

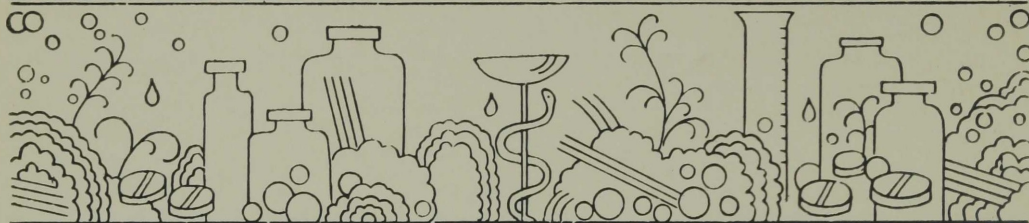


NÕUKOGUDE EESTI **TERVISI HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

2-1986



OXYCYCLOSOLUM

Oksütsüklosool on aerosoolpakendis ravim, mille toimeaineteks on oksütetratsükliinhüdrokloriid ja prednisoon. Ravimil on põletiku- ja allergiavastane ning antibakteriaalne toime. Kasutatakse põletushaavade ja infitseerunud haavade ravimiseks. Oksütsüklosooli võib ravi alguses haavale pihustada viis ja enam korda päevas, hiljem manustamiskordi vähendada.

PROPOCEUM

Propotseum on salv, mis sisaldab 10% proopolise ekstrakti. Ta vähendab naha ja limanahkade sügelemist ning valu, kiirendab haavade regeneratsiooni ja epitelisatsiooni. Salvil on põletiku- vastane toime.

Propotseumi kasutatakse krooniliste ekseemide ja neurodermiitide kompleksravis ning halvasti paranevate haavade ja haavandite ravimiseks. Salvi määratakse 1 . . . 2 korda päevas.

SISU

TERVISHOIJUHT TÄNAPÄEVAS

A.-E. Kaasik — Meditsiini õpetamine tänapäeva kõrgkoolis 83

JUHTKIRI

E. Palo, A. Liiv — Narkoloogilise abi saavutused ja perspektiivid 85

TEORIA JA PRAKTIKA

H. Väre — Alkoholismi ravi efektiivsus 88

M. Saarma, A. Jassinski — Alkoholismi haigete statsionaarse ravi efekti stabiilsus 90

L. Mehilane, H. Noor — Suitsidaalne käitumine kui üldmeditsiiniline probleem 94

A. Haavel, A. Taul, H. Haavel, J. Lepp, A. Sarjas, T. Talving, T. Vilosius, A. Turo — Ägeda ussripikupõletiku ravi Lääne-Eesti rajoonide keskhaiglates 97

A. Vapra, L. Pokk — Reumatoidartriidihaigete surma põhjused 99

ÜLEVAATED

E. Karu — Verealkoholi kontsentratsiooni mõjutamine 101

H. Kadastik, V. Vahing — Alkoholjoobe kohtupsühhaatriline ekspertis (ENSV KrK § 12 järgi käsitletavat alkoholjoobet) 103

T. Kauba — Arteriaalne hüpertensioon ja ajuinfarkt 107

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

H. Noor, L. Mehilane — Tähelepanekuid eneseohliku käitumise, eriti suitsiidiohu kohta 110

A. Talihärm, L. Dmitrijev, K. Pukk, A.-L. Sild — Raske liittraumaga haigete ravi reanimatsiooniosakonnas 113

MÖTTEVAHETUS

M.-A. Riikjärv, A. Levin — Perinataalse patoloogia probleeme 114

ABIKS VELSKRITELE JA ODEDELE

M. Seeberg, L. Kosula, A. Liiv — Velskri-narkoloogiapunktide töökogemusi XI viis-aastakul 117

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

L. Mehilane — Narkoloogia õpetamine Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas 119

N. Loogna — Uus meditsiinikandidaat 120

SANITAARHARIDUSTÖÖ

M. Kivilo — Alkoholivastane propaganda sanitaarharidustöös 121

ARSTITEADUSE AJALOOST

E. Käer-Kingisepp — Alexander Schmidt ja vere hüübimise fermentatiivne teooria 123

V. Kalnin, S. Kriisk — Räpina apteek 125-aastane 131

ARSTIDE SELTSIDES

L. Rebane — V Pärnu arstide seltside konverents 133

MEIE JUUBILARE 134

Irene Maaroo, Elmar Kohandi, Leida Sõr-mus, Leida Keres, Tiiu Torpats, Sonja Johanson, René Aero, Elmar Vasar, Aino Tõlp, Inge Liiv, Jüri Paulson, Maie-Taime Aasa, Raul Mardi

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

O. Voloz — Üleliiduline nõupidamine «Mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika programmi» alal 138

M. Purde — Vähi-epidemioloogiaalase üleliidulise probleemikomisjoni istung 138

J. Reinaru — Üleliiduline soolenakkus-haiguste alane konverents 139

T. Kauba — Läti neuroloogide, psühhiaat-rite ja neurokirurgide II kongress 140

A. Jannus — Teaduslik-tehnilise kompleks-programmi «Inimene ja biosfäär» peanõu-kogu presiidiumi laiendatud istung 140

E. Altrov — Vibratsioonitõve profülaktika alane üleliiduline seminar 141

I. Pilv — Üleliiduline eesrindlike koge-muste kool maalaste arstiabi alal 141

T. Kauba — Üleliiduline nõupidamine «Mikroprotsessorite ja raali» «Электроника ДВУ-01» kasutamine ajuinsuldi prog-noosimisel» 142

A. Haavel — Gastroenteroloogiaalane teadusessioon «Saavutusi seedekulgla elundite haiguste varajases diagnoosimi-ses, ravis ja profülaktikas» 142

H. Poola — Üleliiduline konverents «Meditsiinitehnika rakendamine kirurgias» 142

I. Pilv — Üleliiduline seminar laste profülaktilise abi ja toitmise alal 143

I. Kalits — Rahvusvaheline sümposium «Kaasaegsed insuliinravi aspektid» 143

IN MEMORIAM

Valentina Reisenbuk 22. XI 1934... ..19. XI 1985 144

Aade Pihelgas 10. VIII 1912... ..14. XII 1985 145

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Levosiin 146

KROONIKA 147

146115

2
Kõrvalkogu

Tervishoiujuht tänapäevas

UDK 616:658.386:378

Meditsiini õpetamine tänapäeva kõrgkoolis

Ain-Elmar Kaasik · Tartu

kõrgkool, meditsiin, õpetamise tehnoloogia, õppe-
jõud, teadustöö, internatuur

Võib julgesti kinnitada, et õppetöö kõrgkoolis, sealhulgas arstiteaduskonnas, on inimtegevuse üks konservatiivsemaid valdkondi. Didaktilise protsessi pikaajalise arengu tagajärjel on välja kujunenud õppeained, õpetamise üldine plaan ja maht. Arusaadavalt on arstide ja farmatseutide õpetamisel arvesse võetud teadussaavutusi ning erialade arengut, mis lähiminevikuski on õppeplaane võrdlemisi põhjalikult korrigeerinud. Tingituna eriarstiabi arenemisest, eriti 1960-ndatel aastatel, kujunes olukord, kus kõrgharidusega meedik kompetentsuse senine formaalne põhikriteerium — diplomi omamine — osutus ilmselt ebapiisavaks. Tulemuseks oli üha suurenev vajadus täiendava hariduse järele pärast diplomi saamist, vajadus selle kindlasse vormilisse süsteemi viimise järele. Teiste sõnadega: spetsialisti teadmiste täiendamine pärast diplomi saamist, mis varem oli olenenud üksnes tema enda motiivatsioonidest ja professionaalsuse taotlusest, viidi kindlalt reglementeeritud alustele. Asutati internatuur, mis sai täieliku eluõiguse 1970. aastal.

Teadmisi tuleb juurde pidevalt, suureneb ka praktiliste oskuste osatähtsus. Tänapäeval, kus kogu ühiskond on võtnud eesmärgiks töö efektiivsuse kiire suurendamise, töö lõpptulemuse olulise parandamise, peab vastavaid suuniseid arvestama ka kõrgharidussüsteem, sealhulgas ka kõikide meditsiiniharude õpetamise süsteem. On arusaadav, et õppetöö mahtu ei ole enam võimalik suurendada. Tõenäoliselt on kujunemas olukord, mis nõuab auditooriumis toimuva õppetöö, eriti loengute mahu mõningast vähendamist. Arstide ja farmatseutide senine teoreetiline ettevalmistus on üldiselt rahuldav. Puudujäägid avalduvad eriti praktilistes oskustes. Nende all ei tule mingil juhul mõista mitte ainult manipulatsioonide sooritamise, aparatuuri käsitlemise oskust, vaid ka oskamatust süveneda haiguse kulgu, patiensendi isiksusse ja sotsiaalsesse miljöösse.

Arstiteaduse õpetamine kõrgkoolis erineb teiste erialade õpetamisest eelkõige selle poolest, et suur osa õppetööst toimub väljaspool kõrgkooli auditooriume ja laboratooriume, nimelt ravi-asutustes. On selge, et selles osas ei ole õpetamise mahtu otstarbekas vähendada. Vähendada ei saa ka fundamentaalsete meditsiinilis-bioloogiliste ainete praktilist osa. Järeldub, et põhiline reserv on loengud, mille mahu vähendamine on küll võimalik, kuid eeldab heade õpikute, samuti meetodilise materjali olemasolu. Ilmselt on muidki reserve, kas või võõrkeelte kõrgkooli õppeprogrammist väljajätmine. Nii näiteks viitab vajadus õpetada kõrgkoolis mittehumaanitarsetel erialadel keeli eelkõige üldhariduskooli ebaadekvaatsusele selles valdkonnas.

Lähitulevikus täiustatakse kindlasti ka õpetamise tehnoloogiat. Paari viimase aastakümne jooksul on lisaks traditsioonilistele näitlikustamisvahenditele (tahvlijoonis, tabel, preparaas) kasutusele võetud ka projektsiooniseadmed, eelkõige diaprosjektor ja grafoprosjektor. Kahjuks ei võimalda nende seadmete abil demonstreeritav õppematerjal üliõpilasel iseseisvalt töötada, ka õppeainet korrata. Mõnikord võib loengu või prak-

tikumi ajal demonstreeritav slaidiseeria olla liiga ulatuslik, raskelt jälgitav. Sellisel juhul tuleb koguni tunnistada meisterlikult visandatava kriidijoonise eelist — oli see ju alati konspekti jäädvustatav.

Mõningal määral abistaksid üliõpilast automaatselt töötavad audiovisuaalsüsteemid (magnetofon ja projektor), mis võimaldaksid tal iseseisvalt töötada. Perspektiivikas on õppetöö näitlikustamisel videotehnika, mis võimaldab nähtavale tuua keeruka operatsiooni detaile, eriti aga jälgida ja korduvalt läbi vaadata selgituseks hästi ettevalmistatud ning hästi kommenteeritud haigusjuhte ning ravimenetlusi. Teadmiste ja praktiliste oskuste kontrolli, ka sihipärast enesekontrolli hõlbustab suuresti arvutustehnika.

On arusaadav, et tänapäeva teaduslik-tehnilise arengu saavutuste kasutuselevõtt õpetamises ei saa toimuda üleöö. Eeldab ju see märkimisväärseid materiaalseid kulutusi, nagu sobivaid õppe-ruume ja aparatuuri. Eelduste loomine selleks on siiski alanud: paljud arstiteaduskonna õppejõud on saanud täiendava ettevalmistuse nüüdisaegsete arvutitega suhtlemiseks ning tegevus sel alal jätkub.

Õppetöö intensiivistamise ja tegusamaks muutmise eeldus on arstiteaduskonna kogu materiaal-tehnilise baasi korrastamine. Selles valdkonnas on palju teha nii Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumil kui ka Eesti NSV Tervishoiuministeeriumil ning muidugi arstiteaduskonnal endal. Hiljemalt saajandvahetuseks peaksid kõik meditsiinilis-bioloogilised kateedrid paiknema uutes õppehoonetes, ka kliinilistes baasides peaksid tulevased arstid nägema üksnes eeskujulikes sanitaar-hügieenilistes tingimustes tehtavat kõrgetasemelist ravitööd. Kasutusel peaksid olema kõik nüüdisaegsed kommunikatsioonimeetodid, samuti uusim diagnoosimis- ja raviaparatuur, seda eelkõige arstiteaduskonna baasides. Valmistatakse ju nendes ette kaadrit kogu meie vabariigi tarvis, samuti saab nendes teadmisi suur osa regulaarselt täien-

duskursustel õppivaid arste ja farmatseute.

Oluline koht on kateedrites ja baasides tehtaval teadustööl. Teatavasti tagab see nii õpetajate kui ka õpetamise kaasaegsuse, väldib muidu nii paratamatut konservatismi, rutiini. Seetõttu ei saa kõrgkool teaduse alal tegelda mitte ainult eelistatavate probleemidega, vaid peab võimalust mööda arendama kõiki erialasid. Ainuüksi teadustöö aitab kujundada spetsialisti iseseisvat mõtlemist, vältida dogmasid. Peale teadmiste andmise peab kõrgkool õpetama tulevasel spetsialistil aru saama, et ka tänapäeva meditsiinis ei tohi autoriteeti tõestusega samastada. Just niisugune suveräänne mõtteviis võimaldab kõrgharidusega spetsialistil tulevikus pidevalt leida ja rakendada oma tegevuses uut.

Kõrgkooli õppe- ja teadustööd on alati õilistanud oma eriala põhjalikult tundvate võimekate isiksuste kuulumine teaduskondade koosseisu. Neist silmapaistvamate ühiseks jooneks on sügavate teadmiste, algatusvõime ja entusiasmi, isikupärase õpetamis- ning juhendamislaadi kombineerumine heade organisatorivõimetega. Nende omaduste tõttu koondub niisuguste silmapaistvate isikute ümber alati hulgaliselt õpilasi ning kujunevad koolkonnad. Viimased soodustavad ka teiste erialade arengut, peamiselt sel teel, et edukalt tegutsevate kollektiivide töömeetodid levivad ning on kasutatavad ka mujal. On täiesti normaalne, et osa teadusliku koolituse saanud pedagooge siirdub hiljem teisele erialale, tuues alati endaga kaasa oma õpetaja tegevuslaadi ning eetilised tõekspidamised. Selle kõige tõttu tuleb ka praegu kõrvuti globaalse informatsioonivahenduse ning täienduskoolituse (sihtaspirantuuri, stažeerimine, teaduslik ja pedagoogiline töö mujal) edendamise igakülgset soodustada ka oma kõrgkooli (teaduskonna) kollektiivide arengut.

TRÜ arstiteaduskond

UDK 613.816:614.2(474.2)

Narkoloogilise abi saavutused ja perspektiivid

Ene Palo Anti Liiv · Tallinn

narkoloogiline abi, psühhiaatriline epidemioloogia, alkoholism, dispanseerimine

Äsja lõppenud viisaastak oli Eesti narkoloogilise abi jaoks murranguline. Arengu põhisuunad määrati kindlaks 1980. aastal mitme kõrgetasemelise direktiivdokumendiga. Viimased leidsid konkretiseerimist Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi käskkirjas «Uutest abinõudest psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi tugevdamise kohta vabariigis».

Psühhiaatrilise epidemioloogilise uurimise andmeil olid 1970-ndail aastail Kingissepa rajooni elanikest 2% alkoholismihaiged (8). Pole alust arvata, et saartel levinuks alkoholism enam kui mandril, meie vabariigi teistes rajoonides. Alkoholismi laialdasele levikule viitab ka tõik, et alkoholitarbimise poolest on meie vabariik (absoluutset alkoholi liitrites ühe inimese kohta aastas) Nõukogude Liidus esimeste hulgas ning et alkoholitarbimine püsis XI viisaastakul stabiilsena, üle kümne liitri. Rahalises väljenduses esines suurenemistendents ning rajooniti tuli 200 . . . 300 rubla ümber inimese kohta aastas. Alkoholi rohke tarbimisega kaasneb meie vabariigi rahvamajandusele suur majanduslik kahju. On välja arvatud, et alkoholsete jookide müügist laekuva rubla kohta kaotab rahvamajandus 1,5 . . . 3 rubla (3).

XI viisaastaku algul pöörati peatähelepanu detsentraliseeritud ambulatoorse narkoloogilise abi võrgu väljaarendamisele kõikides meie vabariigi rajoonides. Viisaastaku kestel suudetigi see

realiseerida — kõikides rajoonides rajati psühhonarkoloogiakabinetid. Lisaks avati paljude suuremate tööstustevõtete juures täiendavalt velskri-narkoloogiapunkte. Tänu neile organisatsioonidele meetmetele paranes alkoholismihaigete avastamine. Rajooniti oli see siiski erinev (vt. tabel). Jõgeva, Paide, Rakvere rajoonis ning teisteski rajoonides võinuks see olla märksa parem. Vajakajäämisi oli ka Kohtla-Järve, Pärnu ning Tartu rajoonis. Põhjuseks usutavasti see, et vabariikliku alluvusega linnas paikneva narkoloogiakabineti personal pööras liiga vähe tähelepanu tööle maal. Vaatamata mõningastele vajakajäämistele, võime narkoloogilises ambulatoorses abis tehtud tööd hinnata suuremahuliseks: XI viisaastaku lõpuks oli meil dispanseeritud 22 000 alkoholismihaiget, kusjuures ambulatoorset alkoholismiravi saab aastas 10 . . . 15 tuhat patsienti.

Tabel. Dispanseeritud alkoholismihaigete suhtarv aastail 1981 . . . 1985 (1980. a.=100%)

Rajoon	1981	1982	1983	1984	1985
Tallinn, sealhulgas	110	117	127	142	155
Kalinini rajoon	109	123	121	134	150
Lenini rajoon	126	141	167	192	210
Mererajoon	113	124	138	151	160
Oktoobri rajoon	115	124	137	142	155
Vabariikliku alluvusega linnad koos rajooniga					
Tartu	119	127	135	133	148
Pärnu	100	118	109	98	105
Kohtla-Järve	123	149	174	188	204
Narva	104	101	105	107	115
Maarajoonid					
Haapsalu	194	214	242	308	378
Harju	117	133	151	185	204
Hiumaa	111	118	152	177	200
Jõgeva	111	119	133	141	162
Kingissepa	103	104	101	106	111
Paide	112	112	112	112	86
Põlva	106	118	124	136	142
Rakvere	105	120	140	156	183
Rapla	120	128	139	129	144
Valga	127	150	173	199	226
Viljandi	96	96	111	122	136
Võru	99	144	164	188	191
Eesti NSV	113	121	132	142	156

Ka statsionaarse narkoloogilise abi osas võis XI viisaastakul märgata edasiminekut. Kui veel 1980. aasta algul oli meil üksnes 210 voodikohta, siis käesoleva aasta alguseks oli voodikohti juba 560. Tegelikult oli narkoloogiliste haigete voodikohtade arv vahepeal veelgi suurem, kuid seoses Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla XII osakonna üldpsühhiaatriaosakonnaks reorganiseerimisega see veidi vähenes. Voodikohtadega kindlustatuse poolest (0,4 voodikohta 1000 inimese kohta) oleme üleliiduliselt keskmisel tasemel. Möödunud aastatel suutsime aastas haiglaravi anda umbes 4000...5000 patsiendile. Kui viisaastaku algul oli mõningaid raskusi voodifondi plaani täitmise (Tartus, Võrus), siis hiljem keskse juhtimise ning ambulatoorse teenistuse kooskõlastatud tegevuse paranemisest tingituna hakkas isegi selles lõigis töö laabuma.

Sellele vaatamata tuli ajavahemikul 1981...1985 ka narkoloogilises abis ilmsiks vajakajäämisi.

Kõige raskemana mõjus see, et ekspluatatsiooni andmata jäi 500 voodikohta (ravikorpused Tallinnas ning Tartus). Vaibus 1980. aastal hoogsalt alanud suitsetamisvastane võitlus. Kuigi ametiasutustes suitsetatakse nüüd töö ajal küll märksa vähem, sai liikumisele ilmselt saatuslikuks see, et üldravi võrgu arstid näitasid selles osas üles ülimalt leigust. Mille muuga näiteks seletada seda, et 300 karpi suitsetamisvastast närimiskummit gamibasiini, mis veel hiljaaegu väga defitsiitne oli, seisab Põlva rajoonis kasutamata — kas seal ei leidu suitsetajaid, kes vajaksid ning sooviksid ravi?!

Endiselt ei ole täit hoogu sisse saanud Eesti NSV Punase Risti ühiskondlike narkoloogiapostide tegevus. Korraldati küll kaks vabariiklikku suurüritust, kuid rajooniti jätab aktiivsus veel soovida.

Avamata on naiste alkoholismiravi osakond, sundraviosakond neile alkoholismihaigetele, kes rikuvad ravirežiimi, kuid keda tervisliku seisundi tõttu (näiteks tuberkuloosihaiget) ei ole võimalik

Eesti NSV Siseministeeriumi Ravi- ja Tööprofülaktooriumisse sundravile suunata. Ei ole suudetud avada nn. päevastatsionaari Tallinnas, samuti sisse seada ambulatoorset tasuta anonüümset alkoholismiravi.

Soovida jätab alkoholismihaigete väljaselgitamine, haiguse diagnoosimine ja dispanseerimise järjepidevus.

Kuigi oleks nagu ammu olnud aeg joobeekspertiiside puhul üle minna alkoholi kvantitatiivsele määramisele bioloogilistes vedelikes, ei ole suudetud seda teoks teha, pidevalt on puudu olnud isegi kontrolltorudest.

Erilise hoo sai narkoloogiline abi sisse pärast 1985. aastal vastuvõetud direktiivdokumente, milles tähtsustati mittemeditsiiniliste profülaktikameetmete osa võitluses joomarluse ning selle tüsistuse — alkoholismiga.

Viimastel kuudel on võitlus joomarluse ja alkoholismiga olnud massikommunikatsioonivahendeis paljukäsitletud teemaks (1, 3, 4, 6). Alkoholismi likvideerimine on võimalik üksnes sel kombel, et takistatakse joomarluse üleminekut alkoholismiks. Siin ei piisa ainuüksi meedikute jõupingutustest, siia tuleb kaasa haarata kogu ühiskonna arvamust kujundav jõud. EKP Keskkomitee esimene sekretär K. Vaino mainis EKP XIX kongressil põhjendatult: «Otsustavaks jõuks joomarlusest jagusaamiseks peab kujunema töökollektiiv. Just siin peab inimese kasvatamine ja ümberkasvatamine toimuma kõigi jõukohaste, kõlbeliste ja materiaalse vahenditega.» (7). Olulist osa selle eitava arvamuse kujundamisel hakkab etendama 11. oktoobril 1985. aastal asutatud Eesti NSV Vabatahtlik Karskusühing, seda enam, et karskusliikumisel Eestis on peagi seljataga sajandivanused võitluskogemused (5). Oluline on siinjuures meedikute osalemine karskusliikumises, mis ei tohiks kujuneda üksnes uueks sanitaarharidustöö vormiks, mida ainuüksi meedikud peaksid oma õlul kandma, vaid see peaks üldrahvalikku võitlusesse kaasama massiliselt elanikke. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi narkoloogilise abi

ülesanded on põhiliselt formuleeritud ministeeriumi käskkirjas 1985. aasta oktoobrist. Keskset osa narkoloogilise abi suunajana hakkab etendama 1985. aastal avatud Tallinna Vabariiklik Narkoloogiadispanser.

Arstiabi ülesanded XII viisaastakul võitluses joomarluse ja alkoholismiga oleksid järgnevad.

1. Kõik kõrgharidusega meedikud (sõltumata ametikohast) on kohustatud lülituma karskuspropagandasse. Siin kehtib printsiip: nii meditsiinis kui ka majanduses on profülaktika odavam kui hooldusse jäetud haiguse ravi (2).

2. Üldravivõrgu arstid, esmajoones jaoskonnaarstid, aga ka kõik teised spetsialistid peavad alkohoolikuid välja selgitama võimalikult varakult ning suunama nad narkoloogi konsultatsioonile, seda põhjusel, et alkoholismi ravi prognoos haiguse algstaadiumis on märksa parem.

3. Senisest rohkem pöörata tähelepanu medikute narkoloogiaalaste teadmiste täiendamisele.

4. Suuresti tuleb parandada narkoloogilise abi materiaalset baasi, viies selle nii ruumide kui ka aparatuuriga varustatuse osas vastavusse tänapäeva nõuetele.

5. Parandada tuleb dispansseerimist, võttes ajavahemikul 1986...1987 arvestuses igal pool kasutusele perfokaardid, ning teha aastail 1986...1988 Tallinnas ja Kohtla-Järvel katseliselt algust dispansseerimisel raalide ning personaalarvutite kasutamiseks. Kui tulemused on head, võtta need 1989...1990. aastal kasutusele kogu meie vabariigis.

6. Tarvis on avada rajoonidevahelised narkoloogiadispanserid Tartus, Viljandis ja Kohtla-Järvel (ajavahemikul 1986...1988), parandamaks nende piirkondade elanike konsultatsiooni abi.

7. Kooskõlas võimalustega anda 1986. aastal käiku Narva narkoloogiakompleksi ning normaliseerida olukorda Tallinna Vabariikliku Narkoloogiadispanseri statsiooniarsetes osakondades. Ajavahemikul 1986...1988 avada kaks erinarkoloogiaosakonda sundravi paigana raskeid kaasnevaid somaatilisi haigu-

si põdevatele alkoholismihaigetele ning 1990. a. avada naiste statsionaarne alkoholismiraviosakond.

8. Arvestades meie vabariigi vajadusi ning kaadri olemasolu, komplekteerida XII viisaastakul Tallinna Vabariikliku Narkoloogiadispanseri baasil tegutsev teadlaste rühm, kes lahendaks mitmeid päevakohaseid meditsiinilisi ja sotsiaalseid alkoholismiprobleeme.

Need on ülesanded, mida Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi narkoloogiline abi on XII viisaastakuks endale võtnud. Täita suudame need vaid siis, kui igaüks täidab oma tööülesanded, sest nagu kogemused on näidanud: kes teha ei taha, see otsib põhjusi, kes tahab, see leiab võimalusi. Kui XI viisaastakul oli esikohal kvantiteet, siis XII viisaastakul on esikohal kvaliteet.

KIRJANDUS: 1. Alkohol ja alkoholism. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 2, 143—149. — 2. Bronštein, M. Looming, 1986, 1, 70—84. — 3. Dumov, A. Maailma ja Me, 1986, 1, 50—53. — 4. Liiv, A. Üldrahvalik ülesanne? Noorte Hää, 1986, 9. jaan. — 5. Liiv, A., Velliste, T. Kes ühe suutäiega alustab... Sirp ja Vasar, 1985, 29. nov. — 6. Palmaru, R. Aja Puls, 1985, 15, 12—14. — 7. Vaino, K. Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee aruanne ja vabariigi parteiorganisatsiooni ülesanded. Öhtuleht, 1986, 1. veebr.

8. Лийв, А. А. В сб.: Контингенты психически больных и организация психоневрологической помощи в некоторых местностях Эстонской ССР. Тезисы докладов. Тарту, 1981, 41—46.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Tallinna Vabariiklik Narkoloogiadispanser

Teooria ja praktika

UDK 616.89-008.441.13-08-036.65/.8

Alkoholismi ravi efektiivsus

Hans Väre · Jämejala

alkoholismi ravi, eseraal, hemosorptsioon, remissioon, retsidiiv

Alkoholismi ravi senised tulemused meid enam ei rahulda, sest nüüdisaegsed ravimeetodid mõjutavad vähe patoloogilise alkoholitungi mehhanisme (1). Selle tõttu tuleb ravis pearõhk panna haigusliku alkoholitungi ehk alkoholisõltumuse pärssimisele.

Teatavasti avaldub alkoholitung psüühilise ja füüsilise sõltumusest alkoholist. Psüühiline sõltumus võib alkoholitungi ägenemisel üle minna retsidiiviks nii alkoholismi aktiivse ravi ajal kui ka toetava ambulatoorse ravi etapil. Mõned autorid (2) on alkoholitungi pärssimiseks soovitanud neuroleptikume, kuid kirjanduses on vähe kontrollitud andmeid nende efektiivsuse kohta.

Füüsiline sõltumus alkoholist avaldub alkoholabstinentsisündroomina, mis kujuneb välja alkoholismi teises staadiumis. Sündroomi kupeerimine toimub alkoholismi ravi esimesel etapil. Sellele järgneb aktiivne alkoholismi ravi, kas tingitud negatiivsete seoste kujundamisega alkoholi suhtes või sensibiliseerivate vahendite (disulfiraami) kasutamisega.

Ravi efektiivsuse hindamise üks kriteerium on remissioon, s. o. abstinentsiperioodi kestus. Kirjanduse andmed remissiooni kestuse kohta varieeruvad suuresti. Enamik autoreid teatab, et

aastase kestusega remissioone täheldatakse 30...70%-l, 1...2-aastase kestusega 15...40%-l ja üle kahe aastase kestusega vaid 10...15%-l (4, 5).

Remissiooni kestus ei sõltu mitte ainult ravimeetodist, vaid ka ümbritseva keskkonna mõjust (1). Meie arvates on režiimi rikkumine haiglas või vahetult pärast ravi üks alkoholitungi ägenemise olulisi väljendusi, mis viitab haiguse süvenemisele. Ravitulemuste käsitlemisel on enamik autoreid analüüsimata jätnud ravi ebaedu põhjused. Meie arvates võimaldaks nende haigete põhjalikum uurimine alkoholismi ravi efektiivsust tunduvalt parandada.

Käesoleva uurimise eesmärk oli:

1) määrata alkoholitungi ägenemine varajase retsidiivina pärast järgmisi ravikuure: a) apomorfiinkuur, 25 seansi (A-rühm 150 haiget), b) disulfiraamkuur, keskmine ööpäevane annus 0,75 g (D-rühm 150 haiget); c) neuroleptikumkuur: etaperasiini 12 mg või neuleptiili 30 mg või teraleeni 30 mg ööpäevas (N-rühm 150 haiget);

2) välja selgitada katamneesiaandmete alusel alkoholismi ravi efektiivsuse erinevused sõltuvalt alkoholabstinentsisündroomi sümptomaatikast 511 alkoholismihaigel;

3) määrata remissiooni kestus eseraali implantatsiooni järgselt 60 haigel ja hemosorptsiooni järgselt 20 haigel.

Kõiki 1040 uuritut oli ravitud Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas.

Uurimistulemused. Vaatluse ja katamneesi andmeil selgus, et varajane retsidiiv tekkis 33,3%-l haigetest, kellel oli kasutatud disulfiraamravi, ja 36,7%-l, kellel oli tehtud apomorfiinkuur. Haigetest, keda oli ravitud neuroleptikumiga, tekkis varajane retsidiiv 17%-l. Statistiline analüüs näitas, et A- ja N-rühma vaheline χ^2 -kriteerium oli 13,4, D- ja N-rühma vaheline 10,1, mistõttu neuroleptikumravi erinevused teiste rühmade näitajatega võrreldes on statistiliselt olulised. Järelikult pärsiivad neuroleptikumid alkoholitungi ägenemist tugevamini kui apomorfiin või teturaam.

Et füüsilise sõltumuse ilmingud erinevad haigetel nii intensiivsuse kui ka laadilt, hinnati katamneesiandmete tulemuste erinevust sõltuvuses alkoholabstinentsisündroomi sümptomaatikast. Remissioon kestis kõigil 511 uuritul keskmiselt 7,7 kuud. Haigete rühmas, kellel alkoholabstinentsisündroomis olid esikohal seedetrakti või südame-tegevuse vegetatiivsed häired, oli remis-siooni keskmine kestus 12 kuud. Haigete rühmas, kellel olid ülekaalus psüh-hopatoloogilised häired — unetus, predelirioossed nähud, afektiivsed häi-red —, oli keskmine kestus 4,4 kuud. Haigete rühmas, kellele on iseloomulik alkoholabstinentsisündroomi vegetatiivne sümptomaatika, oli varajase retsidiivi sagedus väiksem kui teistes alarühmades (χ^2 — 22,7; $P < 0,01$). Alarühmas, millesse kuuluvad kannatasid adünaamia, tugeva asteenia, unetuse ja afektiivsete häirete all, oli varajase retsidiivi sagedus teiste alarühmade näitajast tunduvalt suurem (χ^2 — 18,8; $P < 0,01$).

Andmed kinnitavad kirjanduses toodud seaduspärasust, et sündroomi tuis-tumise ja alkoholismi progresseerumise korral lisanduvad vegetatiivsetele häi-retele psühhopatoloogilised häired (3).

Meiepoolseks olulisemaks leiuks tuleb pidada prognostiliselt ebasoodsate alkoholabstinentsisündroomi tunnuste väljaselgitamist, sest nende korral hal-veneb alkoholismi prognoos. Sellest võib arvata, et nende tunnuste olemus on seotud alkoholitungi mehhanismiga ning alkoholabstinentsisündroomi roh-kearvulistest sümptoomidest tuleks kupeerida prognostiliselt ebasoodsaid. Afektiivsed häired depressiooni või düs-fooria kujul ning unetus ja adünaamia on samuti nendeks häireteks, mis mani-festeeruvad remissiooniseisundis retsi-diivi prodromaalse sümptomaatikana. Neid häireid aitavad korrigeerida psüh-hotroopsed ained, mille diferentseeritud näidustustel kasutamine võimaldab ta-gada remissiooni stabiilsuse.

Aastail 1983 . . . 1984 kasutasime oma haiglas aktiivseks raviks disulfiraami

implanteeritavat depooppreparaati — esparaali. Sellega ravisime 60 alkoholi-smihaiget. Ravi tulemused olid järg-mised: varajane retsidiiv enne kolme kuud arenes kolmel, remissioon kuus kuud oli viiel, üks aasta 9 haigel, pool-teist aastat viiel, kaks aastat 14-l ning üle kahe ja poole aasta seitsmel haigel. 15 haige kohta ei olnud võimalik katam-neesiandmeid saada nende elukoha muutuse tõttu.

Uurimise ajal olid 60 ravitust 31 karsklased, kusjuures nendest viiel oli ühekordse retsidiivi tõttu määratud uus ravikuur. 12 ravitu puhul ei olnud seisund sotsiaalselt dekompanseeritud ning kahe puhul oli alkoholism tugevalt progresseerunud. Remissiooni üle kahe ja poole aasta täheldati ainult varajas-es alkoholismistaadiumis ravile suuna-tuil (šifrid 305 ja 303,1). Sellest lühe-mate remissioonide puhul staadiumide osas erinevust ei olnud.

Esperaalravi puhul täheldati aastase kestusega remissioone pooltel ning üle kahe aastase kestusega ühel kolmandi-kul haigetest, seda on tunduvalt roh-kem kui teistel meetoditel ravituil. Põhjuseks võib olla ravitute hoolikam valik ja tugevam psühhoterapeutiline mõjutamine. Enamikul ravitutel tekib pärast implantatsiooni aasta jooksul retsidiiv. Seepärast on sel ajal vaja korral-dada uus aktiivne toetusravikuur.

Hemosorptsiooni kasutamine põhineb hemokarboperfusioonil: vähendab in-toksikatsiooninähte, kupeerib füüsilise sõltumuse nähud ja muudab organismi reaktiivsust (6). Sel meetodil raviti 20 haiget. Analüüsi andmetest ilmnes, et remissiooni kestus on lühem (3,6 kuud) nendel, kes olid alkohoolseid jooke pruukima hakanud enne 20. eluaastat, kui nendel, kes olid sellega algust teinud hiljem (9,7 kuud; $P < 0,02$). Remissioon üks aasta oli alla 40-aastastel, sest koos aastate arvu ja alkoholismi staadiumi suurenemisega lühenes abstinentsipe-riood. Et ravituid on veel liiga vähe, on näidustuste selgitamiseks tarvis uuri-mist jätkata.

Uurimistulemused näitasid, et alko-holismi edukaks raviks on vaja alko-

UDK 613.816:616-036.4

holitungi pidurdada, millele aktiivne alkoholismi ravi mõjub suhteliselt vähe. Psühhotroopsete ainete valikuline kasutamine on vajalik nii alkoholabstinentsisündroomi sümptomide kupeerimisel, retsidiivide profülaktikas kui ka kortikaalsete häirete korrigeerimisel.

KIRJANDUS: 1. Алкоголизм (руководство для врачей) под ред. Г. В. Морозова. М., 1983. — 2. *Альтшулер В. Б., Анучин В. В.* Клиника патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом и лечение нейролептиками. М., 1979. — 3. *Вельшиков Х. Х.* Клиника алкогольного абстинентного синдрома и динамика вегетативных нарушений при нем. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 4. *Зеневич Г. В.* В кн.: Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института. Т. 1977, 54—60. — 5. *Морозов Г. В., Стрельчук И. В., Альтшулер В. Б. и др.* Современные методы лечения хронического алкоголизма. ВНИИ медицинской и медико-технической информации, 1970, 35—81. — 6. *Павлов В. А.* В сб.: Вопросы клиники, диагностики и профилактики алкоголизма и наркоманий. М., 1983., 98—101.

Jämejala Vabariiklik Psühho-
neuroloogiahaigla

Seitsmekümnendail aastail täheldati Suurbritannias alkohoolsete jookide pruukimise sagene- mist. Kui 1979. aastani tarvitati seal ühe üle 15-aastase kohta aastas 7,03 liitrit absoluutset alkoholi, siis 1979. aastaks oli kogus suurenenud 9,79 liitrini. Aastail 1979...1982 alkoholi tarbi- mine vähenes ning 1982. aastal oli see 8,67 liitrit absoluutset alkoholi üle 15-aastase kohta.

Alcohol & Alcoholism, 1984, 19, 4, 271—276.

Uuriti 148 7...14 aasta vanust last, kelle isad olid alkohoolikud. 27,7%-l lastest oli nõrk või keskmine õppeedukus, 41,9%-l olid käitumis- häired.

Гигиена и здравоопазване, 1985, 27, 1, 21—25.

Aastail 1928...1930 ilmus Nõukogude Liidus 38 numbrit ajakirja «Трезвость и культура». 1986. aastal hakkas ajakiri taas ilmuma ning seda saab tellida ka Eesti NSV-s.

Alkoholismihaigete statsionaarse ravi efekti stabiilsus

Märt Saarma Aleksandr Jassinski · Tartu

alcoholism, remissioon, ravi, sotsiaalsed faktorid

Alkoholismihaigete ravi efektiivsuse suurendamine ja remissioonide kestuse pikendamine on siiani olnud üks kesk- seid sotsiaalseid ja meditsiinilisi proble- leeme. Kirjanduse andmeil (2, 3, 4, 5, 6, 7) õnnestub remissioone kestusega kaks aastat või enam saavutada 10...15%-l alkoholismihaigetest. Remissiooni sta- biilsust mõjutavaid tegureid on palju, alates isiksuse iseärasustest, ravile pöördumise motiividest, ravi kompleks- susest ja intensiivsusest ning järelravi regulaarsusest kuni mitmesuguste sot- siaalsete teguriteni (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Käesolevas töös analüüsitakse alko- holismihaigete remissiooni stabiilsust mõjutavaid tegureid katamneesiand- mete alusel.

1980. ja 1981. aastal avati Tartu Vaba- riiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia- haiglas kaks narkoloogiaosakonda kokku 120 voodikohaga. Alkoholismi- haigeid ravitakse seal tavaliselt 3...4 kuud. Ravikuuri alustatakse üldtugev- davate ravimitega, edaspidi võetakse tarvitusele spetsiifiline alkoholismi ravi, enamasti teturaamiga, osal ka trihho- pooli ja apomorfiiniga. Näidustuste kor- ral ordineeritakse psühhofarmakoni- dest trunkvillisaatoreid, antidepres- sante ja neuroleptikume, paljudele ma- nustatakse nootroopseid aineid. Kind- lasti kuuluvad ravikompleksi psühho- teraapia, tööravi ja nn. kultuurravi.

Uuriti 337 alkoholismihaiget meest, kes 1982. aastal viibisid Tartu Vaba- riikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia- haigla narkoloogiaosakondades ravil. Alkoholismi I staadium oli 30-l (9%), II staadium 162-l (51%) ja III staadium 135 haigel (40%). Alla 30-aastasi

oli 74 (22%), 31... 40-aastasi 120 (35%) ja üle 41-aastasi 143 haiget (43%).

Katamnestilisi uuringuid tehti 1985. aastal, seega mitte vähem kui kaks aastat pärast statsionaarset ravi. Remissiooni stabiilsust mõjutavate tegurite väljaselgitamisel lähtuti haigetest, kes katamnestilise uurimise ajal olid remissiooniseisundis, s. t. kes pärast statsionaarset ravi alkohoolseid jooke ei olnud kasutanud. Neid oli 53, s. t. 16% uuri-
tuist.

Analüüsist ilmneb, et remissiooni stabiilsusele avaldab mõju vanus, millel alkoholism on välja kujunenud. Kui haigus oli alanud enne 20. eluaastat, saavutati püsiv efekt ainult 9%-l, haiguse alguse korral pärast 30. eluaastat 22%-l juhtudest. Seos ilmnes ka haiguse arenemise kiirusega: kui alkoholismi I staadiumi kujunemiseks oli kulunud alla kolme aasta, õnnestus püsiv raviefekt saada ainult 2%-l haigetest, kui 9... 10 aastat, saadi püsiv remissioon 28%-l haigetest. Vabatahtlikult ravile pöördunud ja haigusest teadlikest haigetest oli püsivaid remissioone 21%-l. Alkoholismihaigetest, kelle ravile pöördumine oli tingitud sotsiaalsetest teguritest, olid remissioonid püsivad vaid 8%-l. Alkoholismi I staadiumis saavutati püsiv raviefekt 24%-l haigetest, II ja III staadiumis vastavalt 16%-l ja 15%-l.

Alkoholismihaigete ravi mõjususe, eriti aga remissiooni püsivuse seisukohalt on äärmiselt tähtis, et haiged pöörduksid ravile võimalikult varakult ja et nad ise oleksid teadlikud oma haigusest. Igapäevane praktika toob esile suured puudujäägid töös: Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla narkoloogiakabinetis 1985. aasta lõpul arvel oluist moodustasid I staadiumis alkoholismihaiged ainult 10,6% (varem aga oli see protsent veelgi väiksem).

Põhjuseks on mitmed asjaolud, eelkõige elanike napid teadmised alkoholismist kui haigusest, eriti selle varajastest tunnustest. Ka pikka aega püsinud üldine sotsiaalne õhkkond alkohoolsete jookide ohtra kasutamise traditsioo-

nidega muutis üldsuse suhtumise alkoholismisse ülearu leebeks. Nii kujuneski olukord, et I staadiumi alkoholismi enamasti ei peetudki haiguseks, vaid samastati olmelise alkoholitarvitamisega. Perekonnas valitses sageli lootus, et olukord tulevikus paraneb. Sageli ei peetud ka töökollektiivides haiguslikeks nähtudeks selliseid alkoholismi-avalduisi nagu tööluusid, abstinentsiseisundis tööleilmumine, varajasemal ajal ka alkoholi kasutamine tööajal ja töökohas. Ravi vajadust hakkasid lähedased ja töökaaslased mõistma alles siis, kui olid ilmnunud juba tugevad käitumishäired, seega siis, kui haigus oli jõudnud juba II või III staadiumi. Siis aga osutub alkoholismi ravi tunduvalt vähem mõjusaks ja remissioonid ebastabiilseks. Järelikult on meie, meditsiinitöötajate, esmane kohustus laiendada, süvendada ja tõhustada sanitaarharidustööd alkoholismiprobleemide selgitamiseks. Ei tohi aga unustada, et alkoholivastane selgitustöö ei ole mitte ainult psühhiaatrite ega narkoloogide, vaid kõigi arstide ülesanne.

Viimastel aastatel on sagenenud alkohoolsete jookide süstemaatiline kasutamine alaealiste hulgas, millega on sageli kaasnenud ühiskonnaohtlikud teod. Nagu meiegi uurimismaterjal näitab, viib varajane alkohoolsete jookide pidev pruukimine kiirele alkoholismi kujunemisele, ravi osutub neil haigeil vähe efektiivseks. Õppeasutustega tegelevad arstid peavad alkoholismi kahjulikkust noorukitele, pedagoogidele ja lastevanematele veelgi enam tutvustama. Alkoholismihaiged põevad väga sageli somaatilisi haigusi (2, 5, 6, 7): gastriiti on neist diagnoositud kuni 91%-l, maksakahjustusi kuni 90%-l, hingamiseldude haigusi kuni 70%-l, pankreatiiti 25%-l, hüpertooniatõbe 20%-l. Traumasid on alkoholismihaigetel kaks korda rohkem kui neil, kes alkohoolsete jookidega ei liialda. Somaatiliste haiguste tõttu satuvad nad küllalt sageli arstide juurde. Oleks loomulik, et arst anamneesi uurimisel pöörab tähelepanu ka alkoholi kasutamisele. Kahtluse tekkimise korral on

loomulik ja seda nõuab ka kehtestatud kord, et arst suunab ravialuse diagnoosi täpsustamiseks ja raviks elukohajärgsesse narkoloogiakabinetti. Kahjuks ei ole seda nõuet täidetud, näiteks 1985. aastal suunasid Tartu raviasutused narkoloogiakabinetti ainult ühe patsiendi.

Ravile saabumisel on remissiooni stabiilsuse aspektist eriti tähtsad isiksuse iseärasused. Käesoleva uurimismaterjali põhjal saavutati rahuliku, tasakaaluka psüühikaga isikutest püsiv remissioon 35%-l, kergesti erutuvatest, seemise psüühilise pingeseisundiga isikutest aga ainult 7%-l. Tasakaalustamatus psüühilistes protsessides võib olla tingitud premorbiidses seisundis olevast isiksusest, kuid osa selle kujunemise etendab alkoholi pidev liigtarvitamine. Väga vajalik on, et juba esimestel narkoloogi poole pöördumistel selgitataks välja isiksuse iseärasused ja vastavalt sellele määrataks ravi, rakendades psüühika mõjutamiseks vajaduse korral peale psühhoteraapia ja muu ka ravi psühhotroopsete vahenditega.

Püsiva efekti saamiseks on oluline tähtsus ravikuuri pikkusel. Haigetest, kes tegid läbi täieliku ravikuuri (3...4 kuud), saavutati püsivaid remissioone 19%-l, lühema ravikuuri korral aga 12%-l. Haigetest, kellel režiimi rikkumisi ravi ajal ette ei tulnud, oli püsiv remissioon 23%-l. Ühekordse rikkumisega kaasnes efekti vähenemine 10%-ni, režiimi korduvate rikkumiste korral esines püsiv remissioon ainult 1%-l haigetest. Esmakordselt ravil viibinuid oli püsiv remissioon 18%-l, korduvate ravikuuride korral 11%-l haigetest.

Seega on kompleksravi kõigi komponentide kasutamiseks vaja küllalt pikaajalisi ravikuure. Enne haiglaravile tulekut peaks haige teadma, miks pikemaajaline ravil viibimine tal vajalik on. Sageli on juhtunud, et narkoloogiakabinettides ei ole haiget psühhoterautiliselt ette valmistatud. Nii mõnigi kord on sellest tulenenud arusaamatus osakonnas, kui haige hakkab tõrkuma täispika ravikuuri vastu.

Alkoholismi ravi vahenditest on Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuro-

loogiahaigla statsionaarsetes osakondades kasutusel peamiselt teturaam. Käesolev uurimismaterjal näitab, et remissiooni stabiilsuses etendab tähtsat osa ravikuuri pikkus: teturaami manustamine vähemalt 10 nädalat annab püsivaid remissioone 22%-l, teturaamkuur alla 10 nädala ainult 12%-l haigetest. Head mõju avaldavad teturaam-alkoholreaktsioonid. Kui ravikuuri ajal neid läbi viidi, saadi püsiv efekt 22%-l, kui aga mitte, oli efekt ainult 13%-l haigetest. Remissiooni stabiilsuses on oma osa ka reaktsiooni intensiivsusel: tugevate reaktsioonidega ravikuuri korral oli remissioon püsiv 27%-l, nõrkade korral aga 16%-l haigetest.

Järelikult ei ole sugugi ükskõik, kuidas ja millise intensiivsusega ravikuurid toimuvad. Lühiaegsed teturaamkuurid, liiati ilma kontrollreaktsioonideta, on vähe tõhusad. Pealegi on reaktsioonide alusel võimalik korrigeerida teturaami annust. Teturaam ei ole kõikvõimas vahend alkoholismihaigete ravimiseks, ta on vaid üks osa ravikompleksist.

Suhteliselt tagasihoidlik on meie uurimismaterjali põhjal järelravi: narkoloogiadispenserit regulaarselt külastanud haigetest oli efekt püsiv 17%-l, järelravi puudumise korral oli see 14%-l. Ilmselt on võimalik intensiivse ja mitmekülgse järelraviga püsivate remissioonide osa suurendada. Tartu narkoloogiakabineti töös on seni ilmselt puudujääke, eriti psühhoteraapia rakendamise osas, soovida jätab ka spetsiifiliste järelravikuuride süstemaatilisus. Neid puudusi juba kõrvaldatakse.

Alkoholismihaigete remissiooni stabiilsuse aspektist on olulised mitmed sotsiaalsed tegurid. Käesolevas töös analüüsitud uurimismaterjalist ilmneb, et püsivaid remissioone oli perekonnainimestest 20%-l, lahutatuid 12%-l ja valalistest 12%-l. Seega peaks ravi ajal tähelepanu pööratama ravialuste koduste oludele. Abikaasadelt saame objektiivseid andmeid haigete kohta, selle kõrval aitavad kontaktid abikaasadega perekondlike suhete normaliseerimisel, neilt toetuse saavutamisel remissiooni stabiilsuse tagamiseks.

Arvestatava tähtsusega on sotsiaalne keskkond, mis alkoholismihaiget ümbritseb. Kui seda iseloomustavad karsked eluviisid, esines püsiv remissioon 21%-l haigetest, kui aga mitte, siis 16%-l. Veelgi enam: kui alkoholismihaige vahetusse suhtlemisringi kuulus karsklane, oli remissioon püsiv 25%-l, kui see puudus, oli remissioon püsiv 9%-l. Needki asjaolud vajavad väljaselgitamist ja võimaluse korral korrigeerimist ravikuuri ajal ja dispanseerse järelravi perioodil.

Töökoha olemasolu korral esines püsiv remissioon 16%-l, puudumise korral 12%-l haigetest. Olulisemaks on hoopis see, kas haige on oma tööga rahul või mitte. Käesoleva uurimismaterjali andmetel saavutati tööga rahuloleku ja selle meeldivuse korral püsiv remissioon 24%-l, vastupidisel juhul aga 4%-l haigetest. Töösse suhtumine, võimaluse korral haigete abistamine töökoha leidmisel ja tööle vormistamisel on remissiooni aspektist seega väga oluline.

Uurimise tulemused näitavad, et alkoholismihaigete remissiooni stabiilsusele avaldavad mõju väga mitmesugused tegurid, nii sotsiaalsed kui ka meditsiinilised. Praegu ei saa alkoholismihaigete raviga veel rahule jääda. Vaja oleks tõhustada ja rohkem individualiseerida nii ambulatoorset kui ka stationaarset ravi, rakendades oskuslikult kõiki ravimeetodeid ning arvestades tegureid, mis avaldavad mõju remissiooni stabiilsusele. Eriti tuleks rõhku panna alkoholismihaigete võimalikult varajasele ravile suunamisele, selles peavad osalema kõik meditsiinitöötajad ja üldsus.

Elanikkonnal pole veel täit ettekuju- tust alkoholismist kui haigusest, eriti aga selle varajastest sümptoomidest. Väga on vaja laiendada ja süvendada alkoholismi käsitlevat sanitaarharidustööd. Seni on seda teinud peamiselt psühhiaatrid ja narkoloogid, kuid rahvastiku kasvatamisest ja suunamisest karskele eluviisile ei tohi kõrvale jääda ükski arst, sõltumata tema erialast.

KIRJANDUS: 1. *Аврцкий Г. Я., Недува А. А.* В кн.: Лечение психически больных. М., 1981, 439—452. — 2. В кн.: Алкоголизм. Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. М., 1983, 188—200. — 3. *Морозов Г. В., Иванец Н. Н.* В кн.: Вопросы клиники и лечения алкоголизма. М., 1980, 3—9. — 4. *Морозов Г. В., Стрельчук И. В., Альшулер В. Б. и др.* В кн.: Современные методы лечения хронического алкоголизма. М., 1970, 35—81. — 5. В кн.: Руководство по психиатрии. Т. 2. Под ред. А. В. Снежневского. М., 1983, 280—289. — 6. *Стрельчук И. В.* Острая и хроническая интоксикация алкоголизмом. М., 1973. — 7. *Ураков И. Г., Куликов В. В.* Хронический алкоголизм. М., 1977. — 8. *Штерева Л. В.* Клиника и лечение алкоголизма. Л., 1980.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder

Tartu Vabariiklik Kliiniline Psühhoneuroloogiahaigla

USA-s Kalifornias pruugitakse aastas täiskasvanu kohta 40 gallonit (1 gallon = 3,79 liitrit) alkohoolseid jooke: sellest 31 õlut, 5,9 veini ja 2,8 gallonit mitmesuguseid kangeid alkohoolseid jooke. 78% täiskasvanud Kalifornia elanikest on alkoholiprüukijad, 22% karsklased. Artikli andmeil on kogu USA kohta need arvud vastavalt 67% ja 33%.

West. J. Med., 1984, 141, 6, 884—890.

Kahjulikud harjumused on ränk koorem USA majandusele. 56 miljonit ameeriklast ostab aastas 20,4 miljardi dollari eest sigarette, suitsetamise tagajärgede raviks kulub aastas 13,6 miljardit dollarit. Lisaks ravikuludele jääb haigeks olemise ajal andmata 25,8 miljardi dollari eest toodangut, arvestusest on välja jäetud passiivsest suitsetamisest tulenevad kahjud. Alkoholiprüukimine tekitab USA majandusele kahju 121 miljardit dollarit. Sellest hiigelsummast 64 miljardit dollarit moodustab andmata jäänud toodang, 41 miljardit kulub tervishoiu finantseerimiseks alkoholiprüukimise tagajärgede leevendamise eesmärgil ning 16 miljardit dollarit lähevad aastas maksma liiklusõnnetused, mis on seotud alkoholiprüukimisega. USA-s on umbes 10 miljonit alkoholismihaiget ning surma põhjustest on maksatsirroos linnades tõusnud kolmandale kohale. 13% USA haiglatesse hospitaliseerituist on ravile saadetud tubakasuitsetamise, alkoholi ja narkootikumide tarvitamisest põhjustatud haiguste tõttu ning neile langeb umbes pool tervishoiukulutustest. Kahjulikest harjumustest ei ole priid ka USA meedikud: igal aastal on nende asjaolude tõttu sunnitud töökohast loobuma 750 arsti.

J. Pediatr. Surg., 1983, 6, 663—664.

UDK 616.89-008.441.44:616.8-089

Suitsidaalne käitumine kui üldmeditsiiniline probleem

Lembit Mehilane Heino Noor · Tartu

inimfaktor, dispanseerimine, enesemürgitused, suitsiidikatsed, vältimatu psühhoteeraapia

Psühhiaatria osatähtsuse üldtunnustatud suurenemine tänapäeva meditsiinis tuleneb psühhogeensete ja somatogeensete psüühikahäirete sagenemisest (11, 21). Üldise dispanseerimise ja arstiabi rahvastikule lähendamise eesmärgil on üldarstijaoskondade arvu samal ajal suurendatud. Arstijaoskondade võrk on tihe. Eesti NSV linnades on ühes jaoskonnas keskmiselt 1600...1800 elaniku. Eelduspäraselt tunneb arst oma jaoskonna elanikke üsna põhjalikult. Psüühikahäireid diagnoositakse siiski hilja, nende ravi ega psühhoprolaktika ei ole efektiivne (18, 21). Endiselt sagenevad mikrosotsiaalsetest ja psühholoogilistest teguritest tingitud psüühikahäired, sealhulgas suitsiiditendentsiga seisundid (12, 15). Igapäevases arstlikus tegevuses ja mõtteviisis prevaleerivad aga traditsioonilised, bioloogilised diagnoosimisvõtted, mitmesuguste ravimite ordineerimine ja somatoteeraapia, mida eelistatakse psühhosotsiaalsete tegurite väljaselgitamisele ja psühhoteeraapiale. Seda soodustab ka arstiabi paratamatu ning vajalik spetsialiseerumine, mille puhul eriarsti peamiseks uurimisobjektiks on haigestunud elund.

Tagaplaanile võib seejuures jääda haige või premorbiidses seisundis isik kõigi oma psüühiliste ja kehaliste vaevustega, konkreetsete sotsiaalsete suhete iseärasustega. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel (6) ja raamatus «Meditsiinipsühholoogia» (7) on J. Saarma korduvalt tähelepanu juhtinud sellele, et on vaja tunduvalt suuremat rõhku panna sotsiaalse keskkonna mõjudetele ja nendega kohanemisele ning psüühilisele tegurile, näiteks südame- ja veresoonte haiguste etiopatogeneesi

tundmaõppimisel ning ravis.

Vajadust interdistsiplinaarse koostöö pingelisema arendamise järele on hakatud tundma isegi ühe eriala piires (kirurgia, teraapia jt.) (8). Meditsiinipsühholoogia alaste teadmiste puudulikkus mõjutab ebasoodsalt käimasoleva dispanseerimise edukust (4).

Tänapäeva olustikus sagenevate (5,17) nähtuste, ägedate mürgituste, analüüs näitab, et vähemalt 50% neist on enesemürgitused (2,5). Ka selles valdkonnas on meditsiiniline põhiaktiivsus ja -vahendid seni suunatud olnud enam tagajärgede kui põhjuste korrigeerimisele. Suitsidaalsete enesemürgituste põhjuste selgitamise ja profülaktikaga on veel vähe tegeldud. Suitsidaalne käitumine on aga psühhosotsiaalse kohanematusse äärmuslik avaldus. Selle põhjuste selgitamine võimaldab kindlaks teha suitsiidiohu varajase diagnoosimise ja vältimise võimalusi. Ilmselt võimaldub sel teel saada andmeid ka psühhoprolaktika ja -teraapia üldiste vajaduste ning korraldamise kohta.

Käesoleva töö eesmärk on nende võimaluste ja vajaduste mõne aspekti selgitamine.

Uurimismaterjal. Andmed tööks on saadud Tartu Kliinilises Haiglas ja Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas 25 aasta jooksul (1959...1984. a.) ägedate enesemürgituste tõttu ravil olnud haigete kohta. Kokku on analüüsitud 1168 ägeda enesemürgituse juhtu. Neist 550 olid kergemad ning mürgituse ravi piirdus raviga Tartu Kliinilises Haiglas vastuvõtuosakonnas. 618 juhtu oli haige üldseisund hospitaliseerimisel enamasti eluohtlikult raske ja ta vajab intensiivravi hingamiskeskuses või reanimatsiooniosakonnas. Esinesid ägedale mürgitusele omased, enamasti raskete teadvushäiretega eksotoksikoosi nähud. Mürgituse toksikogeenses faasis ilmnisid mürgispetsiifilised sümptomid. Haigete intensiivris järgiti etiopatogeneetilise, detoksikatsioonravi ja antidootravi põhimõtteid. Ägedast eksotoksikoosist paranes kuni 55%, tervistus 35...40% haigestest. Letaalsus oli eri aastatel 2,7...10,0%. Andmeid ägeda mürgituse tagajärjel surnute kohta suitsiidieelse seisundi hindamiseks siin ei ole kasutatud. Ägeda mürgituse tekkepõhjuste või selle suitsidaalse laadi kohta saadi materjali haige saabumisel ning ravi ajal haige omaste, lähikondlaste ja haige enda küsitluse teel ning raviasutuste dokumentidest. 120 haige puhul on uuritud katamneesi, kestusega 0,5...18 aastat.

Tabel. Tartu Kliinilises Haiglas ravitud ägeda mürgituse juhud

Mürgituse põhjused	Vastuvõtuosakonnas ravitud (aastail 1983...1984; n=550)			Haiglas ravitud (aastail 1958...1984; n=618)				
	Mürgitusjuhtude arv			Kokku	Mürgitusjuhtude arv			Kokku
	Mürgitusvahend			Mürgitusvahend				
	ravimid	alkohol, surrogaadid	muud		ravimid	alkohol, surrogaadid	muud	
Suitsidaalne enesemürgitus	200	1	7	208 (37,8%)	276	4	118	398 (64,4%)
Õnnetusjuhtum	60	1	144	205 (37,3%)	69	1	77	147 (23,8%)
Alkoholmürgitus	12	110	3	125 (22,7%)	2	55	3	60 (9,7%)
Ebaselge põhjus	10	2	—	12 (2,2%)	7	1	5	13 (2,1%)
Kokku	282	114	154	550	354	61	203	618

Uurimistulemused. Uurimismaterjalist (vt. tabel) selgub, et kõigist ägeda mürgituse juhtudest 51,9% olid suitsidaalsed, haiglaravil olnutest oli neid koguni 64,4% (vt. tabel). Aktsidentaalseid (õnnetusjuhtumite läbi) mürgitusi oli 30,1%, alkoholmürgitusi 16,7% ja ebaselge põhjusega 2,3% nende ravile saabunute üldarvust. Kõigist enesemürgituse juhtudest oli 75,5% sooritatud ravimite abil, sealhulgas haiglaravi vajanutest 69%. Kindlakstehtavuse piires oli ligikaudu 25% juhtudest sooritatud patsiendile endale väljakirjutatud või soovitatud medikamendi abil.

Suitsidaalse enesemürgituse toimepannud isikute üldiseloomustuseks (606 juhtu).

Sugu: mehi 37%, naisi 63%. Vanus: 16...20-aastasi 27%, 21...30-aastasi 33%, 31...40-aastasi 17%, 40-aastasi ja vanemaid 23%. Haridus: kuni 4 klassi 6%, lõpetamata keskharidus 47%, keskharidus 21%, lõpetamata kõrgharidus 18%, kõrgharidus 8%. Perekonnaseis: abielus 28%, vallalisi 38%, lahutatuid 18%, määratlemata 16%. Psüühikahäirete ulatus: psühhootilisi häireid 26,4%, mittepsühhootilisi psüühikahäireid 73,6%.

Seega olid suitsiidikatse sooritanuist ülekaalus naised. Suitsidaalse enese-

mürgituse toimepannuist olid enamik alla 40 aasta ja 27% alla 20 aasta vanused isikud. Suitsidentide enamik olid mittepsühhootiliste psüühikahäiretega isikud. Hinnates suitsiidikatsete ilmumist nädalapäevade kaupa, selgub, et 60% juhtudest leidis aset reedest pühapäevani. Ligikaudu 35%-l juhtudest sooritati suitsiidikatse alkoholjoobes. Haigla ja Tartu rajoonidevahelise kohtumeditiini ekspertiisi andmete kõrvutamine näitab, et suitsiidikatsete arvu suhe lõpetatud (kompleetsete) suitsiidide arvusse on suurenenud (1960. aastal 8:1; praegu 13:1). Samal ajal on suitsiidide absoluutarv püsinud peaaegu ühesugusena.

Arutelu ja kokkuvõte. Enesemürgitused on omapärane psühholoogilise desadaptatsiooni nähtus, mis levib kogu maailmas (5, 12, 14, 17). Nii näiteks tuvastati Sklifossovski-nim. Moskva Kiirabiinstituudi ägedate mürgituste osakonnas ravil olnutest suitsidaalne enesemürgitus 42%-l, Sverdlovski samasuguses keskuses 80%-l (14), Zürichis 66%-l (5). Tartu Kliinilise Haigla andmeil saabus ägeda eksotoksikoosiga haigeid ravile keskmiselt enam kui südameinfarkti põdejaid, kusjuures üle poole ägedaist intoksikatsioonidest on enesemürgitused (2).

Vajab rõhutamist, et valdav osa enesemürgituse toimepannud haigetest osutus mikrosotsiaalse konflikti ja psühholoogilise kriisi olukorras desadapteerunud isikuteks. Nad on kas psüühiliselt terved, piirseisundis viibijad või on neil neurootilised häired (5, 12, 16). Nende käitumist tuleb seega käsitleda kui isiksuse ajutist kriisiseisundit, kus mikrosotsiaalset konflikti antud ajal kas ei saada või ei osata lahendada.

Psühhoogeensed ja mikrosotsiaalsed tegurid võivad teadaolevalt põhjustada mitmesuguseid psüühikahäireid, nagu psühhoogeenne reaktsioon, neuroos, ka endogeense psühhoosi debüüt või ägenemine. Suitsidaalne käitumine on üks psühholoogilise kriisi raskemaid, suitsiidikatse või suitsiidi sooritamine aga selle üks äärmuslikumaid avaldusi (5, 12). Suitsiidikatset tuleb seega käsitleda kui erakordset signaali selle kohta, et isikule oli ja on kriisiseisundist ülesaamiseks vaja adekvaatset, sealhulgas meditsiinilist, eriti psühhoterapeutilist abi. Meie andmeist selgub ka see, et suitsiidikatse sooritanu oli peaaegu alati oma kavatsusest mingil moel märku andnud (vt. käesolevas numbris H. Noore, L. Mehilase artiklit «Tähelepanekuid eneseohtliku käitumise, eriti suitsiidiohu kohta»). Sageli ei hinnanud ümbruskond, sealhulgas meedikud, neid kavatsusi, ähvardusi või katseid küllalt adekvaatselt.

Ebaõige on ka seisukoht, mille järgi iga suitsiidimõtetega isik tahab tõeliselt surra ja et tal tagasiteed ei ole. Valdavalt on suitsiiditendentsiga isik elu ja surma suhtes ambivalentne: temas võitlevad soov elada ja soov surra. Ta püüab lahendamatu näivast konfliktist ülesaamiseks abi leida ümbritsevalt, lähedastelt ja sageli eriti arstilt.

Suitsiidikatsete retrospektiivsel hindamisel selgus, et ligikaudu 40... 45% -l juhtudest oli isik vähemalt 2... 3 nädala jooksul enne seda pöördunud arsti poole. Enamasti aga väljastati neil kordadel uus rahusti, uinuti retsept. Sugenes omapärane nn. ravimiautotism, püüd igast raskena tunduvast olukorrast väljapääs leida järjekordse

ravimiannusega. Patsiendi psühhoogeenset konflikti ja sellesse temapoolset subjektiivset suhtumist on arstil aga võimalik tõhusamalt mõjutada psühhoterapeutiliste meetoditega, mitte ravimitega (1, 3, 10). Kliinilised tähelepanekud on kinnitanud, et näiteks trunkvillisaatorid võivad neurootilise depressiooni puhul desadaptatsiooni ja suitsiiditendentse isegi süvendada (5, 11, 18). «Nõukogude Eesti Tervishoiu» käesolevas numbris on ka seda käsitletud (H. Noor, L. Mehilane).

On tüüpiline, et ravimid (sealhulgas patsiendile väljakirjutatud) moodustasid psühholoogilise kriisi korral valdava osa enesemürgituse vahendeist (vt. tabel). Need andmed lubavad järeldada, et medikamentide, ka psühhotroopse toimega ravimite ordineerimine ning müük vajavad senisest enamalt järelemõtlemist, arstlikku ja riiklikku kontrolli (1, 3, 5, 9, 13, 18, 19).

Ei tohiks ainuvõimaliku üldreeglina kõiki suitsiiditendentsiga isikuid hospitaliseerida psühhiaatria haigla kinnise režiimiga osakonda. Meie vabariigis ei saa autoagressiivse käitumise ja suitsiidiprobleemi efektiivne lahendus seisneda ka autonoomse suitsidoloogia-teenistuse väljaarendamises (veel üks spetsiaalsus?!). Suitsiidide profülaktika on otseselt seotud kõikide erialade arstide igapäevase töökultuuri perendamisega ja silmaringi avardamisega.

Psühholoogilise kriisi seisundis patsiendile on oluline empaatias väljenduva arstiabi käepärasus, usalduslikkus, soovi korral aga anonüümseks jäämise võimalus. Arstiabi kõikides lülides tuleks vältida suitsiiditendentsidega isiku probleemide formaalset, direktiivset või šabloonilist lahendamist.

Ülemaailmse Tervishoiuassamblee XXX istungjärgul märgiti: «Iga tervishoiuteenistuse efektiivsust saaks tunduvalt parandada, kui põhilised psühhoosotsiaalsed meetodid... oleksid iga tervishoiutöötaja teoreetilise väljaõppe ja praktilise tegevuse koostisosaks... Psüühilise tervise kaitse vilumuste ja teadmiste despetsialiseerumine ja laialdane levik on hädavajalik, kui me

tahame, et meditsiiniteenistus säilitaks või paljudel juhtudel taastaks oma põhilise humaanse olemuse.» (20). Meie tingimustes tähendaks see Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi käskkirja «Põhhoterapeutilise abi edasisest täiustamisest vabariigis» täitmist. Selles on meie riikliku arstiabi reserv, mille kasutamine pealegi ei nõua suuremaid materiaalseid kulutusi, küll aga arstlike hoiakute ja mõtlemisviisi korri-geerimist.

KIRJANDUS: 1. Fischer, H. In: Therapie der Gegenwart. Stuttgart, 1974, 8, 1368—1381. — 2. Kahn, H. Meditsiiniline toksikoloogia ja selle arenguprobleemid Eesti NSV-s. Tartu, 1985. — 3. Linné, I. Acta med. scand., 1974, 195, 521—525. — 4. Lõuk, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 5, 365—366. — 5. Moeschlin, S. Akute Vergiftungen. Zürich, 1980. — 6. Saarma, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 2, 140—143. — 7. Saarma, J. Meditsiini- ja psühholoogia. Tallinn, 1985. — 8. Sibul, U. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 5, 323—325. — 9. Weismann, M. M. Arch. Gen. Psychiatry, 1974, 30, 737—746. — 10. Агазаде Н. В. В сб.: Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Рига, 1985, 1, 437—439. — 11. Александровский Ю. А. В кн.: Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., 1976, 272. — 12. Амбрумова А. Т., Скибина Г. А. В сб.: Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Рига, 1985, 1, 55—58. — 13. Вайсанн Э., Хагlund Т. В сб.: Материалы IV Советско-Финляндского симпозиума по проблеме депрессий. М., 1982, 122—130. — 14. Вопросы нормирования труда персонала отделений для больных с острыми отравлениями. М., 1981. — 15. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л., 1981. — 16. Кибрик Н. Д. В сб.: Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Рига, 1985, 439—441. — 17. Лужников Е. А. Клиническая токсикология. М., 1982. — 18. Мехилане Л. С. В сб.: Актуальные проблемы психофармакологии. М., 1980, 55—65. — 19. Мехилане Л. С. В сб.: Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Рига, 1985, 1, 353—355. — 20. Хроника ВОЗ, 1977, 10, 530—531. — 21. Эльштейн Н. В. Обще-медицинские проблемы терапевтической практики. Таллин, 1983.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia,
anestesioloogia ja reanimatoloogia
kateeder

Tartu Vabariiklik Kliiniline
Psühhoneuroloogiahaigla
Tartu Kliiniline Haigla

UDK 616.346-002-08(474.2)

Ägeda ussripikupõletiku ravi Lääne-Eesti rajoonide keskhaiglates

Ants Haavel Aare Taul Hannes Haavel
Jaak Lepp Andres Sarjas · Kingissepa
Tõnu Talving
Toomas Vilosius · Haapsalu
Ants Turo · Hiiumaa

ussripikupõletik, hiline hospitaliseerimine, tüsistused, ravitaktika

Sissejuhatus ja töö eesmärk. Esimesest apendektoomiast on möödunud sada aastat. Tänapäev on see operatsioon urgentses kirurgias esikohal. Kahjuks aga on ussripikupõletiku diagnoosimise ja ravi käsitlemine võrreldes teiste kirurgiliste haiguste käsitlemisega tagaplaanile jäänud. Viimastel aastatel on meditsiini- ja kirurgilises ilmunud vähe publikatsioonide ussripikupõletiku diagnoosimise, ravi, tüsistuste ja letaalsuse kohta. Nõukogude Liidus tehakse aastas üle poolteise miljoni apendektoomia. See toob endaga kaasa palju töövõimetuspäevi ja voodikohtade koormatuse. Viieteist aastat vältel ei ole letaalsus apenditsiidi tõttu langenud, vaid on 0,16...2,5% piires püsima jäänud (2). Küllalt palju esineb operatsioonijärgseid tüsistusi. Ühelt poolt on põhjus see, et haigeid hospitaliseeritakse hilinenult. Teiselt poolt, et neid opereerivad ja ravivad peamiselt noored kirurgid, kellel on kogemusi veel vähevõitu.

Eeltoodut arvesse võttes analüüsisime Haapsalu, Hiiumaa ja Kingissepa rajooni keskhaigla kirurgiaosakondades ajavahemikul 1979...1983 ravil olnud 1088 ägeda ussripikupõletikuga haige ravi taktikat.

Uurimismaterjal. Aastail 1979...1983 viibis ägeda ussripikupõletiku tõttu ravil Haapsalu Rajooni Keskhaiglas 378, Hiiumaa Rajooni Keskhaiglas 116 ja Kingissepa Rajooni Keskhaiglas 594 haiget. Rohkem on hospitaliseeritud talvekuudel — 43,7% ning 1979. ja 1981. aastal — 43,6% haigetest. Erinevusi on kolme rajooni keskhaigla hospitaliseeritute arvus aastate järgi:

naised 534 (49%)		vanus		mehed 554 (51%)		kokku:
15-20	16	15-20	15	15-20	31	
21-30	66	21-30	70	21-30	136	25,18%
31-40	170	31-40	21	31-40	191	36,3%
41-50	77	41-50	41	41-50	118	21,5%
51-60	23	51-60	87	51-60	110	20,0%
61-70	1	61-70	112	61-70	113	21,2%
meeste ja naiste suhe		103 : 10				

Joonis 1. Ussripikupõletiku tõttu hospitaliseeritud jaotumus vanuse ja soo järgi.

Haapsalus hospitaliseeriti enam haigeid 1981. ja 1982. aastal — 51,8%, Hiiumaal 1979. ja 1981. aastal — 46,5% ning Kingissepas 1981. ja 1982. aastal — 50,9%.

Uhepalju oli kõigisse kolme rajooni keskhaiglasse ravile saadetu 1981. aastal.

Uurituist oli naisi 534 (49%) ja mehi 554 (51%) (vt. joonis 1). Haapsalu Rajooni Keskhaiglas oli hospitaliseeritud 204 meest (54%) ja 174 naist (46%), Hiiumaa Rajooni Keskhaiglas 46 naist (40%) ja 70 meest (60%), Kingissepa Rajooni Keskhaiglas aga 314 naist (53%) ja 280 meest (47%).

Opereerituist olid ülekaalus lapsed (31%): Kingissepas 36%, Hiiumaal 34% ja Haapsalus 23% hospitaliseerituist (vt. joonis 1). Täiskasvanud haigestunuist oli kõige enam 21...40-aastasi, paremas töövõimeas inimesi. Neid oli Hiiumaa Rajooni Keskhaiglasse ravile saadetuist 34%, Haapsalu Rajooni Keskhaiglasse 30% ja Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse 28%.

Meie poolt uurituist hospitaliseeriti iga kolmas 24 tundi pärast esmaste sümptomide ilmumist, hilinenult üldse 36% haigetest, nendest Hiiumaa Rajooni Keskhaiglas 32%, Haapsalu Rajooni Keskhaiglas 35% ja Kingissepa Rajooni Keskhaiglas 36%. Kuus tundi pärast esmaste sümptomide ilmnemist saabus Haapsalu Rajooni Keskhaiglasse 1%, Hiiumaa Rajooni Keskhaiglasse 12% ja Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse 14% ägedat ussripikupõletikku põdejaist. Hilinenult hospitaliseeritute arv on aastate jooksul üheks ja samaks jäänud. Et mainitud kolm rajooni keskhaiglat teenindavad nii linna- kui ka maaelanikke, nagu analüüs näitas, ei ole elukohal hospitaliseerimise aja suhtes tähtsust. Et valuvaigistid ja mõned muud ravimid on apteegis vabamüügil, võib nende omal käel kasutamine olla hilise hospitaliseerimise ja tüsistuste põhjuseks.

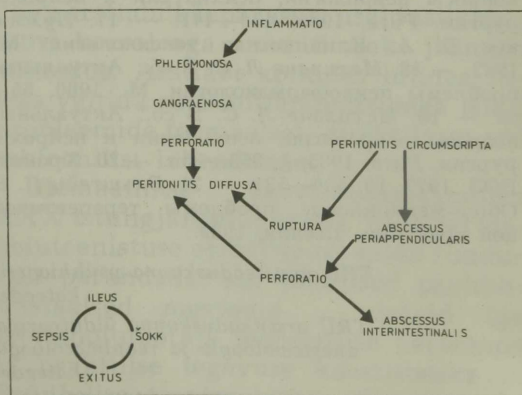
Esimese tunni jooksul pärast haiglasse saabumist opereeriti 224 (21%), esimese kahe tunni jooksul 406 (37%), 2...12 tunni jooksul 380 (34%), 12...

...24 tunni jooksul 62 haiget (6%), 24 tunni pärast või hiljem 16 haiget (2%). Hilja opereerituil tekkis raskusi diagnoosi määramisel ja ravitaktika valikul. Kaks tundi pärast hospitaliseerimist on Hiiumaa Rajooni Keskhaiglas opereeritud 85%, Kingissepa Rajooni Keskhaiglas 54% ja Haapsalu Rajooni Keskhaiglas 58% haigetest. Kaksikümment neli tundi või hiljem vastavalt üks, üksteist ja neli haiget.

1088 hospitaliseeritud oli ägeda ussripikupõletiku diagnoos väär 63-l (6%), operatsioonil selgus, et tegemist oli hoopis mesadeniidi või günekoloogilise haigusega või ussripiku histoloogiline uuring kliinilist diagnoosi ei kinnitanud.

Hiline hospitaliseerimine toob endaga kaasa tüsistusi, põhjustab letaalsust (vt. joonis 2). Meie poolt opereerituist esines destruktivset ussripikupõletikku 235-l (25%), nendest ussripiku perforatsiooni koos väljakujunenud peritoniidiga 116 haigel (12%) (vt. joonis 3). Haapsalu Rajooni Keskhaiglasse ravile saadetuist esines destruktivset põletikku 31%-l, Hiiumaa Rajooni Keskhaiglasse 21%-l ja Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse ravile saadetuist 29%-l.

Pärast operatsiooni tekkis tüsistusi meie poolt opereerituist 150-l (14%). 14 haigel (1,3%) oli sooltevaheline abstsess, kuuel (0,5%) operatsioonijärgne difuusne peritoniit, 129-l (12%) operatsioonihaava mädanik, ühel haigel tekkis pärast operatsiooni põrnarebend.



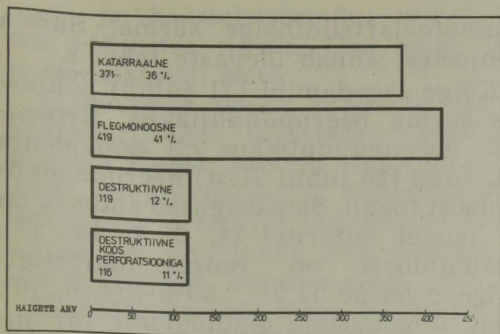
Joonis 2. Hilisest hospitaliseerimisest põhjustatud tüsistuste väljakujunemine.

UDK 616.773-036.8

Reumatoidartriidihaigete surma põhjused

Artemi Vapra · Leo Pokk · Tartu

reumatoidartriit, surma põhjused, surma põhjused tingituna kaasnevatest haigustest, põhihaigusest, kortikosteroidravi tüsistustest



Joonis 3. Ussripikupõletik morfoloogilise leiu järgi.

Kahtlemata on tüsistusi rohkem. Enamik haigeid lubati haiglast koju 5...6. operatsioonijärgsel päeval, edasi raviti neid polikliinikus. Meil aga puuduvad andmed selle kohta, kui paljudel tekkis tüsistusi hiljem, ambulatoorsel ravil oleku ajal. Kirjanduse andmeil on haavanakkusi 12...24%-l, ussripiku destruktiivse perforatsiooni korral isegi 45...69%-l (1). Meie poolt opereeritud suri üks.

Ussripikupõletiku diagnoosimine ja ravi on aktuaalne kirurgiaprobleem. Peamine on, et haiged hospitaliseeritaks varakult. Et seda tagada, tuleb täiendada kiirabis ja jaoskonnas töötavate velskrite ning arstide teadmisi erakorralises kirurgias. Sanitaarharidustöös selgitatagu senisest enam iseravimise ja ravimite liigtarvitamise ohtlikkust. Ravitaktika seisukohalt soovitame ägeda ussripikupõletiku korral opereerida üldnarkoosis.

K. Mõškini ja T. Dubošina (2) andmeil tekib lokaalanesteesias opereerituil tüsistusi enam kui üldnarkoosis opereerituil. Väljakujunenud peritoniidi korral eelistame alumist keskloiget.

KIRJANDUS: 1. Salo, J., Silvennoinen, E., Hulkko, A. a. o. Ann. Chir. Gynaecol., 1981, 701, 187—190.

2. Мышкин К. И., Дубошина Т. Б. Хирургия, 1985, 2, 50—53.

Kingissepa Rajooni Kesksaigla
Haapsalu Rajooni Kesksaigla
Hiiumaa Rajooni Kesksaigla

Kroonilistest liigesehaigustest on üks raskemaid ja levinumaid reumatoidartriit, mis on püsiva ja süveneva kuluga ning mis peale liigeste võib kahjustada ka siseelundeid. Ravi on kauakestev.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Ajavahemikul 1943...1985 on Tartu Kliinilise Haigla prosektooris lahatud 157 reumatoidartriidi tõttu surnut, mis moodustab 0,65% selle ajavahemiku lahangujuhtudest üldse; W. Püscheli (8) andmeil aga 0,4%. Surma põhjusi analüüsiti kliinilis-morfoloogilisest aspektist.

Uurimistulemused. Surnuist oli 109 naist ja 48 meest 7...84 aasta vanuses. Noorelt surnuid (44. eluaastani) oli 16, kusjuures peamine surma põhjus oli neerude amüloidoos. Keskeas (45...59. eluaasta vahel) suri 43, eakas vanuses (60...74) 69 ning vanurieas (75...89) 29 inimest. Nende keskmine vanus, kellel põhjustasid surma kaasnevad haigused, oli 63 aastat, kusjuures naistel 64, meestel 62 aastat. Põhihaiguse vistseraalsete tüsistuste või kortikosteroidravi tüsistuste tõttu surnute keskmine vanus oli 49 aastat. Reumatoidartriiti surnute keskmine vanus oli W. H. Kammereri ja M. Riveli (5) andmeil 63 aastat, W. Püscheli (8) andmeil aga 65 aastat.

103 reumatoidartriiti põdejat olid surnud mitmesuguste kaasnevate haiguste tõttu, kliinilis-morfoloogilise uurimise järgi olid need vahetuteks surma põhjusteks. Tabelist 1 selgub, et kaasnevatest haigustest olid surma põhjustanud esmajoones südame- ja veresoonte haigused, kasvavad ning kopsuhaigused.

54 haige puhul oli kliinilistel ja lahangu andmetel surma põhjustanud

Tabel 1. Kaasnevatest haigustest tingitud surma põhjused

Surma põhjused	Haigete arv
Südame- ja veresoonte haigused (südame isheemiatõbi, hüpertooniatõbi, allaäge septiline endokardiit)	55
Pahaloomulised kasvaja	14
Kopsuhaigused (kopsupõletik, kopsutuberkuloos)	13
Seedetraktihaigused (äge apenditsiit, äge pankreatiit, peritoniit)	9
Neerude ja kuseteede haigused (neerukivitõbi, püelonefroos, eesnäärmeadenoom, püelonefriit)	8
Verehaigused	4
Kokku	103

Tabel 2. Reumatoidartriidihaigete surma põhjused

Surma põhjused	Haigete arv
Ureemia:	31
neerude amüloidoosi foonil	26
kroonilise reumatoidse neerupõletiku foonil	5
Südame- ja veresoonte puudulikkus	5
Fibrinoos-hemorraagiline perikardiit	2
Generaliseerunud vaskuliit	3
Verevalum ja ajuinfarkt reumatoidse vaskuliidi tõttu	3
Kortikosteroidpreparaatide kasutamisel tekkinud tüsistused:	10
sepsis ja mädanik	7
steroiddiabeet	1
verejooks mao ja kaksteistsõrmiku steroidhaavandist	2
Kokku	54

põhihaigus. Nendel juhtudel oli surma põhjuseks reumatoidartriidi korral siseelundite kahjustus või kortikosteroidravi tüsistused. Haigestunuist oli 39 naist ja 15 meest. Haiguse kulg oli 32 juhul kiirelt progresseeruv, 22 juhul aeglaselt progresseeruv. Haigestunute keskmine vanus oli 46 aastat. Histoloogilisel uurimisel leiti morfoloogilisi muutusi, mis on iseloomulikud reumatoidartriidihaigetele (1, 2, 3, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17). Patomorfoloogilised muutused elundis või elundüsteemis olid igal üksikjuhul juhtivad ning tingisid

reumatoidartriidihaigete surma. Surma põhjustest annab ülevaate tabel 2.

Kõige sagedamini (31 juhul) põhjustas surma neerupuudulikkus. Krooniline neerupuudulikkus oli esmajoones tekkinud (26 juhul 31-st) neerude amüloidoosi foonil. Samasugused andmed on ka teistel autoritel (4, 6, 7, 10, 17). Amüloidoosi on reumatoidartriidihaigetest leitud 11,2... 50%-l (4, 6, 10). Meie täheldasime amüloidoosi 157 juhust 26-l (17%).

Viis haiget suri kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse tõttu. Nendel, kes reumatoidartriiti olid põdenud 10... 20 aastat, sedastati müokardi veresoontes morfoloogilisi muutusi. Ülekaalus olid seejuures veresoonte skleroosi ja hüalinoosi nähud koos veresoonte tunduva kitsenemisega kuni umbumiseni. Neil esinesid ka perivaskulaarne ja koldeline kardioskleroos. Veresoonte hüaliniseerumisega üheaegselt täheldati ka fibrinoidset paisumust ja fibrinoidset nekroosi veresoontes koos verevalumitega.

Kaks haiget suri fibrinoos-hemorraagilise perikardiidi tõttu. Perikardiidi teket reumatoidartriidihaigetel on kirjeldanud mitmed autorid (1, 2, 11, 16).

Generaliseerunud vaskuliidi tõttu suri kolm haiget. Nendel täheldati rohkesti täppverevalumeid. Kopsude, neerude või muude siseelundite veresoontes leiti histoloogilisel uurimisel fibrinoidseid muutusi, lisaks neile oli veresoonte valendiku tromboos ja rohkesti verevalumeid.

Tähelepanu äratasid kolm ajuveresoonte vaskuliidi tõttu surnut, neil olid olnud ajuvereringe tugevad häired. Histoloogilisel uurimisel leiti ajuveresoonte vaskuliit, kusjuures veresoonte seinte fibrinoidsed muutused olid produktiivse vaskuliidina. Ajuvereringe häirete teket ajuveresoonte vaskuliidi tagajärjel on kirjeldanud M. Astapenko koos kaasautoritega 1969. aastal (12).

Erilist huvi pakuvad kortikosteroidpreparaatide toimel tekkinud tüsistused. Steroidhaavandid arenesid ravi ajal neljal haigel, kes kortikosteroidide olid raviks kasutanud kaua. Kahel tekkis

mao- ja kaksteistsõrmiku verejooks, mis põhjustas surma. Üks haige suri steroiddiabeedi tõttu.

Tüsistusena tekkis mädanik pärast hüdrokortisooni liigesesse süstimist seitsmel haigel, mis oli tingitud süstimisel aseptikanõuetest üleastumisest. Haiged surid sepsise tagajärjel. Neljal haigel, kes olid pikka aega tarvitanud kortikosteroide, kujunes välja difuusne luukoe hõrenemine, mille tõttu tekkisid luumurrud. Neid juhte on varem kirjeldanud H. Kanter ja allakirjutanu (13).

Kokkuvõte. Nagu eeltoodust selgub, oli ühe kolmandiku reumatoidartriidihaigete surma põhjuseks põhihaigus, nimelt siseelundite kahjustused, kusjuures esikohal oli neerude amüloidoos. See areneb raske kuluga reumatoidartriiti põdejail ning on oluline haiguse prognoosi hindamisel. Et õigel ajal alustada ravi neerude amüloidoosi ärahoidmiseks, peavad raviarstid eriti jälgima neerude seisundit.

KIRJANDUS: 1. *Bonfiglio, T., Atwater, E.* Arch. intern. Med., 1972, 124, 714—719. — 2. *Buccirelli, E., Bolis, G.* Lav. Ist. Anat. Istol. Patol. Perugia, 1972, 32, 13—26. — 3. *Hajzok, O., Tomik, F., Hajzkova, M. Z.* Rheumatol., 1976, 4, 355—362. — 4. *Isomäki, H., Mutru, O., Koota, K.* Scand. J. Rheumatol., 1975, 4, 205—208. — 5. *Kammerer, W. H., Rivelis, M.* Abstracts XII International Congress of Rheumatology. Kyoto, 1973, 181—182. — 6. *Lender, M., Wolf, E.* Scand. J. Rheumatol., 1972, 1/3, 109—112. — 7. *Machazek, F., Wolf, E. Z.* Rheumatol., 1974, 33, 267—272. — 8. *Püschel, W.* Dtsch. Ges. wesen, 1972, 27, 754—756. — 9. *Reimer, A. K., Rodgers, R. E., Oyasu, R. J.* Am. Med. Ass., 1976, 235, 2510—2512. — 10. *Tausch, G., Siegemeth, W., Eberl, R.* Wien. klin. Wochenschr., 1975, 87, 521—524. — 11. *Vroniks, Ph., Gats, A.* Goslings, I. Rev. Rhum. Mal. osteoartic., 1972, 39, 351—357.

12. *Астапенко М. Г., Кончакова М. И., Дульгин Б. А. и др.* Вопр. ревмат., 1969, 1, 45—59. — 13. *Вапра А. Н., Кантер А. А.* Вопр. ревмат., 1967, 3, 80—82. — 14. *Горбачев Б. П.* Арх. патол. (Москва), 1974, 2, 25—28. — 15. *Копьева Г. Н.* Арх. патол. (Москва), 1973, 3, 56—59. — 16. *Копьева Г. Н.* Кардиология, 1976, 11, 37—41. — 17. *Струков А. И., Багларян А. Г.* Патологическая анатомия и патогенез коллагеновых болезней. М., 1963.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder

TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateeder

Ülevaated

UDK 612.129:547.262(047)

Verealkoholi kontsentratsiooni mõjutamine

Elmar Karu · Tartu

alkoholi kineetika, aminohapped, estrid, alkoholi parenteraalne manustamine

Alkoholi kineetika seaduspärasusi uuritakse juba teist sajandit, kuid sellele vaatamata ei ole veel ühtsetele seisukohtadele jõutud. Selgusele ei ole jõutud ka toitainete mõjus alkoholi imendumisele ega mõjus verealkoholi kontsentratsiooni vähenemise tekkemehhanismile.

Esimestena sedastasid W. Völtz, A. Baudrexel ja W. Dietrich (6), et alkoholi pruukimisel koos rikkaliku lihahatoidu söömisega eritub alkoholist uriiniga 7,8 ja väljahingatava õhuga 2,6 korda vähem kui joomisel tühja kõhuga. Sellesse selguse toomiseks järgnesid H. W. Southgate'i (5) ja E. M. P. Widmarki (7, 8, 9, 10) tööd, mille varal selgitati, et ühed toitained ainult aeglustavad alkoholi imendumist, teised aga põhjustavad osa alkoholi kiire kadumise organismist.

Viimast küsimust uuris üksikasjalikult E. M. P. Widmark (10), nimetades seda toitainete spetsiifiliseks efektiks. Venekeelses kirjanduses on kasutusel termin «безвозвратный дефицит алкоголя» (11). E. M. P. Widmark tõestas, et alkoholi imendumist aeglustavad rasvad, arahhiseõli, leib, sai, tselluloos, söestatud veri, glükoos, tärklis, keedu-

sool, söögisooda, nõrk soolhappelahus, kusiin, vesi, kuid need ained ei põhjusta toitainete spetsiifilist efekti. Seevastu kutsusid toitainete tugeva spetsiifilise efekti regulaarselt esile valgurikkad toiduained, nagu liha, kala, munad. Seda seostas teadlane seedetraktis vabanevate aminohapete toimega. Puhtal kujul manustatud aminohapetest glükokool,alaniin, leutsiin, türosiin, asparagiin andsid regulaarselt tugeva toitainete spetsiifilise efekti. Seda põhjustasid ka sidrunhape, õunhape, kõrgmolekulaarsed rasvhapped, kuid seda ei õnnestunud sedastada igas katses.

Nendest andmetest lähtudes seostas E. M. P. Widmark toitainete spetsiifilise efekti kiiret tekkimist sellega, et alkoholi imendumise faasis seedetraktis vabanevad aminohapped ja alkohol ühinevad sooleseinas vastavateks estriteks. Nende imendumist ja toimet organismisse pidas ta erinevaks puhta alkoholi toimest. Toitainete spetsiifilise efekti teket ei pea E. M. P. Widmark (10) võimalikuks seostada alkoholi kiire lammutamisega seedetraktis, alkoholi muutunud jaotumisega organismis toitainete mõjul ega ka aminohapetest indutseeritud alkoholi kiirenenud oksüdeerumisega süsihappegaasiks ja veeks.

E. M. P. Widmarki seisukoht jäi kuni viimase ajani püsima. W. Schwagmeyer (4), uurinud toitainete spetsiifilise efekti tekkemehhanismi, jõudis selle seletamisel E. M. P. Widmarkiga ühisele seisukohale. Ka Flemingil ega Reynoldsil (1), kes katsetes olid viinud alkoholi veeni ja kasutanud valku, piima, koort, oliiviõli, magneesiumsulfaadilahust, keedusoolalahust, ka insuliini, adrenaaliini, kofeiini, CO₂ ja O₂, ei õnnestunud ühelgi juhul saada toitainete spetsiifilist efekti.

Alles V. Schmidt ja M. Oehmichen (2) tõestasid katsete varal, et E. M. P. Widmarki seisukoht toitainete spetsiifilise efekti tekkemehhanismi kohta vajab ümberhindamist, sest efekt tekib ka alkoholi parenteraalsel manustamisel, kui on välditud alkoholi kokkupuude vabanevate aminohapetega seedetraktis.

Katse toimus järgmiselt. Uuritavale, kes oli lamavas asendis, viidi infusioonipumba abil paremasse kubitaalveeni asetatud kanüüli kaudu 32 g 6,4%-list alkohollahust. Manustamine kestis 60 minutit, saavutati verealkoholi kontsentratsioon 0,58⁰/₀₀... 0,66⁰/₀₀ piires. Seejärel infundeeriti lisaks individuaalne alkoholi hulk ja hoiti verealkoholi kontsentratsioon kahe tunni jooksul ühtlane. Samal ajal kontrolliti alkoomeetri abil alkoholisaldust väljahingatavas õhus. Pärast seda alkoholi manustamine lõpetati. Vereproovid võeti vasakusse kubitaalveeni asetatud kanüüli kaudu pooletunniste vaheaegade järel. Vastuse saamiseks selle kohta, kas toitainete spetsiifilist efekti esineb ja missuguste toitainetega see seostub, anti uuritavale kas rasva- ja valgurikas või süsivesikuterikas eine. Alkoholi imendumise faasis söi uuritav selle 30... 60 minuti, imendumisfaasi järgsel perioodil 240... 270 minuti vahel katse algusest arvates.

Nelja isikuga tehtud põhikatsetes tekkis mõlema eine korral toitainete spetsiifiline efekt ja kadunuks jäi umbes 25% sisseviidud alkoholist. Ühel uuritaval, kes toidujääkide seedetraktist eemaldamiseks oli enne katseid 48 tundi söömata olnud ja saanud lahtisteid, oli mõlema eine korral nivoo 0,10⁰/₀₀ madalam ja alkoholi kontsentratsioon 25% vähenenud.

Kahel isikul tehti analoogne katseeria 112 g alkoholi infundeerimisega. 150. minutiks katse algusest arvates saavutati nivoo umbes 1,3⁰/₀₀, alkoholi kontsentratsiooni vähenemine moodustas 22,4% ja vähe oli suurenenud beeta-60 väärtus.

Sama katsetoodikat kasutades said V. Schmidt ja M. Oehmichen (3) nii ülekaalulistel kui ka alakaalulistel (Geigy 1968. a. tabelitest lähtudes) identse alkoholi kontsentratsiooni vähenemise.

V. Schmidt ja M. Oehmicheni töodes on materjali analüüs tehtud E. M. P. Widmarki seisukohtadega mittekattuvaist alustest lähtudes, mis ei võimalda selgitada kõiki küsimusi (2, 8, 9, 10). Kasutatud rasva- ja valgu- ning süsive-

UDK 613.81:340.6

sikuterikkad dieedid on oma koostiselt analoogsed, millele organism reageerib ühesuguselt. Seetõttu ei võimalda eined, mida need autorid kasutasid, eristada süsivesikute toimet rasvade toimest alkoholi imendumisse. Katsed tõestavad aga vaieldamatult verealkoholi hulga vähenemist, s. o. toitainete spetsiifilise efekti teket alkoholi parenteraalsel manustamisel. Seega on ümber lükatud E. M. P. Widmarki seisukoht valgu- toitudest vabanevate aminohapete ja alkoholi keemilise ühinemise ja sellel teel seedetraktis või soole limaskestas estrite tekkimise kohta.

Kokku võttes tuleb tõenäoliseks pida V. Schmidti ja M. Oehmicheni seisukohta, mille järgi toitainete spetsiifilise efekti ehk verealkoholi kontsentratsiooni vähenemist põhjustab maksa ensüümisüsteemide aktiveerumine.

V. Schmidti ja M. Oehmicheni töödega on alanud uus, tunduvalt keerukam alkoholi kineetika uurimise ajajärk. Uutel alustel läbitöötamist vajavad kõik probleemid, mida E. M. P. Widmark omal ajal suure järjekindlusega on selgitanud, kuid on päevakorrale kerkinud ka mitmeid uusi probleeme.

KIRJANDUS: 1. *Fleming, Reynolds*, tsit. *Elbel, H.* Die wissenschaftlichen Grundlagen der Beurteilung von Blutalkoholbefunden. Leipzig, 1937. — 2. *Schmidt, V., Oehmichen, M.* Blutalkohol, 1984, 21, 5, 403—421. — 3. *Schmidt, V., Oehmichen, M.* Blutalkohol, 1985, 22, 3, 224—232. — 4. *Schwagmeyer, W.* Arch. exp. Pathol., 1937, 185, 102—112. — 5. *Southgate, H. W.* Tsit. 10 järgi. — 6. *Völtz, W., Baudrexel, A., Dietrich, W.* Pflügers Arch. ges. Physiol., 1912, 145, 210—228. — 7. *Widmark, E. M. P.* Die theoretischen Grundlagen und die praktische Verwendbarkeit der gerichtlich-medizinischen Alkoholbestimmung. Berlin — Wien, 1932. — 8. *Widmark, E. M. P.* Biochem. Z., 1933, 267, 135—142. — 9. *Widmark, E. M. P.* Biochem. Z., 1933, 267, 135—142. — 10. *Widmark, E. M. P.* Biochem. Z., 1934, 270, 297—308.

11. *Балякин В. А.* Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения. М., 1962.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

Alkoholjoobe kohtupsühhiaatriline ekspertiis (ENSV KrK § 12 järgi käsitletavad alkoholjoobed)

Heiti Kadastik Vaino Vahing · Tartu

alkoholjoove, kohtupsühhiaatriline ekspertiis, joobeseisundi hindamine, patoloogiline joove, lihtsa alkoholjoobe variandid

Isikuid, kes on toime pannud ühiskonnaohtliku teo süüdimatusseisundis, käsitleb ENSV KrK § 11 lg. 1 järgmiselt: «Kriminaalvastutusele ei kuulu isik, kes ühiskonnaohtliku teo toimepanemise ajal oli süüdimatusseisundis, s. t. ei olnud võimeline endale oma teost aru andma või seda juhtima kroonilise vaimuhaiguse, vaimutegevuse ajutise rikke, nõrgamõistuslikkuse või muu haigusliku seisundi tõttu. Sellise isiku suhtes võib kohtu määramisel kohaldada käesoleva koodeksi §-s 59 lg. 1 ettenähtud meditsiinilise iseloomuga sunnivahendeid.».

Vaimutegevuse ajutine rike on hoo- gudena, sageli ägeda atakina esinev, kuid enamasti kiiresti mööduv, hea prognoosiga sügav psüühikahäire. Näiteks akuutne reaktiivne psühhoos, patoloogiline joove, patoloogiline afekt, deliirium nii alkoholismihaigel kui ka palavikuga kulgeva nakkushaiguse puhul. Tavaliselt on neid häireid esile kutsunud välistegurid (4, 7).

Lihtne joove, kui seda hinnata puhtmeditsiinilisest aspektist, on kõrvalekaldumine normaalsest psüühilisest seisundist. Raske joobe korral on psüühikahäired nii sügavad, et isik ei ole võimeline oma tegevusest endale täiel määral aru andma ega seda juhtima. Sellises seisundis esineb küllalt sageli impulsiivseid akte, tühistel põhjustel vallanduvaid tormilisi reaktsioone ja pidurdamatuid afekte (7). Seega võiks taolist seisundit hinnata kui vaimutegevuse ajutist riket. Võib isegi tekkida

küsimus isiku süüdimatusseisundist, sest formaalselt on ju olemas süüdimatusseisundi nii meditsiiniline kui ka juriidiline kriteerium. Et vältida joobeseisundi hindamisel kaksipidi tõlgendusi, on «ENSV kriminaalkoodeksisse» sisse viidud § 12, mis sätestab vastutuse joobeseisundis toimepandud kuriteo eest järgmiselt: «Isik, kes pani kuriteo toime joobeseisundis, ei vabane kriminaalvastutusest.». Põhjus, miks seadus nii kategooriliselt välistab süüdimatuse, on see, et joobeseisund ei ole mingil määral samastatav haigusega, mida ei saaks vältida, sest inimene kutsub selle seisundi ise teadlikult ja tahtlikult esile. Inimene teab juba ette, milline seisund tal alkoholi või mõne muu, tema jaoks mõnuaine tarvitamisel tekib, ja just seda soovides mürgitabki ta ennast. Seega ei saa lihtsa joobe korral kõnelda süüdimatusseisundi meditsiinilisest kriteeriumist, haigusest (4, 7). ENSV KrK § 38 lg. 10 sätestab kuriteo toimepanemise joobeseisundis kui vastutust raskendava asjaolu.

Koodeksi kommentaarides mainitakse, et § 12 ei tühistaks ENSV KrK § 11 sätteid. Kui isik pani ühiskonnaohtliku teo toime mingist psüühikahäirest tingitud süüdimatusseisundis, ei kuulu ta kriminaalvastutusele ka sel juhul, kui ta oli joonud. Süüdivusseisund on välistatud ka patoloogilise joobe puhul. Selle all mõeldakse alkoholi (nii väikese kui ka suure annuse) tarvitamisel harva esinevat lühiaegset, mõne minuti kuni paar tundi kestvat psüühootilist seisundit. Psühhopatoloogiliselt avaldub patoloogiline joove eelkõige teadvuse sügava häirena hämaroleku kujul. Kaasnevad sellised afektiivsed häired nagu ärevus, hirm, raev, viha. Võivad esineda luul ja hallutsinatsioonid. Haige käitumises võib eristada põhiliselt kahte tendentsi: kaitse ründega ja vägivaldne hävitav-purustav tegevus. Käitumises esineb stereotüüpia kõnelis-motoorses sfääris — automatismid. Joobnu väline käitumine muutub järsult: kaovad koordineerimishäired ja joobnu jätab sageli kaine inimese mulje. Patoloogilises joobes isik võib sooritada vägagi keerulisi

liigutusi. See joove lõpeb sageli sügava unega ka selleks sobimatutes kohtades või siis tekib kehaline kurnatus. Pooltel patoloogilises joobes olnud isikutel on juhtunu kohta täielik amneesia, ülejäänutel osaline amneesia. Patoloogilise joobe teket võivad soodustada psühhopaatia, oligofreenia, orgaaniline ajukahjustus, pikaajaline magamatus, psüühiline ja kehaline kurnatus, mitmesugused psühhogeensed tegurid, afektiivsed häired düsfooria kujul.

Eristatakse kahte patoloogilise joobe varianti. Esiteks, **epileptoidset** joovet teadvuse hämaroleku, hirmu, agressiivsuse ja rahutusega. Teiseks, **paranoidset** varianti hallutsinatsioonide, luulu, hirmu ja agressiivsusega (1, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26).

Kohtupsühhiaatria praktika on näidanud, et uurimisorganid suunavad ekspertiisi enamiku lihtsas alkoholjoobes kuriteo toimepannud süüdistatavaid. Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla kohtupsühhiaatriakabineti kahe viimase aasta andmeil on süüdistatavatest teo toimepanekul olnud alkoholjoobes 1984. aastal 40% ja 1985. aastal 30%. Viimase viie aasta jooksul on patoloogiline joove diagnoositud vaid ühel korral. Ajavahemikul 1953... 1957 oli kõigist statsionaarsetele ekspertiisile suunatuist patoloogilist joovet kahtlustatud 32,4%-l, ekspertiis oli selle tuvastanud vaid kahel (2).

Sellele vaatamata on joobes kuriteo toimepannud isiku psüühilise seisundi, ka süüdivuse hindamine kohtupsühhiaatria ekspertiisis küllalt komplitseeritud. Siin võib eksida joobe kliinilise pildi tõlgendamisel ja lihtsa joobe variantide ebaõigel hindamisel (3, 13, 14, 16, 18, 24, 26).

Lihtsa joobe raskemad variandid on kliiniliselt pildilt teataval määral sarnased epileptoidse ja paranoidse patoloogilise joobe variandiga. Seepärast on otstarbekas lihtsa joobe variantidest, mis tekitavad raskusi diferentsiaal-diagnoosimisel, esmalt käsitleda pseudoepileptoidset ja pseudoparanoidset lihtsat joovet (10, 11, 13, 16, 18, 21, 22, 23).

Lihtsa joobe pseudoepileptoidsele variandile on omane, et teadvuse hägumemise foonil tekib osaline desorientatsioon kohas ja reaalses olukorras. Tõlgendades ümbritsevate isikute tegevust vaenulikult, võivad joobnud mingist tühisest põhjusest tekkida brutaalsed afektiivsed puhangud, mis kiiresti lähedavad üle motoorseks erutuseks/rahutuseks ja mis võivad lõppeda agressiivse teoga. Taoline esimene agressiivne käitumine on põhiliselt valikuline, s. t. suunatud isikute vastu, kellega joobnud on tekkinud reaalne konflikt. Psühhomotoorse rahutuse süvenemise korral kandub agressioon kõigile, kes tema lähedusse satuvad. Erutuse kõrgpunktis joobe füüsilised tunnused vähenevad, liigutused muutuvad täpsemaks, sõnalised väljendused stereotüüpsemaks, esinevad automatismid nii mootorikas kui ka kõnes, mis nagu viitaksid patoloogilisele joobele. Sügav kliiniline analüüs aga näitab, et need motoorsed aktid ja kõneline väljendus on seoses joobe algperioodi situatsiooniga, eelnevate solvangute ja kahtlustega. Oluline on ka see, et kõnelis-motoorne rahutus ja sellest tingitud agressiivne käitumine on kõikuvat laadi ja oleneb eelkõige ümbritsejate provotseerivast hoiakust joobnu käitumise suhtes. Diferentsiaal-diagnostiliselt peab arvestama ka nende isikute joobe atüüpilisust, kellel esineb peaaegu orgaaniline kahjustus (9, 10, 18, 19, 24, 25, 26). Viimase kui «patoloogilise pinnase» arvestamisega ei tohi liialdada, sest see võib ekslikult viia patoloogilise joobe kriteeriumidega liialdamisele (13, 18, 19, 24, 25, 26). Välismaises kirjanduses on selline tendents püsinud senini (1).

Lihtsa joobe pseudoparanoitse variandi puhul reageerib joobnu afektiivse ja motoorse rahutuse kõrgpunktis reaalsele ümbrusele ning situatsioonile ebaadekvaatselt. Ta hüüab üksikuid sõnu või fraase, mille sisu väljendab olukorra pingelisust või ohtlikkust joobnule: «fašistid», «spioonid», «sõda», «olete ümber piiratud», «peida mind» jm. Sellised vestlused iseendaga ja nagu pöördumised kellegi poole kaebuste või

ähvardustega ongi andnud põhjendamatu ajendi pidada neid hallutsinatsioonideks või luululisteks elamusteks. Sügavamal analüüsil aga ilmneb, et need hüüded peegeldavad siiski reaalselt olukorda või joobnu kutsealast tegevust. Mõningatel juhtudel, kui psühhomotoorne rahutus süveneb, kaovad koordinaatsiooni- ja kõnehäired täielikult ning joobnu võib korda saata ka motiveerimataid agressiivseid tegusid. Sellistel juhtudel on seisundit patoloogilisest joobest juba raskem eristada. Mõned autorid on pseudoparanoitse lihtsat joovet täheldanud just III staadiumi alkoholismihäigetel. Nende käitumine meenutab ju hallutsinatsioonide ja paranoilisusega kulgevat seisundit. Autorid on toonitanud, et neil seisundeil on ainult väliselt formaalne sarnasus tõeliste psühhootiliste sündroomidega (16).

Et eristada lihtsat joovet patoloogilisest, on otstarbekas meeles pidada veel kolme asjaolu. Esiteks, lihtsa joobe puhul esineb teadvuse hägumemine, mitte hämarolek. Teiseks, situatsioonilis-afektiivne, mitte luululine käitumine. Kolmandaks, afektiivne sensitiivne ümbruse taju ja vastav käitumine, mitte aga hallutsinatsioonidest tingitud tegevuse motivatsioon (16).

Võib eristada ka diagnoosimisel vähem raskusi pakkuvaid lihtsa joobe variante (8, 18).

1. **Eksplosiivne variant.** Eufooria on vähe ilmeka ja sageli vaheldub tühisest asjadest tingitud rahulolematusega. Esinevad suurenenud ärrituvus, labiilsus ja vihastumine, kergesti vallanduvad agressiivsushood, purustamine. Sellised tundeuhangud on lühiajalised, vahelduvad suhtelise rahunemisega. Joobe kestel aga võivad nad erineval viisil korduda.

2. **Düsfooriline variant.** Ülekaalus on püsiv pingeseisund, millega kaasnevad rahulolematuse, ebasõbralikkus ja pahurus. Pahatahtlik hoiak kandub üle kogu nähtavale ja kuuldavale ümbrusele. Joobnu muutub teistele tüütuks, otsib põhjusi tülik. Selline sümptomaatika võib püsida mitu päeva pärast joovet.

3. **Hüsteeriline variant.** Isik käitub sel juhul alati suunitletult, nagu vaatajaskonna ees. Kõne kaldub fraasidesse, deklamatsioonidesse. Käitumuslik-motoorsed aktid on teatraalsed. Mõnel vallanduvad ka primitiivsed motoorikahäired, nagu astaasia-abaasia, hüsteerilised krambid. Võivad ilmned ka puerilismi ja pseudodementsuse sümptomid. Sageli tekitab nad kergeid enesevigastusi, teevad demonstratiivseid enesetapukatseid. Sellist käitumist täheldatakse kogu jooberioodil.

4. **Depressiivne variant.** Algetapil esinev eufooria kaob kiiresti või puudub hoopis. Meeleolu on rõhutatud, sünge ja ärev, esinevad lootusetus ning suur mure. Selle taustal enesehaletsus, alaväärsustunne, enesesüüdistus ja pisarad. Sagedad on enesetapumõtted, -katsed, mis on tõsised.

5. **Impulsiivne variant.** Ülekaalus on seksuaalperverssed teod: homoseksuaalsed aktid, ekshibitsionism jm., harva kas püromaaniaks või kleptomaaniaks peetavad teod.

6. **Maniakaalne variant.** Esineb kõrgeenenud meeleolu hoolimatuse ja kriitikalagedusega. Kõnes kohatud ütlused teiste kohta, kohatud, labased naljad ja naer, suurustlemine, oma võimete ja võimaluste ülehindamine.

Lihtsa alkoholjoobe variandid on küllalt isikupärased, kordudes samal isikul alkoholi pruukimisel enam-vähem ühetüübiliselt. Ei ole võimalik joobes tavaliselt agressiivseks muutuvat isikut mingite ravimitega muuta sõbralikuks, depressiooni kaldujat rõõmsameelseks. Ennast või ümbrust ohustava käitumise vältimiseks on seetõttu ainuke võimalus, et sellised isikud peaksid absoluutset karskust. On tarvis, et kõikvõimalikke joobevariante tunneks iga arst, sest meil kehtiva korra kohaselt peaks neist igaüks olema võimeline tegema näiteks liiklusvahendi juhtidele joobeekspertiisi.

KIRJANDUS: 1. Anton, A. Die klinische und forensisch-psychiatrische Beurteilung pathologischer Rauschzustände. Halle, 1958. — 2. Kadas-tik, H. Nõukogude Õigus, 1983, 6, 415—419. —

3. Langelüddke, A., Bresser, P. H. Gerichtliche Psychiatrie. Berlin, 1976. — 4. Saarma, J. Kohtupsühhaatria. Tallinn, 1970. — 5. Saarma, J. Psühhaatriline nosoloogia. Tartu, 1978. — 6. Saarma, J. Kliiniline psühhaatria. Tallinn, 1980. — 7. Saarma, J., Vahing, V. Kohtupsühhaatria ekspertiis. Tartu, 1980. — 8. Väre, H. Alkoholiism ja narkomaaniad. Tartu, 1979.

9. Бельская Г. М., Алферов И. П., Гушанский Э. Л. и др. В сб.: Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1974, 135—137. — 10. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения (методические рекомендации). М., 1979. — 11. Калашник Я. М. В кн.: Судебная психиатрия. М., 1961, 277—283. — 12. Калашник Я. М. В сб.: Проблемы судебной психиатрии. М., 1962, 25—32. — 13. Качаев А. К. В сб.: Проблемы судебной психиатрии (патологическое опьянение). М., 1967, 77—93. — 14. Качаев А. К. В кн.: Руководство по судебной психиатрии. М., 1977, 243—253. — 15. Качаев А. К., Ураков И. Г. В сб.: Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. М., 1976, 90—97. — 16. Кириллова Л. А., Кондратьев Ф. В. В сб.: Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. М., 1977, 114—120. — 17. Мехилане Л. С., Саарма Ю. М. В кн.: Психиатрическая нозология. Tartu, 1985, 59. — 18. Морозов Г. В. В кн.: Алкоголизм (руководство для врачей). М., 1983, 30—47. — 19. Морозов Г. В., Качаев А. К., Лукачер Г. Я. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения. М., 1976. — 20. Небляев Я. М. В сб.: Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. М., 1980, 119—125. — 21. Проблемы судебной психиатрии (патологическое опьянение). М., 1967. — 22. Психические расстройства (раздел V «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра», адаптирован для использования в СССР). Таллин, 1983, 17. — 23. Рожнов В. Е. В сб.: Проблемы судебной психиатрии. М., 1962, 8—24. — 24. Случеский И. Ф. В кн.: Психиатрия. Л., 1957, 202—204. — 25. Ураков И. Г., Куликов В. В. В кн.: Хронический алкоголизм. М., 1977, 71—74. — 26. Щукин Б. Н., Кириллова Л. А. В сб.: Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1974, 121—126.

Tartu Vabariiklik Kliiniline Psühho-
neuroloogiahaigla
TRÜ arstiteaduskonna psühhaatria
kateeder

UDK 612.12-008.331.1:616.831-005.1(047)

Arteriaalne hüpertensioon ja ajuinfarkt

Tõnu Kauba · Tartu

tsentraalne hemodünaamika, ajuinfarkti ravi, prognoos, monitorjälgimine, vasodilataatorid, diureetikumid

Arteriaalset hüpertensiooni peetakse igati põhjendatult ajuinsuldi mõlema alavormi, nimelt hemorraagia ja infarkti peamiseks riskiteguriks (7, 13, 25). Umbes 2/3-l ajuinfarktihaigetest esineb patoloogiliselt kõrge arteriaalne rõhk ja võrdlemisi tihti on seda konstateeritud alles ajuinfarktijärgsel. Erialakirjanduses (13, 21, 26) on põhjalikult käsitletud arteriaalse hüpertensiooni ravi ajuinfarktihaigetel, kuid tegelikus elus puutub arst tavaliselt kokku veel mitmete seisukohtadega. Senise mõttekäigu ja tegutsemisjuhise järgi, mis näeb ette sümptoomi kõrvaldamise, tuleb esmajoones kasutusele võtta vererõhku alandav ravim. Kuigi enam ei lasta aadrit, nagu see ajurabanduse puhul varem kombeks oli, vaid kasutatakse tugevatoimelisi diureetikume või vasodilataatoreid, tekib tähelepanelikul klinitsistil ikka ja jälle õigustatult küsimus: kas on sellest ka haigele kasu?

Viimaste aastate teaduskirjanduses on seisukoht, et kohe pärast ajuinfarkti esinev normist kõrgem arteriaalne rõhk võib olla sekundaarne, mitte alati ajuisheemiat põhjustanud. Siit küsimus: kas arteriaalset rõhku on vaja alandada kohe pärast ajuinfarkti teket?

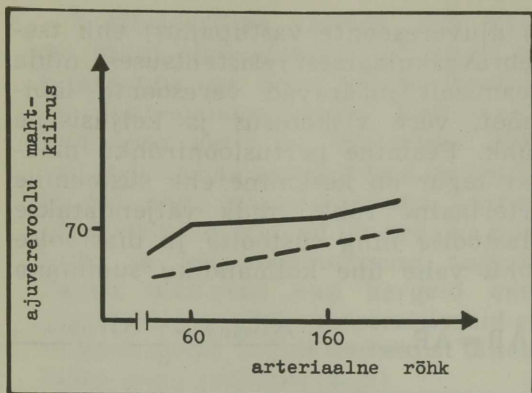
Eksperimentaaluuringute varal on näidatud, et ajuvereringe normaalselt funktsioneeriva autoregulatsiooni puhul ei sõltu ajuverevoolu mahtkiirus süsteemse arteriaalse rõhu kõikumisest. On teada, et aju vererõhu intensiivsus oleneb kahest vastandtoimega tegurist: 1) arteriaalse ja venoosse rõhu vahelisest gradiendist (vahest) vereringe koljusiseses lõigus, s.t. perfusioonirõhust;

2) ajuvereesoonte vastupanust ehk tsebrovaskulaarsest resistentsusest, mida peamiselt määravad vereesoonte läbimõõt, vere viskoossus ja koljusisene rõhk. Peamine perfusioonirõhku määrav tegur on keskmine ehk süsteemne arteriaalne rõhk, mida väljendatakse diastoolse ning süstoolse ja diastoolse rõhu vahe ühe kolmandiku summana

$$KAR = AR_{diastoolne} + \frac{AR_{süstoolne} - AR_{diastoolne}}{3}$$

Osa tsebrovaskulaarset resistentsust determineerivate tegurite (nagu perfusioonirõhugi) määramine on lihtne. Nimelt oleneb vere viskoossus peamiselt vormelementide ja valgusisaldusest ning nende muutused on hõlpsasti registreeritavad. Koljusisese rõhu otseseks mõõtmiseks on võimalusi vähem. Seesama kehtib ka tema tõusu põhjustajate, ajuturse ja venoosse äravoolu takistuse kohta. Vereesoonte läbimõõtu on tülikam, kliinilistes tingimustes praktiliselt võimatu määrata. Vereesoonte diameetrit mõjutavatest teguritest on kindlaks tehtud humoraalne ja neuronaaalne mehhanism, müogeense mehhanismi esinemises aga nii kindel ei olda (13, 18, 19, 20, 27).

Ajuverevoolu autoregulaatoorsel kohastumisvõimel arteriaalse rõhu kõikumiste suhtes on kindlad piirid ning väljaspool neid — keskmise arteriaalse rõhu languse korral 60 mmHg-st madalamale ning tõusu korral 150...160 mmHg-st kõrgemale — ilmneb keskmise arteriaalse rõhu ja ajuverevoolu vahel lineaarne seos (joonisel pidevjoon). On teada, et ajuverevoolu autoregulatsiooni mõjutavad ajuarterite dilatatsioon, krooniline arteriaalne hüpertensioon, trauma, ateroskleroos ja sümpaatilise närvisüsteemi aktiivsus (1, 15, 16). Normaalse autoregulatsiooni puhul reageerivad ajuarterid arteriaalse rõhu tõusule ahenemisega (konstriktiooniga), s. t. suureneb tsebrovaskulaarne resistentsus, rõhu langemisel aga aju veresooned laienevad, säilitamaks vajalikku verevoolu (13, 15). Kord juba tekkinud lokaalse ajuisheemia puhul auto-



Joonis. Süsteemse arteriaalse rõhu (mmHg) ja ajuverevoolu mahtkiiruse (ml/min./100 g) seos säilinud (pidev joon) ja häirunud (katkendlik joon) autoregulatsiooni puhul.

regulatsioon koldes häirub ja ajuverevool jääb otsesesse sõltuvusse süsteemsest arteriaalsest rõhust, olles aga märgatavalt madalam endisest, iseregulatsioonipuhusest (joonisel katkendlik joon). Rõhutatakse ka, et ravimata kõrgvererõhu püsimine nihutab eespool mainitud piire paremale, s. o. kõrgemale (1, 3, 12, 15, 18, 19, 20).

Loomkatsete tulemused näitavad, et unearteri ligeerimine põhjustab arteriaalse rõhu sekundaarset tõusu, mille põhjuseks omakorda peetakse tekkinud ajuisheemiat (30). Ka ajutraumapuhune lühiajaline arteriaalse rõhu tõus arvatakse füsioloogiliseks vastusreaktsiooniks ajukahjustuse suhtes (16). Teine oluline mõttekäik tuleneb arteriaalse hüpertensiooni spontaanse muutumise teadmisesest ajuinfarktijärgsel perioodil. Nii ajuinfarkti kui ka muude haiguste puhul on kindlaks tehtud kõrgeenenud arteriaalse rõhu iseeneslik langus ilma medikamente kasutamata (6, 22). Käesoleva artikli autor on 76 haige arteriaalset rõhku ajuinfarktijärgsel perioodil uurinud korduvalt. Selgus, et kahe nädalaga langesid usaldusväärselt keskmine süstoolne arteriaalne rõhk 161 mmHg-lt 144 mmHg-ni ja diastoolne 92 mmHg-lt 88 mmHg-ni ning süsteemne ehk keskmine 127 mmHg-lt 107 mmHg-ni.

Arteriaalne rõhk on paljude tsentraalse hemodünaamika komponentide (ringleva vere maht, veresoonte toonus, müokardi kontraktiilsus, kontraktsioonide sagedus) lõpptulemus (14). Südame minutimahu spontaanne vähenemine ajuinfarkti ägedal perioodil on meie tähelepanekuul eriti väljendunud suhteliselt soodsa kuluga ajuisheemia korral (28, 29).

Seevastu ebasoodsa kulu korral — närvisüsteemi talitluse puudulikkuse mõnede nähtude (pareesid või muu) püsimine vähemalt esimesed kaks nädalat — on arteriaalse rõhu langus ning südame minutimahu vähenemine tagasihoidlikum ning nende algus- ja lõppväärtused viitavad eelmistega võrreldes rohkem haiguslikele muutustele. Andmete analüüs selgitas, et ajuinfarktijärgne neuroloogiliste sümptomide taandumine on müokardi madalama kontraktiilsuse puhul vähem väljendunud ning et suurem minutimahu ja arteriaalse rõhu spontaanne langus korreleerub soodsama neuroloogilise kuluga. Seega võib järeldada, et ajuisheemia tekke järgsel perioodil kõrgeenenud arteriaalne rõhk on sekundaarne ja ilmselt kompensatoorset laadi. Seda seisukohta toetavad kliinilised kogemused monitorjälgimisel olnud haigete kohta, mille järgi esines oluline arteriaalse rõhu tõus mitmete hemodünaamika parameetrite osas alles pärast ajuinfarkti teket (2, 4). Vaatamata enamikus käsiraamatutes leiduvatele (26) ja üksikute uurimuste (17) põhjal antud soovitudele alandada arteriaalset rõhku ajuinfarktijärgsel perioodil, ei ole siiski usutavaid tõendeid selle tegevuse kasulikkuse kohta. Küll aga on vastupidiseid andmeid: nii eksperimendis kui ka spontaanse haiguse korral on medikamentooselt esilekutsutud hüpotensioon ebasoovitavate tulemustega (20). Seetõttu tuleb õigeks pidada soovitusi, mille järgi 2...3 nädala jooksul pärast ajuisheemiale viitavate sümptomide teket arteriaalset rõhku ei alandata (5). Samadel andmetel peetakse võimalikuks medikamentide kasutamist alles väärtuste 240/140 mmHg juures.

Tähelepanu väärivad teated, et ajuisheemia kliinilised nähud võivad mööduda pärast vasopressorite kasutamist (24). Viimasel juhul saadi hea tulemus arteriaalse rõhu tõstmisel algrõhust kõrgemale, ilma et eelnevat vererõhu langust oleks olnudki. Teised autorid (10, 11) rõhutavad, et loomkatsetes saavutatud ajuisheemia sümptomide vähenemine medikamentooselt esilekutsutud hüpertensiooni kaudu ei põhjustanud ühelgi juhul verevalumite teket isheemiakoldes. Siiski, arteriaalse rõhu kunstlikku tõstmist ei saa rutiinse ravi võttena soovitada, sest kliinilistes tingimustes, eriti aga esmaabi korral, puuduvad võimalused katsetingimustega võrdsete tingimuste loomiseks (monitorjalgimine jm.). Ka haigete väga erinev vanus, neljakümnendast kuni umbes kaheksakümnenda eluaastani, ning põhihaiguse erinev raskusaste ei võimalda nimetatud võtet iga päev rakendada. Märkimist väärib ka see, et algse verevaeguse järel tekib ajukoos sageli küllalt kiiresti liigperfusioon (nn. luksusperfusioon). Sel puhul on verevool taastunud näiteks pärast emboli lagunemist, kuid neuronid ei suuda hapnikku verest tarbida. Põhjuseks peetakse tekkinud atsidoosi, mis laiendab veresooni ja mõjub metabolismile häirivalt (13). Sellises olukorras näib süsteemse arteriaalse rõhu liigne tõstmine olevat põhjendamatu.

Täpne analüüs on selgitanud, et prognostiliselt halbadeks tsentraalse hemodünaamika näitajateks lisaks arteriaalsele hüpertensioonile ajuinsuldijärgselt tuleb pidada veresoonkonna tõusnud toonust, eriti seda koos südame madala minutimahuga (29). Viimasel juhul on veresoonkonna kõrge toonus (vereringe tsentralisatsioon) ilmselt kompensatoorne ning hüpotensiivsete vahendite, näiteks vasodilataatorite rutiinne kasutamine halvendaks nii süsteemset kui ka lokaalset vereringet. Süsteemse arteriaalse rõhu alandamine halvendab eriti ajuturse korral ka lokaalset ajuvoolu perfusioonirõhu languse kaudu. Süsteemse arteriaalse rõhu tõus nitroprussiidiga, halotaani või teiste vasodila-

taatorite toime möödumisel soodustab neuronaalset kahjustust vasogeense turse tekke kaudu (9, 16). Järelikult tuleb eriti oluliseks pidada individuaalset, mitte rutiinset medikamentooset ravi. Sellele, millistel puhkudel millist süsteemse vereringe reguleerimise vahendit kasutada, suudame rahuldavalt vastata vaid siis, kui teame süsteemse hemodünaamika näitajaid ning kui jälgime nende muutumist.

Arteriaalse hüpertensiooni vähendamiseks on sageli kasutatud diureetikume, mis, väljutades vett organismist, paratamatult halvendavad mikrotsirkulatsiooni. On teada, et kõrgenenud hematokriti näit — diureetikumid ju soodustavad selle tõusu — on üks ajuinfarkti riskitegureid (7). Järelikult ei sobi ka diureetikumid ajuinfarkti ägedas faasis. Ebaselge on nende kasutamise põhjendus haiguse hilisfaasis või üldse haigel, kellel on mitu ajuinfarkti riskitegurit, kuid kellel ajuisheemiat seni ei ole veel diagnoositud.

Esitatuga nõustudes tuleb resümeerida, et arteriaalse hüpertensiooni vähendamisega vahetult ajuinfarktijärgsel perioodil ei maksaks kiirustada. Lisaks materiaalsele kokkuhoiule — ära jääb efektiivsete, seega ka kallihinnaliste preparaatide kasutamine — võib loota, et väheneb ka esilekutsutud ajuisheemia sagedus. Arteriaalse hüpertensiooni adekvaatne ravi, s.o. pidev, tekkemehhanismi ja konkreetset hemodünaamilist situatsiooni arvestav, jääb aga üheks olulisemaks vahendiks ajuinsuldi profülaktikaks. Viimase taktika rakendamise efektiivsusele juhivad tähelepanu kõik klinitsistid, rõhutades, et nii ajuhemorraagia kui ka ajuinfarkti esinemissageduse vähendamine arenenud maades on viimase paari-kolmekümne aastaga tingitud peamise riskiteguri, arteriaalse hüpertensiooni ravist enne insulti (8, 9, 22, 24).

KIRJANDUS: 1. *Boullin, D. J.* In: *Cerebral vasospasm*. New York — Brisbane — Toronto, 1980, 81—90. — 2. *Britton, M., de Faire, U., Helmers, C.* *Acta med. scand.*, 1980, 207, 253—257. — 3. *Busija, D. A., Heistad, D. D.* *Rev. Physiol. Biochem. Pharmacol.*, 1984, 101, 161—

211. — 4. Carlsson, A., Britton, M. *Acta neurol. scand.*, 1982, 91, 66, 9—10. — 5. Cressman, M. D., Gifford, R. W. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 1983, 1, 2, 521—527. — 6. DeLeeuw, P. W., Van Soest, G. A. W., Punt, R. *Clin. Sci.*, 1981, 61, suppl., 385—387. — 7. Dyken, M. L., Wolf, P. A., Barnett, H. J. M. *a.o. Stroke*, 1984, 15, 6, 1105—1111. — 8. Fieschi, C., Argentino, C., Lenci, G. L. *a.o. In: Calcium entry blockers and tissue protection.* New York, 1985, 221—228. — 9. Gogolak, I., Gotoh, F., Tomita, M. *a.o. Stroke*, 1985, 16, 114—117. — 10. Hayashi, S., Nehls, D. G., Kieck, C. F. *a.o. J. Neurosurg.*, 1984, 60, 151—157. — 11. Hope, D. T., Branston, N. M., Symon, L. *Acta neurol. scand.*, 1977, 56, suppl., 64, 506—507. — 12. Hudetz, A. G., Halsey, J. H., Horton, G. R. *a.o. Stroke*, 1982, 13, 5, 693—700. — 13. Kaasik, A.-E., Zupping, R. Peaaju vere-soonte haigused. Tln., 1982. — 14. Korner, P. I. *In: Hypertension - mechanisms and management.* Sydney, 1982, 1—11. — 15. Lifson, J. D., Rubinstein, E. H., Scremin, O. U. *a.o. Experientia*, 1985, 41, 4, 467—468. — 16. McDowall, D. G. *Br. J. Anaesth.*, 1985, 57, 110—119. — 17. McNair, A., Krosggaard, A. R., Hilden, T. *a.o. Acta med. scand.*, 1984, 693, 107—110. — 18. Rapela, C. E., Green, H. D. *Circ. Res.*, 1964, 14, suppl., 205—211. — 19. Sadoshima, S., Yoshida, F., Ibayashi, S. *a.o. Stroke*, 1985, 16, 3, 477—481. — 20. Strandgaard, S., Paulson, O. B. *Stroke*, 1984, 15, 3, 413—416. — 21. Zupping, R., Kaasik A.-E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 6, 437—441. — 22. Wallace, J. A., Levy, L. L. *J. Am. Med. Assoc.*, 1981, 246, 2177—2180. — 23. Whisnant, J. P. *Stroke*, 1984, 15, 1, 160—168. — 24. Wise, C., Sutter, R., Burkholder, J. *Stroke*, 1972, 3, 135—140. — 25. Wolf, P. A. *Stroke*, 1985, 16, 3, 359—360.

26. Горбачева Ф. Е. В кн.: *Болезни нервной системы*. М., 1982, 278—348. — 27. Каасик А.-Э. А., Шоттер А. В., Роосаар П. О., Яйгма М. А. В сб.: *Физиология, патофизиология и фармакология мозгового кровообращения. (Тезисы)*. Ереван, 1984, 75. — 28. Кауба Т. Ф., Каасик А.-Э. А. В сб.: *Фундаментальные исследования клиники. Тезисы конференции.* Тарту, 1982, 100—101. — 29. Кауба Т. Ф., Мартин А. А., Теэдумяе П. А., Тынспозг М. Г., Роозе М. И.-Ф. В сб.: *Медицинские исследования практике. Тезисы конференции.* Тарту, 1984, 219—221. — 30. Сучков В. В. *Кардиология*. 1966, 6, 6, 26—32.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateeder

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.89-008.441.44(474.2)

Tähelepanekuid eneseohtliku käitumise, eriti suitsiidiohu kohta

Heino Noor Lembit Mehilane · Tartu

inimfaktor, dispanseerimine, eneseohtlik käitumine, alkoholism, suitsiidioht

Meie ühiskonna arengus tuleb üha enam esile ja leiab rõhutamist inimfaktori, inimese enda tähendus. Kogu tegevuses, selle juhtimises, ilmselt ka tervishoius tõuseb üha enam päevakorrale psühholoogiline moment.

Haige inimese psühholoogia mõistmise ja arvestamise vajadus on tänapäeva meditsiinis isegi suurenenud (3). Vaja on ära hoida ka neid terviserikkeid, mida inimene ise tahtmatult või ebaadekvaatselt käitudes võib tekitada. Eneseohtlik, autoagressiivne käitumine võib avalduda alkoholismis, ka ekstsessiivses suitsetamises jt. tervist kahjustavates harjumustes. Suitsidaalne käitumine on autoagressiivsuse üks äärmuslikke avaldusi (1). Seda mõistetakse kui isiksuse sotsiaalpsühholoogilise kohanematus tagajärge, mis on tekkinud mikrosotsiaalse konflikti tingimustes (4). Suitsidaalne käitumine kaasub sageli alkoholismile ja alkoholi-ekstsessidele. Seesuguse käitumise tagajärjed ei pruugi olneda eneseohtlikult käituja või enesemürgituse toime-

panija tõelistest kavatsustest (või nende puudumisest). Nii võib autoagressiivse käitumise kaugemaleminev akt — suitsiidikata — lõppeda surmaga, olenemata sellest, et kate sooritaja tõeliselt seda ei tahtnud. Oluline on arstitöös õigel ajal märgata ja diagnoosida eneseohtliku käitumise (1, 2, 3) ja suitsiidiohu (2, 4) tunnuseid. See võimaldaks eluohtlikke või surmatoovaid tagajärgi ennetada.

Siin toodud tähelepanekud ei saa olla sügavale psühhiaatria valdkonda ulatavaks nosoloogiliste ja diferentsiaal-diagnostiliste küsimuste käsitleluku. Suitsiidiohu käsitletakse siin autoagressiivse käitumise fenomenina, mida peaks tähele panema ja arvestama iga arst, olenemata erialast. Tähelepanekud on tehtud Tartu Kliinilises Haiglas aastail 1959...1984 intensiivravil ning edasi Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas ja dispanseris ravil olnud 606 suitsidaalse enesemürgitusega haige ravimise kohta. Nende, suitsiidiohus olnud isikute andmeid on kirjeldatud «Nõukogude Eesti Tervishoiu» käesolevas numbris (L. Mehilane, H. Noor «Suitsidaalne käitumine kui üldmeditsiiniline probleem»). Seega on esitatavad tunnused saadud 25 aasta jooksul kogutud materjali põhjal. Suitsiidiohu tunnussõnade algustähed on esitatud akronüümina SEDUKSEEN EI (koostanud toksikoloog H. Noor).

- | | |
|--|-----|
| Sugu (enesemürgituse sooritavad 1. valdavalt naised) | |
| Eluiga (enamasti alla 25 või üle 40 a.) | 2. |
| Depressioon | 3. |
| Usaldusisiku puudumine või kaotus | 4. |
| Korduvad suitsiidimõtted ja -žestid | 5. |
| Shipärane ettevalmistav tegevus | 6. |
| Elulise tähtsusega kaotus | 7. |
| Etülism* | 8. |
| Nostalgalia, psühhalgia | 9. |
| Eelnenud haigused | 10. |
| Inadekvaatne mõtlemine | 11. |

Akronüümiga SEDUKSEEN EI tahetakse rõhutada, et loetletud tunnuste ilmnemise ja kogunemise korral ei tohi piirduda patsiendile ainult medikamentide, sealhulgas psühhotropsete ravimite ordineerimisega. Tugevatoimeliste ainete ja suurte ravimikoguste kätteandmisest suitsiidiohus isikule tuleb hoiduda. Selle asemel oleks vaja süveneda patsiendi psühholoogilise kriisi olukorda ja püüda seda lahendada. Tunnused ei ole siinjuures asetatud pingerritta, vaid esitatud kogumina. Kui aga psühholoogiline kriis kestab ja presuitsiid jääb märkamatuks, võib niisugune patsient sooritada autoagressiivse teo — enesemürgituskata talle käepärast oleva vahendiga. Siis saavad nimetatud tunnused ägeda mürgitusega haige juures iseloomulikeks anamneesi kriteeriumideks.

Märkused akronüümi kasutamise kohta:

1. Suitsiidikatseid, eriti enesemürgitusi, esineb naistel kuni kolm ja enamgi korda sagedamini ning ülekaalukalt on need manipulatiivse iseloomuga või demonstratiivsed.

2. Suitsiidikatseid võib esineda igas vanuserühmas, kuid siin nimetatud elueas on neid tunduvalt sagedamini.

3. Depressiooninähud on enesemürgituse eel täheldatavad üle pooltel juhtudel: kurvameelsus, kurvad mõtted («pole mingit rõõmu»), lootusetus («pole mõtet midagi teha»), ahastus, meeleheide, unetus, motoorika (ka miimika) vaesumine, libiido ja söögiisu muutused. Larveeritud ehk maskeeritud depressiooni tunnustena võivad esineda peavalud, südamegevuse häired, mao, soolte, sapipõie jt. siseelundite haigusi meenutavad nähud.

4. Usaldusisiku puudumine või kaotus on täheldatav vähemalt 70%-l enesemürgituse juhtudest. Eriti oluline on subjektiivselt tähendusliku isiku kaotamine («korvamat kaotus»).

5. Korduvaid suitsiidimõtteid ja -žes-

* Etülismi all mõistetakse siin etüülalkoholi või selle surrogaatide harjumuspärasest tarvitamisest tingitud kohanemis- ja psüühikahäireid.

te esineb vähemalt 70...80%-l enesemürgituse juhtudest. Need on nn. anti-vitaalse hoiakuga seotud, näiteks ka niisugused ilmingud nagu vajalikust ravimisest teadlik loobumine või isenda meelega ja hasartselt kõrge riskiga olukorda seadmine, märtrihoiak jms.

6. Ettevalmistava tegevuse tunnus on jälgitav kuni 60%-l enesemürgituse juhtudest. Selleks võib olla mürgiste ainete või ravimite, eriti uinutite, rahustite kogumine ja varumine, mahaääjate (leinajate) eluolu ja mahaäävate asjade korraldamine jms. Sealjuures võib sageli ilmnedu ambivalentid: suitsidendi samaaegselt vastandlik suhtumine suremisse-ellujäämisse.

7. Isikule subjektiivselt olulised kaotused eelnevad vähemalt 60%-l enesemürgituse juhtudest, kuid võivad kõrvalseisjale tunduda või objektiivselt olla väheolulised. Enamasti on olulisemaks sotsiaalse rolli või (elu-) eesmärgi kaotamine, eesmärgirefleksi kustumine, aga ka prestiiži, soodsa situatsiooni, seksuaalse või muu intiimse läheduse kaotamine.

8. Etülismina (tinglik nimetus) käsitletakse siin etüülalkoholi või tema surrogaatide tarvitamisest tingitud ajutisi või kroonilisi psüühikamuutusi. See on täheldatav üle pooltel enesemürgituse juhtudel. Presuitsiidi perioodil on enam ohtlikud joomasööstud ja abstinentsist, s. o. harjumuspärase alkoholiannuse puudumisest tingitud nähud.

9. Nostalgia või psühhalgia tunnus võib täheldada umbes pooltel enesemürgituse juhtudel. Nostalgia, tagasiigatsus, tekib isikutel, kelle sidemed koduga, kodumaaga, keskkonnaga või möödanikuga on osaliselt või täielikult katkenud. Soodustavateks teguriteks on sealjuures isiklike kontaktide kadumine, keelebarjäär, elutähtpäevade (pühade, sünni- ja surmapäevade jms. lähenemine), aga ka vananemine, tervisehäired, üldine kohanemisvõimetus. Psühhalgia, hingevalu, on psühholoogiline fenomen, mille puhul isiku tegevus on valdavalt tundeelust mõjutatud. Esiplaanile tuleb üks, isikule üliloolisena tunduv motiiv («kivi süda-

mel»). Käitumine muutub siis peamiselt emotsioonide avalduseks, seda ei reguleeri enam võimalikud tagajärjed ega tulemused.

10. Eelnenud haigused esinevad kuni 40%-l käsitletavatest juhtudest. Suitsidogeensete ajenditena on olulisemad need, mille puhul ravi ei saa olla kauasaalne, vaid ainult sümptomaatiline. Ka haiglane või liialdatud kartus oma (oletatavate) kehaliste puuete või halva välimuse ees (düsmorfofoobia) suurendab neid tendentse. Psühhiaatrilistest haigustest on suitsiidirisk suurem skisofreenia ja endogeense depressiooniga kulgevate seisundite puhul. Skisofreeniahaigel võib see oht suurenedu paranemisjärgus, kui sugeneb ja kasvab haigusteadvus; endogeense depressiooni korral selle algstaadiumis või pindmismaks muutudes.

11. Inadekvaatse (ebaadekvaatse) mõtlemisena käsitletakse siin isenda ja oma olukorra valdavalt negatiivset hinnangut, millal suitsidendile tundub, et autoagressioon on ainus väljapääs. Inimsuhteid ja olukordi nähakse ja tõlgendatakse nagu ahenenud vaateväljas (nn. tunnelnägemine).

Seepärast tuleb enesemürgituse või selle kahtluse korral haige paigutada üldhaiglasse, milles on intensiivjälgimise ja -ravi võimalused, ning hoida teda seal seni, kuni mürgitusnähud on täielikult möödunud või välistatud. Seejärel suunatagu suitsident psühhiaatriahaiglasse.

Akronüümina toodud, suitsiidohtu tähistavate tunnuste arvestamine võimaldab kujundada suitsiidivastast psühholoogilist ja sotsiaalset barjääri.

KIRJANDUS: 1. *Farberow, N. L.* In: *Suicide research. Psychiatria Fennica*. Helsinki, 1976, 13—21. — 2. *Mehilane, L.* *Psühhogeensed haigused*. Tartu, 1981. — 3. *Saarma, J.* *Meditsiini-psühholoogia*. Tallinn, 1985.

4. *Амбрумова А. Г.* В сб.: *Научные и организационные проблемы суицидологии*. М., 1983, 7—20.

Tartu Kliiniline Haigla
TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

UDK 616-001.33/.36-08

Raske liittraumaga haigete ravi reanimatsiooniosakonnas

Artur Talihärm Leonid Dmitrijev
Kaja Pukk Anne-Lii Sild · Tallinn

reanimatsioon, hulgimurrud, liittraumad, traumaatiline šokk, ravi

Tänu reanimatoloogia arengule on raskete hulgimurdudega haigete ravi tulemused viimastel aastakümnetel tunduvalt paranenud. Nüüd on elu päästetud isegi paljudel neil, keda varem peeti lootusetuks. Üldtunnustatud on seisukoht, et traumaatilise šokiga haigete ravi alustatagu standardsete võtete ja meetodite järgi ning alles hiljem, juba intensiivravi ajal, tehtagu korrektiivseid laboratoorseid, röntgenoloogilistest ning funktsionaal-diagnostilistest uuringutest laekuva informatsiooni alusel. Kindel koht raskete mehhaaniliste traumadega haigete ravi tulemuste paranemisel on ka reanimatoloogide brigaadi tööil haiglaeelsel perioodil. Ei erine ju õnnetuskohal ja vigastatu transportimise ajal šokivastased ravivõtted põhimõtteliselt haiglas kasutatavaist.

Toome näitena kaks liittrauma juhtu, mis Rožinski klassifikatsiooni järgi kuuluvad tinglikult perspektiivsete vigastuste kategooriasse ja mille puhul ravi tulemused ja tervenemine sõltusid esmaabi kvaliteedist, pikaajalisest individualiseeritud ja adekvaatsest ravist.

Haigusjuht 1. 60-aastane meespatsient K. N. (haiguslugu nr. 441/1984) oli kannatada saanud autoavarii läbi. Haige oli haiglasse toimetanud reanimobilibrigaad, kes kohe õnnetuskohal oli alustanud šokivastast ravi (tilkinfusioon vereasendajatega, immobilisatsioon). Diagnoos: *fracturae femoris utriusque, fracturae pelvis, fracturae sterni et costarum, commotio cerebri, ebrietas ac.*

Haiglasse saabumisel (9. jaanuaril 1984) oli haige küll teadvusel, kuid raskes üldseisundis, loid ja pidurdusseisundis. Hingamine rütmiline, 20 korda minutis. Palpeerimisel rindkere valulik, valu eriti vasakul pool. Hingamiskahin vasaku kopsu kohal nõrgenenud. Südametoonid tuhmid, mõõdukas tahhükardia (100 lööki minutis), RR 140/90 mmHg, mis kiiresti langes 80/50 mmHg-ni.

Kõhukatted valulikud, esineb lihasepinge. Peritoniit ei ole auskulteeritav. Tehti laparotomiat, mille puhul osutus vastus positiivseks. Põide viidi kateeter, sealt väljus 200 ml veresegust uriini. Kummalgi reiel hematoomid, deformatsioonid ja patoloogiline liikuvus.

Patsient viidi üldreanimatsiooniosakonda, kus šokivastase ravi jätkamiseks kanüülit *v. subclavia dex.* Poolteise tunni pärast hemodünaamika stabiliseerus ja haige toimetati operatsioonituppa. Opereeriti kombineeritud endotrahheaalnarkoosis: *laparotomia mediana; splenectomia; suturatio renis sin., duodeni et hepatis; drainage cavi abdominis.* Operatsiooni ajal manustati veeni 4,2 liitrit mitmesuguseid vedelikke, sealhulgas poolteist liitrit konservverd.

Mõlemad reieluud reponeeriti ja immobiliseeriti kipslongettidega. Diagnoos pärast lisaurinuid: *fractura diaphysis femoris utriusque; fracturae costae IV... VIII sin. (VI... VIII duplex); haemothorax sin.; rupturae lienis, renis sin., partis horizontalis duodeni et hepatis; contusio capitis pancreatis; haemoperitoneum; haematoma retroperitonealis sin.; commotio celebri; shock traum. II; ebrietas ac.* (alkoholi veres 2,79±0,19^{1/00}).

Ravi jätkus ka üldreanimatsiooniosakonnas. Patsient oli šokist välja toodud. Diurees küllaldane. Kaheksa tundi pärast operatsiooni viidi patsient üle spontaansele hingamisele. Kolmandal päeval pärast operatsiooni oli sepsisest põhjustatud kehatemperatuur kuni 38,5°C. Viiel päeval oli arenenud äge alkohoolne psühhoo. Kuuendal päeval võeti süveneva hingamispuudulikkuse tõttu ette kopsude kunstlik ventilatsioon. Hemodünaamika ebastabiilne. Pleuraõõnt punkteeriti korduvalt, kust saadi 800 ml veresegust eksudaati. Kehatemperatuur 39,9°C. Hemodünaamika stabiliseerus seitsmendal operatsioonijärgsel päeval pärast vasopressorite manustamist. Rajati trahheostoom (alumine). Kaheksandal päeval pärast operatsiooni tehti relaparotomia haava eventratsiooni tõttu. Kaheksateistkümnendal päeval põhjustasid äge kardiovaskulaarne puudulikkus ja kopsuturse kliinilise surma, kuid elustamisvõtted andsid tulemusi.

Vere bakterioloogilisel uurimisel leiti *Corynebacterium diphtheroides* ja *Enterobacter cloacae*. Röntgenoloogiliselt diagnoositi vasakpoolne eksudatiivne pleuriit. Et kahepoolne kopsupõletik püsis, määrati antibakteriaalne ravi vastavalt antibiogrammile. Kolmekümne seitsmendal operatsioonijärgsel päeval võimaldas üldseisund teha mõlema reieluu metallosteosünteesi. Viiekümne üheksandal päeval viidi patsient üle traumatoloogiasakonda rahuldavas üldseisundis.

Intensiivravi ajal kanti haigele üle kokku 8,5 liitrit A(II)-reuspositiivset konservverd; 10,65 l A(II)-natiivplasmata; 35,1 liitrit vere- ja plasmaseisundite, detoksikatsioonilahuseid ja parenteraalseid toitelahuseid. Kopsude kunstlik ventilatsioon tehti esimese kahekümne nelja päeva jooksul vahelduvalt spontaanse hingamisega. Kahekümne üheksandal päeval pärast trahheostomia rajamist võeti kanüül välja. Sepsise kompleksil ravimisel toimus kolm hemosorptsiooni seansi. Haige kirjutati haiglast välja 190. ravipäeval, jääknähuna vasaku reieluu krooniline osteomüeliit.

Haigusjuht 2. 26-aastane meespatsient I. G. (haiguslugu nr. 10252/1982). Oli õnnetu juhuse läbi kukkunud alla seitsmenda korruse aknast. Reanimobilibrigaad toimetas ta üldreanimatsiooniosakonda. Diagnoositi hulgimurdudega liit-trauma. Haige üliraske seisundis. Hiljem ilmnes, et oli olnud 33 luumurdu, mistõttu oli ellujäämiseks vähe lootust. Reanimobilibrigaad alustas šokivastast ravi: manustas valuvaigisteid, tegi tilkinfusiooni vereasendajatega ja immobiliseeris luud. Kaks ja pool tundi pärast hospitaliseerimist, kui hemodünaamika oli enam-vähem stabiliseerunud, viidi patsient operatsioonituppa. Endotrahheaalses kombineeritud narkoosis tehti seal splenektoomia, haava korrastus ja luude immobilisatsioon. Mõlemale jalale asetati skelettekstensioon, patella õmmeldi. Pärast operatsiooni raviti haiget üldreanimatsiooniosakonnas 41 päeva. Kliiniline diagnoos: *commotio cerebri; fractura basis cranii; fracturae costarum II—VI dexteri; fractura complicata comminuta supracondylaris femoris dexteri et patellae dexteri; fractura diaphysis femoris sinistri; luxatio articulatione cubiti complicata utriusque; fracturae maxillae utriusque et mandibulae; fracturae ulnae et radii sinistri; ruptura lienis; haemoperitoneum; shock traumatica III*. Operatsioonijärgsel perioodil rajati trahheostoomia, kopsude kunstlik ventileerimine kestis 144 tundi. Edasise adekvaatse ravi ajal tüsistusi ei tekkinud. Üldseisund oli rahuldav. 41. ravipäeval viidi haige üle traumatoloogiaosakonda. Kaheksakümne kuendal ravipäeval pärast korduvaid korrigeerivaid operatsioone kirjutati haige haiglast välja rahuldavas üldseisundis.

Järgmiste aastate jooksul on ta kolmel korral viibinud traumatoloogiaosakonnas järeldravil. Praegu on töövõime praktiliselt taastunud.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Кассиль В. Л., Рябова Н. М. Искусственная вентиляция легких в реаниматологии. М., 1977. — 2. Комаров Б. Д., Картавенко В. И., Дорфман А. Г. Вопросы скорой помощи. Л., 1981. — 3. Кузьмичев А. П., Вагнер Е. А., Фирсов В. Д. Хирургия, 1981, 8, 63—68. — 4. Кутушев Ф. Х., Гвоздев М. П., Филли В. И. и др. Неотложная хирургия груди и живота. Л., 1984. — 5. Мовшович И. А., Золотокрылина Е. С., Бельская Т. П. и др. Сочетанная травма. М., 1978. — 6. Рожинский М. М., Жижин В. Н., Катковкий Г. Б. Основы травматологической реаниматологии. М., 1979.

Tallinna Kiirabihaigla

Mõttevahetus

UDK 618.3(049.2)

Perinataalse patoloogia probleeme

Mall-Anne Riikjärv Adik Levin · Tallinn

perinataalne patoloogia, imikute haigestumus, imikute suremus, põhjused, profülaktikameetmed, geneetilised ja sotsiaalsed tegurid

Viimastel aastatel on NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi juhenddokumentides suurt tähelepanu pööratud emade ja laste arstiabi täiustamisele. Sellise tegevussuuna lähim eesmärk on vähendada perinataalsete kahjustuste tekkimise võimalusi, samuti vähendada veelgi laste suremust ning seega tagada meie tulevastele põlvkondadele parem tervis kui see on meil ja meie lastel praegu. Perinataalse patoloogia probleemid on komplitseeritud ja väga mitmetahulised. Kas ongi meil lõplikult selge, mis on selles tähtsam, mis kõrvalisem. See on ka põhjus, mis kutsus käesoleva kirjutise autoreid nimetatud teemal mõtteid avaldama.

Terminid «perinataalne meditsiin» ja «perinataalne patoloogia» on kirjanduses kasutusel 1960. aasta lõpust alates. Nüüdisajal on terminil «perinataalne» laiem tähendus kui esialgu, mil ta seostus sünnituseelse perioodiga, ema ja loote vastastikuse suhtena. Lapse tervis ei sõltu mitte üksnes sünnieelsest perioodist ega sünnituse kulust, vaid suuresti ka naise kehalisest ja psüühilisest tervisest enne rasedumist. Need määravadki raseduse ja sünnituse kulu iseärasused.

Imikute haigestumuse ja suremuse struktuuris on perinataalsed põhjused juhtivad. Kuni üheaastaste laste surma põhjuste hulgas on perinataalse perioodi haigused meil viimastel aastatel moodustanud 45...48%. Meditsiini progressi tulemusena on vähenenud laste suremus tervikuna, sealhulgas ka perinataalne suremus. Koos perinataalse suremuse vähenemisega on suurenenud perinataalse kahjustusega laste arv.

Perinataalse suremuse vähenemine, eeskätt neonataalse suremuse vähenemine, on tingitud esmase reanimatsiooni täiustumisest sünnitusmajades, reanimatsioonitalitusest lastehaiglates ja rajooni keskhaiglates, samuti haigetele vastsündinutele nüüdisaegsete ravimeetodite ning enneaegsetele hooldusvõtete rakendamisest II etapi raviasutustes. Elustatud ja tõhusat intensiivravi saanud laste arvel suureneb pikaajalist rehabilitatsiooni vajavate laste üldarv. Rehabilitatsiooni edukus sõltub paljudest teguritest, alati ei ole tulemused meditsiinilises ega sotsiaalses mõttes rahuldavad. Seepärast on äärmiselt tähtis, et perinataalse kahjustusega laste arv oleks väiksem. Asfüksia, hingamishäired, sünnitraumad või teised perinataalsed haigused avalduvad vastsündinuperioodil ning on aluseks mitmesuguste haiguslike muutuste arengule tulevikus. Perinataalsete haiguste kergemate vormide puhul arenevad elundite ja elundsüsteemide patoloogilised muutused hiljem. Näiteks vanemaealiste gastroenteroloogilisi haigusi põdevate laste hoolikal anamneesi selgitamisel on selgunud, et esimesed haiguse tunnused olid neil olnud juba vastsündinueas.

Seega kõrvuti uute diagnoosimis-, ravi- ja profülaktikameetmete rakendamisega vastsündinutel tuleks suuremat tähelepanu pöörata perinataalse kahjustuse tekkepõhjuste väljaselgitamisele, mis kajastuks perinataalsete haiguste esinemissageduse vähenemises ning ka laste suremuse vähenemises.

Käesolevaga puudutame vaid mõningaid perinataalse patoloogia tekkepõhjusti.

Publikatsioonide alusel on sageli jäänud mulje, et vastsündinu tervis sõltub ainult meditsiinilistest teguritest, näiteks meditsiinilise jälgimise sagedusest ja kvaliteedist raseduse ajal, raseduse ja sünnituse juhtimisest, vastsündinu arstiabi kvaliteedist. Perinataalse patoloogia analüüsimisel aga selgub, et kõrvuti meditsiiniliste teguritega on tähtsad ka bioloogilised ja sotsiaalsed tegurid.

Sotsioloogilisel küsitlusel haigete vastsündinute emade hulgas on sageli selgunud elukutsest (kasvuhoonete töötajad, maalrid, stjuardessid) tingitud spetsiifiline kahjustus. Paljudest sotsiaalsetest teguritest tuleb eriti rõhutada noorte hoolimatut suhtumist perekonna planeerimisse, nõrka ettevalmistust tulevase ema ja isa rolliks. Paljudel juhtudel suhtutakse kergemeelselt esimesse aborti. Palju on fertiilses eas naisi, kes suitsetavad ja liigtarvitavad alkoholi. Võitlusel alkoholismiga on soodne mõju järgnevate põlvkondade tervisele.

Suur tähtsus on bioloogilistel teguritel, sealhulgas geneetilistel. Päriliku eelsoodumusega isikutel, olgugi et sotsiaalsed tegurid on soodsad, ei ole perinataalse patoloogia teke välistatud.

Inimorganismisse toimivate tegurite kogumis on peamine osa bioloogilistel (geneetilistel) ja sotsiaalsetel. Meditsiiniliste tegurite osa on tunduvalt väiksem. Põhjuseks on see, et ravi täiustamise tulemusena perinataalsete haiguste ravi kvaliteet paraneb, see aga ei vähenda nende haiguste esinemissagedust. Bioloogiliste ja sotsiaalsete tegurite osatähtsuse vähenemisel suureneb meditsiiniliste tegurite osa. See nihe tuleb kõne alla vaid siis, kui täiustub meditsiini profülaktiline suund, milles rahvastiku üldine dispanseerimine peaks andma parima lahenduse. Varajane haiguste, kutsekahjustuste avastamine, veel enam, kahjulike kutsealaste mõjude viimine miinimumini vähendab haigete laste sündimise võimalust. Tuleks jõuda nii kaugele, et meditsiinilis-geneetilist konsultatsiooni saaks kogu fertiilses eas rahvastik.

Peatugem ka tulevaste noorte emade ja isade ettevalmistamisel ning meedikute osal selles.

Noorte ettevalmistamisel perekonnaleluks on suuri puudusi. Liiga palju noori suhtub oma tervisesse veel hoolimatult. Arsti poole pööratakse alles raseduse tõttu, sageli liiga hilja. Kui tähtis aga oleks noorte tervislik seisund välja selgitada juba enne rasestumist, täpsustada nende psühholoogilist valmisolekut emaks või isaks saamisel.

Esmane kontakt tulevase ema ja lapse tervise seisukohalt toimub naistenõuandlas ja lastepolikliinikus (-nõuandlas). Naistenõuandlad piirduvad enamikul juhtudel naise kehalise tervise uurimise ja raviga ning raseduse säilitamisega. Vähe tähelepanu pööratakse noorte psühholoogilisele seisundile. Emadekoolid töötavad formaalselt, nende külastatavus on meie vabariigis 10... 98%. Öppuste teemad ei tohiks seal piirduda ainuüksi sünnituseks ettevalmistamise ega lapse hooldusega. Oluline koht emadekooli tegevuses peaks kuuluma naise psühholoogilisele ettevalmistamisele emaduseks. Seega tuleks emadekooli töösse kaasata psühholooge ja sotsiolooge. Isadekoolid meil puuduvad. Tulevase lapse psüühika sõltub raseda psüühilisest seisundist. Loode reageerib täpselt ema häälele, hääletoonile. Soodne psühhokliima tulevase lapse perekonnas on edu pant. Kui arstlik jälgimine piirdub vaid raseda kehalise tervisega, siis ei ole tulemused alati head.

Esmases ja teiseses sünnituseelses patronaažis on suuri lünki. Statistilistel andmetel on lastepolikliinikutes sünnituseelselt patroneeritud küll 90... 100% rasedaist, kuid patronaaž on olnud ainult ühekordne.

Esmane külastus toimub vahetult enne sünnitust ning meedikute (patronaažiõe) vestlus tulevase emaga on pealiskaudne. Kas juba siit ei saa alguse usaldamatus meedikute vastu? Hoolikas esmane sünnituseelne patronaaž võimaldaks välja selgitada lapsele mõju avaldavad riskitegurid, looks soodsa kontakti tulevase perekonnaga, sisendaks usaldust meedikute vastu. Tingi-

mata õpitagu tundma tulevase ema ja isa iseloomu iseärasusi. Tuleb abistada soodsa psühhokliima loomisel perekonnas.

Teisel külastusel vahetult enne sünnitust pööratagu peatähelepanu tulevasele lapsele. Sellise lähenemise puhul võime loota nn. perekonnaarsti kujunemisele. Vajakajäämised sünnituseelses ja sünnitusjärgses patronaažis loovad üksteise mittemõistmise õhkkonna, mis sageli tekib meedikute ja lapsevanema vahel ning mis mõjub lapse tervisele halvasti.

Järgnev kontakt on juba sünnitusmajas. Tulevase lapse tervis sõltub selles etapis sünnituse juhtimise kvaliteedist. Sünnitusmajas viibib laps lühikest aega, ta viiakse koju või tervisehäirete korral toimetatakse eristatsionaari. Seepärast omandab erilise tähtsuse järgmine etapp — pediaatrijaoskond ja eristatsionaar. Kõik eelmiste etappide puudujäägid ilmnevad selles etapis. Kahjuks ei ole meil perinatoloogi, kes tunneks nii loote kui ka vastsündinu füsioloogiat ja patoloogiat, kes jälgiks rasedat kuni lapse sündimiseni ja vastutaks lõpptulemuse — terve lapse sünni eest. Praegustes oludes aga langeb kogu vastutus haige lapse eest eristatsionaarile ja jaoskonnapediaatrile.

Sellel etapil selgub peale vastsündinu kahjustuste ka noorte ettevalmistamatus emaks ja isaks saamiseks. Vastsündinute eriosakondade ülesanne on arstile lisaks luua tingimused vanemlike tunnete kiireks tekkimiseks.

Ema soodne psühholoogiline seisund avaldab lapsele head mõju, see kiirendab tervistumist ja adaptatsiooni ning parandab vastsündinu kohanemist uues keskkonnas, samuti vähendab tema haigestumise võimalusi.

*Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla*

Abiks **velskritele** **ja õdedele**

UDK 613.816:616-082(474.2)

Velskri-narkoloogia- punktide töökogemusi **XI viisaastakul**

Maia Seeberg Liidia Kosula
Anti Liiv · Tallinn

narkoloogiline abi, narkoloogiline abi tööstus-
ettevõtete juures, ühiskondlikud narkoloogia-
postid

1970-ndate aastate teisel poolel avati mitmes Tallinna suuremas tööstusettevõttes (Tallinna Vineeri- ja Mööblikombinaat, 2843 töötajat, tehas «Ilmarine», 962 töötajat (1)) sisemiste ressursside arvelt hästi sisustatud arsti-narkoloogiakabinetid koos piisava abipersonaliga. Et NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi käskkiri näeb ette arsti-narkoloogiakabinettide avamise üksnes suurtes ettevõtetes (1,0 arsti ametikohta 50 000 töötaja kohta, Eesti NSV suuremad tööstusettevõtted aga on 10 000... 15 000 töötajaga (1)), siis asusime XI viisaastakul varem rajatud arsti-narkoloogiakabinete järk-järgult reorganiseerima velskri-narkoloogiapunktideks (1,0 velskri ametikohta 5000 töötaja kohta), jätkates ka uute velskri-narkoloogiapunktide avamist. XI viisaastakul oli peatähelepanu koondunud Tallinnale, Kohtla-Järvele ja Narvale (vt. tabel). XII viisaastakul kavatses seda organisatsioonivormi laiendada, raja-

des need ennekõike maarajoonide väikelinnadesse (näiteks Keila, Elva, Sindi jt.), kus arsti-narkoloogiakabinet puudub, kuid velskri-narkoloogiapunkt oleks võimalik avada majanditevahelise koostöötegemise teel.

Velskri-narkoloogiapunktide põhimääruse (4) järgi seadsime sihiks:

1) maksimaalselt tuua narkoloogiline abi tööstusettevõtetele lähemale;

2) üksikasjaliselt tundma õppida ettevõtte (või ettevõtete grupi) tööliste riskirühmi profülaktikameetmete õigeaegseks rakendamiseks;

3) võimalikult varakult välja selgitada alkoholismihaiged ning õigel ajal kasutusele võtta alkoholismiravi eri vorme, sealhulgas preventiivravi;

4) rakendada tööle Eesti NSV Punase Risti Seltsi ühiskondlikke narkoloogiaposte, kes on varem väljaõppe saanud (2, 3, 5);

Tabel. Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi velskri-narkoloogiapunktid

Asutus	Asutamisaasta
Tallinna Elamuehituskombinaat	1981
Tootmiskoondis «Silikaat»	1981
J. Lauristini nim. Tallinna Masinatehas	1982
Naha- ja Jalatsitootmiskoondis «Kommunaar»	1982
Tootmiskoondis «Norma»	1981
Tallinna Lihakombinaat	1982
Tallinna Merekaubasadam	1981
Tootmiskoondis «Eesti Kalatööstus»	1982
Harju rajooni koostöötegemise asutused	1981
M. Kalinini nim. Tallinna Elektrotehnikatehas	1982
Kombinaat «Balti Manufaktuur»	1984
Tallinna Ehitustrust	1984
ETKVL-i Rajoonidevaheline Tallinna Kaubabaas	1985
Koondis «Tööstuskomplekt»	1985
H. Pöögelmani nim. Elektrotehnikatehas	1985
Tootmiskoondis «Polümeer»	1985
Tootmiskoondis «Talleks»	1985
Eesti Kalalaevaremondi Tootmiskoondis	1985
Tootmiskoondis «Eesti Fosforiit»	1985
Agrotöotmiskomitee	1985
Kohtla-Järve Ehitustrust	1985
Kaevandus «Estonia»	1985
Balti Soojustelektrijam	1980
Balti Raudbetootodete Tehas	1984
Narva Raudbetootodete Tehas	1984

5) abistada näitagitatsiooni ning loengulise propaganda korraldamisel.

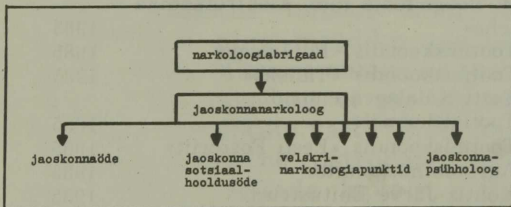
Velskri-narkoloogiapunktid on rajatud ettevõtte enda initsiatiivil lepingu alusel. Ka ruumid ja sisseseaded eraldatud ettevõtte. Senine viieaastane töökogemus on näidanud, et ettevõtetel pretensioone ei ole ning meie velskreid võetakse töökollektiivides hästi vastu.

Narkoloogiavelsker on narkoloogia-asutuse töötaja (tööraamat asub narkoloogiaasutuses) ning tihedate sidemete säilitamiseks on ta ühe tööpäeva nädalas oma põhitöökohas, narkoloogia-asutuses. Tallinnas, kus velskripunkte on võrdlemisi palju, töötavad velskrid administratiivsete rajoonide järgi brigadimeetodil, kusjuures tööd juhivad antud linnarajooni jaoskonnararkoloog, lisaks kuuluvad brigadi jaoskonnade, sotsiaalhooldusõde ning ettevõttes töötavad velskrid. Käesoleval viieaastakul on kavas brigadi arvata ka sotsiaalhooldusega tegelev psühholoog (praegu töötab juba Kalinini rajoonis).

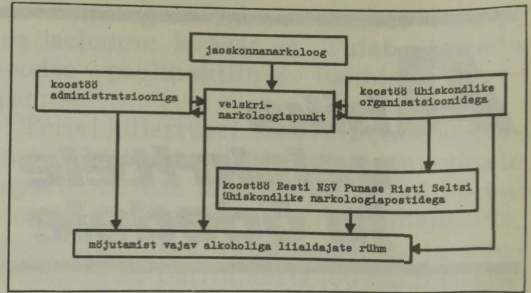
Seniste töökogemuste põhjal võib öelda, et kaadrivoolavus on minimaalne, töötavad isegi meesvelskrid. Tallinna Vabariiklikus Narkoloogiadispanseris on töölesoovijate arv seniajani ületanud töölevõtmise võimalused. Võimalik, et kaadri kinnistumisele on mõju avaldanud ka tõik, et valdavalt kõigil narkoloogiavelskritel on võrdlemisi suur organisatoorne töökogemus, näiteks on töötanud vanemõena jms. Ilmselt pole tähtsusetult viimases järjekorras ka 25% kõrgem palk, asutuse poolt makstav preemia ning 42 tööpäeva puhkust, mis on tavaliselt suvel.

XII viieaastakul on kavas järgmine.

1. Oluliselt parandada velskri-nar-



Joonis 1. Ettevõtte juures tegutseva velskri-narkoloogiapunkti koostöösuhet narkoloogiabrigaadis.



Joonis 2. Velskri-narkoloogiapunkti koostöösuhet asutuses.

koloogiapunktide tehnilist varustatust. Vajame eriti kodumaiseid töökindlaid alkomeetreid.

2. Tagada narkoloogiavelskrite väljajõppe ja täienduse kindel süsteem. Osaliselt oleme selle saavutanud Riia baasil, peamiselt seminaridega. Võib kindel olla, et meie juurde oleks nõus tagasi tulema paljud praegu tööstuses muudel erialadel töötavad õed, kui neil oleks võimalik omandada narkoloogiavelskri kvalifikatsioon.

Leiame, et meie väikese vabariigi väikeste ettevõtete puhul on ka koöpeerimise alusel rajatavad velskri-narkoloogiapunktid end igati õigustanud.

KIRJANDUS: 1. Nõukogude Eesti. Entsüklopeediline teatmeteos. Tallinn, 1978, 125—130. — 2. Sabbo, G., Liiv, A. Nõukogude Eesti Teravishoid, 1984, 1, 64.

3. Положение о фельдшере наркологе — помощнике врача-психиатра-нарколога. Утв. МЗ СССР от 22. 06. 1976. г. — 4. Положение об общественном наркологическом poste. Совместно утв. 14. 06. 1978 г. МЗ СССР и исполкомом общества Красного Креста и Красного Полумесяца. — 5. Приказ МЗ СССР № 270 от 18. 03. 1976 г.

Tallinna Vabariiklik Narkoloogiadispanser

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

UDK 612.014.46:547.262:378.4(474.2)

Narkoloogia õpetamine Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas

Lembit Mehilane · Tartu

**narkoloogia, meditsiinkaadri ettevalmistamine,
täienduskursused**

Vähem kui aastaga on alkoholi tootmise, müügi ja tarbimise ning joomarlus- ja alkoholismivastase võitluse poliitika toimunud suured põhimõttelised laadi muudatused. Karskusidee on saanud üldrahvaliku toetuse. On selgusele jõutud, et viinauimaselt ei saa olla edasiminekut majanduses, kultuuris, teaduses ega ühiskonnaelus tervikuna. Karske eluviisi saavutamine eeldab paljude ametkondade plaanipärast ja pikaajalist koostööd. Tervishoiusüsteemil tuleb sealhulgas lahendada uut moodi mitmeid meditsiinialaseid, kasvatuslik-psühholoogilisi, ka sotsiaalseid ja organisatsioonilisi probleeme. Kogu arstikonna kohustuseks, olenemata erialast, on võimalikult varakult diagnoosida alkoholismi ja narkomaaniat, muuta ravi efektiivsemaks ning pöörata suuremat tähelepanu profülaktikale. Uued ülesanded ja suunad on sanitaarharidustöös ja ühiskondliku arvamusel kujundamises. Teel karske eluviisi poole ei saa olla kompromissi mõõduka, paraja või aruka joomisega.

Arstide, sealhulgas narkoloogide narkoloogiaalane kvalifikatsioon on siiani veel madal olnud. Suurel osal Eesti NSV-s töötavatel narkoloogidel ei ole piisavat ettevalmistust ei narkoloogias ega psühhiaatrias. Madal on üldarstide narkoloogiaalane kvalifikatsioon. See aga on üks paljudest põhjustest, miks alkoholismi diagnoosimine ja haigete narkoloogi vastuvõtule suunamine on olnud äärmiselt tagasihoidlik.

Tingituna tungivast vajadusest parandada arstide kvalifikatsiooni narkoloogia alal on Eesti NSV Tervishoiuministeerium ja TRÜ arstiteaduskond suuresti muutnud arstide ettevalmistamise ja kvalifikatsiooni tõstmise korda.

19. novembril 1985 kinnitas TRÜ arstiteaduskonna nõukogu narkoloogia kateedritevahelise õpetamise programmi. Vastavalt sellele algab narkoloogia õpetamine I kursusel erialasse sissejuhataivate loengutega, õpetamine jätkub kõigil järgnevatel kursustel ning lõpeb 12-tunnise fakultatiivkursusena VI kursuse kevadsemestril. Programm näeb igale kateedril ette peamised narkoloogiateemad ja määrab kindlaks, mida igal kateedril loengutel ja praktikumidel tuleb käsitleda. Pearõhk asetatakse seejuures alkoholismi, narkomaania ja toksikomaania varajaste tunnuste tundmaõppimisele, oskusele neid haigusi õigel ajal diagnoosida, kompleksravi kas korraldada või läbi viia ja eriala spetsiifikast tulenevalt sanitaarharidustööd suunata. Narkoloogia fakultatiivkursuse programm (12 tundi) VI kursusel näeb ette nende probleemide üsna põhjaliku käsitlemise. Narkoloogia õpetamiseks on TRÜ arstiteaduskonnas eraldatud orienteerivalt 92 tundi. On peetud soovitatavaks mitmed olulised küsimused arvata põhiline või riigieksami küsimuste hulka.

Pärast arstiteaduskonna lõpetamist on nüüd narkoloogia erialale võimalik spetsialiseeruda narkoloogiainternatuuri kaudu. 1985/1986. õppeaastal on spetsialiseerumas neli internit. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumil on kavatsuna narkoloogiainternatuuri igal aastal 4...6 arstiteaduskonna lõpetanut.

1986. aasta 1. septembril avatakse TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri juures ordinatuur narkoloogia erialal. Arstid, kes soovivad töötada või jätkata töötamist narkoloogidena, saavad spetsialiseeruda viiekuulistel kursustel (kursuste kestus 1. augustist 3. detsembrini). Arstid, kellel narkoloogia alal spetsialiseerumisest on möödas üle kolme aasta või kes on töötanud ilma narkoloogiaalastel spetsialiseerumiskursustel käimata vähemalt viis aastat, võivad osa võtta kahekuulisest täiendustsüklist. Esimene taoline tsükkel toimus 1985. aasta sügisel. Jaoskonnaterapeutidele ja tsehhiarstidele on neljakuuline täiendustsükkel (kolm kuud mittetatsionaarset, üks kuu statsionaarset) toimunud juba 1970. aastast alates.

1985. aasta sügisest peale on alkoholismi ja narkomaania varajast diagnoosimist, ravi ja profülaktikat käsitletud neli tundi igal täiendustsükli, sõltumata erialast.

Kuigi kõigi kursuste korraldaja on psühhiaatria kateeder, on lektoriteks alati olnud ka arstiteaduskonna paljude teiste kateedrite juhtivad õppejõud. Samuti oleme vajalikuks pidanud kutsuda lektoreid Leningradi, Moskva, Riia ja teistest juhtivatest narkoloogiaasutustest.

Korraldamisel on ühepäevased seminarid (aastas 4...5) Eesti NSV-s töötavatele narkoloogidele.

Seega on Eesti NSV Tervishoiuministerium ja TRÜ arstiteaduskond lühikese ajaga suutnud luua soodsad kvalifikatsiooni tõstmise võimalused kohepeal.

Tegemist ootab uurimistöö psühho-profülaktika ja narkoloogia alal.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder

Uus meditsiinikandidaat

4. juunil 1985 kaitses prof. A. I. Kolomitšenko nim. Kiievi Otorinolarüngoloogia Teadusliku Uurimise Instituudi erialanõukogu ees kandi-

daadiväitekirja «Kohleaar-vestibulaarsete kahjustuste diagnoosimine vertebrobasilaarsüsteemi transitoorsete verevarustushäirete korral (ENG, REG ja EKG andmete automatiseeritud analüüsiga)» Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi nooremteadur **Jaak Mürsepp**. Väitekirja on valminud meditsiinidoktorite I. Kalinovskaja ja allakirjutanu juhendamisel. Oponeerisid prof. V. Bazarov Kiievest ja prof. I. Skljut Minskist. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 30. oktoobrist 1985 kinnitati J. Mürseppale meditsiinikandidaadi kraad.

J. Mürsepp on uurinud kuulmis- ja tasakaaluelundi kahjustusi vertebrobasilaarpuudulikkusega haigetel. Neid kahjustusi on ta uurinud ka vibratsiooniga kokkupuutuvatel töötajatel. Andmete analüüsiks kasutati personaalarvutit ning koostöös Eesti NSV Teaduste Akadeemia Kübernetika Instituudi teaduritega töötati esimesena Nõukogude Liidus välja meetodika nüstagmogrammi ja reoentsefalogrammi erinevate parameetrite dünaamika graafiliseks kujutamiseks. See võimaldas teha olulisi järeldusi vestibulaarfunktsiooni kahjustuse ulatuse ja asukoha kohta. Nimetatud meetodika on kasutusele võetud Moskva, Kiievi, Lvovi jt. teadusasutustes.

J. Mürsepp on sündinud 30. mail 1934. aastal Tartus arsti perekonnas. Lõpetanud 1954. aastal Tallinna 2. Keskkooli, õppis ta pärast teenistust Nõukogude armees aastatel 1958...1964 Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonnas. Pärast TRÜ lõpetamist oli ta õpetajaks Tallinna Meditsiinikoolis, ordinaatoriks Tallinna Tõnismäe Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas ja otorinolarüngoloogiks Nõmme Polikliinikus. 1973. aastast alates on J. Mürsepp töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste osakonnas, algul vaneminsenerina, hiljem nooremteadurina. Oma erialateadmisi on ta täiendanud Tartus, Kiievis, Moskvas ja Riias. Ta on paljude ratsionaliseerimistepanekute autor. S. Palloga koos loodud originaalse signaalide salvestamise seadme eest sai J. Mürsepp A. S. Popovi nim. Raadiotehnika, Elektroonika ja Sidetehnika Teaduslik-Tehnilise Ühingu üleliidulise konkursi diplomi. J. Mürseppa teadustööde nimekirjas on 17 publikatsiooni.

Naomi Loogna

Sanitaar- haridustöö

UDK 613.816:614.2

Alkoholivastane propaganda sanitaarharidustöös

Maano Kivilo · Tallinn

alkoholism, sanitaarharidustöö, alkoholivastase
propaganda vormid, kaader

Sanitaarharidustöö tähtsust tunnistab sõnades igaüks, kes sellega on vähegi kokku puutunud. Tegudes see, paraku, siiski üsna sageli ei kajastu. Aastate jooksul on kogunenud arvukalt fakte formaalsest suhtumisest ja isegi tehtud kajastavate andmete ilustamisest. See-tõttu tuleb mõne rajooni aruannetesse suhtuda üsna skeptiliselt. Praeguses olukorras, kus sanitaarharidustöö esma-ülesanne on joomarlusest ja alkoholismist jagusaamiseks toimuva üldrahvaliku võitluse toetamine alkoholivastase propaganda vahenditega, tuleb sellesse suhtuda erakordse rangusega. Sisuliselt nõuab see töö põhjalikku ümberkorraldamist nii mõneski valdkonnas.

Praeguse alkoholivastase propaganda üks olulisemaid tunnusoone on selle massilisus ning aktiivne, ründav hoiak. Alkoholi kahjulikkusest on räägitud küll eesti rahva lauluisa raamatu «Wina-katk» ilmumisest alates, juba 1840. aastast peale. Seega ligikaudu poolteist sajandit on keelitatud inimesi alkoholi pruukimisest loobuma. Kuid ei tohtrid, ei Tartu Tervishoiuuseum ega omaaegne karskusselts ei suutnud veenmise teel midagi parandada. Ootamatu see ei ole — mõistusele koputamisi

sega ei saa mõjutada mõistusvastast, arulagedat nähtust. Propagandale vaamatamata alkoholi kasutamine aina laienes, hakkas levima naissoo hulgas ja haaras oma küüsi järjest nooremaid inimesi.

Üleliidulise Sanitaarhariduse Teadusliku Uurimise Keskinstituudi andmeil pidas alles hiljuti ligikaudu 30% inimestest alkoholi kasulikuks vahendiks külmetuse, kõhuvalu, väsimuse puhul. Sama usk kajastub muide ka rahva seas levinud ütluses surmatõvest, ka teistest, kergematest tõbedest. Kuid senikaua kui püsib salliv või koguni soosiv hoiak alkoholi kasutamise suhtes, senikaua ei maksa tulemusi loota ka alkoholivastast võitluselt ega karskusliikumisel. Niisiis on alkoholivastase propaganda peaesmärk õige hoiaku kujundamine realistlike, teaduslikult põhjendatud teadmiste najal.

Kui alkoholismiprobleem oli jõudnud kriitilise piirini, andis möödunud aasta maikuu otsus selle kohta selge hinnangu, näidates ära ka tegutsemis-suuna lahenduse leidmiseks. Probleemile läheneti sootuks uudselt: alkoholismivastane, veelgi enam, alkoholivastane võitlus ei ole mitte ainult meedikute, vaid kogu rahva ühine ettevõtmine. Seejuures on just propaganda osa oluliselt suurenenud, kuna jutt on senisest hoopis erinevast lähenemisest. Peatähelepanu ei tule pöörata mitte alkohoolikutele ega joomaritele, vaid neile, kes alkoholiga lähema tutvuse tegemist on alles alustanud, esmajoones noortele, kellel on kõik eeldused jääda kogu eluks täiskarsklasteks. Alkoholivastases võitluses on peamine ju profülaktika, karskuse kujundamine elunormiks.

Seoses sellega vajavad täpsustamist mõned küsimused, alates põhimõtetest. Joomarlusest ja alkoholismist jagusaamine, seega ka alkoholivastane propaganda on üldrahvalik üritus. Järelikult oleks ekslik arvata, et alkoholivastane propaganda on ainult narkoloogide ja sanitaarharidusarstide mure, tegelikult on see kõigi tervishoiutöötajate ühine mure. Propagandat tuleb teha sanitaarharidustööks ettenähtud ajal, teatavasti

on seda igal tervishoiutöötajal ette nähtud neli tundi kuus. Vähemalt tund sellest tuleks iga kuu pühendada alkoholivastasele propagandale, sellest omakorda vähemalt pool tegevusele väljaspool tervishoiuasutusi, s. o. klubides, kultuurimajades, ettevõtetes, asutustes. Et alkoholivastane propaganda jõuaks iga inimeseni, kohustas Eesti NSV Tervishoiuministeerium oma ringkirjaga kõiki tervishoiuasutuste juhatajaid ning rajoonide peaarste korraldama käesoleva aasta jaanuaris ja veebruaris kõigi tervishoiutöötajate metoodilise ettevalmistamise lühikursused. Kõrvuti sellega on koostöös haridusministeeriumi, kõrg- ja keskerihariduse ministeeriumiga ning kutsehariduse komiteega lühiprogrammide alusel organiseeritud õpetajate ja õppejõudude metoodiline ettevalmistamine alkoholivastaseks propagandatöök. Talvisel koolivaheajal sai ettevalmistuse keskmiselt 50% õpetajatest ja õppejõududest. Nii oli see ka kavandatud. Kogu pedagoogide kaadri ettevalmistamine on planeeritud lõpetada veel tänavu. Sisuliselt loob see pinna elementaarse info jõudmiseks arstide ja pedagoogide kaudu iga nooreni ja enamiku täiskasvanuteni. Kui saab teoks ka tööstus- ja põllumajandusjuhitud metoodiline ettevalmistamine analoogiliste lühikursuste kaudu, oleks loodud reaalne baas massiliseks alkoholivastaseks propagandaks ja karskusidee levitamiseks.

Samas tuleb õigesti lahti mõtestada direktiivdokumentide sätte propagandajärsust muutmise aktiivselt ründavaks. Ei piisa ainuüksi loengu kiretust esitamisest, vaid iga tervishoiupropagandist on kohustatud ka taotlema, et tema sõnad jõuaksid päralt ja realiseeruksid inimeste hoiakutes ning käitumises. Ühesõnaga: kui senine propagandastiil piirdus üksnes ürituse toimumisega, siis praegune nõuab ürituselt (loengult, vestluselt, artiklilt) ka tulemusi. Endise propagandastiili järgi suunasid näiteks Eesti terapeutid alkoholimiravile aastas alla 30 (!) alkohooliku. Ometi on päevaselge, et aastaid patsientidega kokkupuutunud jaoskonnatera-

peut teab hästi ja õigeaegselt paljude lähisuhteid alkoholiga. Ja kuigi terapeutiline ravi on neil haigeil seetõttu sageli tulemusteta jäänud, ei suunata neid narkoloogi juurde ikkagi enne, kui nad juba sundravi vajavad. Niisiis, terapeut, ka kirurg, günekoloog, neuroloog ja teised ei pidanud alkoholiprobleemiga tegelemist järelikult oma kohustuseks. Praegune tööstiil aga nõuab iga erialaspetsialisti tihedat koostööd narkoloogidega ning alkoholiprobleemide võrdtähtsustamist oma eriala probleemidega. Suund on sinnapoole, et igas erialases esinemises, artiklis või vestluses oleks põhiteema sees ka annus alkoholivastast propagandat ning et iga tähelepanek patsiendi alkoholilembusest jõuaks narkoloogini. Et alkoholiprobleemi teravik on suunatud just laste ja noorukite eemalehoidmiseks alkoholist ning nendes karske eluhoiaku kujundamiseks, peaksid sellega tegelema akušöör-günekoloogid ja pediatrid. Siinkohal ei saa mööda minna šokeeriva sihtlusega propagandavõtete kohasest. Nii on väidetud, et noored neid võib hirmutada abiellumast, kui neile näidata alkohoolikute väärarenenud laste fotosid, noored naised aga kohutada sünnitamast, kui nad kunagi aastate eest on joonud näiteks kas või klaasi veini. Kuid infot alkoholi kahjulikkuse kohta vajavad esmajoones noored, mitte aga pensionärid. Leebe propaganda jõuab ainult nendeni, kes ka ilma veenmiseta end alkoholist nagu-nii eemale hoiavad. Kuid nendele, kes seda ei tee, ka head sõnad mõju ei avalda. Ainuvõimaliku lahendusena pakume siiski välja just šokeeriva mõjutamisviisi. Muidugi ei saa šokeerimist seada eesmärgiks omaette. Olgu siis kompromisslahenduseks seisukoht, et neid materjale ei levitataks mitte pimesi ega juhuslikult, vaid et neid näidataks ainult pärast alkoholiteemalist loengut, mis on auditooriumile andnud juba selged lähtekohad. Samas aga ei saa mööda minna ka järgmisest propagandatöö tähelepanekust: juba alkoholimaid teismelised tütarlapsed suhtuvad leebetesse selgitustesse alko-

holi kahjulikkusest põlastava üleolekuga, kõnealused vördjate fotod aga on nendegi näod tõsiselt võtnud ja neid mõtlema pannud. Noortel on teha muudki kui oma tervisele mõelda, mis nendes aastates on nagenii hea. See, et kunagi edaspidi võiks tekkida maksatsirroos (mille olemus ja tähendus on neile veel *terra incognita*) või midagi muud taolist, ei jõua neis lihtsalt päralt. Miks siis loobuda katsest uudse lähenemise kaudu neid mõjutada?

Tervishoiuministeeriumi eespool nimetatud ringkirjas alkoholivastase propaganda ümberkorraldamise kohta on nimetatud loengute arvu järsu suurendamise vajadust. Kui seda võtta täht-tähelt, jõuame küll üsna kiiresti välja selleni, et kuulutus alkoholiteemalise loengu toimumisest kutsus esile lausa tõrjereaktsiooni. Alkoholivastane propaganda ei tähenda kaugeltki veel seda, et terve loeng peaks olema ainult alkoholist. Ei, see oleks koguni väär, sest siis oleks kordamine peatselt paratamatu. See aga ei mõjuks enam hästi, vaid sootuks vastupidi. Ainult alkoholi-küsimusi põhjalikult käsitlevaid loenguid on muidugi vaja. Iga inimene peaks vähemalt üht sellist kuulama, et saada põhitõed kogu probleemist. Kuid täiel määral alkoholivastase propagandana läheb arvesse ka loeng, milles näiteks südamehaiguse profülaktikast rääkides peatub lektor ka alkoholi seostel südamehaiguste tekke ja profülaktikaga. Põhiteadmisi omava kuulaja alkoholivastast hoiakut süvendab see kindlasti rohkem kui pikk üldsõnaline ja sageli valdavas osas vaid emotsioonidele toetuv loeng selliste manitsustega nagu «ärge jooge, see on paha ja rikub tervist». See kriipsutab veel kord alla, et nüüdisaegne alkoholivastane propaganda nõuab uudset lähenemist.

Vabariiklik Sanitaarharidusmaja

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 612.115:612.128(092)

Alexander Schmidt ja vere hüübimise fermentatiivne teooria

Elise Käer-Kingisepp · Tartu

fibriinferment, trombiin, protrombiin, sümo-plastilised ained, tsütoglobiinid

1903. a. kirjutas Tartu Ülikooli tolle-aegne arstiteaduskonna dekaan, füsioloogia korraline professor, kateedrijuhataja ja instituudidirektor V. Kurtšinski Alexander Schmidt biograafias muu hulgas: «Schmidt mitte ainult ei tõstatanud küsimust vere hüübimise põhjustest, vaid ta tõestas ka seda, et see protsess kuulub fermentatiivsete nähtuste hulka. Schmidt esitatud verehüübimisteooria on hilisemate muudatuste ja täiendustega säilitanud oma tähtsuse meie päevini, tehes tema nime teaduses kuulsaks» (41). Alexander Schmidt — vere hüübimise klassikalise teooria rajaja — on äramärkimist leidnud ka tänapäeval, nagu näitavad kirjanduse allikad nii meil kui ka väljaspool (6, 38, 42, 43, 44). Üldiselt hästi tuntud ja mitte unustatud on oma aja tartlaste poolt Alexander Schmidtile antud hüüdnimi Vere-Schmidt («Blut-schmidt»), kriipsutamaks alla tema uurimisala.

Kui käsitleda Alexander Schmidt mitmekülgset tegevust Tartu Ülikoolis,

tuleb kõigepealt lähemalt peatuda tema teaduslikul uurimistööl, eriti vere hüübimise kui fermentatiivse nähtuse õpetusel, mis kujunes välja pikki aastaid kestnud uurimise tulemusena ning tõi talle ülemaailmse kuulsuse.

Alexander Schmidt sündis 15. (27. ukj.) mail 1831. a. Muhu pastori lasterikkas perekonnas.¹ Gümnaasiumi lõpetas ta 1850. a. Tallinnas. Sama aasta sügisel astus Schmidt Tartu Ülikooli ajaloo-keeleteaduskonda, kuid järgmisel aastal läks üle arstiteaduskonda ja omandas 1858. a. doktorikraadi. Seejärel täiendas oma teadmisi Lääne-Euroopa ülikoolides: Viinis E. Brücke ja C. Ludwigi ning Berliinis F. Hoppe-Seyleri juures. 7. märtsil 1861 esines ta oma esimese uurimistööga vere hüübimise alalt Berliini Teaduste Akadeemia täiskogu ees (16, 21). Tartusse tagasi jõudnud, kaitses 16. novembril 1862 *venia legendi* väitekirja teemal «Über Ozon im Blute» («Osoonist veres») eradotsendi õiguste taotlemiseks (25). Eduka kaitsmise järel määrati ta esmalt ülemääraliseks eradotsendiks füsioloogia alal ja 1864. a. kinnitati määraliseks füsioloogia kateedri dotsendiks. Seal avanes võimalus teadmisi täiendada füsioloogia alal oma aja silmapaistva ja mitmekülgse füsioloogi F. Bidderi (kateedrijuhataja ja füsioloogia korraline professor) juures. 1865. aastast 1869. aastani täitis Schmidt ka veterinaarkoolis adjunkti kohustusi ja füsioloogilise keemia laboratooriumi juhataja ülesandeid.^{2,3}

Dotsentuuriaastaist, 1866. a. märtsist kuni 1867. a. lõpuni, viibis A. Schmidt täiendusel Leipzigi C. Ludwigi juures. Töötada ja õppida mõni aeg C. Ludwigi juures oli tol ajal endastmõistetav igale noorele füsioloogile. C. Ludwig oli suur teadlane — suur füsioloog ja erakordne õpetaja, kelle juures töötas paremaid füsiolooge mitmelt maalt, ka Venemaalt (Setšenov, Botkin, Pašutin, Ovsjannikov, hiljem ka Pavlov jpt.). C. Ludwigist, tema uurimustest ja võrreldamatust koolist, kus on töötanud ligikaudu 300 teadlast, on mitmeid sisutihedaid ülevaateid (19, 20, 36, 50).

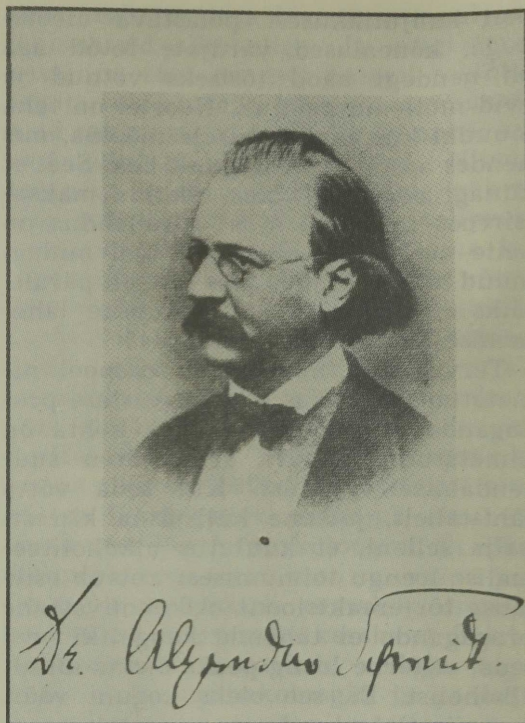


Foto 1. Professor Alexander Schmidt (1831... 1894): Tartu Ülikooli korraline füsioloogiaprofessor aastail 1869... 1894, arstiteaduskonna dekaan 1877... 1880, ülikooli rektor aastail 1885... 1890. G. Vaidla foto.

A. Schmidt uuris C. Ludwigi juures verehingamist, veregaase lihase läbi-voolutamisel jm. Tööd ilmusid Leipzigi Füsioloogia Instituudi väljaannetes (1867, 1868).

A. Schmidt alustas õppetegevust Tartu Ülikoolis eradotsendina ning jätkas dotsendina. 27. novembril 1869 kinnitati ta Tartu Ülikooli korraliseks füsioloogiaprofessoriks, ühtlasi ka füsioloogia-instituudi juhatajaks. Sel kohal töötas elu lõpuni (10. apr. (22. ukj.) 1894. a.), A. Schmidt on maetud Tartusse.

¹ Alexander Schmidt'i isa Muhu pastor A. Schmidt oli «põline saaremaalane, kes tegi rännakuid kodusaarel ja pani elavalt tähele Tõllu muistendite konkreetset esinemist» — («Paar sammukest eesti kirjanduse uurimise teed» VII, Tartu, 1971, 152). «Inlandis» on pastor A. Schmidt 1858. a. avaldanud ühe Tiirimetsa vanataadi jutustuse Suurest Tõllust («Monumenta Estoniae Antiquae» II, Tallinn, 1963, 97, 226—227 jt.).

A. Schmidt oli arstiteaduskonna dekaan 1877. a. kuni 1880. a. ja ülikooli rektor 1885. a. kuni 1890. a. Nagu kirjutab Petuhhov Jurjevi Ülikooli ajaloos, oli A. Schmidt sel ajajärgul viimane rektor «po isbraniju» (valitud) (45). A. Schmidt oli Õpetatud Eesti Seltsi liige, Tartu Loodusuurijate Seltsi liige jm. On esinenud avalike (populaarteaduslike) loengutega, mõned loenguteks- tid on säilinud trükistena.

A. Schmidt taotles arstiteaduskonna ruumide laiendamist uue hoone ehitamisega. Esildises ülikooli nõukogule 13. oktoobrist 1882. a. kirjeldas Schmidt anatoomikumi ruumide olukorda, kus asusid arstiteaduskonna teoreetilised kateedrid. Ta mainis, et füsioloogiainstituudi (kateedri) kitsastes ruumides pole mingisugust võimalust füsioloogilise keemia väljaarendamiseks. Füsioloogiahoone valmis küllalt kiiresti ja 1888. a. viidi sinna üle füsioloogia- ja patoloogiainstituudid (kateedrid). Rektor A. Schmidt taotlusel rajati ka ülikooli veevärk, Toomeorgu puuritud kaev andis head vett.

Dotsendina luges A. Schmidt kolm semestrit füsioloogilist keemiat (1... 4 tundi nädalas). Teistel semestritel luges organismi ökonomiat, meeleeundite füsioloogiat, õpetust verest ja muudest organismi mahladest oma uuringute põhjal, 1868. a. meditsiinilist füüsikat. Koos professor F. Bidderiga viis ta läbi füsioloogiapraktikumi üliõpilastele. Kõik nimetatud ained olid tol ajal fakultatiivsed kursused ja eksamit nendes ei nõutud (41).

Füsioloogia korralise professorina luges A. Schmidt arstiteaduse üliõpilastele füsioloogiakursust kava kohaselt kuus tundi nädalas, enamasti tund päevas. Fakultatiivselt luges paljunemisfüsioloogiat (üks tund nädalas), vajaduse korral dieteetikat jm. Ta seadis sisse «füsioloogilised harjutused vanema kursuse üliõpilastele», osavõtt tasuta, mittekohustuslik (tööaeg soovikohaselt 6... 7 tundi). Ent osavõtt harjutustest

oli rohke, eriti nende üliõpilaste poolt, kes pärast ülikooli lõpetamist kavatsesid kaitsta väitekirja arstiteaduse doktori kraadi saamiseks.

Esimesed arstiteaduse doktori väitekirjad valmisid A. Schmidt juhendamisel osalt Tartu Veterinaarkooli baasil⁴, dissertandid tänasid direktiooni uurimismaterjali, -vahendite ja kabineti kasutamise eest. Nagu eespool mainitud, täitis A. Schmidt seal mõne aasta füsioloogikaadjunkti kohuseid.

A. Schmidt juures oli valminud 56 dissertatsiooni, enamasti verefüsioloogia alalt, mõned väitekirjad lihase-, valgufüsioloogia valdkonnast. Nende aastakümnete teaduslik uurimistöö Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas moodustas omapärase kompleksuse vere uurimise alal, tihedas seoses teooria ja praktika vahel. Vere uurimine koondas mitme eriala spetsialiste (teraapia, kirurgia, farmakoloogia jt.) füsioloogia ümber. On arusaadav, et vere uurimisele pandi suuri lootusi, sest paljud eluliselt tähtsad küsimused, nagu vereülekanne jpt., ootasid lahendust.

A. Schmidt teaduslik uurimistöö kuulub ülekaalukalt verefüsioloogia ja -keemia valdkonda. Sageli öeldakse, et Alexander Schmidt on ühe probleemi teadlane. Tema esimesed vere hüübimise alased tööd ilmusid 1861. a., viimane monograafia «Weitere Beiträge zur Blutlehre» postuumselt 1895. a. Seega peaaegu 35 aastat olid A. Schmidt uurimused huvi keskpunktis ja nendel rajanes vere hüübimise klassikaline õpetus.

Möödunud sajandi 60-ndail aastail, mil A. Schmidt esimesed uurimused ilmusid, ei olnud vere hüübimises veel ühtset seisukohta. Nähtus kui niisugune oli tuntud, protsessi käiku osati pidurdada või pikendada madalamas temperatuuris, pärssida soola lisamisel jm., kloppimisel saadi eraldada verekiudnik ja hüübimist ei järgnenud. Puudus protsessi eksperimentaalne tõestus, puudusid ka mõisted. «Fibriin» (*fibra*) oli

² ENSV RAKA, f. 404, nim. 1, s.-ü. 600, 40.

³ ENSV RAKA, f. 404, nim. 1, s.-ü. 600,74.

⁴ Veterinaarkooli õpilastel ei olnud õigust doktori- kraadi kaitsta.

võetud botaanikast, fibrinogeeni nime- tuse oli andnud Virchow 1845. a. (37). Ka see, milline plasmavalk fibriiniks muutub, polnud teada. Arvati, et kal- gendunud fibriiniks muutub albumiin (5). A. Schmidt näitas, et seerum (va- dak), sisaldades küll albumiini, siiski ei kalgendum. Puhta albumiini eraldas B. Aronstein 1873. a. A. Schmidt juures tehtud uurimuse tulemusena (3). Tea- dusilmas kviteeriti seda väga positiiv- selt.

A. Schmidt rajas aluse vere hüübi- mise tekke ja kulgemise uurimiseks, hüübimist eksperimentis esile kutsudes. Suur ja suunav tähtsus oli tema esimes- tel töödel (46, 47, 48, 49). Kui hüübiva- tele vedelikkudele lisati väheses koguses seerumit, siis protsessi kulg kiirenes. Veelgi huvitavam oli tema poolt kind- lakstehtud fakt, et spontaanselt mitte- hüübivad seroossed transudaadid vähe- se koguse vere või vereseerumi lisamisel kalgendusid peaaegu silmapilkselt. A. Schmidt uuris mitmeid transudaate: hüdrotseele-, perikardiumi-, pleurave- delikke jt. Ta mainib ka üht varaja- semat uurimust, milles oli kirjeldatud villi- ja hüdrotseelevedeliku kalgendu- mist (4).

A. Schmidt näitas, et eri loomade veri toimib erineva intensiivsusega. Näiteks hobuse veri toimib märksa nõr- gemalt kui veise või sea veri. A. Schmidt näitas ka, et spontaanselt hüübivat ve- delikku saab muuta hüübimatuks trans- fusioonil läbi loomse membraani. Seda hüübimatuks muudetud vedelikku sai hüüvistada 10...15 tilga vereseerumi lisamisel. Oli kindel järeldus: vere- kiudnik ei kalgendu iseenesest ja spon- taanselt hüübiva vedeliku seerumis si- salduv «hüübimisajend» oli eraldatav. Seega kõigis spontaanselt hüübivates organismi vedelikes sisaldub tegur, mis kutsub esile hüübimise ka nendes vede- likes, millel hüübimisomadus puudub, kuid mis sisaldavad verekiudnikku. Erütrotsüüdid tugevdasid seerumi toi- met, ka defibrineeritud vere lisamine kiirendas hüübimist (27, 28, 29, 30, 31).

A. Schmidt püüdis kätte saada toimi- vat tegurit seerumit veega sadestades

või süsihappegaasi läbi puhudes või seerumile lahjendatud happeid lisades. Tekkinud sade sarnanes globuliiniga, oli kergesti lahustuv transudaatides. A. Schmidt nimetas selle fibrinoplastilli- seks aineks (ka paraglobuliin). Aine oli lähedane, mitte aga identne sellega, mis sisaldus hüüvistavas vedelikus, selle aine nimetas ta fibrinogeenseks. Kumbki aine püsis vesilahustes eraldi, kui lisati väheses koguses keedusoola, nende kok- kuvalamisele aga järgnes hüübimine. A. Schmidt nimetas ained fibriinigenee- raatoriteks ja pidas neid obligatoorseks hüübimisel (32, 33). Hiljem aga selgus, et fibriini tekkeks piisab üksi fibrino- geenist. Eespool toodud nimetusi enam ei kasutatud.

Juba esimestes töödes pidas A. Schmidt hüübimisel võimalikuks fermendi toi- met, sest transudaadi hüübimisel vere- seerumi lisamise korral kasutati täieli- kult ära fibrinogeenne aine (fibriini- loome), mitte aga fibrinoplastiline aine, mida saadi kämbust väljasurumisel. See tehisseerum toimis nõrgemalt kui lähte- seerum, seega võis osalt olla ära tarvita- tud, mis ei olnud kooskõlas fermenta- tiivse nähtusega. Seepärast kaldus A. Schmidt arvama, et fibrinoplastilise ja fibrinogeense aine vahele võib tek- kida soolataoline ühend (24). See oli ve- rehüübimisteooria esimene variant, mis rajanes A. Schmidt uurimustel. Selle võttis kokku E. F. Gorup-Besanez: «Üks fibriini tekke teooriaid, mis uuemal ajal on üldise tunnustuse võitnud, on Schmidt teooria. Selle järgi on fibriin kahe vereplasmas sisalduva aine keemi- line ühend, paraglobuliini (A. Schmidti fibrinoplastiline aine) ja fibrinogeeni ühend. Selle ühendi tekkel vabaneb lee- lis, mis hoiab mõlemaid aineid lahuses. Veri sisaldab fibrinoplastilist ainet enam kui fibrinogeeni hüübimiseks tar- vis läheb, sellepärast koaguleerib (kal- gendab) defibrineeritud veri seroosseid vedelikke...» (7).

Vere hüübimine kui fermentatiivne protsess sai täie õiguse pärast fermendi avastamist. Esialgse teate publitseeris A. Schmidt 1872. a. (28) ja seejärel ilmu- sid teised artiklid (29, 30, 32, 33, 41, 42).



Foto 2. Tartu Riikliku Ülikooli juubelipäevadel, 1982. aasta 16. septembril avati füsioloogiahoone juures Alexander Schmidt mälestusmärk. Paremalt: kateedrijuhataja prof. A. Jannus, prorektor prof. A. Tikk, arstiteaduskonna dekaan sel ajal prof. L. Allikmets, prof. E. Käer-Kingisepp, prof. N. Zvolinski Moskva Riiklikust Ülikoolist (A. Schmidt neljas põlvkond), füsioloogia kateedri dotsent P.-H. Kingisepp, füsioloogia kateedri professor S. Teesalu.



Foto 3. Mälestusmärgi avamisele elasid kaasa paljud külalised, TRÜ õppejõud, endised ja praegused üliõpilased. Esireas vasakult: TRÜ ajaloo professor H. Piirimäe, praegune arstiteaduskonna dekaan prof. A.-E. Kaasik, dotsent T. Mullamaa, Upsala Ülikooli rektor prof. Martin Holmdahl, Stokholmi Ülikooli Balti Uurimiskeskuse juhataja prof. Aleksander Loit (on ka Upsala Ülikooli professor), Stokholmi Ülikooli rektor prof. Staffan Helmfrid, tema abikaasa, prof. T. Karu. V. Kutsari fotod.

A. Schmidt sadestas seerumivalgu alkoholiga, mitte vähem kui 15 päevaga kogu valk (peaaegu) sadestus. Filtreeriti, sade kuivatati, hõõrutati pulbriks ja ekstraheeriti veega, ferment lahustus. Tehti ka kindlaks, et vedelikel, milles rakulisi elemente on vähe, oli nõrk hüüvistav toime. Vere vormelemendid fermente ei sisaldanud, ometi kiirendasid nad hüübimise kulgu tunduvalt. Järeldati, et fibrinoplastiline aine tekib vererakkudes (27, 30, 31). A. Schmidt tuli järeldusele: fibriini tekkeks on fibrinoplastilise ja fibrinogeense aine kõrval vaja veel kolmandat ainet — fibriinfermenti. Fibriinfermendi saamise ja omadused esitas A. Schmidt küllalt selgelt nii, et selles osas vasturääkivusi ei tekkinud. Küll aga põhjustas vastuvaiteid hüübimisprotsessi seletus fermentatiivse nähtusena, sest see ei vastanud fermentatiivse tegevuse üldtunnustatud mõistele ja järgnev terav kriitika

teadlase pihta nõudis, et esitatud tees tuleb välja heita, mida rutem, seda parem. Pakuti välja mitmesuguseid seletusi, rakuliste elementide kiirendavat toimet, oletati seost hapniku otsese toimega jpm. (7).

Fibriinfermendi avastamine oli erakordselt tähtis selleks, et tundma õppida ja mõista vere hüübimist füsioloogilise nähtusena, samuti oli see erakordselt tähtis ka vere hüübimise fermentatiivse teooria kinnitamiseks. A. Schmidt ülesanne oli eksperimentaaluurimusi jätkata oma õpetuse õigsuse tõestamiseks. Olgu siinkohal alla kriipsutatud, et A. Schmidt ise ei kasutanud sõna «teooria», vaid kavakindlalt «õpetus». Seda on tema seisukohtade esitamisel käesolevas artiklis püütud järgida. A. Schmidt püüdis eraldada fermentikandjad (fermenti sisaldavad) füsioloogilised vedelikud vedelikkudest, mis kannavad kalgenduvat substraati. Et määrata uuri-

tava vedeliku fermentisaldust, oli tarvis vedelikke, mis oleksid fermentivad või siis väga aeglaselt hüübivad fermentidiga, kuid sisaldaksid kalgenduvat substraati, fibrinogeeni. A. Schmidt kasutas rakuvaba plasmat (kogutud hobuse verest temperatuuril 0°C), ta kasutas ka soolaplasmat, selleks lisas plasmale magneesiumsulfaati. Nii rakuvaba plasma kui ka soolaplasma spontaanselt ei hüübinud, küll aga hüübisid siis, kui lisati fibriinfermenti või vedelikku, milles leidis fermenti. Proplastilistes organismi vedelikes (pleuravedelik, südamepauna vedelik, hüdrotseele jt.), s. t. spontaanselt hüübimatuis vedelikes fibriinferment puudub, kuid neis leidub fibrinogeen, ning fibriinfermenti või siis fermentikandva vedeliku lisamisele järgneb hüübimine.

A. Schmidt andis fibriinfermendile järgmise iseloomustuse: ferment toimib väikestes kogustes, tal on omadus toimida korduvalt, optimaalne temperatuur on $35 \dots 40^{\circ}\text{C}$, ferment inaktiveerub vesilahuses keetmisel, kuivatatult kannatab välja kõrgemaid temperatuure, madalama temperatuuri puhul aktiivsus langeb, külmutamisel ei kaota aktiivsust, nõrgad leelise- või happelahused pärsivad aktiivsust, see taastub neutraliseerimisel, tugevad leelise- või happelahused inaktiveerivad, neutraalsoolad nõrgas kontsentratsioonis soodustavad fermenti toimet.

Fibriinfermenti omadusi uurides tegi A. Schmidt huvitava tähelepaneku fermenti inaktiivse staadiumi kohta. Ta pani tähele, et oma meetodil saadud fermentipreparaadis oli kaks ainet: esimese lisamisel plasma hüübis pea momentaalselt, teise aine lisamisel aga alles pikema aja järel. A. Schmidt eraldas need ained, nimelt leidis fibriinfermenti vesilahuse aurustamisel tekkinud sademes vähese koguse kokkutõmbunud valgu tombukese kõrval veidi kollakat ainet, mis lahustus nii vees kui ka alkoholis. Toimides fermentisise alkoholiga, oli võimalik seda kollakat ainet eraldada. Selle aine vesilahus, lisatuna soolaplasmale, kutsus esile hüübimise suhteliselt aeglaselt. A. Schmidti arvates oli

aineid mitu, seepärast on ka nimetus mitmuses — sümoplastilised ained. Need ained on termostabiilsed, juba kas või selle poolest on nad fibriinfermendist erinevad. Ained tugevdavad vereseerumi toimet soolaplasmasse või külmplasmasse, kutsudes esile kiire hüübimise. Kui vereseerum oli oma esialgse hüübimist esilekutsuva toime mivanud, siis pärast sümoplastiliste ainete lisamist toime taastus ja oli isegi tugevam (34).

Monograafias «Blutlehre», mis ilmus 1892. a., A. Schmidt kirjutas, et fibriinfermenti tehnilise nimetuse puudumine oli väga segav, eriti siis, kui hakati uurima fermenti inaktiivset eelkäijat. A. Schmidt pani ette fibriinfermenti asemel kasutada «trombiini» ja tema eelastmele «protrombiini» (34). Need nimetused on säilinud meie päevini. Viimases monograafias (1895) esitab A. Schmidt mõned mõtted, selgitamaks terminoloogia küsimusi: «Sellest ajast, mil ma avastasin fermenti, nimetus «fibrinoplastiline» sobib, rangelt öeldes, ainult temale ja üldse mitte paraglobuliinile». Edasi ta kirjutas: «... juba kaua aega olen ma kõrvale jätnud sõna «fibrinoplastiline» ja oleks hea, kui samuti toimiksid kõik teised, sest see on täiesti üleliigne, kuna «trombiin» ja «fermentatiivne» rahuldavad kõiki nõudeid, ja mujale ta ei sobi» (35).

A. Schmidt asus seisukohale, et trombiini valmis kujul veres ei leidu, küll aga leidub teda mitteaktiivsena (protrombiinina), mille aktivaator vabaneb rakulistest elementidest. Ta näitas, et vereseerumis on trombiini suurel hulgal, kuid ringlevas veres teda ei ole, või kui on, siis ainult üliväikeses koguses; protrombiini aga leidis nii vereplasmas kui ka ringlevas veres. A. Schmidt arvas, et protrombiin võib muutuda trombiiniks ka ringlevas veres, kuid vähesel hulgal, ja tema toime tasakaalustatakse veres leiduvate hüübimisvastaste (antikoagulaatorid) ainetega, seepärast ringlever ei hüübi.

A. Schmidt oli veendunud, et eluliselt tähtis vere vedelolek hoitakse alal ainetega, millel on hüübimisvastane toime.

Mitmesugustest kudedest, sealhulgas ka maksast, isoleeris A. Schmidt aineid, mis olid hüübimisvastase toimega, need nimetas ta tsütoglobiinideks (15). Ta arvas, et tsütoglobiinid takistavad trombiini teket protrombiinist, tagades sellega vere vedela oleku elusorganismis (34, 35). Need A. Schmidt'i uurimused ennetavad mitme aastakümnega Ameerika teadlaste sellekohaseid uurimusi, mille tulemuseks oli hepariini avastamine (Mc Lean, 1916; W. H. Howell, 1918) (15).

Vere hüübimise kulg A. Schmidt'i järgi oli järgmine. Vigastuse korral lagunevad leukotsüüdid ja vabaneb suurel hulgal sümoplastilisi aineid, mille mõjul protrombiin muutub trombiiniks, mis toimib fibrinogeenisse teatud koguse neutraaloolade juuresolekul, muutes selle lahustumatuks fibriiniks (13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 38).

Neutraaloolade tähtsust vere hüübimises oli A. Schmidt alla kriipsutanud juba oma esimestes töedes, ta näitas verekiudniku kalgendumisel neutraaloolade tingimatut vajadust. O. Hammarsten, kes tõestas, et fibriin on moodustunud ainuüksi fibrinogeenist, avaldas arvamust, et hüübimisel tekib esmalt lahustunud kolloidaalfibrinogeen, mis neutraaloolade mõjul muutub lahustumatuks fibriiniks (8, 9, 10, 11). See, et fibrinogeen on aine, millest tekib fibriin, leidis hiljem üldise tunnustuse (28, 29, 32, 33).

Neutraaloolade vältimatus hüübimisel osutus raskeks ja ülikeerukaks küsimuseks siis, kui O. Hammarsten tõstis teiste soolade hulgest esile kloorkaltsiumi kui vajaliku (8). Mõõdukas veel paar aastakümnet, enne kui kindlaks tehti kaltsiumisoola spetsiifilisus (1, 2, 12, 18). Viimastes uurimustes nägi A. Schmidt suurt vaeva, et kindlaks teha kaltsiumi spetsiifilist toimet hüübimisesse. Ta rõhutas raskusi ja vastukäivusi uurimisteel ning jõudis järeldusele, et pole põhjust kahelda nende vaatluste tulemustes, mis tuginevad kaltsiumi toime teooriale (34). A. Schmidt oli ise üks esimesi, kes kaltsiumisoolade eelist kirjeldas.

Probleem kaltsiumisoolade spetsiifilisest toimest vere hüübimisesse ei olnud sellega veel lahendatud, esines vastukäivaid seisukohti. Ka A. Schmidt'i fundamentaalkatsed, mis teoreetiliselt olid õigesti planeeritud ning hoolikalt ja täpselt tehtud, kaltsiumi spetsiifilisust ei kinnitanud. 1936. a., seega enam kui 40 aastat hiljem, kordas E. Wöhlisch A. Schmidt'i kardinaalseid katseid (39). Ta mainib väga tunnustavalt katsete teaduslikult põhjendatud ülesehitust, kriipsutades alla, et A. Schmidt'i fundamentaalkatseid tegid ka mitmed teised autorid ja selle kõige tulemuseks oli kaltsiumi spetsiifilise toime tõestus. Kahjuks ei saanud A. Schmidt seda enam näha (2, 12, 17).

Ülevaate A. Schmidt'i ja kaastöötajate (dissertantide) uurimistulemustest annavad tema monograafiad (26, 33, 34, 35). Kaasaegsete mälestustes meenutatakse A. Schmidt'i suurt oskust siduda kaastöötajaid, kellega ta sõber oli. Väga otsekoheselt kirjeldab teadlane vereomaduste uurimise teed: «Kui astud pimedas, ainult seletamas ühte sammu — pole imestada, kui kõnnid siksakis ning vaid vaevu hoiad üldist suunda». Teadlane märkis, et töötamisolud Tartu Ülikoolis olid märksa paremad kui mitmes teises ülikoolis, uurimismaterjali (verd jm.) jätkus suurteks uuringuteks. Oma kirjelduses tuli teadlane fibriinfermendi avastamise juurde korduvalt tagasi, oli ta ju esimene, kes vere hüübimist seostas fermendi toimega, mis kajastus ka fibriinfermendi nimetuses.

Monograafia lehekülgedelt selgub, et teadlane oli uurimistööst haiguse tõttu pidanud ajutiseks katkestama, mida paranemisel jätkas. Unistuseks oli elutöö lõpule viia. Tehes kokkuvõtteid uurimistulemustest, A. Schmidt märkis, et kahtlemata vajab tema töö parandusi ja on parandatav, ühtlasi avaldas arvamust, et tulevikus seda ka tehakse. Tänapäev on seda lootust kinnitanud (6, 17, 38, 40, 42, 43, 44).

Käesoleva sajandi algul üldistas P. Morawitz (17) A. Schmidt'i jt. uurimistulemusi verehüübimise alal üht-

sesse süsteemi: «Vere hüübimise fermentatiivne teooria», mis on saanud klassikaliseks. Vere hüübimist, seda ülikeerukat füsioloogilist nähtust, igakülges uurimiskäigus tänapäeval jälgides tuleb pöörduda pilguks tagasi A. Schmidt'i kui vere hüübimise fermentatiivse õpetuse looja poole: «... kes nendest asjades juba palju enam teadis, kui tänapäeval enamikus arvata osatakse» (40).

KIRJANDUS: 1. *Arthus, M., Pagès, C.* Arch. physiol. norm. pathol., 1890, 22, 739—746. — 2. *Arthus, M.* Arch. physiol. norm. pathol., 1896, 47. — 3. *Aronstein, B.* Inaug. Diss. eines Doctors der Medicin. Dorpat, 1873. — 4. *Buchanan, A.* Proc. Glasgow's Phil. Sec., Febr. 1845. — 5. *Brücke, E.* Virchow's Arch., 1857, 12, 81—172. — 6. *Fulton, John F.* A Textbook of Physiology. Philadelphia, 1955. — 7. *Gorup-Besanez, E. P.* Lehrbuch der physiologischen Chemie. III. Aufl., Braunschweig, 1874, 115—141. — 8. *Hammarsten, O.* Nova Acta Reg., Sec. Scient. Ser. III, 1, und Jahresbericht f. Tierchemie, Upsala, 1875. — 9. *Hammarsten, O.* Läkareförenings förhandlingar XI, und Jahresbericht f. Tierchemie, Upsala, 1876. — 10. *Hammarsten, O.* Pflügers Arch., 1879, 19, 563—622. — 11. *Hammarsten, O.* Pflügers Arch., 1883, 30, 437—484. — 12. *Hammarsten, O.* Z. physiol. Chemie, 1896, 22, 333—395. — 13. *Käer-Kingisepp, E.* Tartu Ülikooli Ajaloo Küsimusi. III, 1975, 13—21. — 14. *Käer-Kingisepp, E.* Tartu Ülikooli Ajaloo Küsimusi. IX, 1979, 126—144. — 15. *Käer-Kingisepp, E.* Tartu Ülikooli Ajaloo Küsimusi. IX, 1979, 145—151. — 16. *Käer-Kingisepp, E.* Tartu Ülikooli Ajaloo Küsimusi. XII, 1981, 153—158. — 17. *Morawitz, P.* Ergebn. Physiol., 1905, 4, 307—422. — 18. *Pekelharig, C. A.* Festschrift Rud. Virchow gewidmet, Int. Beitr. wissenschaft. Med., 1891, I, 433. — 19. *Rothschuh, K. E.* Geschichte der Physiologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1953. — 20. *Rothschuh, K. E.* Z. Kreislaufforsch., 1960, 49, 2—19. — 21. *Schmidt, A.* Bericht Akad. Wissensch. Berlin, 1861, 3, 360—365. — 22. *Schmidt, A.* Chem. Centrabl., 1861, 403—407. — 23. *Schmidt, A.* Arch. Anat. Physiol. wissenschaft. Med., 1861, 545—567, 675—721. — 24. *Schmidt, A.* Arch. Anat., Physiol. wissenschaft. Med., 1862, 428—469; 533—564. — 25. *Schmidt, A.* Über Ozon im Blute — Abhandlung zur Erlangung der venia legendi. Dorpat, 1862. — 26. *Schmidt, A.* Hämatologische Studien. Dorpat, 1863. — 27. *Schmidt, A.* Ztbl. med. Wissensch., 1871, 9, 48. — 28. *Schmidt, A.* Ztbl. med. Wissensch., 1872, 10. — 29. *Schmidt, A.* Pflügers Arch., 1872, 6, 413—538. — 30. *Schmidt, A.* Pflügers Arch., 1874, 9, 353—357. — 31. *Schmidt, A.* Pflügers Arch., 1875, 11, 291—369; 515—577. — 32. *Schmidt, A.* Pflügers Arch., 1876, 13, 93—116. — 33. *Schmidt, A.* Die Lehre von den fermentativen Gerinnungserscheinungen in den eiweissartigen thierischen Körperflüssigkeiten. Dorpat, 1876. — 34. *Schmidt, A.* Zur

Blutlehre. Leipzig, 1892. — 35. *Schmidt, A.* Weitere Beiträge zur Blutlehre. Wiesbaden, 1895. — 36. *Schröer, H.* Carl Ludwig Begründer der messenden Experimentalphysiologie. Stuttgart, 1967. — 37. *Virchow, R.* Über den Faserstoff. Gesammelte Abhandlungen, 1856, 59. — 38. *Wöhlisch, E.* Ergebn. Physiol., 1929, 28, 443. — 39. *Wöhlisch, E.* Klin. Wochenschr., 1936, 15, 49, 1808—1812. — 40. *Wöhlisch, E.* Ergebn. Physiol., 1940, 43, 174—370.

41. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Юрьевского, бывшего Дерптского университета, т. II. Юрьев, 1903. — 42. *Кудряшов, Б. А.* Проблемы свертывания крови и тромбообразования. М., 1960. — 43. *Маркосян, А. А.* Нервная регуляция свертывания крови. М., 1960. — 44. *Мачабели М. С.* Теория свертывания крови. Тбилиси, 1960. — 45. *Петухов Е. В.* Императорский Юрьевский, бывший Дерптский, университет (1865—1902). СПб, 1906. — 46. *Шмидт А. А.* Военно-мед. ж., 1863, 86, 177—216. — 47. *Шмидт А. А.* Военно-мед. ж., 1864, 89, 34—53. — 48. *Шмидт А. А.* Военно-мед. ж., 1864, 90, 62—80; 164—189; 291—306; 429—440. — 49. *Шмидт А. А.* Военно-мед. ж., 1864, 91, 33—61. — 50. *Чеснокова С. А.* Карл Людвиг 1816—1895. М., 1973.

TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia
kateeder

UDK 614.27(474.2)(091)

Räpina apteek 125-aastane

Viktor Kalnin · Tartu
Siivi Kriisk · Räpina

apteegiajalugu, apteekrid, areng nõukogude ajal

Esimeseks Eesti maa-apteegiks peetakse arsti ja publitsisti P. E. Wilde poolt Põltsamaal 1766. a. rajatud apteeki (8, 10), ent selle tegevuses oli vaheaegu. Vanimaks pidevalt tegutsenud maa-apteegiks Lõuna-Eestis tuleb pidada Räpina apteeki.

Apteegi asutajaks oli Tartu ehitusmeistri poeg A. H. Reussner, kes 1859. aastal oli Tartu Ülikoolis saanud proviisorikutse.¹ Apteegi asutamise loa sai ta 1860. aastal, nagu tõendab 1910. aastast säilinud signatuur (vt. foto 1). Sellel on märgitud, nagu tollal tavaks oli, et Räpina normaapteek on asutatud 1860. aastal. Retsepti on Räpina kihelkonnaja vabrikuarst H. Erdell 8. detsembril 1910 välja kirjutanud D. Korbanile. Ordineeritud on õunaraua- ja palderjanitinktuuri à 10 ml sissevõtmiseks 20 tilga kaupa kolm korda päevas.

Räpina apteek avati 1861. a. kevadel. Ka «Tartu Ülikooli akadeemilises albumis» seisab kirjas, et A. H. Reussner oli apteekriks Räpinas alates 1861. aastast (1). Selle aasta algul ostis ta kaupmees

E. Vielroselt Räpina vabrikukülas 800 rubla eest elumaja kõrvalhoonete ja kahe rohuaiaga (9). Tartu kreisikohtu poolt antud aja, kolme kuu vältel (21. aprillini) polnud kellelgi vastuväiteid selle kaubakontrahti vastu. Apteek saadigi avada alles pärast maja apteekri nimele kirjutamist aprilli lõpul (vkj.) või mai algul (ukj.), täpsemat kuupäeva ei ole võimalik tuua.

Sel ajal kasvas Räpina jõudsalt. Elumajade arv suurenes seitsmelt 1859. aastal 18-le 1861. aastal, ehitamisel oli 12 elamut ning 1861/1862. a. talvel toodi ehitusmaterjali veel 10 uue elumaja jaoks. Laevaliiklus tihenes samal ajal üle kahe korra. Nii et Räpinat hakati nimetama Liivimaa uueks linnaks (7). Siit võime järeldada, et apteegimaja Apteegi tänavas on üks Räpina vanemaid maju.

Apteegi asutamise ajal oli Räpinas kihelkonnaarstiks A. Lackschewitz (2). Tema algatusel ja taganttõukamisel ilmselt see toimuski, sest tohtril oli vaja oma retsepte kuskil läheduses realiseerida. Tema ajal, nimelt 1875. aastal, viidi doktoraat Räpinast üle poolteise versta kaugusel asuvasse Friedholmi (Rahumäele), kus avati ka 10 voodikohaga haigla. Endine mõisahäärber, kus doktoraat asus, on praeguseni alles, kuigi hoonet kaunistanud rõdusid on vähem.

1887. a. oli Võru kreisis ainult kolm apteeki: üks normaapteek ja kaks

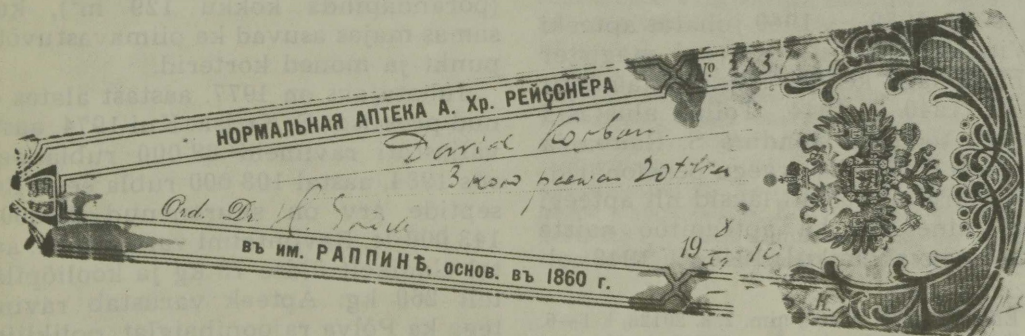


Foto 1. 1910. aastast pärit signatuur.

külaapteeki (11). Esimene asuski Rāpinas, muide ka Võrus oli sel ajal ainult üks normaalapteek. Kui Võru linnaapteegis väljastati mainitud aastal ravimeid 5124 retsepti eest, siis kolmes Võru kreisis asunud apteegis kokku 6531 retsepti eest, kusjuures lõviosa neist langes Rāpina apteegi arvele.

1909. aasta aadressiraamatu järgi pidas Rāpinas apteekriametit ikka veel A. H. Reussner, küll juba 75-aastane, kuid apteegi valitsejaks oli J. Stamm (6). 1908. aastal oli ta saanud proviisorikutse ja 1912. aastal farmaatsiamagistri kraadi Tartu Ülikoolis ning töötas ajavahemikul 1911...1918 samas kliinilise apteegi juhatajana. 1918. aastal kutsuti ta Tartu Ülikooli farmaatsiaprofessoriks.² 1908. aastal abiellus J. Stamm Rāpina apteekri tütre Magdalena.³ Nad käisid Rāpinas suvitamas, viimast korda 1919. a.⁴ Samal aastal müüsid nad apteegi eestlasest proviisorile E. Tartole, kes 1911. a. oli lõpetanud Tartu Ülikooli⁵ ja 1918. aastast juhatanud apteeki.

E. Tarto oligi apteegi omanikuks ja juhatajaks kodanlikul ajal kuni surmani 1937. a. (3). Tema järel juhatas apteeki E. Schilling kuni ümberasumiseni Saksamaale (4). Ka apteegis sel ajal töötanud E. Tarto tütar farmatseut D. Nieländer lahkus Saksamaale (5). Apteek kandis algul endiselt normaalapteegi nime, kuni see peatselt esimese järgu apteegiks ümber nimetati. Algul oli ta ainuke Võrumaal seda kõrget järku apteek, teised aga olid teise järgu apteegid.

Aastail 1939...1940 juhatas apteeki J. Vinnal. Siis ostis apteegi magister M. Pärsimägi, kes pidas juhatajaametit aastail 1940...1944. Tollal alustasid apteegis tööd assistendina S. Rauba ja õpilasena S. Kivilo, praegu pensionärid.

Sõjajärgseil aastail läksid nii apteegi juhatamine kui ka apteegitöö naiste kätte. Ajavahemikul 1944...1948 oli



Foto 2. Rāpina apteegi kollektiiv 1985. a. Esimeses reas vasakult: K. Pabusk (kassapidaja), E. Talas (kassapidaja), S. Kriisk (juhataja), M. Rämäl (farmatseut), L. Kiisler (raamatupidaja), I. Kozer (jaendaja), A. Ignašova (sanitar), J. Udso (assistent); teises reas vasakult: H. Tirp (retseptaar), M. Rätsep (asejuhataja), M. Ilumets (farmatseut), R. Järv (tehnoloogproviisor), T. Raudseping (assistent), U. Tamm (jaendaja).

apteegi juhatajaks I. Hammer (sündinud Zvaner), kes siirdus siit Kohila apteeki. Pikemat aega (ajavahemikul 1948...1959) oli juhatajaks A. Silm, hiljem Valga Rajooni Keskapteegi juhataja. Tema ajal tehti apteegimajas kapitalremont. Aastail 1959...1963 juhatas apteeki P. Sell. Küllalt kaua oli juhataja ametikohal A. Antson (1963...1976). Selgus, et vana puust apteegimaja on amortiseerunud ega vasta sanitaarõuetele. Kuigi selles ruumid oma paigutuselt ja pindalalt olid apteegile kohasemad, koliti 1968. aasta septembris endise meierei kivist hoonesse, mis asub Võhandu t. 18. Apteegi ruumid paiknevad esimesel, osalt teisel korrusel (põrandapinda kokku 129 m²), kuid samas majas asuvad ka piimavastuvõtupunkt ja mõned korterid.

Juhatajaks on 1977. aastast alates olnud proviisor S. Kriisk. Kui 1974. aastal väljastati ravimeid 88 000 rubla eest, siis 1984. aastal 108 000 rubla eest. Retseptide arv on suurenenud 92 000-lt 143 000-le. Ravimtaimi varuti 1984. aastal elanikelt üldse 73 kg ja kooliõpilastelt 260 kg. Apteek varustab ravimitega ka Põlva rajoonihaiglat, polikliinikut ning sanitaar- ja epidemioloogiajaama (asukohaga Rāpinas), Rāpina Sovhoostehnikumi, Mikitamäe, Võõpsu

¹ ENSV RAKA, f. 402, nim. 2, s. 20123, l. 1—6.

² Samas, f. 2001, nim. 1, s. 15089, l. 46.

³ Samas, f. 402, nim. 3, s. 1928, l. 20—25.

⁴ Samas, f. 2001, nim. 2, s. 1136, l. 3.

⁵ Samas, f. 402, nim. 1, s. 25832, l. 13—15.

ja Linte velskripunkti ning kahte lastepäevakodu. Apteegil nr. 185 on pikemat aega olnud IV kateegoria, töötajaid on 14 (vt. foto 2). Neist staažikamad on raamatupidaja L. Kiisler (32 a.), farmatseut H. Tirp (26 a.), juhataja S. Kriisk (19 a.), farmatseut T. Raudseping (17 a.), tehnoloogproviisor R. Järv (12 a.). Kasvas on 1986. aastal alustada uue hoone ehitamist, millesse paigutatakse ka polikliinik.

KIRJANDUS: 1. Album academicum der Kaiserlichen Universität zu Dorpat. Dorpat, 1889, 497. — 2. Kalnin, V. Rmt.: Rāpina radadel. Tallinn, 1984, 167—169. — 3. Pharmacia, 1937, 4, 125. — 4. Pharmacia, 1939, 10, 277. — 5. Pharmacia, 1940, 3, 85. — 6. Richter, A. In: Baltische Verkehrs- und Adressbücher. Bd. 1. Adressbuch Livlands. Riga, 1909, 685—688. — 7. Sivers, J. v. Zuwachs der Stadt Rappin und ihre fortschreitende Handelsbewegung. Inland, 1862, 32, 513—514. — 8. Suurkivi, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 1, 56—57. — 9. Tallorahva Kulutaja, 1861, 2, 2—3 (1. Weebuarikuu päeval).

10. Кирш Л. А. В кн.: Из истории медицины, вып. III Рига, 1960, 173—182. — 11. Справочная книжка Лифляндской губернии на 1889 год. Рига, 1889, 88.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni
ja tervishoiuorganisatsiooni
kateeder
Põlva rajooni Rāpina apteek

Arstide seltsides

V Pärnu arstide seltside konverents toimus 28. novembril 1985. a. Konverentsi teemaks oli suhkurtõbi. Suhkurtõbi on interdistsiplinaarne haigus, selle levik ja tüsistuste mitmekesisus nõuavad, et suhkurtõbe tunneksid peale endokrinoloogide ja terapeutide ka teiste erialade arstid. Konverentsi põhietekanne oli meie vabariigi peaadokrinoloogilt I. Kalitsalt, kes rääkis suhkurtõve avastamisest, selle vormidest, ravist ja perspektiividest, samuti tutvustas haigete enesekontrolli võimalusi. Suhkurtõve varajaseks avastamiseks tuleb riskiteguritega ohustatuid süstemaatiliselt uurida, see jääb üheks tähtsaks ülesandeks kogu rahvastiku dispanserimisel. J. Kelk andis ülevaate diabeedi tüsistustest, ravi korraldamisest üldse ja ravist eriolukordades (teadvusetu seisund, kaasnevad haigused, sünnitusabi ja operatsioonid suhkurtõbe põdejatel jm.). Pärnu endokrinoloog A. Melts analüüsis suhkurtõbe põdejate dispanserimist 20 aasta jooksul, rääkis tüsistustest ja nende varajase avastamise vajadusest.

Suhkurtõbe põdejate arv on mitmekordselt suurenenud. Endokrinoloog ei suuda suure töökoormuse tõttu enam tõhusat ravi tagada, seepärast peaksid suhkurtõve kergemaid vorme põdejaid dispanserima jaoskonnaarstid, kellel tuleks oma teadmisi sel alal täiendada.

Insuliinipreparaadid on partiide kaupa erineva toimeintensiivsusega, vaja on stabiilsema ravitoime ja puhtama koostisega preparaate. Suhkurtõve puhul on oluline osa haigete enesekontrollil, selleks oleks vaja laiemalt kasutusele võtta enesekontrolli vahendeid (kvaliteetseid glükotestkomplekte jne.).

Arutelu käigus peeti soovitatavaks suhkurtõbe põdejate organisatsiooni loomist koronaarklubi või rahvaülikooli osakonna eeskujul. Taoline organisatsioon saaks aidata suhkurtõbe põdejaid ravitoitlustamise alal, anda nõu tervisespordi harrastamisel jm. Konverents tõstatas uusi probleeme diabetoloogias. Konverentsist võttis osa ka Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Arstiteaduseltside Nõukogu sekretär E. Luiga.

Lehte Rebane

Meie juubilare



Irene Maaros, Tartu Riikliku Ülikooli kauaaegne teadussekretär, sai 16. novembril 1985 75-aastaseks. Auväärset juubilar, kes oma tööaastatega ülikooli teadussekretäri vastutusrikkal ametikohal on astunud juba viiendasse aastakümnesse, kaunistab tema äärmine vastutulelikkus, korrektsus, tähelepanelikkus iga üliõpilase, iga õppejõu suhtes. Nad kõik on eri aegadel vajanud teeneka ja kompetentse juubilar nõuandeid, näpunäiteid ja selgitusi teadusdokumentide vormistamiseks, mida I. Maaros on alati lahelt andnud. Tema töö ülikoolis algas juba 1944. aasta oktoobris, teadussekretäri ametikohale asus ta neli kuud hiljem. Nõukogude ülikool ja tema õppejõud on kasvanud, edasi läinud, vaimurikkaks arenenud tema silmade all, tema osalemisel. Juubilar aastakümnete vältel tehtud töid kajastavad juba arhiivitoimikud, mis eriti selgelt näitavad tema suurt vastutustunnet ja tema tööarmastust. Tuhanded väitekirjad on I. Maarosi käte vahelt läbi käinud. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetusel on eriline põhjus tänada I. Maarosi kui autorit, kellel on toimetusega ladus koostöö kestnud aastakümneid. Tema esimene kaastöö saabus ajakirja toimetusse juba 1959. aastal, s. o. ajakirja teisel ilmumisaastal, nii on jätkunud see tänaseni. Juubilar korrektselt vormistatud käsikirju on alati meeldiv saada, sest nad saavad õigeaegselt ja sisaldavad alati värsket teavet. Juubilar kaastöö on nagu tervitus Taaralinnast ja Tartu Riiklikust Ülikoolist ajakirja toimetusele, mille eest oleme väga tänulikud.



Elmar Kohandi, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla arst, sai 6. jaanuaril 1986. a. 75-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartumaal Aru vallas. 1929. aastal lõpetas ta H. Treffneri Gümnaasiumi. 1937. aastani töötas talusulasena Tartu- ja Läänemaal. 1937...1945. aastani õppis E. Kohandi Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetamise järel asus tööle TRÜ arstiteaduskonna pediatraia kateedris assistendina. Alates 1952. a. on ta töötanud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas, aastatel 1953...1977 oli ta osakonnajuhatajaks. Ajavahemikul 1949...1952 oli E. Kohandi Tartu linna peapediaater, 1964. aastast alates on ta esimese kategooria pediaater. E. Kohandi on raamatu «Lapse tervishoid» üks autoreid. Ta on Eesti NSV tuntumaid lastehematolooge ning palju teinud lastehematoloogia arendamiseks. Juubilar on alati abivalmis ja heasoovlik, väga täpne ja hoolas. E. Kohandit on autasustatud paljude aukirjadega.



Leida Sõrmus, Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Tervishoiuministriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla jaoskonnaterapeut, sai 13. detsembril 1985. a. 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Virumaal. 1933. aastal lõpetas ta Narva Linna Ühisgümnaasiumi ja 1940. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel töötas ta Tallinna Vabariiklikus Haiglas sisehaiguste osakonna arstina ja osakonnajuhatajana. Alates 1940. aastast on L. Sõrmus töötanud Neljanda Valitsuse Vabariiklikus Haiglas sisehaiguste osakonna juhatajana, sama haigla polikliiniku sisehaiguste osakonna juhatajana ja jaoskonnaterapeutina. Juubilar on esimese kategooria terapeut, korduvalt on ta viibinud täienduskursustel Moskvas ja Leningradis. L. Sõrmus oli Eesti NSV Ülemnõukogu IV ja V koosseisu saadik. Teda on autasustatud Tööpunalipu ordeniga, ordeniga «Austuse märk» ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega. Juubilar on NLKP liige 1962. aastast.



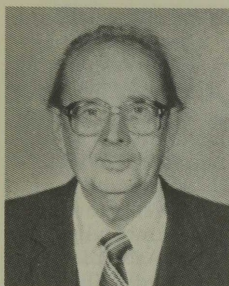
Leida Keres, Eesti NSV teeneline arst, kauaaegne TRÜ arstiteaduskonna pediatraia kateedri juhataja (aastail 1958...1975), saab 24. aprillil 70-aastaseks. L. Keres lõpetas TRÜ arstiteaduskonna kiitusega 1940. aastal ning seejärel töötas pediatraia kateedris assistendina. Huvi teadustöö vastu ilmnes juubilaril juba üliõpilaspõlves, mil kirjutas oma esimesed teaduslikud auhinnatööd. 1951. aastal kaitses L. Keres kandidaadiväitekirja imikute soolepõletike diagnoosimise teemal. 1958. aastal määrati ta kateedrijuhatajaks. Samal aastal anti talle dotsendikutse. TRÜ arstiteaduskonna pediatraia kateedrit juhatas ta 1975. aastani, pidas loenguid veel kuni 1984. aastani, mil siirdus pensionile. Juubilariteadusala töö on olnud viljakas. Tema sulest on ilmunud üle 80 teadusliku artikli, tema juhendamisel on valminud paljud üliõpilaste auhinnatööd, ka üheksa kandidaadiväitekirja, ta on mitme õpperaamatu autor ja kaasautor, on toimetanud teadustööde kogumikke. Pikki aastaid kuulus ta ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuskolleegiumi koosseisu. Juubilariteaduslike uurimistööde peamised teemad on olnud laste surma põhjuste väljaselgitamine, ägedate ja krooniliste kopsupõletike diagnoosimine ja ravi, ka hematoloogia probleeme. Auväärt juubilaril on hindamatuid teeneid meie vabariigi lastearstide õpetamisel ja kasvatamisel, seejuures on ta alati rõhutanud nende teoreetiliste teadmiste seostamise vajadust kliinilis-praktilise tööga. Aastail 1959...1963 kuulus L. Keres Tartu Linna Rahvasaadikute Nõukogusse, oli NSV Liidu Ülemnõukogu saadik aastail 1966...1970, mil sihipäraselt tegutsedes pani aluse Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla laiendamisele ja uute korpuste väljaehitamise plaanide kinnistumisele. Viljaka töö eest teadlasena ja õppejõuna on L. Keres pälvinud Eesti NSV teenelise arsti aunimetuse, ordeni «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedali, ka medali «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja ning TRÜ arstiteaduskonna medali. Dotsent L. Keres on pälvinud lastearstide, lastevanemate ja laste lõpmata tänu kõige selle eest, mida ta nende jaoks ja heaks on oma väsimatuse ja südamlikkusega teinud.



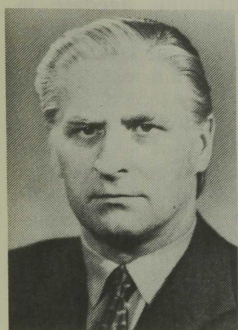
Tiit Torpats, TRÜ arstiteaduskonna anatoomia ja histoloogia kateedri assistent, sai 14. novembril 1985. a. 60-aastaseks. Juubilar on sündinud ja kasvanud Tartus, on lõpetanud Tartu Riikliku Ülikooli bioloogia erialal. Juba noore bioloogiatudengina tundis T. Torpats suurt huvi teadustöö vastu. Tema ÛTÜ-s kirjutatud võistlustöö maksa- ja teiste ümarmuuliste rakkude uurimisest prof. L. Poska-Teissi juhendamisel sai esimese auhinna. 1957. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. T. Torpats on aidanud koolitada tervet põlvkonda arste, ta on palju aastaid õpetanud I ja II kursuse üliõpilastele histoloogiat. Ta on õppejõud, kellel on tabamatut pedagoogilist vaistu, mis teeb tema praktikumid alati huvitavaks, värskeks, meetoodiliselt eriti silmapaistvaks. T. Torpats on uurinud maksarakkude muutusi välistegurite mõjul ja närvisüsteemi osa nendes muutustes. Juubilarilt on ilmunud 53 teadustööd. Ta on tegev ka ühiskondlikus töös. T. Torpats on pikka aega olnud ametiühingu rühmaorganisaator, Üleliidulise Anatoomide, Histoloogide ja Embrüoloogide Seltsi Eesti osakonna juhataja. Juubilar on optimistlik, töökas ja heasoovlik õppejõud ning on pälvinud mitmeid aukirju.



Sonja Johansoo, Nõmme Polikliiniku kauaaegne teraapiaosakonna juhataja, sai 6. jaanuaril 1986 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus käsitöölise perekonnas, 1932. a. alustas ta õpinguid Rakvere gümnaasiumis, kuid alanud sõda katkestas need. Perekond evakueerus Mari ANSV-sse, kus S. Johansoo lõpetas 1942. a. keskkooli. 1946...1952. a. õppis ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Alates 1950. aastast töötas õena Tartumaa Kiirabijaamas, 1951. aastast selle juhatajana. Pärast ülikooli lõpetamist asus terapeudina tööle Pärnu Haiglas. 1953. aastast alates on tema töö olnud seotud Nõmme Haiglagaga, kus juubilar algul töötas jaoskonnaarstina, 1960. aastast on ta olnud praegusel ametikohal. S. Johansoo on kõrgema kategooria terapeut. Kutsetöö kõrval on juubilar olnud aktiivselt tegev ka ühiskondlikus töös. Ta on aastaid juhtinud Nõmme Haigla ametiühingukomiteed, töötanud propagandistina. S. Johansoo on tõlkinud neli õpikut meditsiiniõdede jaoks. Temalt on ilmunud publikatsioone humisoolravi kasutamise ja rahvastiku dispansseerimise kohta. Juubilaril on hea töö eest autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning mitme aukirjaga. S. Johansoo on NLKP liige 1961. aastast.



Renè Aero, Tallinna Kiirabihaigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja, sai 17. veebruaril 60-aastaseks. On sündinud Tartus trükitöölise perekonnas. 1947. a. lõpetas ta Tallinna 7. Keskkooli, 1953. a. TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel töötas R. Aero otorinolarüingoloogina Tallinna Linna Tuberkuloosidisperseri Nõmme osakonnas, 1963...1967. aastani Harjumäe Haigla polikliinikus ja statsionaaris. 1967. aastal asus ta tööle Tallinna Tõnismäe Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas ordinaatorina, 1977...1980. aastani töötas osakonnajuhatajana. 1980. aastast alates on juubilar olnud Tallinna Kiirabihaigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja. Ta on esimese kategooria otorinolarüingoloog. 1977. aastast on R. Aero Tallinna peatorinolarüingoloog. Ta on korduvalt viibinud täienduskursustel meie maa teaduskeskustes. Juubilar on tegev ka ühiskondlikus töös, on olnud kohaliku ametiühingukomitee ja seltsimeheliku kohtu esimees. Hea töö eest on R. Aerot autasustatud mitme aukirjaga.



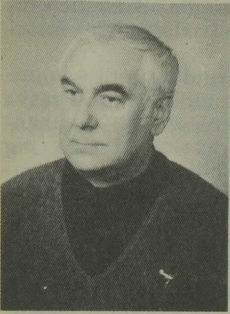
Elmar Vasar, professor, TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri juhataja, meditsiinidoktor, sai 26. veebruaril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Valgamaal Sangastes põllupidaja perekonnas. 1948. a. lõpetas ta Valga 1. Keskkooli kuldmedaliga. Aastatel 1944...1946 oli Nõukogude armees. 1948. a. astus E. Vasar TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1954. a. Seejärel töötas ta ajavahemikul 1954...1957 farmakoloogia kateedri assistendina. 1957...1960 füsioloogia kateedri assistendina, 1961...1966 samas vanemõpetajana ja alates 1967. a. dotsendina. 1973. aastal kaitses E. Vasar doktoriväitekirja «Spirograafilised uuringud välise hingamise normväärtuste kindlakstegemiseks ja korduva apnoeproovi füsioloogiline iseloomustus». 1974. aastal valiti ta füsioloogia kateedri professori ametikohale, järgmisest aastast töötab sama kateedri juhatajana. Juubilar on korduvalt täitnud vastutusrikkaid ülesandeid: aastail 1969...1971 oli ta TRÜ arstiteaduskonna õppeprodekaan, 1974...1978 teadusprodekaan, 1977...1982 TRÜ erialanõukogu esimees. Ta kuulub I. Pavlovi nim. Üleliidulise Füsioloogia Seltsi kesknõukokku ja on Eesti NSV Teaduste Akadeemia füsioloogia ja biokeemia probleemikomisjoni aseesimees. 1960...1965. a. ja 1980. a. tänaseni on E. Vasar olnud TRÜ spordiklubi juhataja esimees. Pärast farmakoloogiaalase kandidaadiväitekirja «Organismi reaktiivsuse muutused kolino- ja adrenolüütiliste ainete toimel üldisel jahutamisel» kaitsmist 1960. aastal on ta uurinud mitmeid füsioloogia probleeme, välise hingamise normväärtusi, südame ja vereringe ning hingamissüsteemi funktsionaalset seisundit jn. E. Vasar on korduvalt esinenud teaduskonverentsidel ja -kongressidel, temalt on ilmunud üle 100 publikatsiooni, tema juhendamisel on valminud kaks kandidaadiväitekirja. E. Vasar on aktiivne sportlane, aastaid on ta kuulunud TRÜ õppejõudude võrkpallimeeskonda. E. Vasar on armastatud ja suurte kogemustega õppejõud. Juubilar on koostanud õppevahendeid nii füsioloogiakursuse teooria kui ka praktikumide kohta. Hea ja kohusetundliku töö eest on ta saanud palju aukirju, ta on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali, Isamaasõja II järgu ordeni ja medali «40 aastat võidust Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». E. Vasar on NLKP liige 1967. a. alates.



Aino Tõlp, Jõgeva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst, Jõgeva rajooni riiklik peasanitaararst, sai 12. jaanuaril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1954. aastal lõpetas ta Tartu 2. Keskkooli, 1960. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Esimeseks töökohaks oli A. Tõlpil Elva Rajooni Keskhaiгла, seejärel töötas ta Tartu Linna Arstlikus Kehakultuuridisperseris. Ajavahemikul 1967...1980 oli ta Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst. 1980. aasta oktoobrist alates on A. Tõlp olnud praegusel ametikohal. Juubilar on esimese kategooria üldhügieeniarst. Korduvalt on ta viibinud täienduskursustel. A. Tõlp on lõpetanud marksismi-leninismi õhtuülikooli propagandistide teaduskonna ja on oma asutuses propagandist. Korduvalt on teda valitud ka rahvasaadikuks. Ta on Jõgeva Rajooni RSN Täitevkomitee alalise tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimees, Jõgeva Rajooni Rahvakontrollikomitee mitmekoosseisuline inspektor. 25 aastat on ta olnud ühingu «Teadus» liige. Oma kohusetundlikkuse ja tähelepanelikkusega on A. Tõlp pälvinud kolleegide lugupidamise. Hea töö eest on teda autasustatud paljude aukirjadega. Juubilar on NLKP liige 1970. aastast.



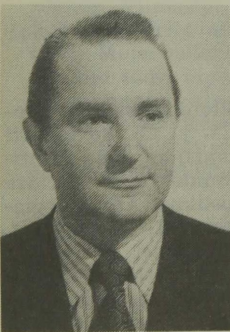
Inge Liiv, TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna teraapia kateedri assistent, meditsiinikandidaat, sai 4. jaanuaril 50. aastaseks. On sündinud Virumaal talupidaja perekonnas. I. Liiv lõpetas 1955. aastal Tapa Keskkooli kuldmedaliga ja 1961. aastal TRÜ arstiteaduskonna kiitusega. Ajavahemikul 1961...1963 töötas ta Tallinna Tõnismäe Haiglas sisehaiguste arstina, 1963...1965 Tartu Linna Polikliinikus jaoskonnaarstina. Aastail 1965...1968 õppis I. Liiv aspirantuuris, 1970. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja. 1968...1975. a. töötas TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri assistendina, 1975...1984 vanemteadurina, 1984. aastast on juubilar töötanud praegusel ametikohal. Juubilaril teadustöö peateemaks on olnud südamerikete diagnoosimine. I. Liiv on 54 teadustöö, sealhulgas kahe monograafia autor ja kaasautor. Ta on korduvalt täiendanud oma teadmisi NSV Liidu juhtivates teaduskeskustes, on lõpetanud EKP Tartu Linnakomitee Marksismi-Leninismi Õhtuülikooli. Hea töö eest on juubilar pälvinud aukirju.



Jüri Paulson, E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi meditsiinilise ettevalmistuse kateedri vanemõpetaja, sai 14. jaanuaril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas hambaarsti perekonnas. 1954. aastal lõpetas ta Tallinna 2. Keskkooli, 1962. aastal TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Seejärel töötas J. Paulson Maardu Keemiakombinaadi tervishoiupunkti juhatajana ja aastatel 1963...1965 kirurgina Kallavere Linnahaiglas. 1965...1968. aastani töötas ta Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste osakonnas nooremteadurina. Ta on uurinud hingamise funktsionaalseid patoloogilisi muutusi põlevkivikaevureil. Alates 1968. aastast on ta töötanud praegusel ametikohal. Juubilar on üle 30 teadusliku ja populaarteadusliku artikli autor. J. Paulson võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst, on olnud palju aastaid instituudi ALMAVÜ algorganisatsiooni esimees ja Punase Risti Seltsi komitee liige. Juubilaril on autasustatud mitme aukirjaga.



Maie-Taime Aasa, Vabariikliku Sanitaarharidusmaja sanitaarharidusarst, sai 26. jaanuaril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Pärnu rajoonis teenistuja perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Paides keskkooli, 1960. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogikutsega. Pärast kõrgkooli lõpetamist suunati M.-T. Aasa tööle Kohtla-Järve 1. Linnahaigla polikliinikusse. 1967. a. asus juubilar meetodikarstina tööle Vabariiklikus Sanitaarharidusmajas, kus on töötanud praeguseni. 1968. a. täiendas ta oma teadmisi sanitaarharidustöö alal Moskvas. 1978. aastal anti talle teine kvalifikatsioonikategooria sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni alal. Kuus aastat on M.-T. Aasa olnud Vabariikliku Sanitaarharidusmaja ametiühingukomitee esinaine. Talle on korduvalt avaldatud tänu energilise töö eest sanitaarharidustöö korraldamisel meie vabariigi kultuuriasutustes. Suure töö on M.-T. Aasa teinud sanitaarharidustöötajate kvalifikatsiooni tõstmise kursuste organiseerimisel. Soovime juubilarile jätkuvat energiat ja tugevat tervist sanitaarharidustöö korraldamisel!



Raul Mardi, E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi meditsiinilise ettevalmistuse kateedri vanemõpetaja, meditsiinikandidaat, sai 27. jaanuaril 50-aastaseks. Pärast TRÜ arstiteaduskonna lõpetamist 1960. aastal töötas ta Tori Jaoskonnahaigla juhatajana. Ajavahemikul 1964...1967 oli ta arstiks Tallinna Tõnismäe Haiglas ja sama haigla polikliinikus. 1969. aastal lõpetas R. Mardi Tallinna Vabariikliku Kesksaigla juures asuva kliinilise ordinatuuri teraapia erialal. Seejärel töötas ta Tallinna Pelgulinna Haigla sisehaiguste osakonnas ordinaatorina ja osakonnajuhataja kohusetäitjana. Ajavahemikul 1973...1977 töötas ta Eesti NSV Kergetööstuse Ministeriumi Töö ja Juhtimise Teadusliku Organiseerimise Keskuse tööfüsioloogia ja -psühholoogia teadusliku uurimise laboratooriumis vanemfüsioloogina ja sektorijuhatajana. 1975. aastal kaitses R. Mardi kandidaadiväitekirja kardioloogia erialal. Aastatel 1977...1978 töötas ta Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadussekretärina, 1978. aastast alates on töötanud praegusel töökohal, jätkates samal ajal tööd tegevarstina Tallinna Pelgulinna Haigla reumatoloogiaosakonnas. Juubilar on esimese kategooria kardioloog. R. Mardi on avaldanud üle kümne teadustöö, osa neist rahvusvahelistes ja üleliidulistes väljaannetes. Hea töö eest on juubilaril autasustatud mitme aukirjaga.

Konverentsid ja nõupidamised

Üleliiduline nõupidamine «Mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika programmi» alal toimus 12...14. novembrini 1985. a. Tallinnas. Nõupidamist avades rõhutas Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep profülaktika kui tänapäeva meditsiini põhisuuna tähtsust.

Nimetatud programm on üks Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni tegevuse põhiluseid ja tugineb põhimõttel, et paljudel mittenakkuslike haigustel (südame isheemiatõbi, arteriaalne hüpertensioon, mittespetsiifilised kopsuhaigused, vähktõbi, suhkurtõbi, seedetraktihaigused jne.) on ühised riskitegurid. Need on suitsetamine, liigne kehakaal, tasakaalustamata toitumine, liikumisvaegus, negatiivne stress jt. Tuleb võtta kasutusele meetmed põhiliste riskitegurite vähendamiseks, et saavutada haigestumuse ja suremuse vähenemine kõikide peamiste mittenakkuslike haiguste tõttu. 1985. a. suvel toimus Moskvas Euroopa riikide programmi juhendajate nõupidamine, kus töötati välja ühine alus profülaktikameetmete tõhususe hindamiseks. Sellest võtsid osa ka programmi täitmises osalevate Nõukogude

Liidu keskuste esindajad, sealhulgas meie vabariigist tervishoiuminister prof. V. Rätsep, meditsiinidoktor L. Jannus ja allakirjutanu.

Tallinnas toimunud nõupidamise põhiteema oli toitumine. Toitumise mõjutamine on perspektiivne mitme riskiteguri (arteriaalne hüpertensioon, düslipoproteineemia, liigne kehakaal) vähendamiseks. Arutati kaht põhiküsimust — rahvastiku toitumise mõjutamist ja selle efektiivsuse hindamise meetodeid. Toonitati, et rahvastiku toitumisstruktuuri ja -tavade ratsionaalseks muutmine on vaja läbi viia kahel tasemel. Esiteks, meetmed kogu rahvastiku jaoks, selleks kasutada massiteabevahendeid, haridussüsteemi, terveid rahvaülikoole. Teiseks on üritused üksikisikutele ja perekondadele, kelle haigestumise riskitegur on suur, neid korraldavad meditsiinisutused ühiskondlike organisatsioonide kaasabil.

Määrati konkreetseid eesmärgid toitumise muutmise suhtes: vähendada toidu üldkalorsuses rasva osa 5% ja rafineeritud suhkru osa 10%, vähendada toidu kolesteriinisisaldust kuni 400 mg ööpäevas jne., tõsta aed- ja puuvilja arvel süsivesikute osa toidus 5%. Peeti vajalikuks anda individuaalseid soovitusi.

Rahvastiku toitumise struktuuri muutumise hindamiseks kinnitati meetod, mille aluseks on ööpäevas tarvitatud toidu taastamine toidumudelite abil. Täiendava toidutavade uurimise meetodina otsustati kasutusele võtta ankeet.

Mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika programmis kasutatava uurimismetoodika on välja töötanud Eesti NSV Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadurid. Esimesel etapil juurutatakse programm kaheksas Tallinna tööstusettevõttes, mida teenindavad tsehhiprintsiibil Tallinna Pelgulinna Haigla poliiklinikud.

Nõupidamisest võtsid osa ka NSV Liidu Meditsiinaakadeemia Üleliidulise Teadusliku Kardioloogiakeskuse profülaktilise kardioloogia instituudi juhtivad töötajad eesotsas programmi juhendaja meditsiinidoktor I. Glazunovi, prof. I. Zukovski, meditsiinidoktor L. Tšazova ja teiste profülaktikaprogrammis osalevate keskuste esindajate.

Olga Volož



Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep nõupidamist avamas. Fotol paremal integreeritud programmi juhendaja meditsiinidoktor I. Glazunov, vasakul tervishoiuministeeriumi peaterapeut prof. N. Elštein. G. Tsvetkovi foto.

Vähiepidemioloogiaalase üleliidulise probleemikomisjoni istung toimus 25. ja 26. novembril 1985 Tallinnas. Probleemikomisjoni tööd juhtis prof. A. Tšaklin ja meditsiinidoktor D. Zaridze Moskva Üleliidulisest Teaduslikust Onkoloogiakeskusest. Osavõtjaid oli Moskvast, Alma-Atast, Habarovskist, Kiievist, Kuibõševist, Minskist, Tbilisist, Vilniusest ja Užgorodist, kokku 27. Meie vabariigist osalesid probleemikomisjoni töös P. Bogovski, E. Hint, M. Rahu, T. Aareleid, P. Loit, M. Tekkel, H. Kalle, M. Eomoi ja allakirjutanu. Arutusel oli peamiselt rinnavähiepidemioloogia. Meie Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kliinilise onkoloogia osakonna vähiepidemioloogia töörühm on pikka aega olnud



Foto 1. Vähihiepideemioloogia probleemikomisjoni istungil. Vasakult: prof. P. Bogovski, prof. A. Tšaklin.

Foto 2. Istungi vaheajal. Vasakult: prof. A. Tšaklin, meditsiinidoktorid V. Smulevitš ja D. Zaridze. M. Mällo fotod.

üleliiduline rinnavähiepideemioloogia uurimise koordineeriv keskus.

Prof. A. Tšaklin andis ülevaate probleemikomisjoni töö kohta XI viisaastakul ja tutvustas XII viisaastaku ülesandeid. Ettekanded käsitlesid rinnavähiepideemioloogiat Nõukogude Liidus. Allkirjutanu töö oli rinnavähi tekkest, järgnenud arutelu püstitati mitmeid hüpoteese, E. Hindi ettekanne rinnavähi õigeaegse avastamise epidemioloogilistest aspektidest kutsus samuti esile elava mõttevahetuse. V. Levšini ja M. Babajeva (Moskva) ettekannetes oli vaatluse all rinnavähi riskitegurite osa haigete ja kontrollrühma naiste anamneesis. N. Kolotševa (Alma-Ata) analüüsis histoloogiliste tunnuste osatähtsust rinnavähieelsete seisundite puhul. Probleemikomisjon arutas ka M. Stukonise (Vilnius) ja M. Prjanitšnikova (Kuibõšev) doktoritööde plaane Moskva Üleliidulise Teadusliku Onkoloogiakeskuse teaduslikule nõukogule esitamiseks.

Teisel päeval olid kõne all organisatsioonilised ülesanded. Arutati vähiepideemioloogia uurimist XII viisaastakul VMN-i maades ning NSV Liidu Ministrite Nõukogu Teadus- ja Tehnikakomitee kompleksplaanide alusel. Vähihiepideemioloogia probleemikomisjonis on retsenseeritud selle eriala teadustöid ja läbi vaadatud teadustööde plaane. Viimastel aastatel on arutlusel olnud ka kõik planeeritavad ja kaitsmisele tulevad doktoritööd. Meie vabariigi teadlastel on probleemikomisjoni tööst täpne ülevaade (komisjoni liige on allkirjutanu) ning nad kuuluvad pahaloomuliste kasvajate epidemioloogia valdkonnas Nõukogude Liidu tunnustatud ekspertide hulka (P. Bogovski, M. Rahu ja allkirjutanu).

Maret Purde

Üleliiduline soolenakkushaiguste alane konverents toimus 26 . . . 27. novembrini 1985 Tallinnas. Põhiteemaks olid ägedad soolenakkushaigused ja nende profülaktika. Konverentsist võtsid osa kõikide liiduvabariikide sanitaar- ja epidemioloogialituse juhtivad töötajad. Selle avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm.

M. Narkevitš NSV Liidu Tervishoiuministriumist märkis põhiettekandes, et NSV Liidus on viimastel aastatel saavutatud edu võitluses düsenteeria ja teiste soolenakkushaiguste vastu. Siiski on soolenakkushaigused veel sotsiaal-majanduslikuks probleemiks, sest koolide, lasteaedade, vabrikute, tehaste sööklates, samuti teistes ühiskondlikes toitlustusettevõtetes rikutakse tihti sanitaarrežiimi, mistõttu haigestutakse veel suhteliselt sageli. On vaja parandada toitlustusettevõtete epidemioloogilist ja sanitaarset järelevalvet. M. Narkevitš rõhutas ka seda, et tuleb parandada soolenakkushaiguste bakterioloogilist, virooloogilist ja immunoloogilist diagnoosimist, samuti laboratooriumide materiaal-tehnilist baasi. Ta soovitas laiendada profülaktilist tööd koolieelsetes lasteasutustes, mõnes liiduvabariigis on sel teel tehtud edusamme haigestumuse vähendamisel.

J. Märtini ja kaasautorite ettekandest ilmsel, et Eesti NSV-s on rühmaviisiline haigestumine soolenakkushaigustesse vähenenud 2,5, lasteasutustes aga 3,5 korda. Meie vabariigis on laiendatud tinglikult patogeenete enterobakterite diagnoosimist. Esineb veel juhtumeid, et vanemad toovad lastekollektiivi haige lapse, personal ei pea kinni sanitaarrežiimist. Kahjuks ei ole lasteaiades püsivat kaadrit.

Akadeemik V. Beljakov (Moskva) selgitas oma ettekandes epidemioloogilise järelevalve meetodeid ja etappe võitluses soolenakkushaiguste vastu. J. Solodovnikov (Moskva) andis ülevaate düsenteeriasse haigestumisest liiduvabariikide kaupa, selle etioloogilisest struktuurist ja profülaktikast. Ta pidas epideemiaprotsessi piiramiseks vajalikuks operatiivset epidemioloogilist järelevalvet koos sanitaarjärelevalvega. B. Tšerkasski märkis, et epideemiaprotsessi puhul on tegemist



Konverentsi presiidiumis. Vasakult: prof. J. Reinaru, EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko, tervishoiuministri asetäitja E. Palo, J. Solodovnikov (Moskva), akadeemik V. Beljakov (Moskva), bioloogiadoktor L. Priimägi, tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm, Ukraina NSV tervishoiuministri asetäitja A. Kasjanenko, J. Ney foto.

sotsiaa-ökoloogilise süsteemiga, mida mõjutavad demograafilised nihked, elanike migratsioon, vesivarustus, toitlustus ja teised tegurid.

T. Melnitzenko ja L. Botškova (Kiiev) ettekanne oli Ukrainas sel alal tehtust. Ukraina NSV-s on 1975. aastast alates juurutatud Donetski Sanitaarja Epidemioloogiajaama kogemusi, sanitaar-epidemioloogilise fooni pideva kompleksse jälgimise meetodit, aasta-aastalt on bakterioloogiliste uurin-gute arv suurenenud. Ukraina NSV tervishoiu-ministri asetäitja A. Kasjanenko käsitleb ägedaid soolenakkushaigusi hügieeni probleemina. Spetsiaalsed uuringud näitavad, et soolenakkushai-gustesse haigestumine on levinud vesivarustusest ja väliskeskkonna sanitaar-hügieenilisest seisundist.

Meie vabariigist oli K. Birgilt kaasautoritega ettekanne vee bioloogilise reostuse kohta. N. Maštšenko esitas andmeid ešerihhioside esi-nemise kohta Eesti NSV-s. R. Sudakova, R. Peet-so, S. Sljapnikova ja I. Peter selgitasid düsentee-ria epidemioloogilisi iseärasusi Eesti NSV-s.

V. Mašilov ja J. Belaja kaasautoritega töesta-sid, et ägedate soolenakkushaiguste korral esineb üsna sageli rotaviirusinfektsiooni, kusjuures alati tuleb kasutada spetsiaalset laboratoorset diagnoo-simist. J. Belaja tegi kokkuvõtte soolenakkushai-guste diagnoosimise kiirmeetodite kasutamise tulemustest ning rõhutas, et kõige perspektiivse-mad on spetsiifiliste antigeenide ja antikehade avastamine haigete vereseerumis — ensüümne immunosorbenttest ja koaglutinatsioonireakt-sioon, mis on väga tundlikud, spetsiifilised ja suhteliselt lihtsad meetodid.

Konverentsi resolutsioonis on rõhutatud, et väikesed bakterioloogialaboratooriumid on vaja koondada, nende materiaalsel baasi parandada ning nüüdisaegseid diagnoosimeetodeid aktiiv-semalt juurutada. Konverentsi ettekannete teesid ilmutas kogumikus «Актуальные вопросы профилактики острых кишечных заболеваний», Таллин, 1985.

Joosep Reinaru

Läti neuroloogide, psühhiaatrite ja neuroki-rurgide II kongress toimus 21... 22. novembrini 1985 Riias.

Kuue aastaga, mis on möödunud esimesest kongressist, on Läti neuroloogia- ja neurokirur-giatallus ning selle materiaalsed võimalused paranenud oluliselt rohkem kui Eesti NSV-s. Oste-tud on kaks kompuutertomograafi, välja on töö-tatud originaalsed, ultraheli abil töötavad ehho-pulsoograafid, dopplerograafid ning tomograafid, viimased eeskätt ekstrakraniaalsete arterite vi-sualiseerimiseks. Uuritud on ka püsomagnetvälja toimet organismisse, sealhulgas isheemilise in-suldi järgsesse hüübimisesse. Huvitavaid and-meid esitati laserite kasutamise kohta, näiteks veresoonte ühendamiseks («keevitamiseks») mik-roonastomooseid rajamisel.

Tähelepanu väärib insuldihaigete hospitalisee-rimine. Need haiged saadetakse vajaduse korral üldreanimatsiooniosakonda, kus on head võima-

lused vereringenäitajate pidevaks kontrolliks. Seal saab ajuinfarktihaigeid uurida ka röntgen-kontrastmeetoditel ning angiograafilise kontrolli ajal laiendada invasiivselt arterit stenoosi või spasmi piirkonnas.

Eesti neurolooge ja neurokirurge esindasid Tartus prof. A. Tikk, M. Mägi, T. Asser, allakirju-tanu ning J. Eelmäe ja Tallinnast prof. R. Zup-ping, T. Randvere ja M. Leiner. Meie delegatsioo-nilt oli erinevates sektiioonides kokku 6 ettekan-net: A.-E. Kaasik ja allakirjutanu töö käsitles üldvereringe muutusi ajuinfarktijärgsel perioo-dil ning selle seoseid varasema südame- ja vere-soonkonna kahjustusega. Teine ajuinfarkti käsit-lev ettekanne (T. Tomberg, U. Noormaa, M. Mägi ja allakirjutanu) üldistas ajuverevoolu, vere hüübimise ja tsentraalse hemodünaamika vahe-lisi seosed. A. Tiku ja M. Leineri uurimus oli karpaalkanali sündroomiga haigete kirurgilisest ravist ning hilisemast töövõimetus, T. Rand-vere töö aga ajuarterite aneurüsmide kirurgi-lise ravi tulemustest. A.-E. Kaasik, T. Asser, T. Pikk, T. Tomberg ja J. Eelmäe esitasid and-meid termokoagulaatori JERM-TRÜ nii eksep-rimendis kui ka kliinikus kasutamise kohta.

Tõnu Kauba

Teaduslik-tehnilise kompleksprogrammi «Ini-mene ja biosfäär» peanõukogu presiidiumi laiendatud istung toimus 28. novembril 1985 Leni-nigradi Polütehnilises Instituudis. Sellest võtsid osa programmi täitvate kõrgkoolide esindajad. Leni-nigradi Polütehniline Instituut on komplekspro-grammi «Inimene ja biosfäär» juhtivaks kõrgkoo-lik NSV Liidus. Istungit juhatas peanõukogu esimees instituudi rektor prof. J. Vassiljev. Kuu-lati ära tema aruanne ning programmi osalevate probleemnõukogude juhatajate ettekanded XI viisaastaku töö kohta ja perspektiivülesanded XII viisaastakuks.

Ettekannetes märgiti, et möödunud viisaastakul tehti mahukaid teaduslikke uurimisi, mis hõlma-sid keskkonnakaitset, looduslike ressursside taas-tootmist ja ratsionaalset kasutamist meie maa mitmes rajoonis. Kiideti heaks abinõud teaduslike uurimistööde efektiivsuse tõstmiseks ja uurimis-tulemuste rahvamajanduses kiiremaks kasutusele-võtuks. Peeti otstarbekaks, et fundamentaalsete ja rakenduslike uurimisuundadega kõrgkoolid, mis tegelevad ressursside ja energiasäästliku teh-noloogia loomisega, aga ka vähete tootmisjää-tmetega ja tootmisjäätmehäradurandliku töös-tuse ning agrotööstuskomplekside alaste uurimis-tega, jätkaksid oma uurimistööd süvendatult ning profülaktika aspekti silmas pidades.

Peanõukogu presiidiumi otsuses kiideti heaks kompleksprogrammi «Inimene ja biosfäär» põhi-suunad XII viisaastakuks. Rõhutati, et problee-minõukogudel tuleb teaduslike uurimiste plaan-ide koostamisel anda prioriteet nende uuri-mistele, mis vastaksid NSV Liidu majandusliku ja sotsiaalse arengu põhisuundadele aastateks 1986... 1990 ja aastani 2000. Tehti ettepanek moodustada kompleksprogramm «Inimene ja biosfäär» alaprogramm «Tööstuse ja teiste res-sursside ja jäätmehäraduranduse kasutamine».

Peeti vajalikuks fundamentaalsete uurimiste arendamist ökoloogilise tehnoloogia alal, kus esmajärguliseks ülesandeks peab olema ressursisäästlike jäätmete tehnoloogia meetodite väljatöötamine. Suurt rõhku tuleb panna Põhja, Siberi ja Kaug-Ida looduslike ressursside ja loodusvarade kasutamise programmide koostamisele. Otsuses toonitati matemaatilise modelleerimise meetodite juurutamise vajalikkust kõrgkoolides, mis osalevad kompleksprogrammi «Inimene ja biosfäär» täitmises. Kõrgkoolide töö tunnustati heaks.

Programmi edaspidisesse täitmisse on lülitunud 243 kõrgkooli, planeeritud eelarveline maksumus järgnevaks viisaastakuks on 150 miljonit rubla.

Peanõukogu presiidium kuulab ära ka aruande allakirjutanult, kes juhib kompleksprogrammi kuuluvat probleeminõukogu «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid».

Aktiivse töö eest programmi täitmisel autustas peanõukogu presiidium oma aukirjaga mitmeid töötajaid, nende seas ka allakirjutanut ja nõukogu teadussekretäri L. Tanningut TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedrist. Lühikest aega enne kompleksprogrammi peanõukogu istungit oli instituuti külastanud NLKP Keskkomitee peasekretär M. Gorbatšov. Tema külaskäigust instituuti näidati filmi.

Arnold Jannus

Vibratsioonitõve profülaktika alane üleliiduline seminar toimus 3...5. septembrini 1985 Gorkis. Kuulati 31 ettekannet vibratsioonitõve esinemise ja selle vältimise kohta.

A. Skljarovi ettekandest selgus, et söetööstuses, põllumajanduses on vibratsioonitõve juhtude arv 1982. aasta näitajatega võrreldes vähenenud kaks korda. See on saavutatud selliste profülaktikaabinõude rakendamisega nagu tootmise mehhaniseerimine, vibratsiooniohtlike masinate range kontroll ja sanitaarnormidest kinnipidamine, samuti ratsionaalne töökorraldus ning töörežiimide väljatöötamine. G. Suvorov (NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituut) rõhutas, et tuleks mõelda madalsagedusliku vibratsiooni normeerimisele tööstuses. L. Prokopenko samast instituudist pidas vajalikuks masinate reguleerimist juba tehastes nii, et vibratsiooni parameetrid vastaksid sanitaarnormidele. Ta soovitas parandada ka individuaalsete kaitsevahendite kvaliteeti. L. Milkov esitas lokaalsest vibratsioonist tingitud vibratsioonitõve uue klassifikatsiooni. Seejuures rõhutas ta, et haiguse esimeses staadiumis on haiget vaja ravida kas profülaktooriumis või sanatooriumis.

A. Mikulinski juhtis tähelepanu sellele, et vibratsiooniohtlikule tööle ei tohi lubada alla 25 aasta ja üle 40 aasta vanuseid. Tuleks uurida ka perifeerse angiodüstoonia näitajaid (näiteks nahapinna temperatuuri). Vibratsiooni mõjust nais-töötajate tervisele rääkis L. Tartakovskaja. Tema andmeil on vibratsioonist tingitud pea- ja seljavalusid naistel sagedamini kui meestel, peale selle esineb naistel neurovaskulaarseid ja terebroan-

giodüstoonilisi nähte. Vibratsiooniohtlikel töödel töötavatel naistel on sünnituspatoloogiat 2,5 korda sagedamini kui teistel naistel.

Järgnevates ettekannetes iseloomustati vibratsiooniprobleemi piirkonniti. Selgus, et haigestumine vibratsiooniohtlikel töödel on sagedane Lätis. Soovitati dispanseerida töölisi, kellel kaebusi küll veel ei ole, kuid kellel on sensomotoorsed ja hemodünaamika häired. Neid tuleb uurida kord aastas. Haiguse esimeses staadiumis tuleks aga kaks korda aastas teha uuringuid ning rakendada ravi- ja profülaktikameetmeid. Peeti vajalikuks pöörata veelgi suuremat tähelepanu vibratsioonitõve profülaktikale.

Epp Altrov

Üleliiduline eesrindlike kogemuste kool maastate arstiabi alal on Krasnodari krai, kus üks kord aastas korraldatakse õppusi liiduvabariikide lastearstidele. 1985. aastal toimusid need 11...13. septembrini, meie vabariigist oli seal kaks arsti. Oli võimalik tutvuda arstiabi korraldusega kahes rajoonis. Esimesel päeval esitas krai tervishoiuosakonna juhataja asetäitja A. Kljušnikova rahvastiku sotsiaal-demograafilise iseloomustuse, analüüsis meditsiinistatistilisi näitajaid, kaadri arvestuse ja kvalifikatsiooni tõstmise perfokaart-süsteemi, arstiabi korralduse põhimõtteid. Erilist tähelepanu pööratakse seal kvalifikatsiooni tõstmisele, igal aastal kontrollitakse arstide teadmisi kirjalike testide ja individuaalse vestlusega. Juhitavat kaadrit eksamineeritakse krai tervishoiuosakonnas.

Lasteasutuste õdede kvalifikatsiooni tõstmise kursused on igal aastal kahe viiepäevase tsükliks. Lapse esimesel eluaastal külastab vajaduse korral kodu ja abistab ema imiku hooldamisel üks 8...10. klassi tütarlapsi. Eriarstid teevad välja-õite nii rajoonikeskustesse kui ka velskri- ja ämmaemandapunktidesse.

Dispanserimine on koondatud rajoonikeskustesse, iga inimese kohta on täidetud perfokaart (tellitud meie eksperimentaalkombinaadist «Bit»). Dispanserimiskabineti töötajad (üks töötaja 4000...5000 inimese kohta) peavad arvestust, saadavad väljakutseid analüüsides tegemiseks ja suunavad inimesi abikabinettidesse. Lapse arvel võtmisel täidetakse perfokaart ja koostatakse dispanserimise plaan (tervetel lastel koolimineku, teistel aastaks). Perfokaardid märgistatakse erivärviliste ratsuritega, kroonilisi haigusi põdevate laste kaardid vastavalt elundüsteemile.

Paistis silma täitevkomiteede ja parteiorganisatsioonide suur tähelepanu tervishoiu suhtes, mis väljendus nii materiaal-tehnilise baasi väljarendamises kui ka tervishoiutöötajatele kõigi mugavustega korterite andmises.

Tutvumine Krasnodari krai kogemustega maainimeste, eriti laste arstiabi korraldamisel oli kasulik, nende rakendamine võimaldaks ka meie vabariigis tõsta maalaste arstiabi kvaliteeti.

Ilme Piltv

Üleliiduline nõupidamine «Mikroprotsessorite ja raali «Электроника ДВУ-01» kasutamine ajusuldi prognoosimisel» toimus 19... 20. septembrini 1985 Minskis. Korraldaja oli Minski Meditsiiniinstituut koos Üleliidulise Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi meditsiiniüberneetika komisjoni ja teiste sama probleemiga tegelevate organisatsioonidega. Instituudi neuroloogia kaatedri juhataja prof. N. Misjuki juhendatud tööd insuldi tekke ja kulu prognoosimise kohta on juba tulemusi andnud. Minski Meditsiiniinstituudi neuroloogid on koostanud ja polikliinikutes kasutusele võtnud kaartide komplekti, mille abil loodavad autorid dispanseerimist konkreetsemaks muuta. Nõupidamisel väljendasid mitmed teadlased mõtet, et dispanseerimise edukus suureneb riskirühmade, s. o. teatavast haigusest ohustatud inimeste väljaselgitamise ning nende profülaktilise raviga. Kahjuks ei ole senine ajavahemik veel küllaldane näitamaks, millist praktilist kasu meetod annab. Ilma selleta aga ei ole põhjust kasutusele võtta veel ühte lisaformulari, seda enam, et arst peab haiget igal üksikjuhul niikuinii ravima. Siiski on vaieldav prof. N. Misjuki väide, et insuldielse arteriaalse hüpertensiooni raviga olevat liiale mindud, tõenäoliselt kehtib see allakirjutanu arvates vaid mõne medikamendi, näiteks diureetikumi kohta. Vastavasisulisel põhjalikke uurimisi aga tehtud ei ole. Kahtlane on ka Minski neuroloogide seisukoht, nagu korduv prognoosimine võiks näidata ravi efektiivsust.

Nõupidamisel esitati andmeid kahe kodumaise miniarvuti kohta, mis ka kiirabi korras võiksid insuldi diagnoosimisel või selle laadi kindlaksmääramisel kasutamist leida. Rõhutati, et aparatuuride väike kaal (umbes 4 ja 10 kg), loodetav töökindlus ning käsitsemise lihtsus garanteerivad seeriatootmise puhul kasumi nii tootjale kui ka tarbijale, viimasele tööaja säästu arvel.

Nõupidamise ettekannete teesid publitseeritakse. Meilt esitati U. Noorma teadustöö antitrombiini III osast ajuinfarktjärgsel perioodil ning allakirjutanu uurimismaterjal vererõhu spontaansest muutusest pärast ajuinfarkti.

Tõnu Kauba

Gastroenteroloogiaalane teadussessioon «Saavutusi seedekulgla elundite haiguste varajases diagnoosimises, ravis ja profülaktikas» toimus 16... 18. oktoobri 1985 Dušanbes. Sessiooniga tähistati Tadžiki NSV Teaduste Akadeemia Gastroenteroloogiainstituudi 25. aastapäeva.

Plenaaristungis avas Tadžiki NSV tervishoiuminister G. Pulatov, kes rääkis neist saavutustest, mida gastroenteroloogiainstituut on andnud tadžiki rahva tervishoiule. Oma uurimistööde tulemustega on instituut jõudnud Nõukogude Liidu juhtivate gastroenteroloogiakeskuste esiritta. Instituudi uurimusi tuntakse ka välismaal. Seda rõhutasid ka arvukad sõnavõtjad teistest liiduvabariikidest. Eesti Gastroenteroloogide Seltsi nimel õnnitlesid instituudi kollektiivi R. Uibo ja allakirjutanu.

Ülevaate gastroenteroloogiainstituudi tööst, teadusuundadest ja perspektiivist esitas instituudi

direktor akadeemik H. Mansurov. Teadussessioonil käsitleti kolme probleemi: maksahaigused, sapipõie ja sapiteede haigused, seedetrakti haigused ning endoskoopiline diagnoosimine.

Meie vabariigist oli sessioonil ettekanne «Maksaspetsiifilise lipoproteiidi antikehad hepatobiliaarse süsteemi kroonilisi haigusi põdejatel», mille autorid olid R. Uibo, V. Salupere, H. Nutt, A. Javoiš ja T. Vorobjova. Teadussessiooni ettekanded avaldati trükis kogumikuna «Успехи в ранней диагностике, лечении и профилактике болезней органов пищеварения».

Ants Haavel

Üleliiduline konverents «Meditsiinitehnika rakendamise kirurgias» toimus Irkutskis 23... 25. oktoobri 1985. Konverentsi korraldasid NSV Liidu Tervishoiuministerium, NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Üleliiduline Teaduslik Kirurgiakeskus ning selle Irkutski filiaal. Samas toimus ka meditsiiniaparatuuri näitus 25 välisfirma osavõtul.

Ettekandega kodumaise meditsiinitehnika seisukorrrast ja perspektiividest kirurgias esines akadeemik B. Petrovski. Ta rõhutas koostöö vajadust meditsiiniliste ja inseneritehniliste teadusastute vahel, samuti kontaktide tähtsust paljude tööstusharudega. Näiteks on Üleliidulisel Teaduslikul Kirurgiakeskusel tihe koostöö 56 tööstusettevõttega. See on võimaldanud luua terve kompleksi kodumaiseid barokambreid, millega on varustatud üle 400 barokeskuse. Laialdaselt kasutatakse ultraheliaparatuuri, kunstliku vereringe aparate, röntgenendovaskulaarset instrumentariumi. Ühtlasi toonitas ta, et mõnel pool ei kasutata olemasolevat keerukat meditsiiniaparatuuri veel vajalikul määral. Seetõttu on selle kasutegur lubamatult väike ja kallid instrumendid ning aparaadid lihtsalt seisavad ja vananevad. Akadeemik B. Petrovski pidas vajalikuks meditsiiniinstituu- tides juures täiendada arstide teadmisi meditsiinitehnika alal.

Konverentsil rõhutati korduvalt teaduslik-tehnilise progressi tähtsust kirurgia arengul, samuti matemaatilis-statistiliste meetodite rakendamise vajadust. Arvutustehnika ja programmeerimine peavad kirurgias sügavamalt juurduma argitöösse. Käsitleti ka mikrokirurgia arengu perspektiive, laserkirurgia laialdasema rakendamise võimalusi, nii diagnoosimise kui ka ravi otstarbel kasutatava ultraheli meetodite täiustamist. Suurt tähelepanu pöörati röntgenkirurgilisele raviaparatuurile, meditsiiniaparatuurile. Röntgenendovaskulaarse kirurgia meetodeid on laialdaselt rakendatud Üleliidulise Teadusliku Kirurgiakeskuse töös. Üldse kuulati konverentsil üle 20 ettekande, arvukalt oli ettekandeid stendil ning rohkesti sõnavõtte. Huvist meditsiinitehnika pideva täiustamise vastu räägib see, et konverentsi teesid «Применения медицинской техники в хирургии» ilmusid kaheköitelise kogumikuna. Nad sisaldavad töid 286 autorilt ja autorite kollektiivilt. Teesides toodu on jaotatud järgmiselt: kirurgilise meditsiinitehnika üldprobleemid, informaatika ja selle rakendamine kirurgias, meditsi-

sinitehnika kirurgiliste haiguste diagnoosimisel; meditsiinitehnika kirurgiliste haiguste ravis ja uut meditsiinitehnikas.

Märkimist väärib konverentsi hea korraldus. Leiti aega ekskursioonideks, teatrietenduste külastamiseks jm. Meeldejäävaks kujunes ekskursioon dekabristide majamuuseumi Irkutskis ning Baikali järve kaldal asuva limnoloogiainstituudi muuseumi külastamine.

Hubert Poola

Üleliiduline seminar laste profülaktilise abi ja toitmise alal toimus 12. ja 13. novembril 1985. a. Harkovis.

Esimesel päeval käsitleti väikelaste hulgas tehtavat profülaktilist tööd, eriti lastepolikliinikutegevust terve lapse kasvatamisel. Põhietekanne oli NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi peaspetsialist prof. R. Tonkova-Jampolskajalt tervishoiutöötajate ülesannetest rahva tervise tugevdamise, haiguste profülaktika ja sanitaar-hügieenialaste teadmiste tõstmise kompleksprogrammi realiseerimisel aastail 1986...1990. Alates 1983. aastast on kõikides liiduvabariikides laste profülaktilise abi mittekoosseisuliste spetsialistide ametikohad ning kõikides linna lastepolikliinikutes peaks olema profülaktikakabinet (nn. terve lapse tuba). Jätab soovi diaatrite ettevalmistus profülaktiliseks tööks, mõnel pool ei ole õppejõud teadlikud direktiivdokumentide nõudeist. Prof. R. Tonkova-Jampolskaja rõhutas polikliinikute osakonnajuhatajate osa profülaktilise abi parendamisel.

N. Semaško nimelise Üleliidulise Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi perekonna uurimise osakonna juhataja L. Kamsjuk tõi oma ettekandes ankeetküsitluse andmeid emade vähestest tervishoiuteadmiste kohta ning käsitles põhjalikumalt laste tervist mõjutavaid riskitegureid. Tuleb kontrollida ka meditsiinipersonali teadmisi, noorte patronaaziõdede oskusi. Panevõzõse lastepolikliinikus, mis on üleliiduline eesrindlike kogemuste kool, töötab kuendat aastat pedagoog, kes määrab laste psühhomotoorse arengu astme, dispanseerib arengupeetusega lapsed ning jälgib nende õppeedukust koolis (I. Gurskise ettekanne).

Teisel päeval kuulati NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi lastepeadietoloogi K. Ladodo ettekannet varaealiste laste ratsionaalse toitmise põhiseisukohtadest. Nagu ikka, on tähtis rinnaga toitmine ja piimavaeguse profülaktika. Soovitatakse lapse imetamist esimesel tunnil pärast sündimist. Käsitleti veel uemaid seisukohti imikute toitmisel, toidusegude kasutamist, polikliinikute tööd ratsionaalse toitmise ning õigete toitumisharjumuste kujundamisel.

Ilme Pilv

Rahvusvaheline sümposium «Nüüdisaegsed insuliinravi aspektid» toimus 14. ja 15. oktoobril 1985 Moskvas. Selle korraldasid NSV Liidu Riiklik Teadus- ja Tehnikakomitee, NSV Liidu

Tervishoiuministeerium, Eksperimentaalse Endokrinoloogia ja Hormoonide Keemia Instituut ning Taani ja Austria firmad «Novo» ja «Miles». Ettekanded olid Euroopa tuntud diabetoloogidelt.

Sümposiumi avas endokrinoloogiainstituudi direktor J. Pankov, kes analüüsis insuliini ja glükagooni valguliste eelkäijate keemilist struktuuri. A. Elphick (Austria) andis põhjaliku ülevaate insuliinidest, milles antigeenne toime on viidud miinimumini. Firma «Novo» oli esimene erimeetluse puhastatud eriti puhaste monokomponentsete insuliinide tootja. Esmakordselt apoteeriti neid kliiniliselt juba 1969. aastal ning leiti, et nad on praktiliselt mitteimmungeensed. 1982. aastal laskis «Novo» esimesena välja ka monokomponentset inimese insuliini, mis on saadud puhtast seainsuliinist ensümaatilise menetluse teel. 30% kogu insuliini maailmatoodangust annavad firma «Novo» ja tema filiaalid. Monokomponentse insuliini preparaate kasutatakse 120 riigis. Kogemused on näidanud, et sarvloomade insuliiniga ravimisel saadud tulemustega võrreldes on nende korral suhkurtoõbe põdejel järsult langenud insuliiniantikehade tiiter ja vähenenud tüsistuste sagedus. L. Heding selgitas, et isegi pärast 12 kuu möödumist on antikehade tiiter monokomponentse insuliini kasutamise korral minimaalne või praktiliselt puudub. V. Spesivtseva, G. Zefirova jt. peatusid «Novo» monokomponentsete insuliinipreparaatide kasutamise kogemustel NSV Liidus. G. Ege (Taani) rääkis sellest, et rahvusvaheliselt on nõutavamad enamkontsentreeritud insuliinid, mille 1 ml-s on 40 ühiku asemel 100 ühikut. Ta tutvustas mitmesuguseid insuliinifusiooni pumpasid, mis on üsna kallid, kohmakad ja mitte päris ohutud. Sellepärast on kindlam kasutada pikemaks ajaks insuliiniga laetud erisuguse kujuga «süstlaid». Prof. K. Alberti tutvustas suhkurtoõbe I tüübi profülaktikat ning ravi printsiipe Inglismaal, toonitades insuliini manustamise vajadust 3...4 korda päevas.

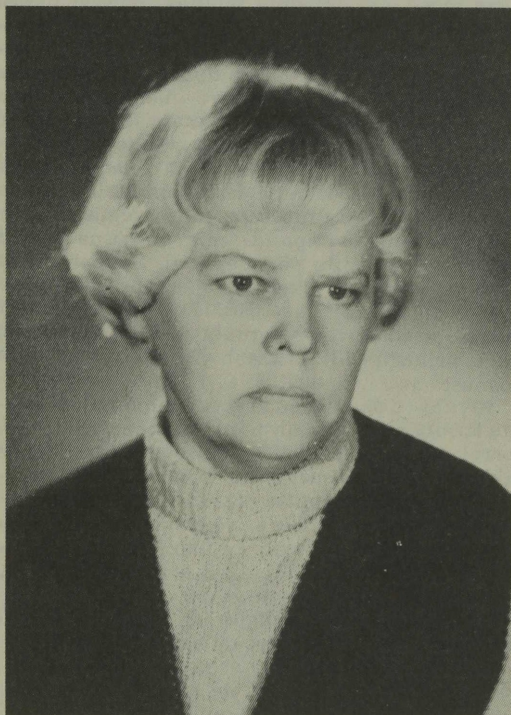
Huvitav diskussioon arenes immuundepressorite kasutamise võimaluste üle suhkurtoõbe I tüübi korral. Väga vajalik oli A. Mazovetski ettekanne suhkurtoõbe nüüdisaegsetest kontrollkriteeriumidest, mis ei piirdu mitte üksnes veresuhkru väärtuste normaliseerimisega, vaid mis nõuavad rasvaainevahetuse näitajate, glükoliseeritud hemoglobiini, albumiini jt. näitajate reguleerimist. D. Andreani (Rooma) tutvustas suhkurtoõbe korral tekkivaid mitmesuguseid elundüsteemide tüsistusi, eriti aga angiopaatiaid, nende varajast diagnoosimist, profülaktikat ja ravi võimalusi. Ta rõhutas metaboolsete häirete reguleerimise vajadust. Prof. Sumakovilt oli huvitav ettekanne monitorisüsteemide kasutamisest insuliinravi korral.

Eesti NSV-st võtsid sümposiumist osa M. Gus ja allakirjutanu (Tartu) ning J. Kerge (Tallinn).

Irina Kalits

In memoriam

Valentina Reisenbuk 22. XI 1934 . . . 19. XI 1985



Meie vabariigi arstiteadlaste peret on tabanud raske kaotus. 19. novembril 1985. a. suri parimas loomeas suurte kogemustega immunoloog, TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi vanemteadur Valentina Heinrichi t. Reisenbuk.

V. Reisenbuk sündis 22. novembril 1934. a. Leningradi oblastis Volossovo rajoonis kooliõpetaja perekonnas. 1945. a. kolis perekond Elva, kus V. Reisenbuk lõpetas 7-klassilise kooli ja asus edasi õppima Odessa Metroloogiatehnikumi, mille lõpetas 1952. a. Algul töötas ta Kurgani linnas, 1955. aastal hakkas tööle Tartu Mõõteriistade Tehases. 1958. a. astus V. Reisenbuk TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1964. a. Seejärel töötas ta kolm aastat epidemioloogina Valga Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas.

Juba ülikoolipäevil hakkas V. Reisenbuk tegelema teadustööga dotsent E. Tallmeistri juhendamisel mikrobioloogia kateedris. 1966. a. astus ta aspirantuuri Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti epidemioloogia erialal, 1970. a. kaitseski V. Reisenbuk edukalt kandidaadiväitekirja «Seerumhepatiidi epidemioloogiast täiskasvanute hulgas Eesti NSV suuremates linnades». 1974. a. anti talle vanemteadurikutse.

V. Reisenbuki põhiline teadustöö toimus Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis, kus ta töötas vanemteaduri ametikohal 1969. aastast 1981. aastani, algul epidemioloogia-, hiljem viroloogiaosakonnas.

Oma suhteliselt lühiajalise teadustööga andis V. Reisenbuk väärtusliku panuse meditsiiniteaduse ja -praktika arengusse. Uurides B-hepatiidi (seerumhepatiidi) leviku iseärasusi, omandas ta selle spetsiifilise tekitaja (HBs-antigeeni) määramise meetodi ja juurutas selle esimesena meie vabariigis praktikas B-hepatiidi diagnoosimiseks. Ta töötas välja ka profülaktilised juhised B-hepatiidi leviku tõkestamiseks.

Töötades viroloogiaosakonnas omandas V. Reisenbuk ühena esimestest nii meie vabariigis kui ka Nõukogude Liidus üldse immunoloogilised uurimismeetodid ja sai uue suuna initsiaatoriks rakulise immuunsuse faktorite uurimisel viirushaiguste puhul. Ta kasutas immunogeneetilisi meetodeid ka immuunsüsteemi funktsionaalse aktiivsuse

hindamiseks ja hakkas immunoloogilisi meetodeid rakendama raviasutuste kliinilistes laboratooriumides. Tema õpilasteks oli üle 70 nii Eesti kui ka teiste liiduvabariikide laboriarsti. Ta avaldas kodu- ja välismaises perioodikas kokku 69 teaduslikku artiklit. Ta oli alati uusimate teadussaavutuste aktiivne levitaja meie vabariigi arstide seas.

V. Reisenbuki teaduslik uurimistöo viirushaiguste rakulise immuunsuse alal on pälvinud tunnustuse nii meil kui ka välismaal. Ta oli Euroopa viroloogide seltsi liige.

Viimastel eluaastatel töötas V. Reisenbuk vanemteadurina TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis. Lühikese ajaga organiseeris ta kardioloogialaboratooriumis immunoloogide töörühma, kes tegeles immunoloogiliste näitajate uurimisega müokardiinfarktihaigetel. Tema juhendamisel jõudsid valmimisjärku kaks kandidaadiväitekirja.

V. Reisenbuk võitis alati oma kolleegide sügava lugupidamise. Temast jääb alatiseks helge mälestus!

*Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja
Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut
Tartu Riikliku Ülikooli
Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut*

Aade Pihelgas

10. VIII 1912 . . . 14. XII 1985



14. detsembril 1985 varises manalasse Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla tuberkuloosse meningiidi osakonna endine juhataja Aade Mardi t. Pihelgas.

A. Pihelgas sündis 10. augustil 1912. aastal Tallinnas lukksepa tütreana. Pärast keskhariduse saamist Tallinnas läks A. Pihelgas 1934. aastal edasi õppima Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, kuid majanduslikel põhjustel oli ta sunnitud õpingud katkestama. A. Pihelgas jätkas õpinguid 1940. aastal, 1946. a. sai ta arstidiplomi. Arstina alustas ta tööd 1945. a. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. 1947. ja 1948. aastal ning 1950. aastal viibis A. Pihelgas Moskvas täienduskursustel tuberkuloosse meningiidi alal, 1948. a. organiseeris Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas laste tuberkuloosse meningiidi osakonna, mille juhatajana töötas osakonna likvideerimiseni 1965. aastal.

1952. a. oli A. Pihelgas Leningradis spetsialiseerumiskursustel laste röntgenoloogia alal, mis võimaldas tal töötada ka röntgenoloogina. 1966. a. spetsialiseerus ta ümber laste kardioreumatoloogiks, viibinud enne täienduskursustel Leningradis. 1964. a. anti A. Pihelgasele esimene kvalifikatsioonikategooria pediaatria erialal. 1978. a. loobus ta ravi-tööst.

A. Pihelgaselt ilmus populaarteaduslikke artikleid, ta esines teaduslike ettekannetega Tartu ja ka vabariiklikel pediaatrite konverentsidel. TRÜ arstiteaduskonna õppebaasi osakonna juhatajana õpetas ja juhendas ta noori pediaatreid. Raviarstina tegi ta kõik, et kiirendada üliraskete haigete paranemist ja tervenemist. Ta tegi seda tööd südamega, ennastsalgavalt. A. Pihelgas oli laia silmaringiga inimene, tema lemmikharrastusteks olid lugemine ja reisi-mine.

A. Pihelgas oli piiritult aus, mis ei teinud tema elu alati kergeks. Eelkõige nägi ta abivajajaid, haigeid lapsi, tema enda omakseid ja alles siis ennast. Hea ja abivalmis kõigi kolleegide vastu, oli ta alati valmis jagama oma teadmisi ja rikkalikke kogemusi teistega, tehes seda alati huumoriga.

Mälestus Aade Pihelgasest kui oma erialale pühendunud arstist, avara hingega kolleegist, kui erudeeritud isiksusest, jääb püsima töökaaslaste ja patsientide südameis.

*Kolleegid Tartu Linna Kliinilisest
Lastehaiglast*

Uusi ravimeid

LEVOSIIN

(Unguentum Laeosinum, мазь левосина)

Levosiini koostises on levomütsetiini 1,0 g, sulfadimetoksiini 4,0 g, metüüluratsiili 4,0 g, trimekaiini 3,0 g, polüeteenoksiidi-1500 17,6 g, polüeteenoksiidi-400 kuni 100,0 g.

Salv on kollakasvalge, lõhnata, veega kergesti segunev. 26 °C-st kõrgemal temperatuuril, samuti segamisel muutub salv geelitaoliseks massiks.

Levosiinil on mikroobidevastane, põletikuvastane (dehüdratiseeriv), nekrolüütiline ja valuvaigistav toime. Preparaat on toimiv stafülokokkide, soolekepikese, prooteuse ja sinimädabakteri korral. Vees lahustuv salviaalus tugevdab ja pikendab ravimi antibakteriaalset toimet. Preparaat imendub kergesti.

Levosiini dehüdratiseeriva toime tõttu kaob haava ümbritsev turse mõne päevaga ning haav saab mädast ja nekrootilistest kudedest puhtaks. Ravim ei kumuleeru ega ärrita haava. Salv on nahalt kergesti eemaldatav ega määri pesu. Levosiini kasutatakse mädaste haavade esmaseks raviks.

Haav puhastatakse mädast ja kärbunud kudedest, puhastatakse vesinikülhipendi lahusega, seejärel pannakse kohevalt haava sisse levosiiniga immutatud steriilne marlitampoon.

Vajaduse korral võib 35...36 °C-ni soojendatud levosiini viia süstla abil sügavamale mädakoldesse läbi kateetri või dreeni. Levosiini kasutatakse kuni haava täieliku paranemiseni iga päev.

Salvi koostisainete suhtes ülitundlikel patsientidel võib põhjustada allergilist nahalöövet, mis on levosiini kasutamise vastunäidustuseks.

Salvi säilitatakse kuivas, jahedas, valguse eest kaitstud kohas. Originaalpakend, milles on 50 g levosiini, maksab 82 kopikat.

Uus kodumaine ravim, väljastatakse retsepti alusel.

Aino Jürison

Tervishoiuministeeriumis

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi istung oli 19. novembril 1985. Osa võtsid liiduvabariikide tervishoiuministrid, emade ja laste tervisege tegelevate teadusasutuste esindajad, liiduvabariikide peakušöörigünekoloogid ja peapediaatrid. Istungil arutati emade ja laste, eeskätt vastsündinute arstiabi ja selle parandamist. Põhiettekannet oli NSV Liidu tervishoiuministrilt S. Burenkovilt, kes rõhutas, et emade ja laste arstiabile ei ole seni küllaldaselt tähelepanu pööratud. Tervishoiu kapitaalvahetustest on sünnitusmajade ja lastehaiglate ehitamiseks eraldatud vaid 5...7%, laste raviasutusteks on antud vanad hooned. Emade ja laste tervishoiuasutused on meditsiiniaparatuuri saanud viimases järjekorras, samuti ei ole nende asutuste juhid huvitatud selle saamisest ega kasutamist. Sanitaarõuete ignoreerimine on igal aastal põhjustanud vastsündinute rühmiti haigestumist. Madal on arstide kvalifikatsioon, eriti reanimatsiooni ja intensiivravi alal, ei täideta nõuet tõsta kvalifikatsiooni iga viie aasta järel. Atestatsioonikomisjonid annavad kvalifikatsioonikategooria madala kvalifikatsiooniga arstidele, kes näiteks ei oska juhtida patoloogilist sünnitust, teha keisriloiget ega anda esmaabi vastsündinule. Puudulik on rasestumisvastaste vahendite propaganda ja seksuaalkasvatust. Vähenenud ei ole laste suremus. Minister märkis, et emade ja laste arstiabi korraldamiseks on võimalik saada kõik vajalik; kapitaalvahetustest on vaja eraldada 35...40% sünnitusmajade ja lastehaiglate ehitamiseks ning varustada need moodsa aparatuuriga. Muuta tuleb tööstiili ja -meetodeid.

Peale Vene NFSV, Ukraina NSV ja Kesk-Aasia liiduvabariikide tervishoiuministrite esinesid sõnavõttudega akadeemik N. Blohin, prof. N. Saveljeva, V. Gavrjušov. Tuli esile mõte, et ümber tuleb korraldada nii arstide kui ka keskkastme meditsiinipersonali ettevalmistamine. Alustama peab instituutidest, õppejõududest, kliinilistest baasidest. Vaja on sisse seada internatuur neonatoloogias. Ka keskkastme meditsiinipersonali tuleb hakata ette valmistama tulevase töö spetsiifikast lähtudes. Uurimist vajavad enneaegsuse põhjused, eriti seos sotsiaalsete teguritega, säilitatud rasedusest sündinud lapsed, preventiivse antibakteriaalse ravi otstarbekus sünnitusmajades. Tervishoiuministri esimene asetäitja O. Ššepin rõhutas lõppsõnas, et vaid kõikide koostöö tagab emade ja laste arstiabi kvaliteedi paranemise.

Mall-Anne Riikjärvi

31. jaanuaril 1986 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumis EKP XIX kongressi meedikute delegaatide vastuvõtt. Minister prof. V. Rätsep tervitas kohalesaabusid delegaate, kelle hulgas olid Taagepera Haigla peaarst J. Ausmees, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor prof. P. Bogovski, Narva Linna Keskhaigla traumatoloog I. Glebov, Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla osakonnajuhataja N. Grinevitš, Tartu Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja E.-E. Kikerpill, Kohtla-Järve Linna Lastehaigla peaarst E. Kinjajeva, Tartu Kliinilise Haigla peaarst J. Lepp, Pärnu Linna Haigla stomatoloog N. Palm, Tallinna Kiirabihaigla peaarst R. Toots. Minister andis lühiülevaate meie vabariigi tervishoiu edusammudest XI viisaastakul, puudutas tänaseid pakilisi põhiküsimusi tervishoiukorralduses, rääkis ka uutest tervishoiurajatistest ning XII viisaastaku plaanidest. Ka edaspidi jääb päevakorrale kaadrivajadus, sest uued rajatavad raviasutused vajavad tööjõudu, vanu tervishoiuasutusi ju põhimõtteliselt ei suleta peale üksikute.



Foto 1. EKP XIX kongressi delegaadid tervishoiuministri vastuvõtul. Esireas vasakult: N. Palm, E.-E. Kikerpill.



Foto 2. Vasakult: EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko, Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimees, EKP Haapsalu Rajoonikomitee esimene sekretär E. Peek, tervishoiuminister prof. V. Rätsep. M. Mällo fotod.

Vastuvõtul viibisid ka EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko, tervishoiuministri asetäitja E. Palo, Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimees E. Peek, Tallinna Lenini Rajooni Parteikomitee sekretär E. Raa ning tervishoiuministeri valitsus- ja osakonnajuhatajad ning peaspetsialistid.

Vello Laos

26. novembril 1985. a. toimus Eesti NSV Tervishoiuministeri teadusliku meditsiinilise nõukogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski eesistumisel. Presiidiumi koosolekust võtsid osa tervishoiuministri asetäitja E. Palo, NSV Liidu Tervishoiuministeri Teaduslike Arstiteadusseltside Nõukogu aseesimees prof. A. Tšaklin ja sama nõukogu teadussekretär L. Spivakova.

Päevakorras oli 5 küsimust. Esiteks andis Eesti NSV Tervishoiuministeri Arstiteadusseltside Nõukogu esimees prof. U. Sibul aru nõukogu tegevuse kohta. Meil on 31 vabariiklikku arstide seltsi. Peale selle on üheksas rajoonis ja linnas ühised arstide seltsid.

1985. aasta lõpuks kuulus 90% arstidest ja farmatseutidest arstide seltsidesse, mis on üks suuremaid näitajaid NSV Liidus. Prof. A. Tšaklin koos L. Spivakovaga, kes oli novembris kontrollinud meie vabariigi Arstiteadusseltside Nõukogu tegevust, andis sellele kiitva hinnangu. Nad soovitasid nõukogul intensiivistada alkoholivastast propagandat, tihendada sidemeid välismaa arstide seltsidega ning pidasid varilikuks kajastada arstide seltside ajalugu ja tegevust stendidel Tallinna Tervishoiu muuseumis.

A. Tetsov esitas ülevaate rahvusvahelisest koostööst arstiteaduse alal 1985. aastal. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudil on tihe koostöö kutsehaiguste ja kliinilise toksikoloogia valdkonnas Soomega, onkoloogia alal Saksa DV-ga. Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut teeb koostööd Soomega viroloogia alal. Teadusliku meditsiinilise nõukogu presiidium kinnitas rahvusvahelise koostöö aruande.

Allakirjutanu informeeris teaduslikust uurimistööst arstiteaduse alal 1986. aastal. Eesti NSV arstiteadlased osalevad 22 üleliidulise tähtsusega arstiteadusliku probleemi lahendamises. Eriti suuremahuline on töö 7 üleliidulise teaduslik-tehnilise ja 4 harukondliku sihtprogrammi realiseerimisel. Nende hulka kuuluvad südame- ja veresoonehaiguste (südame isheemiatõbi, arteriaalne hüpertensioon, ateroskleroos), pahaloomuliste kasvaja, mittespetsiifiliste kopsuhaiguste, emade ja laste levinumate haiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi uute meetodite väljatöötamine ja täiustamine. Neljas sihtprogrammis osaletakse meetmete kompleksi ja meetodite väljatöötamises gripi ja ägedate respiratoorsete haiguste vastu ja 12 uurimistööd kuulub väliskeskonna uurimise ja kurortoloogia valdkonda. Peale nende sisaldab plaan palju töid kutsehaiguste, traumatoloogia, gastroenteroloogia ja teistelt erialadelt. Presiidium kiitis uurimistööde plaani projekti heaks.

Arutati ka teadussaavutuste praktikasse juurutamise vabariikliku perspektiivplaani projekti aastaiks 1986...1990, selle esitas allakirjutanu. Meie vabariigi teaduslikes meditsiiniasutustes tuleb XII viisaastakul rakendada 91 ettepanekut, nende hulgas uusi või täiustatud meetodeid haiguste profülaktika alal 21, diagnoosimise alal 22, ravi alal 16, sanitaar-hügieenilisi meetodeid 13 ja eesrindlikke progressiivseid töövorme 19. Presiidium kiitis plaani projekti heaks. Seda perspektiivplaani täiendatakse edaspidi ettepanekutega NSV Liidu Tervishoiuministeri teadussaavutuste praktikasse juurutamise perspektiivplaani, mis on praegu veel koostamisel.

Vaeti Eesti NSV Tervishoiuministeri teadusliku meditsiinilise nõukogu 1986. a. tööplaani. Otustati plaani projekt kinnitada. Teadusliku meditsiinilise nõukogu pleenum koos TRÜ arstiteaduskonna nõukoguga otustati korraldada Tartus 1986. a. oktoobris, päevakorras on väliskeskonna probleemid.

Andrei Sarap

Tallinna Vabariikliku Haigla Silmakliiniku pidulik avamine toimus 2. detsembril 1985. Moodsa diagnoosimis- ja raviaparatuuriga varustatud silmakliinik, mis asub kuuekorruselises hoones, läks maksma 3 miljonit rubla. Sellest summast $\frac{3}{4}$ andis Eesti NSV Pimedate Ühing. Haiglas on üldpinda 10 500 m², 150 voodikohta, sealhulgas laste jaoks 30-kohaline osakond. Silmakliinik tagab eriarstiabi Tallinna ja kogu Põhja-Eesti elanikele. Kliinik on ka teaduskeskus, kus hakatakse tegema uurimistöid silmahaiguste profülaktika ja ravi aspektist. On olemas kliiniline, biokeemia-, bakterioloogia- ja immunoloogia-laboratoorium, ka radioimmunoloogiliste uurin-



Fotomälestus Tallinna Vabariikliku Haigla Silmakliiniku avamishetkest. Vasakult: EKP Keskkomitee büroo liikmekandidaat, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe esimene asetäitja I. Toome, Eesti NSV Pimedate Ühingu veteran E. Kotkas, tervishoiuminister prof. V. Rätsep, EKP Tallinna Lenini Rajoonikomitee esimene sekretär S.-A. Villo, haigla peaarst V. Tupits, tervishoiuministeri peaoftalmoloog Ü. Aamer. E. Normani foto.

gute võimalus on olemas. Silmakirurgiaosakonnas on laserraviaparatuur. Silmakliiniku rajamise idee sai alguse Eesti NSV Pimedate Ühingu keskjuhatause presiidiumi kauaaegselt esimehelt E. Kotkaselt.

Silmakliiniku avamisel võtsid sõna Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep, EKP Tallinna Lenini Rajoonikomitee esimene sekretär S.-A. Villo, Eesti NSV Pimedate Ühingu veteran E. Kotkas, tervishoiuministeri peaoftalmoloog Ü. Aamer, Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst V. Tuppits. Avamisel lõikasid lindi läbi EKP Keskkomitee büroo liikmekandidaat, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe esimene asetäitja I. Toome ja E. Kotkas. Avamistseremooniast võtsid osa ka EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja A. Aben ning Eesti NSV ehitusminister L. Schmidt.

Haigete vastuvõtt silmakliinikus algas juba järgmisel päeval.

5. veebruaril 1986 avati samas silmakliinikus Eesti NSV Pimedate Ühingu rehabilitatsioonikeskus, kus on erisisustusega palatid ja kabinetid. Patsiendid saavad siin kvalifitseeritud abi mitmetelt spetsialistidelt, nad õpivad ka orienteeruma uutes oludes ning lugema ja kirjutama eriseadmete abil.

Rehabilitatsioonikeskuse avamisel olid ka EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja A. Aben, Eesti NSV sotsiaalhooldusminister G. Sarri ning üldsuse esindajad.

Koit Leet

Tervishoiuministeri alalise alkoholismikomisjoni väljasõidustingimus toimus 27. detsembril 1985 Narvas. Kohal olid ministri asetäitja E. Palo, Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja V. Jänes, tervishoiuministeri peapsühhiaater H. Väre ja allkirjutanu ning Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühoneuroloogiahaigla peaarst A. Adamsoo. Istungit juhatas R. Popova Narvast. Seal olid kohal veel Narva Linna Keskaigla peaarst M. Sillandi, narkoloogiakabineti juhataja T. Kljujeva jt.

Arutlusel oli narkoloogiline abi Narvas. Nenditi, et narkoloogiline abi on paranenud, kuid teha on siiski veel palju. Statsionaarse narkoloogilise abi korraldamise võimalused on seni olnud halvad. Nüüd näivad need paranema hakkavat: Narva Soojuselektri jaam on valmis andma statsionaarse narkoloogilise ja psühhiaatrilise ravi jaoks suure hoonetekompleksi. Hooned remonditakse ettevõtete ja asutuste koostööga ning korrastatakse ja sisustatakse vastavalt selle tervishoiuasutuse nõuetele.

Anti Liiv

Tartu Riiklikus Ülikoolis

TRÜ arstiteaduskonna päev, mis on püsima jäänud ning traditsiooniks kujunenud, oli järjekorras juba kümnes. Hommikupoolel toimus aulas Eesti NSV Tervishoiuministeri teadusliku



Foto 1. TRÜ arstiteaduskonna päeva aktuse avamisel aulas. Vasakult: tervishoiuminister prof. V. Rätsep, rektor prof. A. Koop, dekaan prof. A.-E. Kaasik avakõnet pidamas, prorektorid prof. U. Palm ja prof. A. Kallikorm, arstide täiendus-teaduskonna dekaan prof. H. Tikko, EKP Keskkomitee sektorijuhataja S. Nazarenko, prodekaan prof. E. Sepp ja prorektori asetäitja prof. A. Tikk. V. Kutsari foto.

meditsiininõukogu. TRÜ arstiteaduskonna ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi ühis-koosolek.

Koosoleku avas teadusliku meditsiininõukogu esimees prof. P. Bogovski. Päevakorras oli ülevaade Eesti NSV arstiteadlaste teadussaavutustest XI viisaastakul, uurimistulemuste kasutuselevõtt ja XII viisaastaku ülesannetest. Ettekanded olid prof. P. Bogovskilt, TRÜ arstiteaduskonna dekaanilt prof. A.-E. Kaasikult ja ÜMPI direktorilt dotsent L. Karult. Toodi esile saavutusi, ka puudusi, valgustati uurimissuundi ning ülesandeid. Teaduslikust uurimistööst võtab Eesti NSV-



Foto 2. Akadeemilise loengu pidas meditsiinidoktor H. Kahn. K. Raua foto.



Foto 3. Kümnele arstiteaduskonna päevale oli saanud meedikuid kogu vabariigist. V. Kutsari foto.

osa umbes 500 teadustöötajat ning õppejõudu, kellest 58-l on doktori- ning 225-l kandidaadikraad. Aastail 1981... 1984 kaitsti ning kinnitati viis doktori- ja 35 kandidaaditööd. XII viisaastakul on plaanis 43 doktori- ja 91 kandidaadiväitekirja kaitsmine.

Teadusasutused osalevad seitsme riikliku teaduslik-tehnilise ja kahe sihtprogrammi täitmises. Palju uurimistöid tehakse koos NSV Liidu Meditsiiniakadeemia, NSV Liidu juhtivate instituutide teaduritega, ka mitmete välisriikide teadlastega. Uurimise põhisuunad on olnud südame- ja veresoonte haiguste, eriti südame isheemiatõve, arteriaalse hüpertensiooni, ateroskleroosi profülaktika, diagnoosimine ja ravi, pahaloomulised kasvaja (kantserogenees, immunoloogia, epidemioloogia), väliskeskonna hügieen, tööhügieen ja kutsehaiguste profülaktika, mittespetsiifilised kopsuhaigused, nende diagnoosimine ja ravi, kurtoloogia, viirushaigused, ravi traumade korral, noorukite ja laste tervise uurimine.

Uurimistulemused on avaldatud 30 monograafias, 51 uurimistöde kogumikus ja 66 metoodilises soovituses. Publitseeritud on ligikaudu 5000 artiklit üleliidulistest, vabariiklikest ja välismaa ajakirjades. Saadud on 50 autoritunnistust ning tehtud üle 300 ratsionaliseerimisetepaneku. Ajavahemikul 1981... 1984 on kasutusele võetud ligikaudu 100 uut ning täiustatud profülaktika-, diagnoosimis- ja ravimeetodit.

Paljud meie vabariigi arstiteadlaste uurimused on pälvinud kõrge hinnangu. A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku kollektiivile anti 1983. aastal NSV Liidu riiklik preemia Seppo fiksaatorite-reponaatorite loomise ja reieluukaclamurdude ravis kasutuselevõtu eest. Samal aastal anti Eesti NSV riiklik preemia veresoontekirurgia arenda-

mise eest autorite kollektiivile, mille koosseisu kuulusid Ü. Arend, J. Männiste, K. Pöder, E. Sepp, H. Tikko ja E. Tünder. ÜMPI kollektiiv koosseisus T.-A. Sulling, J. Eha, T. Kask, A. Kivik, T. Kõöbi, R. Saia, J. Maaros, V. Mölder, R. Teesalu, M. Tiivel pälvis 1985. aastal Eesti NSV riikliku preemia kroonilise koronaarpuudulikkuse diagnoosimise ja kirurgilise ravi meetodite väljatöötamise eest.

NSV Liidu Riikliku Leiutiste ja Avastuste Komitee otsuse alusel anti 1985. a. A. Seppole postuumselt diplom nr. 208 avastuse «Inimese ja looma vigastatud liigeste kõhrkoe täielik regeneratsioon» (kaasautorid M. Volkov, O. Oganjan) eest.

Toodi esile ka vajakajäämisi teadusasutuste tegevuses. Aastast aastasse ei ole täidetud teadlaskaadri ettevalmistamise plaani. Tuntakse puudust kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistide järele mitmel erialal. Paljude teaduslike struktuuriüksuste ja kateedrite koosseisus ei ole doktori-kraadiga töötajaid. Teadusasutuste juhte kohustati tagama teadlaskaadri ettevalmistamise plaani täitmise. Selleks peavad teaduslikud nõukogud vähemalt kord kvartalis arutama kahe-kolme dissertandi tööd ja igati neid abistama väitekirja tähtajalisel valmimisel. Tõsta nõudlikkust selle üle, et lõpetatud uurimistöde tulemused kasutusele võetaks ja et tööde autorid evitamises agaralt osaleksid.

Oma sõnavõtus juhtis tervishoiuminister prof. V. Rätsep tähelepanu vajadusele aktiveerida vabariiklike probleemikomisjonide tööd. Paljud neist ei ole oma tööga toime tulnud, soovida jätab ka teadussaavutuste kasutuselevõtt.

Samal päeval, 11. oktoobril, avas arstiteaduskonna dekaan prof. A.-E. Kaasik kümnele arstiteaduskonna päeva tähistava aktuse. Kohale oli tulnud ligikaudu 300 teadlast, arsti, farmatseuti,

Pikemad kõned olid TRÜ rektorilt A. Koobilt ja Eesti NSV tervishoiuministrilt V. Rätsepalt.

Arstiteaduskonna päeva akadeemilise loengu pidas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi eksperimentaalse ja kliinilise toksikoloogia osakonna juhataja meditsiinidoktor H. Kahn. Teemaks oli meditsiiniline toksikoloogia ja selle arengu probleemid Eesti NSV-s. Ta käsitles ka ägedate mürgituste diagnoosimist ja ravi ning rõhutas selle probleemi erilist akuutsust Eesti NSV-s, mistõttu vajadus spetsiaalse osakonna, toksikoloogiakeskuse järele on suur.

TRÜ arstiteaduskonna tegevusest ja kavadest 1985/1986. õppeaastal andis ülevaate dekaan prof. A.-E. Kaasik, Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi uurimistöödest ja arengust kõneles direktor dotsent L. Karu. Järgnesid autasustamised. TRÜ arstiteaduskonna medali pälvisid TRÜ rektor prof. A. Koop, professorid J. Riiv ja L. Tähepõld, dotsendid L. Karu, S. Russak ja M. Uibo, vanemteadur H. Lenzner, tervishoiuministeeriumi kaadri osakonna juhataja A. Sivenkov, Kingisessa Rajooni Keskhaigla kirurgiasakonna juhataja A. Haavel ja Riikliku Teadusliku Meditsiininraamatukogu direktor M. Tedremaa. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirja võtsid ministri käest vastu prof. K. Villako, dotsendid E. Teeäär ja S. Sibul, Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi aukirja said prof. L. Nurmand, dotsent E. Türi ja vanemõpetaja L. Tanning. Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst M. Kivilo andis aukirjad üle TRÜ üliõpilaste sanitaarhariduslike tööde võistluse võitjatele: I auhind A. Mesilale ja V. Askole (võistlustöö «Angiin»), II auhind Ü. Sollile («Tervislikust elurežiimist vanemas eas») ning III auhind T. Rekandile ja I. Lastile («Miks on ratsionaalne toitumine vajalik?»).

Andrei Sarap

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 19. novembril analüüsiiti õppe- ja kasvatustööd spordimeditsiinosakonnas. Ülevaate andis spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedri juhataja prof. T. Karu.

Arstiteaduskonna spordimeditsiinosakond on tegutsenud 26 aastat, selle on lõpetanud üle 400 spetsialisti. Praegu õpib osakonnas 219 üliõpilast, neist keskkoolist tulnud 105, kehakultuurialase kõrghariduse saanud 14, kelle on suunanud õppima NSV Liidu Kehakultuuri- ja Spordikomitee. Vastuvõtt keskkooli baasil on jaotatud järgmiselt: Läti NSV-le on eraldatud 5 kohta, Leedu NSV-le 10, Gruusia NSV-le 2, Eesti NSV-le 3 kohta. Kehakultuurialase kõrgharidusega noori tuleb õppima kõigist liiduvabariikidest (igal aastal 25).

Osakonna tööd koordineerib TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateeder, mis õpetab ka eriaineid — spordimeditsiini, ravikehakultuuri ja massaaži. Kateedris töötavad üks professor, neli dotsenti ja kaks assistenti. Õppeedukus spordimeditsiinosakonnas on viimastel aastatel olnud hea (90...93% piires). Piisavalt on õppekirjandust, ka kateedri poolt väljaantud metoodilist materjali. Õppetöös rakendatakse edukalt arvutustehnikat, tervis-

liku seisundi automaatanalüüsi. Igal semestril on kaks osakonna aktiivi nõupidamist, vähemalt kaks taidlusõhtut, tavaliselt eri rahvusest üliõpilaste algatusel. Regulaarselt antakse välja osakonna seinalehte, mis on teaduskonna parim. Käärlikul toimuvates osakonna spordilaagrites tehakse ideelis-poliitilist ja kultuurilist kasvatustööd. Kavas on pikendada erialast menetluspraktikat vabariiklike võistkondade ja NSV Liidu koondvõistkondade juures. Samuti taotletakse taastada internatuur spordimeditsiini ja ravikehakultuuri erialal.

Teadusprorektori asetäitja prof. A. Tikk andis ülevaate teadlaskaadri kvalifikatsioonist lähema 10...15 aasta kohta. Kuigi viimasel ajal on teaduskraadiga õppejõudude arv teaduskonnas mõnevõrra vähenenud, on kahel viimasel aastal väitekirja kaitsjate arv suurenenud. Eriti palju väitekirju on kaitsnud Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadurid. Näiteks 1985. aastal kaitsesid kandidaadiväitekirja järgmised teaduskonna aspirandid ja ÜMPI nooreteadurid: I. Rahumaa (kardioloogia), K. Zilmer ja M. Metsis (biokeemia), M. Maimets ja O. Toomla (farmakoloogia), T. Vorobjova ja R. Kallikorm (sisehaigused), I. Miidla, H. Seeper ja T. Meren (kirurgia), K. Paju (patofüsioloogia). Lähemal ajal on oodata mõnekümne kandidaadi- ja doktoriväitekirja kaitsmist.

Psühhiaatria kateedri juhataja dotsent L. Mehilane esitas nõukogule kinnitamiseks narkoloogia õpetamise programmi, mis on ette nähtud paljudele kateedritele (psühhiaatria, pediaatria, farmakoloogia, neuroloogia, hügieeni, sisehaiguste, sünnitusabi ja günekoloogia jt.). Programmi on rakendatud 1986. a. kevadsemestrist alates.

Nõukogu kinnitas veel 1985. a. menetluspraktika aruande (esitas praktika üldjuhendaja dotsent R. Kaskmets) ja riigieksamite komisjoni töö analüüsi (prodekaan dotsent H. Silm).

Arstiteaduskonna poliitpäeval 27. novembril esines õppejõududele ja III kursuse üliõpilastele õigusteaduskonna dekaan, rahvusvahelise õiguse eriteadlane dots. E. Rahumaa teemal «Riikide välispoliitika juriidilisi aspekte». Põhjalikumalt peatus ta NSV Liidu ja USA tippjuhtide koostamise tulemustel ning tähtsuset. Samuti rääkis ta teistest meie riigi välissuhetest ning vastas kuulajate küsimustele.

Arstiteaduskonna poliitpäeval 3. detsembril esines Eesti NSV teeneline kultuuritegelane, NLKP ajaloo kateedri juhataja prof. J. Kalits, kes käsitles NLKP põhikirja ja programmi uue redaktsiooni sätteid, samuti meie maa arengu põhisuundade projekti aastateks 1985...2000. Ettekanded järgnes elav arutelul.

Arstiteaduskonna nõukogus kuulati 17. detsembril 1985 prodekaan prof. L. Poki aruannet semestri õppetöö ja talviseks eksamisessiooniks valmisoleku kohta. Märjiti, et õppetöö on ühtlustunud, eksamiplaanid hästi koostatud. Mikrobioloogia kateedri juhataja prof. A. Lenzner ja sisehaiguste propedeutika kateedri professor E. Laane andsid ülevaate oma poolt juhendatavate lepinguliste tööde täitmisest. Kõik uurimis-

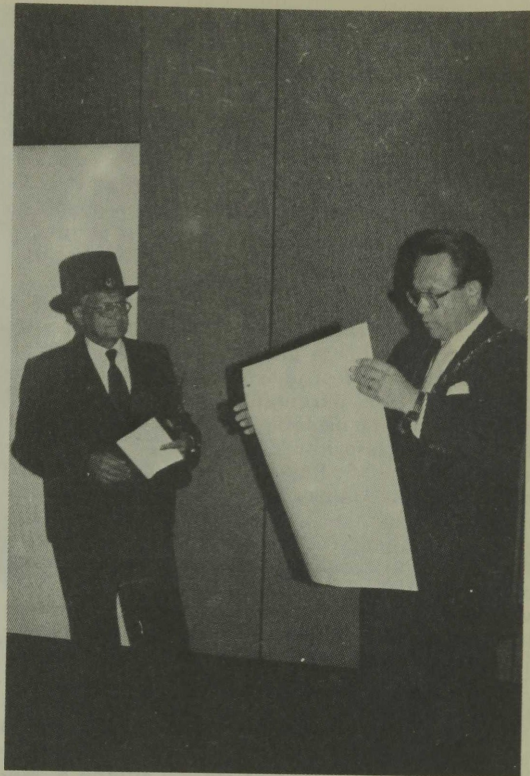
tööd on täidetud tähtajaliselt, tellijatelt pretensoone ei ole. Kinnitati ka uusi lepinguliste tööde teemasid järgmiseks viisaastakuks. Prodekaan prof. E. Sepp väitis, et teaduskonna lepinguliste tööde maht võiks olla senisest tunduvalt suurem, praegu on see ainult 10% ülikooli lepinguliste tööde üldhulgast. Prof. A. Paju käsitles taastusravi ja selle õpetamist teaduskonnas. Dekaan prof. A.-E. Kaasik rõhutas, et kahjuks ei ole meie vabariigis taastusravi organisatsiooni seni veel rajatud, samuti seda, et taastusravi peaksid oma õppeprogrammi võtma paljud kateedrid.

TRÜ erialanõukogu arutas 25. detsembri koosolekul patoanatomia spetsialistide ettevalmistust Eesti NSV-s. Ülevaate tehtust esitasid kateedrijuhataja prof. A. Truupõld ja vabariigi peapatoanatom meditsiinikandidaat V. Valdes. 10 aasta jooksul ei ole Eestis patoanatomia erialal kaitstud ühtki kandidaadi- ega doktoriväitekirja, vähe on olnud aspirantuurikohti. Nõukogu märkis ka kliinikute lahangukambrite ja kateedri baasi amortiseeritust. Nõukogu pöördus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi poole märgukirjaga patoanatomia materiaalse baasi äärmise mahajäämuse kohta Tartus. Samuti tegi nõukogu patoanatomia ja kohtumediitsiini kateedritele kohustuseks XII viisaastakul ette valmistada vähemalt kolm kandidaadikraadiga teadlast patoanatomia erialal.

TRÜ nõukogu 29. novembri koosolekul õnnitles rektor prof. A. Koop nõukogu nimel kaua-aegset ülikooli teadussekretäri Irene Maarooši äärmiselt vastutustundliku, täpse ja kohusetruu töö eest ning 75. sünnipäeva puhul. Samal ülikooli nõukogu koosolekul valiti meditsiinidoktor M. Kalnin stomatoloogia kateedri juhataja, professori ametikohale.

11. detsembril korraldas rektoraat teaduskondade juhtide ja kateedrijuhatajate seminarnõupidamise teemal «Kuidas ülikooli tööd vastavalt NLKP Keskkomitee suunistele uut moodi korraldada?». Esinesid rektor prof. A. Koop ja õppeprorektor U. Palm. Rektor kõneles NSV Liidu Ülemnõukogu novembriistungjärgu iseloomulikest jontest, eeskätt haridusse puutuvatest. Istungjärk teatavasti kinnitas haridusseadusandluse aluste uue redaktsiooni. Selles on rõhutatud loengute arvu vähendamise ja üliõpilaste iseseisva töö suurendamise vajadust, mis aga nõuab kateedritelt üliõpilaste varustamist õppemetoodiliste ja tehniliste vahenditega. Rõhutati arvutustehnikaseadmete, sealhulgas personaalarvutite õppe- ja teadustöösse kiire kasutuselevõtu vajadust kõigis kateedrites. Kõik õppejõud teevad käesoleval õppeaastal läbi arvutustehnika kursused. Töö uuendamine nõuab ülikoolieliu laiemat avalikustamist, kateedritevahelist kogemuste ülevõtmist ja jagamist. Mitmed professorid tegid ettepanekuid õppetöö kaasajastamiseks ja intensiivistamiseks, materiaalse baasi kiiremaks väljarendamiseks.

Lembit Allikmets



Fotomälestus audoktori dokumentide ja sinna juurde kuuluvate regaalide kätteandmisest prof. K. Villakole, mida teeb Tampere Ülikooli rektor prof. J. Visakorpi.

1985. aasta juunis tähistati Soomes Tampere Ülikooli 60. aastapäeva. Muu hulgas valiti sel puhul audoktoreid, kelle seas oli ka TRÜ arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateedri juhataja prof. Kaljo Villako. Audoktoriks olekut kinnitavad dokumendid koos sinna juurde kuuluvate regaalidega andis prof. K. Villakole 1985. a. septembris Tampere kätte Tampere Ülikooli rektor prof. J. Visakorpi. Prof. K. Villako pälvis selle kõrge tunnustuse Tampere ja Tartu ülikooli gastroenteroloogide ühistöö Nõukogude Liidu poolse juhendajana. Mainitud koostöö on Nõukogude Liidu ja Soome meditsiini- ja bioloogiaprogrammi osana kestnud juba üle 10 aasta. See hõlmab gastriidi, maohaavandi ja maovähi seoste uurimise kõrval ka veel hüpolaktaasia probleemi. Just viimati märgitud alal osalevad aktiivselt ka Tampere Ülikooli (prof. M. Isokoski, H. Arola) ja Tartu Riikliku Ülikooli teadlased (prof. K. Villako, A. Tamm jt.).

Vastne audoktor esitas ettekande Tampere Ülikooli arstiteaduskonna nõukogus, milles ta käsitles Soome—NSV Liidu gastroenteroloogiaalase teadusliku koostöö tulemusi ning probleeme. Prof. K. Villako ettekanne leidis elavat vastukaja.

Vello Salupere

Punase Risti Seltsis

J. Tombi nimelises Kultuuripalees toimus 1. detsembril õpilaste tervisepäev, mis oli pühendatud N. Pirogovi 175. sünniaastapäevale. Tervisepäevast olid kutsutud osa võtma Punase Risti Seltsi aktivistid kõikidest Tallinna koolidest. Tutvuti N. Pirogovi elu ja tööga, saadi teada, et N. Pirogovi initsiatiivil asutati halastajaõdede ühing, et ta kasutas esimesena operatsioonide juures eeternarkoosi, samuti jäika kipsmähist luumurdude puhul. Tutvustati ka Daša Sevastopolskaja elu ja tegevust. C. Ustinova rääkis lastele meedikute tööst Leningradi blokaadi ajal, kirurgi elukutset tutvustas R. Adamson kiirabihaiglast.

Lapsed said oma teadmisi ja oskusi näidata viktoriinil. Ühelegi küsimusele ei jäänud vastust võlgu 13., 9., 3. ja 19. keskkool. 3. keskkooli punaristlased esitasid terviseetemalise montaaži, esinesid ka J. Tombi nimelise Kultuuripalee akrobaadid. Päeva lõpetuseks mängiti liikumismänge.

Tervisepäeval viibis Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur, kes tutvustas lastele Punase Risti Seltsi ajalugu ja ülesandeid.

Selliseid üritusi tuleks korraldada sagedamini, sest need propageerivad arsti elukutset ja tervislike eluviise.

Maia Ploom

Tervishoiutöötajate Ametiühingus

1. novembril 1985 toimunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee XI pleenumil oli vaatluse all tervishoiuasutuste ametiühinguorganisatsioonide töö NSV Liidu seaduse «Töökollektiividest ning nende osatähtsuse tõstmisest ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide juhtimises» täitmisel ning arutati NLKP Keskkomitee otsust Minski Autotehase partei-, ametiühingu- ja komsomoliorganisatsiooni töö kohta eespool nimetatud seaduse täitmisel. Ettekanne oli vabariikliku komitee esimehelt T. Hendriksonilt, sõna võtsid V. Rätsep, T. Vallfisch, R. Allik, V. Hiire, G. Männik ja I. Galanin.

Ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide juhtimise jätkuv demokratiseerimine on tihedalt seotud töökollektiivide ühiskondlike organisatsioonide tegevusega. Ettekandest ning sõnavõttudest ilmnes, et ametiühinguorganisatsioonid on oma suuremaid volitusi rakendanud töökorralduse uute vormide elluviimisel, töödistsipliini tagamisel, sotsialistliku võistluse ja kommunistliku töösuhtumise arendamisel, samuti töötajate sotsiaalsete, elamu- ja olmetingimuste paremaks muutmisel. Ent sellealane tegevus ei ole kaugeltki veel ammendatud.

Pleenumil vastuvõetud otsuses on muu hulgas kohustatud ametiühingu rajooni- ja linnakomiteesid koos tervishoiuosakonna ning tervishoiuasutuste juhatajatega parandama ambulatoor-po-

likliiniliste asutuste tööd, pöörama eriti tähelepanu nende asutuste töörežiimile ning tagama informatsiooni arstiabi saamise aegade kohta. Tuleb jätkata selgitustööd töökollektiivide seaduse rakendamisel ning abistada tervishoiuasutusi töösekorra eeskirjade ümbertöötamisel.

Pleenumil kuulati veel vabariikliku komitee sekretäri L. Vahari informatsiooni presiidiumi tööst pleenumitevahelisel ajal.

Mall Kuusma

1985. aasta viimasel istungil arutas Vabariiklik Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu Valga Rajooni Tervise Rahvaülikooli tööd 1985/1986. õppeaasta sügissemestril. Aruandest, mille esitas nõukogu esimees V. Tuusov, ning vabariikliku nõukogu liikme A. Holsteini kaasaruandest selgus, et Valgas on tervise rahvaülikooli töös märgata edasiminekut. Kui eelmisel õppeaastal oli rahvastiku hõlmatus 0,9%, siis käesoleva õppeaasta esimesel poolel on see suurenenud 1,5%-ni. Seega tõusis Valga Tervise Rahvaülikool poole aastaga viimaselt, kahekümnendalt kohalt seitsmendale. Peale kuulajaskonna kaasatõmbamise on rajooni peearsti P. Rahu ettepanekul kasutusele võetud ka loengute kvaliteedi hindamise talongid, mis loodetavasti leiavad rakendamist meie vabariigi kõikides tervise rahvaülikoolides.

Vabariikliku Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu esimees O. Tamm märkis tunnustavalt valgalaste tublit tööd tervise rahvaülikooli tegevuse organisatsioonilisel, tänu millele on rajoonis üle saadud eelmise õppeaasta madalseisust. Rahule ei saa veel jääda alkoholivastase propagandaga.

Eesti NSV tervise rahvaülikoolides oli rahvastiku hõlmatus käesoleva õppeaasta esimese poole lõpul järgmine. Vabariigi keskmine oli 1,7%, esikohal olid Tallinn ja Hiiumaa rajoon 2,1%-ga, järgnesid Tartu rajoon 1,9% ja Rapla rajoon 1,7%-ga. Kõige väiksem oli rahvastiku hõlmatus Kohtla-Järve rajoonis (0,4%) ning Paide ja Jõgeva rajoonis (1,0%).

Maano Kivilo

Tartu tervishoiutöötajate seas on kehakultuuriharrastus laialt levinud — suusatatakse, mängitakse palli, ujutakse, orienteerutakse, mängitakse malet ja kabet. Tartu linna kehakultuurinõukogu juhataja, Tartu Arstliku Kehakultuuridispanseri kabinetijuhataja S. Tälli ettevõtmisel on korraldatud võistlusi. Selle tulemusena on tartlased viiel viimasel aastal võitnud tervishoiutöötajate vabariiklikul spartakiaadil esikoha.

Tartu tervishoiutöötajad kuuluvad kahte kehakultuurikollektiivi: 1) Tartu Kliinilise Haigla töötajad, 2) ülejäänud meditsiiniastutuste töötajad. Kui Maarjamõisa suve- ja talimänge on peetud juba aastaid, siis teiste tervishoiuasutuste spordimängud korraldati teist korda 1985. aastal. Kavas oli 11 ala (suusatamine, male, kabe, laskmine, ujumine, kalastamine, orienteerumine, kergejõustik, lauatenis, suvine ja talvine VTK). Kõige rohkem osavõtjaid oli laskmises (99 tervishoiu-

töötajad), suusatamises (69) ja orienteerumises (26). Mitmekordsed individuaalvõitjad olid T. Savi kehakultuuridispanserist, M. Johanson polikliinikust, H. Kerner sünnitusmajast, A. Visnapuu struumadispanserist. Palju tööd tegi spordimängude korraldamisel K. Lukk kehakultuuridispanserist.

Peeti ka võistkondlikku arvestust. Esimestel spordimängudel 1984. aastal kogusid kehakultuuridispanser ja onkoloogiadispanser punkte võrd-selt. 1985. aastal sai ülekaaluka võidu sünnitus-maja (peaarst I. Veerma, spordiorganisator E. Nurmiste), järgnesid kehakultuuridispanser, linna polikliinik ja onkoloogiadispanser. E. Nurmiste pidas võidu põhjuseks mitut soodsat asjaolu. Osa-võtt ülelinnalistest ja vabariiklikest spordiüri-tustest andis sotsialistlikus võistluses kõigile roh-kesti plusspunkte. Pealegi leidis sünnitusmaja suures kollektiivis võimekaid harrastussportlasi, kes töid oma asutusele auhinna kohti.

Aasta lõpul autasustati võistluste võitjaid ja korraldajaid originaalsete diplomite, vimplite ja auhindadega. Sünnitusmajale anti üle võidetud karikas. Spordimängud otsustati korraldada ka 1986. aastal.

Vello Viirsalu

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1985. aasta preemiad

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toime-tuskolleegiumi premeerimiskomisjoni 12. veeb-ruaril 1986 toimunud koosolekul, mida juhatas komisjoni esimees prof. P. Bogovski, otsustati määrata rahapreemiad järgmistele 1985. aastal aval-datud kirjutistele eest:

Viktor Kalnin — «Avaldamata materjale N. Pi-rogovi kohta», 1985, 6, 443—447, ja «Tartu Üli-kooli arstiteaduskonna kasvandikke Suures Isa-maasõjas», 1985, 4, 289—294;

Kiira Subi — «Respiratoorne viirus ja äge respiratoorne viirushaigus», 1985, 5, 349—352;

Mati Rahu, Tiiu Aareleid, Taimi Vanaselja — «Vähihaigete elulemus Eestis aastail 1978... 1983», 1985, 1, 10—13.

Premeerimiskomisjoni otsus kinnitati ajakirja toimetuskolleegiumi koosolekul 20. märtsil 1986 ning preemia pälvinud tööde autoritele — Vik-tor Kalninile, Kiira Subile, Mati Rahule, Tiiu Aareleiule ja Taimi Vanaseljale — otsustati anda ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» aukirjad.

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal

Allikmets, L. H., Vasar, E. E., Maimets, M. O. Evidence for involvement of serotonin-2-receptors in the development of defensive aggressiveness. — *Aggressive Behavior*, 11, 2, p. 146.

Brilis, V. I., Brilene, T. A., Lenzner, H. P., Lenz-ner, A. A. Studies of adhesion process of lactoba-cilli from human microflora. — In: *International Symposium on Bacteria and the Host*, May 14—17, 1985. Abstracts, Prague, 1985, p. 22.

Elshteyn, N. Dispensary follow-up-prophylactic method for acute chronicity. — *La Santé Publi-que*, 1984, 27, 3, p. 213—223.

Imelik, O. The Changes in the Concentration and Total Amount of the Elektrolytes in the Blood Serum at Various Muscular Exercises. — In: *International Series of Sports Sciences Vol. 13. Biochemistry of Exercise*. Champaign (Illinois), 1983, p. 550—556.

Imelik, O. The Changes in the Concentration and Total Count of Thrombocytes at Muscular Exercise. — In: *IVth European Congress of Sports Medicine*. Praha, 1985, p. 95.

Imelik, O. The Effect of Muscular Exercise on the Concentration and Total Amount of Choles-terole in the Blood Serum. — In: *Clinical Phy-siology*. Copenhagen, 1985, Vol. 5, Suppl. 4, p. 107.

Imelik, O. Ucinak proizenog vezbanja na broj reticulocita. — In: *Sportnomedicinske objave*. Ljubljana, 1984, 1—4, s. 2—8.

Jannus, A., Uibo, M., Tanning, L. On the im-portance of the conditioning of the air in indust-rial enterprises. — In: *Indoor air. Wolume 3. Sensory and Hyperreactivity Reactions to Sick Buildings*. Swedich Council for Building Re-search. Stockholm, Sweden, 1984, 347.

Lenzner, A. A., Lenzner, H. P., Mikelsaar, M. E., Türi, M. E., Brilene, T. A., Brilis, V. I., Levkov, L. A. Role of lactobacilli in local resistance. — In: *International Symposium on Bacteria and the Host*, May 14—17, 1985. Abstracts, Prague, 1985, p. 83.

Rägo, L. K. Subchronical treatment with fen-but: Evidence for the existence of functional link between GABAB and benzodiazepine recep-tors. — In: *4th Capo Boi Conference on Neuro-sciences*. Villasimius, 1985, Fidia Research Press 1985, p. 287 (Italia).

Vasar, E. E., Allikmets, L. H., Maimets, M. O. Evidence for modulation of benzodiazepine recep-tors by caerulein. — In: Abstracts of the IVth World Congress of Biological Psychiatry. Sept. 8—13, 1985, Philadelphia.

Vasar, E. E., Allikmets, L. H., Maimets, M. O. The distinct role of benzodiazepine receptors in the regulation of aggressive behavior. — *Aggres-sive Behavior*, 1985, 11, 2, p. 136.

Vasar, E. E., Rägo, L. K., Allikmets, L. H. In-volvement of opiate receptors in the antiaggres-sive action of caerulein. — In: Abstracts of III European Meeting of ISRA, Parma, 1985, p. 62.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал
Министерства здраво-
охранения Эстонской ССР

№ 2, март, апрель 1986 г.

А.-Э. А. Каазик — Преподавание медицины
в современной высшей школе

А. А. Лийв — Наркологическая помощь
и ее задачи в Эстонской ССР

Х. Я. Варе — О эффективности лечения
алкоголизма

В статье приводятся катамнестические дан-
ные о эффективности различных методов лече-
ния у 1040 больных алкоголизмом.

Оценивались продолжительность ремиссии и
частота возникновения ранних рецидивов, ко-
торые являются проявлением обострения
влечения к алкоголю. Частота возникновения
ранних рецидивов была достоверно меньшей
у той группы больных (150), которые получали
нейролептики, по сравнению с больными,
получавшими апоморфин (150) или тетурам
(150). Результаты лечения у 511 больных на-
ходились в зависимости от симптоматики абсти-
нентного синдрома (ААС): при ААС с превали-
рованием вегетативных симптомов средняя
продолжительность ремиссии (12 мес.) была
существенно длиннее и частота возникновения
ранних рецидивов существенно ниже, чем при
ААС с превалированием психопатологических
нарушений (бессонница, пределириозные состо-
яния, депрессия, дисфория и адинамия). При-
менение психотропных веществ необходимо
для купирования прогностически неблагоприят-
ных симптомов ААС и предупреждения
рецидивов.

М. М. Саарма, А. Н. Ясинский — Стабиль-
ность эффекта стационарного лечения боль-
ных алкоголизмом

В 1985 г. проводилось катамнестическое иссле-
дование 337 больных алкоголизмом, прошед-
ших в 1982 г. курс стационарного лечения в
наркологических отделениях Тартуской рес-
публиканской клинической психоневрологиче-
ской больницы. Было установлено, что улучше-
нию стабильности терапевтического эффекта
способствуют: благополучная психологическая
установка к лечению; развитие алкоголизма
в зрелом возрасте; наличие I стадии алко-
голизма. В лечении имеют положительное зна-
чение: длительные курсы лечения (3...4 мес.)
и применение тетурама не менее 10 недель с
интенсивными алкогольтетурамовыми реак-
циями. Из социальных факторов стойкости
ремиссии содействуют: наличие семьи; отсут-
ствие алкогольной среды и наличие в окру-
жении больного людей, на которых он может опи-
раться; работа, которая удовлетворяет боль-
ного.

Х. К. Ноор, Л. С. Мехилане — Признаки
суицидоопасного поведения и пресуицида
(акроним)

По опыту интенсивной терапии 606 больных
с острыми самоотравлениями (1959...1984 гг.,
катамнез до 25 лет) и наблюдениям за ними
обобщены признаки пресуицида. Выявлено, что
психотические нарушения в пресуициде наблю-
дались у 26% больных. Наиболее частые при-
знаки пресуицида могут быть приведены в виде
акронима (начальных букв слов, означающих
эти признаки) — эст. СЕДУКСЕН НЕТ. При
нарастании числа входящих в акроним при-
знаков напряженность суицидального по-
ведения и опасность суицида увеличиваются.
В число 11 основных признаков входят сле-
дующие: пол, возраст, депрессия, потеря значи-
мого (лица), повторные суицидальные жесты,
жизненно важные утраты, ностальгия, психал-
гия, предшествование болезни, неадекватные
мысли. Акронимом СЕДУКСЕН НЕТ подчерки-
вается, что больным в состоянии острого пси-
хологического кризиса не следует выписывать
большие количества транквилизаторов или
снотворных. Необходимо проводить психотера-
пию и принимать меры, способствующие разре-
шению кризиса и образованию антисуицидаль-
ного барьера. В системе нашего здравоохране-
ния это возможно.

А. А. Хаавель, А. М. Таул, Х. А. Хаавель,
И. К. Лепп, А. В. Саряс, Т. С. Талвинг, Т. О.
Вилосийус, А. В. Туро — Лечение острого ап-
пендицита в центральных больницах запад-
ных районов Эстонии

В статье описано 1088 случаев острого аппен-
дицита и тактика их лечения у больных, нахо-
дившихся на излечении в центральных больни-
цах Хаапсалуского, Хийумааского и Кинги-

септического района в 1979...1983 гг. Среди госпитализированных было 49% женщин и 51% мужчин. В 36% случаев госпитализация была запоздалой. В 6% случаев диагноз был поставлен неправильно. В 25% случаев имелись наличие деструктивные воспаления, в 12% случаев — перфорации с выраженным перитонитом. У 14% больных возникли послеоперационные осложнения. Летальный исход имел место в одном случае.

Авторы статьи обращают внимание на необходимость ранней госпитализации. Исходя из лечебной тактики, они рекомендуют в анестезии только общий наркоз, что позволяет лучше произвести санацию брюшной полости. При выраженном перитоните авторы советуют пользоваться нижним центральным сечением.

А. Н. Вапра, Л. Р. Покк — О причинах смерти больных ревматоидным артритом

Был проведен клинико-морфологический анализ 157 секционных случаев ревматоидного артрита (РА), которые составили 0,65% общего числа вскрытий.

В 103 случаях РА сочетался с различными другими заболеваниями, послужившими непосредственной причиной смерти (инфаркт миокарда, воспаление легких, злокачественная опухоль и др.).

У 54 больных РА был прямой причиной смерти, наступившей в результате обусловленных им висцеральных поражений в организме. Первое место среди висцеральных поражений занимает недостаточность почек. У 26 больных наблюдался амилоидоз почек, у 5 — ревматоидный нефрит. У 13 больных причиной смерти были другие висцеральные поражения, обусловленные РА: у 5 — недостаточность сердечно-сосудистой системы на почве диффузного миокардита, в 3 случаях — генерализованный васкулит, у 3 больных — васкулит мозговых сосудов, в 2 случаях — перикардит.

У 10 больных причиной смерти послужили различные осложнения кортикостероидной терапии: септицемия — в 7 случаях, кровотечение из стероидных язв желудочно-кишечного тракта — в 2 случаях и стероидный диабет в 1 случае.

Э. Ю. Кару — О безвозвратном дефиците алкоголя

В статье сообщается, что парэнтеральным введением алкоголя В. Шмидт и М. Эмихен доказали, что безвозвратный дефицит алкоголя в крови зависит от активации ферментативных систем печени аминокислотами, всасываемыми в резорбтивной фазе алкоголемии, и не связан с химическим соединением алкоголя в желудочно-кишечном тракте или в его стенке с освобожденными из белков аминокислотами в соответствующие эстеры, как полагал Э. М. П. Видмарк.

Х. Й. Кадастик, В. А. Вахинг — Судебно-психиатрическая экспертиза алкогольного опьянения (случаи алкогольного опьянения, классифицируемые по §12 Криминального кодекса ЭССР)

Одной из важнейших и сложнейших проблем современной судебной психиатрии является диагностика простого опьянения и его дифференциальная диагностика от патологического опьянения. Хотя в основном этой проблемой занимаются психиатры, справляться с диагностикой алкогольного опьянения обязан любой врач, когда следственные органы или суд вызывают его как эксперта.

Т. Ф. Кауба — Артериальная гипертензия и инфаркт мозга

Артериальная гипертензия является самым важным фактором риска инсульта мозга. За последние 20—30 десятилетий общая смертность от острых нарушений мозгового кровообращения во многих странах снизилась. Причиной таких сдвигов большинство авторов считает адекватное лечение предынфарктных состояний, и особенно улучшение качества лечения артериальной гипертензии. В обзоре приводятся данные, согласно которым в остром периоде инфаркта мозга происходит спонтанное падение артериального давления. Из этого следует, что целесообразно рутинно применять антигипертензивные препараты, так как это может только усугубить ишемию мозга.

Л. С. Мехилане, Х. К. Ноор — Суицидальное поведение как общемедицинская проблема

Обобщены данные, результаты и опыт лечения 606 больных с суицидальным отравлением. Попытки к самоубийству рассматриваются как экстремальное проявление аутоагрессивного поведения и результат социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. Подчеркивается, что среди факторов, предрасполагающих к агрессивному и аутоагрессивному поведению, особо опасен алкоголизм. Из видов медицинской помощи в суицидоопасной ситуации наибольшее значение имеет неотложная и последовательная психотерапия. Это дает возможность для корригирования искаженного отношения потенциального суицидента к окружающему. Указывается, что психотические нарушения наблюдались у 26,4% больных, непсихотические — у 73,6%. Для профилактики суицидальных попыток ведущее значение, по видимому, имеет не столько развертывание автономной суицидологической службы, сколько внедрение психотерапии в практику врачей всех специальностей, введение в штаты поликлиник психотерапевтов и организация видов неотложной психотерапии.

А. А. Талихьярм, Л. М. Дмитриев, К. Я. Пукк, А.-Л. Э. Сильд — Лечение больных с тяжелой сочетанной травмой в реанимационном отделении

За последние десятилетия благодаря развитию новой науки — реаниматологии — к жизни возвращено много больных и пострадавших, ранее считавшихся безнадежными. Приводятся два случая успешного лечения тяжелой сочетанной травмы в отделении общей реанимации Таллинской больницы скорой помощи.

М. Ф. Рийкъярв, А. Н. Левин — Некоторые проблемы перинатальной патологии

Наряду с задачей снижения детской смертности, огромное значение приобретает уменьшение числа детей, страдающих перинатальной патологией.

В статье сделана попытка выявить некоторые причины возникновения перинатальной патологии. Обращается внимание на то, что, наряду с медицинскими факторами, большое значение принадлежит социальным факторам. Более подробно авторы останавливаются на вопросе подготовки молодежи к материнству и отцовству. Здесь должны сказать свое слово женские консультации, которым следует не только обращать внимание на физическое здоровье беременных, но и заниматься психологической подготовкой семьи. Описывается значение первичного и вторичного дородового патронажа, характера встречи будущей матери с медицинскими работниками. Выдвигается вопрос о необходимости введения при женских консультациях должности врача-перинатолога, который наблюдал бы беременную женщину, присутствовал при родах и участвовал в уходе за ребенком в неонатальном периоде, т.е. отвечал бы за рождение здорового ребенка.

М. В. Сээберг, Л. Г. Косула, А. А. Лийв — Опыт работы фельдшерских наркологических пунктов в XI пятилетке

Л. С. Мехилане — Преподавание наркологии на медицинском факультете Тартуского государственного университета

Обучение наркологии на медфаке Тартуского государственного университета проводится в объеме 92 час за весь срок обучения, включая 12-часовой факультативный лекционный цикл для студентов VI курса. Последипломная специализация осуществляется в интернатуре, ординатуре или на 5-месячных курсах специализации по наркологии. Дальнейшее усовершенствование проводится на 2- или 4-месячных курсах усовершенствования. Основные вопросы наркологии включены в программу всех курсов специализации и усовершенствования врачей, независимо от их специальности. Координация работы по специализации и усовершенствованию в области наркологии возложена на кафедру психиатрии.

М. О. Кивило — Противоалкогольная пропаганда в санитарно-просветительной работе

Э. Г. Кяэр-Кингисепп — Александр Шмидт и ферментативная теория свертывания крови

Создатель классической теории свертывания крови Александр Шмидт (1832 . . . 1894) изучал медицину в Тартуском университете, после чего пополнял свои знания в университетах Западной Европы. До конца своей жизни А. Шмидт проработал в Тартуском университете, сначала проректором, а затем ординарным профессором физиологии и одновременно директором института физиологии.

Более чем 30-летняя научно-исследовательская деятельность А. Шмидта была в основном посвящена проблемам физиологии крови. Он заложил основы изучения возникновения и течения свертывания крови, экспериментально вызывая свертывание. Уже в первых работах ученый высказал предположение о возможности действия фермента в процессе свертывания крови. Первое сообщение об открытии энзима было опубликовано А. Шмидтом в 1872 г. Открытие фермента фибрина было исключительно важным для понимания и изучения свертывания крови как физиологического явления. Одновременно оно явилось подтверждением разработанной ученым ферментативной теории свертывания крови. А. Шмидту принадлежит и употребляемые до настоящего времени названия «тромбин» и «протромбин». Помимо того, ученый изолировал из различных тканей, опередив тем самым на несколько десятилетий других исследователей, противосвертывающие вещества, которые обеспечивают жидкое состояние крови в организме. Большое внимание он уделил специфическому действию солей кальция при свертывании крови. Классическая ферментативная теория свертывания крови, разработанная А. Шмидтом, с позднейшими изменениями и дополнениями не утратила своего значения до наших дней и вписала его имя в историю науки.

В. В. Калнин, С. Э. Крийск — Ряпинской аптеке 125 лет

Речь идет об одной из старейших в Эстонии постоянно действующей аптеке, расположенной в поселке, где уже с начала XVIII в. находилась бумажная фабрика и с начала XIX в. работали врачи. Аптека была основана в 1860 г. воспитанником Тартуского университета провизором Адольфом Рейснером и относилась к разряду нормальных аптек. С 1918 г. до самой своей смерти, последовавшей в 1937 г., аптекой заведовал ее владелец эстонец Эуген Тарто. В послевоенные годы в связи с феминизацией фармации заведование аптекой перешло в руки женщин. Аптека выросла в аптеку IV категории, в ее штаты входит 14 работниц. С 1977 г. ею заведует провизор Сийви Крийск. В 1986 г. будет начато строительство нового совместного здания для аптеки и поликлиники.

Nõukogude Eesti Tervishoid

О. И. Волож — Всесоюзное совещание «Программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний»

М. К. Пурде — Заседание Всесоюзной проблемной комиссии по эпидемиологии злокачественных опухолей.

Й. К. Рейнару — Всесоюзная конференция по инфекционным кишечным заболеваниям

Т. Ф. Кауба — Всесоюзное совещание «Применение микропроцессоров и ЭВМ при прогнозировании инсульта мозга»

А. Э. Яннус — Расширенное заседание президиума главного совета научно-технической комплексной программы «Человек и биосфера»

Э. Ф. Алтров — Общесоюзный семинар по профилактике вибрационной болезни

И. Й. Пилв — Всесоюзный семинар по профилактической помощи детям и по детскому питанию

Т. Ф. Кауба — Республиканский семинар неврологов и нейрохирургов

А. А. Хаавель — Научная сессия по проблемам гастроэнтерологии «Достижения в области диагностики, лечения и профилактики болезней органов пищеварения»

Х. С. Поола — Всесоюзная конференция «Применение медицинской техники в хирургии»

И. Й. Пилв — Всесоюзная школа передового опыта

И. А. Калитс — Международный симпозиум «Современные аспекты инсулинотерапии»

Л. Т. Ребане — V конференция врачей обществ г. Пярну

Юбилейные даты

Некрологи

Новые лекарственные препараты

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

No 2, March, April 1986

A.-E. Kaasik — Medical education in present-day high schools

E. Palo, A. Liiv — Narcological care and its tasks in the Estonian SSR

H. Väre — The efficacy of the treatment of alcoholism

This article deals with the efficacy of a number of treatments given to 1040 alcoholics. The duration of remission and the incidence of early recurrences were analysed. It was found that the rate of early recurrences was significantly lower in those (150 patients) who had received neuroleptics compared with that in those who had been given apomorphine therapy (150 patients) or antabuse (150 patients). In 511 patients the results of the treatment depended on the severity of alcohol withdrawal symptoms (AWS): in cases of prevalent vegetative symptoms the mean duration of remission was significantly longer (12 months) and the rate of early recurrences was lower than those in patients with prevalent psychopathological disturbances (insomnia, pre-delirious conditions, depression, dysphoria and adynamia).

The author points out that the use of psychotropic drugs is necessary for the management of alcohol withdrawal symptoms and prevention of recurrences.

M. Saarma, A. Jassinski — The efficacy of the hospital treatment of alcoholism

In 1985 a controlled trial was carried out among 337 alcoholics who had received treatment in the narcological wards of the Tartu Republican Psychoneurological Clinic in 1982. This clinical

trial has suggested that the efficacy of the treatment is higher if patients are admitted to the hospital on a voluntary basis, when chronic alcoholism develops in middle life and is in the 1st stage, if hospital treatment is long enough (3—4 months) and antabuse administration is of long duration (not shorter than 10 weeks) and severe unpleasant effects are produced by antabuse when taken with alcohol.

It is concluded that abstinence and improvements in family, social contacts, work and mental health are positively related to the efficacy of the treatment.

H. Noor, L. Mehilane — **Presuicidal omens**

The results of the treatment and follow-up studies (1959—1984) in deliberate overdosing (DO) are described. The majority of attempted suicides were committed by taking a fatal overdose of drugs. The poisonings were treated in an intensive care unit. The authors have made an effort to identify some presuicidal omens. The initials of the words denoting such presuicidal factors and symptoms can be expressed as an acronym. If presuicidal omens coexist in a patient who is in a crisis situation, no more tranquilizers or barbiturates should be prescribed. Instead, in a crisis situation the doctor should try to solve the crisis and make an emergency call using the «hot line» and apply urgent and long-term psychotherapy. The acronym used should contain the following characteristics: sex, age, depression, loss of a beloved person, repeated aggressive gestures, humiliation, nostalgia, psychalgia, alcoholism, difficulties in adapting to an illness and inability to see alternatives.

The significance of antisuicidal barrier is also emphasized.

A. Haavel, A. Taul, H. Haavel, J. Lepp, A. Sarjas, T. Talving, T. Vilosius, A. Turo — **Treatment of acute appendicitis in central hospitals in the west of Estonia**

1,088 cases of acute appendicitis (49 per cent of female and 51 per cent of male patients) were treated in central hospitals in the west of Estonia between 1979 and 1983. 36 per cent of the patients operated on were admitted to hospital with a delay. Destructive inflammations had been developed in 25 per cent and perforations — in 12 per cent of patients. False diagnoses were made in 6 per cent, postoperative complications had set in in 14 per cent of patients. One patient operated on died.

The authors emphasize the necessity for a timely hospitalization. As for the tactics of treatment, it is advisable to use only general anaesthesia and in the case of peritonitis — lower laparotomy.

A. Vapra, L. Pokk — **The causes of death among patients after rheumatoid arthritis**

Clinical and morphological examinations were carried out in 157 fatal cases after rheumatoid arthritis. In 103 cases RA was combined with dif-

ferent diseases, which were considered as direct causes of death (myocardial infarction, pneumonia and several other diseases).

In 54 cases RA was a major cause of death. RA was accompanied with several other visceral rheumatoid lesions in the body. Renal insufficiency had gained first place among the visceral lesions in 31 patients.

In 13 cases the causes of death were due to other visceral lesions, whereas in 10 cases the death was caused by different complications induced by steroid preparations.

E. Karu — **A decline in blood alcohol level**

According to V. Schmidt and M. Oehmichen, a drop in blood alcohol level after parenteral introduction of alcohol into the body is brought about by the induction of liver enzymes under the influence of resorbed amino acids. Those findings do not support the E.M.P. Widmark's view that such a decline in blood alcohol level is caused by a chemical reaction between alcohol and amino acids released into the alimentary tract or into intestinal wall.

H. Kadastik, V. Vahing — **Several forms of alcohol intoxication according to Paragraph 12 of the Estonian SSR Penal Code**

One of the major problems in forensic psychiatry is differentiation between a simple and pathological alcohol inebriation. The authors point out that every doctor, despite speciality, should be capable of making a correct diagnosis of inebriation at the request of the court of law.

T. Kauba — **Arterial hypertension and brain infarction**

Arterial hypertension is one of the commonest risk factors for stroke. In the course of the past 20—30 years a decline in the incidence of cerebrovascular diseases has been observed in a number of countries. According to the relevant literature, the cause of this decline is an adequate preventive treatment of arterial hypertension before stroke. It has been ascertained that after ischaemic stroke there is a spontaneous fall in arterial blood pressure. Therefore, after ischaemic brain infarction an anti-hypertensive therapy is not desirable.

L. Mehilane, H. Noor — **Self-threatening behaviour as a general problem in medicine**

This paper presents the results of the treatment and follow-up of attempted suicide cases after deliberate overdosing over a period of 25 years. Attempted suicide is considered as an extreme autoaggressive or self-destructive behaviour and a manifestation of social misadaptation to a conflict situation (A. G. Ambrumova). It is emphasized that alcoholism often leads to this kind of inadequate behaviour. In all attempted suicide cases an urgent and consistent psychotherapy is of paramount importance. What is essential now?

The answer is: not so much setting-up poisoning treatment centres as the integration of doctors' efforts to offer comprehensive psychotherapy. This is quite possible in the Soviet Union.

A. Talihärm, L. Dimitriyev, K. Pukk, A.-L. Sild — Treatment of serious combined injuries in resuscitation ward

The past decade or so has seen a rapid advance of resuscitation services. There are more and more cases in which those regarded as terminal ones have been returned to life. In this article the authors describe two cases of serious combined multiple injuries which were successfully treated in the general resuscitation ward of the Tallinn Emergency Hospital.

M.-A. Riikjärv, A. N. Levin — Problems of perinatal pathology

The authors deal with reducing the infant death rate which is due to perinatal pathology. The article throws some light on the causes of perinatal pathology and pays attention to its social and medical factors. Preparation of the rising generation for maternity and paternity is dealt with in detail.

The authors point out that women's consultation centres should pay more attention to the psychological counselling of the family. The authors also explain the importance of primary and secondary follow-up of expectant mothers and their relations to medical personnel. Prominence is given to the necessity for perinatologist's participation in the delivery of the child and in infant care during neonatal period.

M. Seeberg, L. Kosula, A. Liiv — Narcological centres lead by doctor's assistants in the 11th five-year plan period

L. Mehilane — Training of students in narcology at the medical faculty of Tartu State University

Narcology is taught at the medical faculty of Tartu State University. The curriculum of narcology consists of 92 lessons, including a facultative course of 12 lectures in the sixth year. Graduates from the medical faculty are entitled to specialize as narcologists after accomplishing their internship or a 5-month specialization course. Later on they can participate in 4-to-6-month advanced training courses of narcology. Some selected issues in narcology are dealt with at the general advanced training courses held at the medical faculty. The training of students in narcology is organized by the department of psychiatry of the Tartu State University.

M. Kivilo — Anti-alcohol propaganda as part of health education

E. Käer-Kingisepp — Alexander Schmidt and his theory of blood clotting

Alexander Schmidt (1831—1894) was the founder of the theory of the blood clotting. He was trained

in medicine at Tartu University. After graduating, he subsequently continued his studies for a number of years at several universities in Western Europe. Alexander Schmidt devoted his whole life to Tartu University. At first he was an assistant professor, then Professor of Physiology at Tartu University, and simultaneously Head of the Institute of Physiology. His 30-year research belongs overwhelmingly to blood physiology. His special interests included blood clotting. As a result of his experiments, he discovered a substance, called fibrin that forms the basis of a blood clot (1872). A. Schmidt devised the names — prothrombin and thrombin. From various tissues he isolated substances concerned with preventing the clotting of blood in the blood vessels. He also studied the specific effect of calcium salts on the clotting of blood.

Many theories have been advanced, with several modifications and corrections, to account for the formation of the insoluble fibrin, but A. Schmidt's classical theory of blood clotting has preserved its importance up to the present day.

V. Kalnin, S. Kriisk — 125th anniversary of Räpina's drug-store

Räpina's drug-store is one of the oldest rural drug-stores in Estonia. At the beginning of the 18th century a paper-mill was opened which has been in operation ever since. In 1860 a self-sufficient pharmacy was reopened by pharmacist Adolph Reussner. Between 1918 and 1937 Eugen Tarto was the former owner of the pharmacy. After World War II. the pharmacy fell into women's hands. Now the pharmacy, with 14 women on the staff, belongs to the fourth category. Since 1977 pharmacist Siivi Kriisk has been in charge of the pharmacy. The construction of a new building for the pharmacy will start in 1986.

Conferences and meetings

Physicians' societies

Our heroes of the day

Necrologies

New drugs

Chronicle

Soviet Estonian scientists' publications abroad

*English text edited and translated by
E. Saarnok*

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

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG II POOL-
AASTAKS 1986 ON

15. JUUNI



VIDECHOLUM

Videkool on D₃-vitamiini ja kolesteriini molekulaarühend. Preparaat reguleerib kaltsiumi- ja fosforiainevahetust, soodustab skeletiluude ning hammaste moodustumist ja arengut lastel.

Kasutatakse väikelaste rahhiidi profülaktikaks ja raviks. Videkooli antakse teisest elukuust alates 30000 ... 40000 RÜ ööpäevas. Ravikuur kestab 12 ... 14 päeva.