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi üleliidulise seminari preesiidiumis. Esimeses reas vasakult: Z. Siškina, A. Goldberg, Z. Maiorova, F. Eisen, G. Sarri, O. Tamm. Teises reas vasakult: P. Kirillov, S. Villo, M. Moltsanova, A. Olenjev, A. Tükk, B. Pšenišnikov, A. Muller.

E. Männiku foto

sellest, mida meil on ette võetud liiklusõnnetuste vältimiseks, ühtlasi peatus Punase Risti ja Riikliku Autoinspektsiooni koostööl ning esmaabi korraldusel. NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee koolivalitsuse ülem M. Moltsanova tegi kokkuvõtte õpilaste tervise kaitsest NSV Liidus, Tallinna Punase Risti Seltsi koolisektsiooni esinaine T. Raudsepp tutvustas sektsiooni töökogemusi.

Lisaks eespool nimetatud tegevusalade analüüsimisele puudutati teiste liiduvabariikide Punase Risti Seltsi koolisektsioonide töötajate ettekannetes õpilaste tervishoiukasvatuse mitmeid tahke.

Kahel seminaripäeval tutvuti Alatskivi ja Tartu 5. keskkooli punaristlaste tegevusega, kes on silma paistnud paljude aastate kestel. Samuti külastati Pärnu, Kilingi-Nõmme, Tsiguliina punaristlasi ning käidi Tallinna Spordiinternaatkoolis, 45., 51. ja 7. keskkooli Punase Risti algorganisatsioonides.

Näitussaalis oli välja pandud kõikide liiduvabariikide temaatilisi trükiseid, plakateid, albumeid, seinalehti ja muid näitliku agitatsiooni vahendeid. Seminari viimasel päeval toimus Eesti NSV Haridusministeeriumis pressikonverents.

Üleliidulise seminari korraldamine Tallinnas on järjekordne tunnustusavaldus Eesti NSV Punase Risti Seltsile. Mitmete aastate jooksul on vabariik eesrindlike kogemuste kool tervishoiuõpetuses ja -kasvatuses ning sanitaaretevalmistuse korraldamisei üldhariduslikes koolides. Seminarist osavõtjatel oli

eeskujuga võtta meie meditsiini- ja haridustöötajate koostööst, punaristlaste seinalehtedest ja näitlikust agitatsioonist üldse, esteetilisest kasvatusest meie koolides ning ka sellest, et sanitaar- ja hügieenialaste tingimuste ning töö korralduse poolest ei jää meie maakoolid maha linnakoolidest. Meil endil aga tasuks eeskujuga võtta sellest, kuidas on korraldatud võitlus lastetraumatismi vastu Läti NSV-s ja õpetajate töö õpilastega suvevaheajal Armeenia ja Aserbaidžaanis NSV-s.

Koit Leet

Ratsionaalse toitumise nõukogu liikmed kogunesid 24. oktoobril 1972 Saue köögiviljakasvatuse näidissovhoosi abikäitisesse, et arutada küsimusi, mis on seotud köögi- ja puuvilja töötlemisega Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumi abiettevõtetes. Nimelt on Aianduse Peavalitsusele alluvates Tallinna ja Harku-Järve aiandussovhoosis, Räpina aiandussovhoostehnikumis, Rõngu, Öisu ja mitmetes teistes sovhoosides ning nüüd ka Saue aiandusettevõtete töötlemiseks asutatud abikäitised, kus toodetakse köögi- ja puuviljakonserve, toorsalateid, hapukapsast, mahla ja veini. Nagu selgus Aianduse Peavalitsuse juhataja asetäitja G. Roosvee, kaubandus- ja tööstusosakonna juhataja R. Nõmme, Saue näidissovhoosi tööstusosakonna juhataja P. Rajamae jt. sõnavõttudest, annavad abiettevõtted kasumit, nende rentaablus on kõrge ja neil on häid eeldusi elanike toidulaua aiasaadustega rikastamiseks. Mida seejuures pakiliselt vajatakse, on sihtide selgus, teadlaste, esmajoones TPI toiduainetetehnoloogia kaatedri abi, tihedam side sööklatega ja kaubandusega üldse, et toodang jõuaks tarbija kätte võimalikult värskest. Ka oleks vaja kontakti toiduainetetööstusega, et ülesandeid jaotataks õigesti ja plaanid kogu vabariigi piires

koordineeritaks. Mitme toote kvaliteeti saaks parandada; pakitud köögivilju, salateid ja köögivilja-supikomplekte, mida praegu turustatakse veel vähe, rohkem müügiele saata.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hügieenisektori juhataja H. Lutsoja märkis, et köögivilja kasvatatakse vabariigis vähe, saagikuse suurendamiseks antakse aga lämmastikväetist mõnikord liiga rikkalikult. Liiga suure hulga lämmastikväetise eest tuleb hoiatada, see suurendab nitraatide ja nitritite ning vähendab mitmete toitainete, samuti C-vitamiini-sisaldust köögiviljas. Nitraatide ja nitritite sisaldusest toidus sõltub omakorda met- ja sulfhemoglobiini hulk veres. Kõneleja juhtis tootjate tähelepanu sellele, et toiduainete säilitamisel nitraatidest tekkinud nitrititel on ligikaudu kümme korda tugevam toime kui nitraatidel endil. Muide, katsete varal on selgitatud, et keefir, tänu piimhappe sisaldusele, met- ja sulfhemoglobiini tekkimist veres pidurdab.

TPI toiduainete tehnoloogia kateedri juhataja dotsent K. Kask soovitas köögivilja saagikuse ja saagi kvaliteedi vahetõlge edaspidi uurida, et nitraatide ning nitritite sisaldust köögiviljas piirata. Rohkesti nitraate ja nitriteid on leitud lehesalatis, peedis, rabarberis ja redises. Isegi lastekonservides tuleb neid ette. Kui tootjad abi vajavad, siis tervisliku toitumise nimel on TPI valmis koostööks.

Kaubandusministri asetäitja B. Hommik ütles, et kaubandus ootab abiettevõtetele kõigepealt poolfabrikaate, mille järele nõudmine sööklates järjest suureneb. Haiglaid, lasteasutusi, koole ja muidugi ka kauplusi tuleks tingimata toorsalatitega varustada. Kaubandusvõrk ja sööklad vajavad ka mahla, konserveeritud aedvilja ja maitseköögivilja, näiteks mädarõigast, tilli, oblikat jne., millega toiduainetetööstus kahjuks ei tegele.

Toiduainetetööstuse ministri asetäitja E. Maurer tähendas, et ministeeriumi otsene ülesanne on toiduainete suurtootmise arendamine mitte eriti laias sortimendis. Seega jääb abikäitistele suur tööpõld aedviljakonservide, salatite jms. tootmiseks. Ministeeriumi omakorda võib neile abiks olla retseptuuriga ja konservide tootmise tehnoloogia omandamisel.

Ratsionaalse toitumise nõukogu sekretär. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi biokeemialaboratooriumi juhataja E. Vagane rõhutas, et Eesti NSV elanike toidulaua kõige suurem puudujääk avaldub köögi- ja puuviljajavaeguses. Üleliidulisest köögivilja tarbimise normist rahuldame ikka veel ainult poole, puuvilja ja marjade tarbimise normist veelgi vähem. Kevaditi esineb meil 75...90%-l elanikest varjatud C-hüpo-vitaminoosi. Et toitu vitamiinide ja mine-ralainetega rikastada, peaksime iga liha- ja kalaroa juurde saama salatit. Rohkem peaksid salatit pakkuma sööklad, lasteasutused, haiglaid.

Paljude sööklate toidublokid on kitsad ega võimalda küllaldase hulga köögivilja ja salate tootlemist. Nii ratsionaalse toitumise kui ka ökonoomia seisukohalt oleks otstarbekas Saue sovhoosi abikäitises valmistada salateid sööklate tarvis.

Ratsionaalse toitumise nõukogu esimees, tervishoiuministri asetäitja O. Tamm rõhutas lõppsõnas, kui vajalik on aedvilja töötlemise suurendamine elanike toidulaua tervislikumaks muutmisel. Nõukogu peab veelgi süvendama koostööd toiduainetetööstuse ja abiettevõtete, kaubandustöötajate ja teadlaste vahel, et ülesandeid ratsionaalselt lahendada.

Märt Kink

21. septembril 1972 tähistati piduliku koosolekuga Tartu Raekoja Apteegi 50. aastapäeva. Avasõna ütles Apteekide Peavalitsuse Tartu osakonna juhataja R. Vassil. Juhataja proviisor O. Toots rääkis apteegi tänapäevast, veteranidest jagas oma mälestusi J. Kuik, ülevaade asutuse ajaloost oli allakirjutanutl.

EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna TSN Täitevkomitee ühised aukirjad apteegile ja selle juhatajale andis üle linnakomitee esimene sekretär J. Lott. Täitevkomitee aukirjad üle 30 aasta Raekoja Apteegis töötanud käsimüügiosakonna juhataja asetäitjale V. Varesle ja retseptarile E. Englesele andis kätte täitevkomitee esimehe asetäitja L. Karu.

Külaliste hulgas oli Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuses esimees dotsent J. Tammeorg, TRÜ farmaatsiakateedri dotsent L. Kirsch, linna tervishoiuosakonna juhataja M. Sikk, apteegi veteranid ja kolleegid naaberapteekidest. Apteegile anti üle aukirju ja kingitusi. Tutvuti apteegi ruumide, sisseseade ja tööga. Huvi pakkus näitus fotodest, töövahenditest ja arhiivmaterjalidest apteegi asutamistest tänapäevani.

Koidula Paasik

Nõukogude sanitaarteenistuse moodustamise 50. aastapäeva ühe üritusena toimus 20. oktoobril 1972. a. vabariigi sanitaarteenistuse veteranide-pensionäride kokkutulek. Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas olid aukülalistena koos G. Uibo, C. Ustinova, E. Narska, V. Miländer, A. Goldberg, R. Käbin, M. Berezin ja A. Kuklinov. Koosviibimisest võtsid osa ka mitmed kauaaegsed sanitaarteenistuse töötajad Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist, Vabariiklikust Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast, Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast ja Vabariiklikust Sanitaarhariduse Majast. Tervituskõnega pöördus kokkutulnute poole Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. Seejärel tutvuti uute seadmetega mitmetes laboratooriumides. Kohvilauas meenutati eredamaid sündmusi möödunud. Koosviibijad avaldasid soovi, et niisuguseid kokkutulekuid võiks ka edaspidi korraldada.

Tiiu Raudsepp

Eesti NSV-d külastasid mullu oktoobrikuus Soome gastroenteroloogid professor M. Siurala, dotsendid M. Isokoski ja M. Kekki, arstiteaduse doktor K. Varis ning T. Ihamägi ja J. Lehtola. 7. oktoobril pidas professor M. Siurala Tartu Riiklikus Ülikoolis vene keeles sika loengu maksahaiguste diagnoosimisest, illustreerides ettekannet laparoskoopia ajal tehtud värvifotodega. Siinkohal olgu põgusalt öeldud, et soomlastest gastroenteroloogide töörühm alustas Lõuna-Soomes mõned aastad tagasi elanikkonna uurimise pikaajalist programmi. Inimesed, kellel jälgitakse seedetrakti haiguste kulgu, on valitud nõnda, et nad esindaksid kogu elanikkonda. Selline meetod on osutunud viljakaks.

Soome külalised tutvusid ka meie raviasutustega, kusjuures parim mulje jäi soomlastele Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist.

Niisugused kontaktid naabermaade teadlaste vahel kuuluvad NSV Liidu ja Soome koostöölepingu programmi. Kooskõlastatud tegutsemine on tõhusaim viis keerukate teaduseprobleemide lahendamisel.

Agu Tammi

Ühingu «Teadus» vabariiklik meditsiin nõukogu korraldas möödunud aasta novembris väljasõiduistungit, et arutada Võru osakonna meditsiinisektsiooni tööd.

Aruande esitas sektsiooni esimees, rajooni tuberkuloosidispanseri peaarst E. Kongo. 11-liikmelise sektsiooni ülesanne on juhendada rajooni tervishoiuasutustes olevate ühingu «Teadus» algorganisatsioonide tööd, korraldada tervishoiualaseid loenguid ning neid retsenseerida. Tervishoiutöötajatest on moodustatud kaks algorganisatsiooni, Võru Rajooni Keskhaiglas on liikmeid 45 ja Antsla Haiglas 14. Maa-arstijaoskondade arstid kuuluvad ühingu liikmeina teeninduspiirkonna külanõukogu juures tegutsevasse algorganisatsiooni. Rajoonis on ühingu liikmeid 70 (97% arstidest), kes mullu pidasid üle 350 loengu.

Pahaloomulistest kasvajatest rääkis nõupidamisel Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogiaosakonna juhataja, ühingu «Teadus» meditsiin nõukogu liige G. Loogna. Mao- ja soolenakkushaiguste levikut vabariigis andis ülevaate Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonna juhataja L. Stepanova.

Võeti vastu otsus, milles kiideti heaks uus propagandavorm — tervishoiukonverentside korraldamine käitistes ja majandites.

Gerhard Varik

NSV Liidu 50. aastapäevale pühendatud II üleliidulisel tervishoiutöötajate suvesparta- kiasadil 7...14. oktoobrini Naltšikis saavutati häid tulemusi. Kergejõustikus ja ujumises ületati peaaegu kõik senised spartakiaadi re-

kordid. Viis aastat tagasi toimunud I spartakiaadiga võrreldes on tervishoiutöötajate spordimeisterlikkus märgatavalt tõusnud. Auhinnad jagati üheksasse liiduvabariiki, mis tähendab seda, et sportimise tase on ka ühtlustunud. Üldse võtsid spartakiaadist Moskva ja Leningradi kõrval osa 13 liiduvabariigi koondised; eemale jäid vaid Turkmeenia ja Armeenia tervishoiutöötajad.

Kergejõustikus tuli esikohale Vene NFSV 14 038 punktiga, teine oli Moskva, kolmas Leningrad. Eesti NSV jäi üheksandaks 9583 punktiga. Lätlastele kaotati seejuures 9 punkti.

Meie vabariigi naiskergejõustiklastest oli edukaim arst Muusa Lepik, kes isiklikku rekordit kordava 1.71-ga tuli kõrgushüppes teiseks. Võitis teeneline meistersportlane V. Gavrilova Leningradist sama tulemusega. Kaugushüppes sai M. Lepik 5.43-ga viienda koha.

Meie meestest olid 100 m kiireimad Pärnu Linna Haigla peaarsti asetäitja Kalju Kikamägi 11,2; 400 m TRÜ farmaatsiaüliõpilane Toivo Soosaar 52,8 (14. koht) ja Kingissepa haigla autojuht Suurap Mälk 1500 m 4.07,2 (13. koht) ning 3000 m 8.53,0 (10. koht). Meie parimaks kergejõustiklaseks meestest osutus Viljandi arst Helmut Sulsenberg, kes tõukas kuuli 14.04 (9. koht) ja heitis ketast 42.00 (10. koht). Kaugushüppes sai Tallinna arst Aleksander Solomatin 9. koha (6.68). 4×100 m teatejooksus ei laabunud teatevahetus meie meestel kahjuks kõige paremini. Tulemus 45,4 ja 7. koht.

Ujumises püstitati 15 uut spartakiaadi rekordit. Võitjaks tuli Moskva 106, teiseks jäi Vene NFSV 105 ja kolmandaks Leningrad 81 punktiga, meie koondis jagas Tadžiki esindusega 11...12. kohta (6 punkti). Võistluse eelpäeval hüppas TRÜ arstiteaduskonna üliõpilane meistersportlane Oleg Dobrovolski treeningul basseini nii õnnetult, et vigastas pead ja pidi võistlustest eemale jääma. Seega kaotasime kindla punktitooja individuaalarvestuses, ühtlasi pidime loobuma meeste 4×100 m vabalt teateujumisest. Punktitoojateks osutusid ainult 100 m seliliujujad üliõpilased Mai Kukk ja Anu Hütt. M. Kukk sai neljanda koha 1.24,8-ga ja A. Hütt kaheksanda koha 1.26,0-ga.

Võrkpallivõistlustest võttis osa 15 naiskonda ja 14 meeskonda. Naiskondadest tuli esikohale Ukraina, teiseks jäi Moskva, kolmandaks Gruusia. Eesti NSV naiskonna parim mängija ja naiskonna hing oli TRÜ Arstiteaduskonna diplomand Lea Lihtsa, tublit tööd ründel ja kaitses tegid ka kapten Milvi Tedremaa, Virve Trei, Tiiu Taaring, Aime Maidla jt., kuid pingutustest hoolimata jädi kaheksandaks. Meestel läks halvemini. Pärast esimest mängu Kirgiisi NSV-ga, mida mängiti kindla võidu peale, kuid mis 1:3 kaotati, ei suudetud end enam koguda, mängiti aralt, läbimõtlematult ja jädi lõpuks 12. kohale. Esikohale tuli meeskondadest Läti, kes

ei kaotanud ühtki kohtumist, teiseks jäi Valgevene, kolmandaks Vene NFSV. Võrkpalli üldkokkuvõttes jäime koos Kirgiisiaga 10...11. kohale.

L a u a t e n n i s e m ä n g i j a d hiilgasid spartakiaadil kõige kõrgema spordimeisterlikkusega. Võistlejate hulgas oli 13 meistersportlast, 31 meistrikandidaati, 41 esimese ja 2 teise järgu sportlast. Esikohta jagasid Gruusia ja Leedu, kolmanda koha sai Ukraina, Eesti jäi 11-ndaks.

Spartakiaadi üldvõitjaks tuli Vene NFSV esindus 11,5 miinuspunktiga, teiseks jäi Moskva 12 ja kolmandaks Leningrad 21 miinuspunktiga. Järgnesid: 4. Gruusia 22, 5. Ukraina 25, 6. Leedu 27,5, 7. Läti 32, 8. Kasahhi 43, 9. Valgevene 47, 10. Eesti 51, 11. Usbeki 53, 12. Moldaavia 61,5, 13. Kirgiisia 62, 14. Aserbaidžaan 62 ja 15. Tadžiki 69,5 miinuspunktiga.

Eesti NSV tervishoiutöötajate 10. koht on koha võrra parem kui tulemus eelmisel spartakiaadil. Rahuloluks pole siiski vähimatki põhjust. Tarvitseb mõelda vaid naabrite, Leedu ja Läti võistkondade edule. Nendega võrreldes on meie tervishoiutöötajate spordimeisterlikkus veel madal, üldfüüsiline ettevalmistus ei rahulda, suurvõistluste kogemused puuduvad. Pidevasse treeningusse ei suhtuta igal pool täie tõsidusega, ametiühinguorganisatsioonide ja administratsiooni poolelt ei leita alati küllaldast toetust ega õiget mõistmist. Muide, Läti NSV delegatsiooni kuulusid ka kaks ministri asetäitjat ja ametiühingu vabariikliku komitee esimees. Meil polnud ministeeriumist ühtki töötajat, delegatsiooni juhi, ametiühingu vabariikliku komitee sekretäri D. Otsari aga kutsus Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu kahe päeva pärast Tallinna tagasi.

Silvi Laiksoo

1962. aastal alustati Hiiu mändide all Tallinna meditsiinilinnakese esimese raviasutuse, vabariikliku onkoloogiadispenseri ehitamist. 1970. aastal valmis Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi hoonetekompleks. Käesoleval aastal lisandus sellele veel kolmas tervishoiuehitus, Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser. Hindega «hea» võttis riiklik komisjon dispanserihoone 14. septembril vastu.

Hoone saamisluгу on teistest veidi erinev.

Riiklikus plaanis ei olnud käesoleval viis-aastakul ette nähtud uut dispanseri ehitada. Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser pidi Laiast tänavast ümber kolima Tartu maanteele endise krooniliste haigete haigla ruumidesse. Pearsti R. Uuetoaga plaane pidades leidsime, et dispanser koos statsionaariga sinna kuidagi ei mahu.

Samal ajal tekkis neile ruumidele teine pretendent, projekteerimisinstituut «EKE Projekt», kellele oli päevapealt ruume vaja, et instituudi rahvas ühe katuse alla saada.

«EKE Projekti» tollaegse direktori E. Kraavingu algatusel ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi juhtkonna nõusolekul vormistati vabariigi valitsuse otsus, mille alusel Tartu maantee hoone anti üle «EKE Projektile», «EKE Projekti» kohustati aga projekteerima ja ehitama uus, ajakohane naha- ja suguhaiguste dispanseri hoone Hiidle.

Hoone projekteerimine tähendas asjaosalistele keeruka ülesande lahendamist, sest «Giprozdrav» ei ole praeguse ajani naha- ja suguhaiguste dispanseri tüüpprojekti välja töötanud. Samuti ei ole selliseid uusi dispansereid ehitatud naabervabariikides.

Projekteerijate kollektiivi juhtisid algul projekti autor, «EKE Projekti» peaarhitekt K. Vanaselja ja osakonnajuhataja U. Valdre, hiljem liitunud töösse projekti peainsener A. Tagasaar jt.

Hoone on projekteeritud kahe paralleelse korpusena (vt. tahvel IV). Kolmekorruselises osas paikneb statsioonaar 80 haigele, ühekorru selises osas polikliinik ümmargusel 350 abivajajale päevas. Hoone soklikorrusel on vastuvõtuosakond, köögi- ja külmakambrid jt. majandusruumid, esimesel korrusel laboratooriumid, ravikabinetid, administratiivruumid, teisel ja kolmandal korrusel palatid (eraldi osakonnad naha- ja suguhaigetele). Majas on lift haigete tarvis ja tõstak toidu ülemistele korrustele toimetamiseks.

Hoone ehitas «EKE Projekti» ehitusjaoskond.

Jüri Kivimägi

1972. aasta 27. novembril võeti Eesti NSV Ministrite Nõukogu Presiidiumi istungil vastu määrus, milles selgepiirilisel on fikseeritud abinõudekompleks müra piiramiseks vabariigi tööstusettevõtetes ning linnades ja muudes asulates. Selle määruse järgi on muu hulgas edaspidi nõutav, et ettevõtete rekonstrueerimise ja uute ehitamise projekte võib kinnitada üksnes nendel juhtudel, kui projektides on silmas peetud müra piiravaid sanitaar-norme. Samuti nõuab määrus sanitaar- ja epidemioloogiajaamadelt tegevuse intensiivistamist sanitaarjärelevalves müravastaste abinõude elluviimise üle.

Uue määruse kehtestamine võimaldab veelgi tõhustada vabariigi valitsuse poolt moodustatud ametkondadevahelise komisjoni tööd müra vastu võitlemisel linnades ja teistes asulates. Sellel juba mõnda aega tegutsenud komisjonil, mida juhib tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, ongi mitmeid saavutusi sihipärase müravastases võitluses.

Koit Leet

«NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOIU» PREEMIAID

Toimetuse premeerimiskomisjon, koosseisus N. Ajasta, N. Elstein, E. Raudam, I. Laan ja V. Laos vaatas läbi 1972. aastal «Nõukogude Eesti Tervishoius» ilmunud artiklid ja otsustas rahaliselt premeerida järgmisi töid.

Uno Sibul (Tallinna Tõnismäe Haigla) «Selektiivne proksimaalne vagotoomia», NET, 1972, 1, 4—9. (40 rubla).

Kuno Kõrge (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateeder) «Ravimitalumatus ja ravimiallergia», NET, 1972, 5, 422—427. (30 rubla).

Raiot Silla (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) «Tütarlaste kasvu- ja arengukiiruste erinevuste põhjused ja tähtsus», NET, 1972, 5, 405—410. (30 rubla).

Peale nende otsustati esile tõsta järgmised tööd.

Mari Käosaar (TRÜ Meditsiini Kesklaboratorium) «Kromosoomianomaaliad ja iseeneslikud abordid», NET, 1972, 3, 195—198.

Harri Lõiv (Zooloogia ja Botaanika Instituudi protozoologiasektor) «Saprofüütised mikroorganismid haigusetkitajatena», NET, 1972, 2, 150—156.

Aavo-Valdur Mikelsaar (TRÜ Meditsiini Kesklaboratorium) «Tänapäeva meditsiiniline tsütogeneetika», NET, 1972, 3, 217—223.

Maret Purde, Mati Rahu, Asta Kask (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser) «Vähihaigestumuse paranduskordajad Eesti NSV-s», NET, 1972, 1, 47—49 ja «Vähihaigestumuse dünaamika Eesti NSV-s», 1972, 4, 339—343 (M. Purde, M. Rahu).

Premeerimiskomisjoni otsuse kinnitas toimetuse kolleegiumi ja nõukogu ühine koosolek 19. detsembril 1972 ühel häälrel.

EESTI NSV-s ILMUNUD UUDISKIRJANDUST

Aasav, I. **Düsenteeria**. [Meelespea.] Tln., 1972. 6 lk. Trükiarv 20 000 eks.

Gustavson, H. **Tallinna Ræapteek 1422—1972**. [Ajaloost.] Tln., 1972. 10 lk. Trükiarv 15 000 eks. Hind 7 kop.

Dieet kroonilise neeru- ja neeruvaagna põletiku puhul. [Meelespea.] Tln., 1971. 4 lk. Trükiarv 10 000 eks.

Elanike ettevalmistamine haigete koduse põetamise ringides [16-õppetunnine programm.] Tln., 1972. 16 lk. Trükiarv 1000 eks.

Kalnin, V. **Sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni praktikum**. Trt., 1972. 228 lk. (TRÜ Arstiteaduskonna hügieenikateeder.) Trükiarv 500 eks. Hind 50 kop.

Krooni, P. **Hoidkem silmi**. [Meelespea.] Tln., 1972. 4 lk. Trükiarv 10 000 eks.

Männiste, J. **Jalaveenide haigused**. Tln., 1972. 52 lk. Trükiarv 15 000 eks. Hind 8 kop.

Ravile saabuva haige meelespea. Trt., 1972. 4 lk. (Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium.) Trükiarv 10 000 eks.

Schamardin, B., Sillam, A. **Vibratsioonitõve diagnostika**. [Metoodilised soovitused.] Tln., 1972. 18 lk. Trükiarv 200 eks. Hind 7 kop.

Reinaru, J. **Meelespea nakkuslikku kollatõbe põdenuille**. Tln., 1972. 4 lk. Trükiarv 10 000 eks.

Russak, S. **Hammaste kaviteetide preparatsiooni õpetus**. Trt., 1972. 28 lk. (TRÜ Arstiteaduskonna stomatoloogia kateeder.) Trükiarv 300 eks. Hind 28 kop.

Tšaklin, A. **Reisid saladuse otsingul**. [Pahaloomuliste kasvavate päritolu uurimisest.] Tln., 1972. 183 lk. Trükiarv 15 000 eks. Hind 60 kop.

Valgma, K. **Südame infarkt**. Tln., 1972. 63 lk. Trükiarv 15 000 eks. Hind 10 kop.

Vapra, A. **Liigesehaigused ja nendest hoidumine**. Tln., 1972. 63 lk. Trükiarv 10 000 eks. Hind 10 kop.

Vihm, N. **Terapeutilise stomatoloogia kliiniliste praktikumide metoodiline juhend**. Trt., 1972. 74 lk. (TRÜ Arstiteaduskonna stomatoloogia kateeder.) Trükiarv 300 eks. Hind 25 kop.

Аутофлора здорового и больного организма. [Материалы научной конференции. Таллин, 25—26 мая 1972 г.] Таллин, 1972. 206 с. Тираж 500 экз. Цена 1 р. 70 к.

Густавсон Х. **Аптека Таллинского магистрата 1422—1972**. [Об истории.] Таллин, 1972. 10 с. Тираж 100 000 экз. Цена 7 к.

Институт экспериментальной и клинической медицины. Научно-практическая деятельность института. [Сборник статей.] Таллин, 1972. 240 с. Тираж 300 экз. Цена 1 р. 69 к.

Кюнг В. **Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР**. Таллин, 1972. 35 с. Тираж 1500 экз. Цена 21 к.

Пильв И. **Ребенок болен ревматизмом**. [Памятка.] Таллин, 1972. 6 с. Тираж 5000 экз.

Пихл Х., Фоминных А. **Предупреждайте распространение брюшного тифа и паратифа!** [Памятка для бактерионосителя.] Таллин, 1972. 6 с. Тираж 5000 экз.

Рейнару И. **Памятка перенесшему инфекционный гепатит**. Таллин, 1972. 4 с. Тираж 5000 экз.

Р. А. Труве, У. Ф. Сибуль, А. И. Лутсувер — Результаты селективной ваготомии при лечении больных язвой двенадцатиперстной кишки (стр. 3)

В хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки наряду с классическими операциями (резекция желудка и ушивание прободной язвы) многие хирурги стали внедрять в клиническую практику селективную ваготомию (СВ).

Целью данной работы было подведение итогов результатов хирургического лечения 291 больного, оперированного (с 1966 по 1972 г. — до 1 июля) по поводу язв двенадцатиперстной кишки. Из них у 90 (37,3±3,1%) выполнена двухсторонняя СВ, у 59 из них СВ сочетали с дренажными операциями (пилоропластика, гастроэнтероанастомоз, у 21 больного — вместе с антрумэктомией, у 10 — как самостоятельную операцию без каких-либо других вмешательств на желудке. В этой последней группе больных сохранили направляющие к *antrum pyloricum* ветви блуждающих нервов (*nervus Latarjet*).

У больных, подвергшихся ампутационным операциям, непосредственные результаты несколько уступали результатам, полученным у больных после СВ: осложнения у первой группы наблюдались у 11,2±2,5%, а у второй — в 3,3±1,8% ($t=2,6$). Летальность после резекции желудка составила 0,6±0,5%, после СВ летальных исходов не было.

Отдаленные результаты проверены у 165 больных. Из них не предъявили жалоб 89,0±2,8% из группы резекции желудка и 91,3±4,8% после СВ. Непереносимость молока отмечена у 5,8±2,1% после резекции и у 2,9±2,9% после СВ. Повышение веса после операции наблюдалось почти в одинаковой мере у обеих групп оперированных (соответственно у 77,7±4,6 и 79,2±8,4% больных).

Желудочная секреция (базальная и стимулированная инсулином или гистамином) снижалась наиболее резко в группе больных, у которых кроме антрумэктомии выполнили и СВ. Значительно подавленной оказалась кислотообразовательная функция желудка у тех больных, у которых была произведена только СВ и пилоропластика.

Селективная желудочная ваготомия, как один из методов хирургического лечения язв двенадцатиперстной кишки, характеризуется относительно хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Р. М. Тальвик, Х. Я. Новек, Х. Х. Лани — Показатель гематокрита в хирургической клинике (стр. 8)

В статье описаны методы определения показателя гематокрита, приведены границы его колебаний в норме. Доказано, что гематокрит не является показателем объема циркулирующей крови и не изменяется в зависимости от электролитной осмолярности, но имеется тесная связь с концентрацией гемоглобина ($r=0,937$, $p<0,001$). Рассмотрена клиническая ценность гематокрита при разных состояниях в хирургической клинике.

И. А. Фрейберг — Врожденный пилоростеноз у детей (стр. 10)

Врожденный пилоростеноз является наиболее частым пороком развития и требует хирургического вмешательства в первые месяцы жизни. В его основе лежит гипертрофия мышц пилорического отдела желудка, которая сопровождается спазмом и вызывает картину частичной непроходимости.

В детском хирургическом отделении Таллинской республиканской больницы лечилось в 1966—1971 гг. 43 ребенка с пилоростенозом. Средний возраст больных при поступлении был от 3-х недель до 2-х месяцев. Исходы лечения были вполне удовлетворительные. Умер один ребенок, который поступил поздно в состоянии необратимой глубокой гипотрофии. Все остальные дети выздоровели.

И. А. Скородько, Ю. Э. Мяннисте — Диагностика и лечение синдрома Педжета-Шреттера (стр. 13)

Авторами приведены данные лечения 31 больного с синдромом Педжета-Шреттера: консервативное лечение применялось 12 больным, оперировано 19 больных. Одним из наиболее достоверных методов обследования больных с поражением подключичной вены является вазография.

Консервативное лечение в большинстве случаев не ликвидирует непосредственную причину тромбоза подключичной вены, а только способствует стиханию острых симптомов. Хирургическое лечение дает лучшие результаты, особенно в ранние сроки заболевания, когда еще не развились выраженные воспалительные и рубцовые изменения в вене и вокруг нее.

Рекомендуется чаще применять резекцию первого ребра для ликвидации реберно-ключичного сращения и возможности радикального освобождения от рубцовых изменений подключичной вены.

А. Я. Пилле, К. А. Таммера — О результатах оперативного лечения контрактуры Дюпюитрена (стр. 15)

В статье произведен анализ результатов оперативного лечения 157 больных, оперированных за период с 1954—1972 г. По тяжести контрактуры, заболевания классифицировались на 3 стадии. Оперативное лечение состояло в радикальной экстирпации всего измененного ладонного апоневроза.

Благоприятные результаты получены у больных в I и II стадиях заболевания. В III стадии заболевания хорошие результаты получены только у 27%, удовлетворительные у 47% и неудовлетворительные у 26% больных.

Очень важно направлять больных на хирургическое лечение в ранних стадиях заболевания, так как результаты оперативного лечения зависят не только от оперативной техники.

Х. Д. Лыйв — Этиологическая структура инфекционной диареи у новорожденных (стр. 17)

Автору удалось, благодаря примененной им методике и новым питательным дифференциальным средам, идентифицировать у детей с диарей выделенные грам-отрицательные аэробные копробактерии. Путем использования общепринятой методики удалось идентифицировать лишь 35% выделенных копробактерий.

В этиологической структуре инфекционных диарей энтеропатогенные бактерии имели место в 15% случаев, в остальных случаях преобладали *E. coli*, *E. coli lac⁻*, *Proteus*, *Morganella*, *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*. Только у детей с инфекционной диарей автор изолировал *Arizona*, *Citrobacter*, *Aeromonas*, *Plesiomonas*, *Y. enterocolitica* и в большинстве случаев чистые культуры.

У детей с диарей часто выделялась смешанная микрофлора, особенно *Staphylococcus aureus* в ассоциации с *E. coli* и *Proteus*. При этом наблюдалось появление синергического действия названных микробов. У $\frac{4}{5}$ детей с диарей выявлена также парэнтеральная инфекция или терапевтическая болезнь. Поэтому автор предполагает, что часть из диарей можно рассматривать как диарею, обусловленную парэнтеральной инфекцией или пониженной резистентностью ребенка.

В. В. Мирочник, М. И. Хазанов, О. М. Тамм, Х. О. Пихл — О распространенности дифтерийного бактерионосительства в условиях отсутствия заболевания (стр. 22)

В Эстонской ССР с 1965 г. не регистрируются случаи заболеваемости дифтерией. Приводятся материалы по изучению распространенности дифтерийного бактерионосительства в ЭССР, проведенного в 1970—1971 гг. в трех городах Эстонской ССР.

Из изложенного следует: 1) с прекращением заболеваемости дифтерией прекращается носительство токсигенных штаммов бактерий дифтерии; 2) в распределении дифтерийного бактерионосительства по возрастным группам отмечено его смещение на старшие возрастные группы; 3) относительно интенсивная циркуляция нетоксигенных дифтерийных бактерий среди населения не служит препятствием к прекращению заболеваемости дифтерией в Эстонской ССР.

Р. Х. Левина, Б. Ф. Норик, К. Д. Рябченко, Л. А. Соколова, В. Д. Гендриксон, Т. А. Чижикова, С. С. Тойб — Применение сред с синтомицином и риванолом для диагностики острой дизентерии (стр. 24)

Проведено 2766 параллельных анализов кала у 164 взрослых и детей, старше 3-х лет, больных острой бактериально подтвержденной дизентерией (в основном дизентерией Зонне). Анализы проводились тремя методами: на обычной среде Плоскирева, на среде Плоскирева с синтомицином и среде Плоскирева с риванолом. Применение среды с синтомицином улучшило бактериологическую диагностику острой дизентерии в 2,2 раза. Если в разгар заболевания (1—5 день болезни) эффективность среды Плоскирева и среды с синтомицином почти одинакова, то начиная с 6—10 дня заболевания эффективность среды с синтомицином превышает эффективность среды Плоскирева в 1,6 раза.

В. П. Салупере, В. Т. Вийрсалу, Х.-И. Г. Маароос — Лечение больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (стр. 27)

Лечение больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки часто не является патогенетически обоснованным и поэтому, естественно, не всегда дает оптимальные результаты. Существенные различия в патогенезе язв желудка и двенадцатиперстной кишки обуславливают также и различия в тактике лечения больных этими заболеваниями.

При возникновении язвы двенадцатиперстной кишки на первый план выступают повышение тонуса парасимпатической нервной системы, нарушение торможения желудочной секреции, гиперплазия обкладочных клеток и вследствие этого постоянно высокая секреция пептически активного желудочного сока. Следовательно, в лечении этих больных основными являются нейтрализация желудочного содержимого и блокирование секреторных нервных импульсов. С этой целью применяются

противокислотные средства и антихолинэргические препараты, а также богатая белками пища.

При язве желудка, наоборот, преобладают нарушения трофики и регенерации слизистой желудка, явления выраженного дисгормоноза надпочечников. Поэтому при лечении больных язвой желудка основная задача — способствовать ликвидации дисгормоноза и стимуляции процессов заживления язвы, которое осуществляется анаболическими стероидами, ДОКА и ДОКА-подобными препаратами и т. д.

Чем длительнее и продуманнее лечение этих больных, тем длиннее период ремиссии. В период ремиссии не обязательны строгий лечебный режим и медикаменты. И наконец, больных язвой желудка необходимо взять на диспансерный учет в кабинете гастроэнтерологии.

К. А. Валгма, Я. Я. Рийв — О значении пищевого фактора в возникновении ишемической болезни сердца (стр. 32)

Дается обзор данных литературы, а также собственных данных о значении питания в этиопатогенезе ишемической болезни сердца. Анализируются точки зрения различных авторов и делается вывод, что чрезмерное употребление животных жиров и рафинированных углеводов в большинстве случаев не является первичным фактором риска. Однако оно имеет существенное значение при наличии наследственного предрасположения и в сочетании с другими факторами, способствующими ишемической болезни сердца, в частности с длительным психоэмоциональным перенапряжением.

Г. О. Лоогна, Ю. Ю. Раудсепп, Х. М. Ваарик, К. В. Канне, О. А. Куртенков, В. П. Салиев — Второй всесоюзный съезд онкологов (стр. 39)

Представлено четыре статьи о работе второго всесоюзного съезда онкологов. В них излагаются в обобщенном виде данные по канцерогенезу, химиотерапии, лучевому лечению и иммунотерапии злокачественных опухолей.

Выявлено, что в природе существует т. н. нормальный фон бенз(а)пирена. Это обстоятельство требует определения допустимого предела канцерогенного загрязнения этим веществом. В настоящее время большое внимание обращено на изучение канцерогенных свойств нитрозаминов и афлатоксинов, которые могут попасть в организм с пищевыми продуктами. Противоречивыми остались взгляды по вирусной этиологии опухолей.

В лечении злокачественных опухолей стала весьма популярной химиотерапия. Основным принципом химиотерапии является длительность применения химиопрепаратов и повторяемость курсов. Рекомендуется шире пользоваться т. н. сочетаемой химиотерапией

двумя, тремя, четырьмя препаратами. Считается необходимым усовершенствовать выработку методов для определения индивидуальной чувствительности опухолей с целью выбора эффективного препарата.

Ряд докладов был посвящен лучевому воздействию как самостоятельному компоненту в лечении опухолей, а также его применению в комбинации с хирургическими и химиотерапевтическими методами лечения. Некоторые авторы рекомендуют применять предоперационную лучевую терапию при раке желудка и легкого. При метастазах рака легкого показана постоперативная радиотерапия. Противоречивыми остались взгляды на лучевую терапию рака грудной железы. Лучевая терапия по радикальной программе показана при I и II стадии лимфогранулематоза.

Что касается иммунотерапии, то в этой области никаких практических рекомендаций дано не было. Противоопухолевая иммунотерапия находится в настоящее время в стадии выработки методов оценки как иммунного ответа больного, так и изыскания эффективных методов воздействия на опухоль.

Э. Х. Лийв — Артродез тазобедренного сустава при запущенных формах коксартроза и псевдартрозе шейки бедра (стр. 48)

Автор предлагает упрощенную методику для закрытого чрессуставного артродеза с помощью трехлопастных гвоздей, предложенных Институтом им. Н. В. Склифосовского, и одного или двух консервированных гомотрансплантатов без применения дополнительной наружной гипсовой фиксации. По описанной методике автора оперированы 26 больных, из них 19 по поводу коксартроза и 7 — ложного сустава шейки бедра. Средний возраст оперированных больных при коксартрозе был 62, а при псевдартрозе — 67,4 лет. Достигнут хороший костный анкилоз в течение 3 месяцев при коксартрозе и 6 месяцев при ложном суставе шейки бедра. Отдаленные результаты оказались во всех случаях хорошими.

О. М. Майметс — О переходе инфекционного неспецифического полиартрита в диссеминированную красную волчанку (стр. 51)

Описываются два случая инфекционного неспецифического полиартрита (у женщин в возрасте 21 года и 60 лет), которые после длительного течения процесса (6 и 9 лет) окончились летально при клинической картине острой диссеминированной красной волчанки. Дискутируется вопрос дифференциальной диагностики между этими заболеваниями и подчеркивается возможность такого переходного развития процесса при иммунологически активных суставновисцеральных формах инфекционного неспецифического полиартрита.

И. Ю. Лаан — О факторах, влияющих на эмоции детей в условиях больницы (стр. 54)

Поступающий в больницу ребенок отличается не только особенностями протекающего заболевания, но и индивидуальными особенностями высшей нервной деятельности, особенностью характера, а также имеющимися у него привычками. Неизученность и недоучет этих факторов нередко приводит к отсутствию контакта между персоналом больницы и больным ребенком.

Работу медицинской сестры детской больницы необходимо строить так, чтобы уменьшить возможность возникновения отрицательных эмоций у больного ребенка.

М. М. Тарум — Применение электрофореза в лечении атеросклероза (стр. 57)

В лечении общего атеросклероза применяется электрофорез новокаина, йодистого калия, сернокислой магнезии и эуфиллина по методике Вермеля. Если атеросклероз комбинирован с гипертонией, используется бромйодэлектрофорез по Вермелю. При церебральных явлениях атеросклероза рекомендуется электрофорез дибазола, новокаина или сернокислой магнезии воротниковой зоны. При коронарокардиосклерозе — электрофорез калия, платифиллина, никотиновой кислоты и гепарина.

М. Х. Пелла — Применение законодательства по вопросам охраны труда женщин (стр. 59)

Охране здоровья женщин, обеспечению для них безопасных и облегченных условий работы уделяется большое внимание в Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, вступивших в действие с 1 января 1971 года. Они содержатся в главе VIII Основ законодательства о труде — «Труд женщин», в главе XII Кодекса законов о труде ЭССР, принятом Верховным Советом ЭССР 5 июля 1972 г. и введенным в действие с 1 января 1973 г.

Подготовка кадров (стр. 63)

Р. Р. Биркенфелдт — «Сельский медик» — новое отделение народного университета здоровья (стр. 65)

К. А. Паасик — 50 лет Тартуской аптеке Разкоя (стр. 66)

Описывается развитие и деятельность Тартуской аптеки Разкоя (основана 25 августа 1922). Приводятся некоторые данные о работе провизоров, которые заведовали аптекой на

протяжении 50 лет. В данное время аптека Разкоя является усовершенствованной аптекой в Эстонской ССР и оснащена современной аппаратурой и оборудованием.

М. А. Мяги — III конференция нейрохирургов Прибалтийских республик (стр. 68)

М. К. Сикк — Здоровье и технический прогресс (стр. 69)

В. В. Калнин — Всесоюзная научная конференция, посвященная столетию высшего медицинского образования женщин (стр. 70)

Р. В. Силла — XVI Всесоюзный съезд гигиенистов и санитарных врачей (стр. 71)

И. А. Калитс, К. М. Эстер — I Всесоюзный съезд эндокринологов (стр. 71)

Л. Э. Янус — Пленум правления Всесоюзного общества терапевтов (стр. 72)

Б. К. Лехелуу — Первый Всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов (стр. 73)

А. О. Тамм — Международный съезд гастроэнтерологов в Чехословакии (стр. 74)

А. Э. Янус — VIII Всемирный конгресс по анатомии и клинической патологии (стр. 75)

Юбилейные даты (стр. 76)

М. А. Нирк — Работа по совместительству среди медицинских работников (стр. 78)

В статье разъясняется, какую работу медицинского работника следует считать работой по совместительству и как оплачивается труд медицинского работника, работающего в порядке совместительства. В статье читатель получает также ответ на такие вопросы, как отпуск по совмещаемой работе (должности), а также порядок и условия разрешения на работу по совместительству.

Некрологи (стр. 80)

Х. А. Густавсон — Новое произведение по истории медицины Эстонии (стр. 80)

Рецензируется книга Ш. А. Гулордава «Исторический очерк и пути развития неотложной хирургии в Эстонии».

Новые лекарственные препараты (стр. 83)

Хроника (стр. 85)

(Soviet Estonian Health)

Medical Journal of the

Ministry of Health of the Estonian S.S.R.

No 1

January

February

1973

R. Truve, U. Sibul, A. Lutsuver — The Results of Vagotomy in the Treatment of Patients with Duodenal Ulcer (p. 3)

In the article authors describe the results of the surgical treatment 241 patients with duodenal ulcer. Vagotomy with antrumectomy ($n=21$), with pyloroplasty ($n=59$) or selective proximal vagotomy without drainage ($n=10$) was carried out in 90 cases ($37.3\pm 3.1\%$).

In the group of patients with resection (without vagotomy) the number of postoperative complications was higher ($11.2\pm 2.5\%$) than in the group with vagotomy ($3.3\pm 1.8\%$). Postoperative mortality was $0.6\pm 0.5\%$ in the first group and zero in the second one.

The follow-up time lasted $\frac{1}{2}$ to 4 years and the late results were nearly the same in both groups. $89.0\pm 2.8\%$ of patients in the group where resection was carried out, and $91.3\pm 4.8\%$ of patients in the group with vagotomy had no complaints. In the second group we had a patient with recurrent ulcer.

Consequently, the clinical results after vagotomy are good, and this kind of operation is highly recommendable in the surgical treatment of duodenal ulcer.

R. Talvik, H. Novek, H. Lani — The Hematocrit in Clinical Surgery (p. 8)

I. Freiberg — Congenital Pyloric Stenosis in Infants (p. 10)

Congenital stenosis of the pylorus is the most common condition requiring surgical therapy in infancy. Clinical data of 43 children treated in 1966—1971 in the department of pediatric surgery of the Republic Hospital, Tallinn, are presented. Diagnosis, X-ray examinations, pre- and post-operative treatment as well as operative technique are discussed.

The results of treatment were quite satisfactory. All the children recovered except one, who died of irreversible changes due to late hospitalization.

I. Skorodko, J. Männiste — Diagnosis and the Treatment of Paget-Schroetter Disease (p. 13)

A. Pille, K. Tammera — Results of the Surgical Treatment of Dupuytren's Contracture (p. 15)

The present article analyses the results of the surgical treatment of 157 patients operated on during the period 1954—1972. According to its progress the contracture is classified into three stages. Surgical treatment means a radical extirpation of the whole changed palmar aponeurosis.

Favourable results were obtained in patients of stage I and II. In stage III favourable results were obtained only in 27 per cent, satisfactory results in 47 per cent and unsatisfactory results in 26 per cent of the patients.

As the results of surgical treatment do not depend only on the operation, it is important that patients should be subjected to surgical treatment in the early stages of the disease.

H. Lõiv — The Etiological Structure of Infectious Infant Diarrhea (p. 17)

With the help of an original technique, elaborated by the author himself, a greater number of gram negative coprobacteria was isolated, as compared to the routine technique which made it possible to isolate them only in 35 per cent of samples studied. Enteropathogenic bacteria were found to be responsible for infant diarrhea in 15 per cent of cases, whereas in other cases *E. coli*, *E. coli lac-*, *Proteus*, *Morganella* and KES-group microbes were the most frequent ones. Such bacteria as *Arizona*, *Citrobacterium*, *Aeromonas*, *Plesiomonas* and *Yersinia enterocolitica* were recovered from children with infectious diarrhea, and they were often isolated as pure cultures.

The excretion of mixed cultures, especially *Staphylococcus aureus* associated with *E. coli* and *Proteus*, was frequently observed in children with diarrhea.

On the basis of previous studies the author suggests that a microbial association and the synergistic action of microbes may play a certain role in the etiology of diarrhea. Since 4/5th of patients suffered from parenteral diarrhea or some systemic disease, a proportion of diarrheal cases might be regarded as diarrheal diseases due to a parenteral infection or decreased resistance.

V. Mirotšnik, M. Hazanov, O. Tamm, H. Pihl — Diphtheria Carriers in the Estonian S.S.R. (p. 22)

R. Levina, B. Norik, K. Rjabtšenko, V. Hendrikson, T. Tšžikova, S. Toib — The Use of Culture Media Containing Synthomycin and Rivanol in Diagnosis of Acute Dysentery (p. 24)

V. Salupere, V. Viirsalu, H.-I. Maaros — The Treatment of Gastric and Duodenal Ulcers (p. 27)

This paper deals with pathogenetic principles of the treatment of gastric and duodenal ulcers. According to different pathogenesis of the two types of ulcers their treatment should also be

different. The main principle in treating an acute duodenal ulcer is an efficient and quick neutralization of gastric acidity. Also a proper diet, antacids, anticholinergic drugs and stomach drainage should be used. Gastric ulcer patients need such drugs, which have a specific effect on the regenerative capacity of the gastric mucosa. When the acute period is over there is no need for strict dietary restrictions.

K. Valgma, J. Riiv — Food Habits in the Pathogenesis of Ischemic Heart Disease
(p. 32)

Some important nutritional problems in the etiopathogenesis of ischemic heart disease are reviewed in this paper. On the basis of findings in pertinent literature and personal experience the authors have drawn the conclusion that an abuse in animal fat and refined carbohydrate consumption does not in most cases represent a primary risk factor. But nutritional factors may become conducive to the ischemic heart disease when there is a hereditary predisposition accompanied by some adverse factors such as acute emotional stress, etc. The authors suggest that irrational nutritional habits may prepare the ground for some other adverse effects.

The 2nd All-Union Congress of Oncologists
(p. 38)

E. Liiv — Coxal Arthrodesis in Advanced Coxarthrosis and Pseudoarthrosis of Femoral Neck (p. 48)

O. Maimets — Evolution of Disseminated Lupus from Non-Specific Polyarthritits
(p. 51)

Two fatal cases of infectious non-specific polyarthritits are described. After a protracted course of the disease two females (aged 21 and 60 years) developed visceral (disseminated) lupus.

Differential diagnosis of the two diseases is discussed. It may be assumed that immunologically active arthro-visceral forms of non-specific arthritis can sometimes develop into disseminated lupus.

I. Laan — Some Hospital Factors that Cause Emotional Involvement in Children
(p. 54)

M. Tarum — Electrophoresis in the Treatment of Atherosclerosis (p. 57)

M. Pella — Labour Protection Legislation for Women (p. 59)

Training of Personnel (p. 63)

R. Birkenfeldt — A New Faculty Called «Country Medico» at the University Extension (p. 65)

K. Paasik — The 50th Anniversary of the Tartu Town Hall Chemist's (p. 66)

Conferences and Medical Meetings (p. 68)

Dates (p. 76)

M. Nirk — Medical Workers' Part-Time Jobs (p. 78)

Necrologies (p. 80)

H. Gustavson — A New Book on the History of Estonian Medicine (p. 80)

New Drugs (p. 83)

Chronicle (p. 85)

SISUKORD

Teooria ja praktika

- R. TRUVE, U. SIBUL, A. LUTSUVER — Selektiivse vagotoomia tulemusel kaksteistsõrmiksoole haavandtõve ravi 3
- R. TALVIK, H. NOVEK, H. LANI — Hematokriti näidu tähtsus kirurgiakliinikus 8
- I. FREIBERG — Kaasasündinud pülorosteenoos lastel 10
- I. SKORODKO, J. MÄNNISTE — Paget-Schroetteri haiguse diagnoosimine ja ravi 13
- A. PILLE, K. TAMMERA — Dupuytreni kontraktuuri kirurgilise ravi tulemustest 15
- H. LÕIV — Imikute nakkusliku diarröa etioloogiline struktuur 17
- V. MIROTSNIK, M. HAZANOV, O. TAMM, H. PIHL — Difteeriapisikute kandlus Eesti NSV-s 22
- R. LEVINA, B. NORIK, K. RJABTSENKO, V. HENDRIKSON, T. TSIZIKOVA, S. TOIB — Sürtomütsiini ja rivanooli sisaldavate söötmete kasutamine ägeda düsenteeria diagnoosimisel 24

Ülevaated

- V. SALUPERE, V. VUORSALU, H.-I. MAAROO — Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi ravi 27
- K. VALGMA, J. RIIV — Toitumisviisi osatähtsus südame isheemiatõve tekkimisel 32

II üleliiduline onkoloogide kongress

- G. LOOGNA — Kantserogenees 39
- J. RAUDSEPP, H. VAARIK — Kemoteraapia iseseisva meetodina kasvujate ravi 42
- K. KANNE — Kiiritusravi pahaloomuliste kasvujate kompleksravis 43
- O. KURTENKOV, V. SALIJEV — Kasvajate immunoteraapia perspektiive 45

Kõrgemuste vahetamine ja kasuistika

- E. LIIV — Puusaliigese artrodees kaugelearenenud koksartroosi ja reieluukaela eballiigese puhul 48
- O. MALMETS — Infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi üleminek dissemineerunud luupuseks 51

Abiks velskritele ja ödedele

- I. LAAN — Lapse emotsioonidele mõjuvatest teguritest haiglas 54
- M. TARUM — Elektroforees ateroskleroosi ravi 57
- M. PELLA — Naiste töökaitse seadusandluse rakendamise 59

Kaadri ettevalmistamine

- I. LAAN — Arstiteaduse doktor Arved Reinvald 63
- K. JUUR — Uusi arstiteaduse kandidaate 64

Sanitaarharidustöö

- R. BIRKENFELDT — Uus tervise rahvaülikooli osakond «Maameedik» 65

Arstiteaduse ajaloost

- K. PAASIK — 50 aastat Tartu Raekoja Apteeki 66

Konverentsid ja nõupidamised

- M. MAGI — Balti liiduvabariikide neurokirurgide III konverents 68
- M. SIKK — Tervis ja tehnika progress 69
- V. KALNIN — Naiste kõrgema meditsiinilise hariduse 100. aastapäeva tähistav üleliiduline teaduslik konverents 70
- R. SILLA — Hügienistide ja sanitaararstide XVI üleliiduline kongress 71
- I. KALITS, K. ESTER — Üleliiduline endokrinoloogide kongress 71
- L. JANNUS — Üleliidulise Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatus pleenum 72
- B. LEHEPUU — Esimene üleliiduline anestezioloogide ja reanimatoloogide kongress 73
- A. TAMM — Rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress Tšehhoslovakkias 74
- A. JANNUS — VIII ülemaailmne anatoomia ja kliinilise patoloogia kongress 75

Tähtpäevad

- Arstiteaduse doktor Juhan Ennulo 75-aastane 76
- Dotsent Äliia Kõdar 50-aastane 77

Juriidilist nõuannet

- M. NIRK — Meditsiinitöötajate kohakaasus 78

In memoriam

- Henn Kalamees 15. VIII 1895 2. X 1972. 80

Kriitika ja bibliograafia

- H. GUSTAVSON — Uus teos Eesti arstiteaduse ajaloost 80

Uusi ravimeid

- A. Jürison — Ekteritsiid, lobessiil, tahhüstiin 83

Kroonika

- Meditsiiniuudiseid lühidalt 7, 41, 47, 56, 58, 84
- Eesti NSV-s ilmunud uudiskirjandust 90

KES KARDAB LIIGSEID KALOREID,



**sellele soovitame suhkruta
(ksüliidiga) šokolaadi «Ene»**

**Kondiitritoodete vabrik
«KALEV»**