

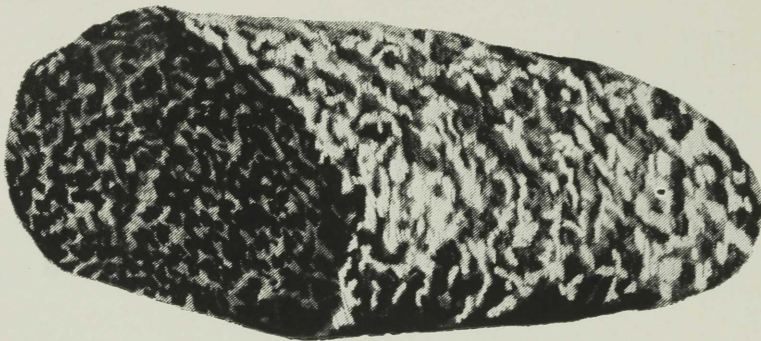


# ÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

**6 / 74**



Teraleib sisaldab mitu korda rohkem B-rühma  
vitamiine ja mineraalaineid kui kroovitud tera-  
dest leib või sai, sest teraleiva jahusse  
jääb ka viljatera idu, kest ja kesta-  
alune aleuroonikiht.

Teraleiva söömine hoiab ära ainevahetus-  
haigused.



**TERALEIB**



# NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU  
MINISTEERIUMI AJAKIRI

6/1974  
17. AASTAKÄIK

TARTU ÜLIKOOLI  
RAAMATUKOGU

Toimetuse kolleegium

**N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JÄNNUS, V. KÕNG, V. LAOS** (peatoimetaja asetältja), **U. MEIKAS, E. RAUDAM, V. RÄTSEP, J. SAARMA, M. SIKK, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

**L. Abram** (Viljandi), **S. Ellervee** (Tartu rajoon), **M. Holm** (Jägeva), **V. Ilmoja** (Tallinn), **A. Juhasoo** (Põlva), **H. Kadastik** (Tartu), **R. Kariis** (Haapsalu), **A. Klink** (Võru), **H. Kreek** (Pärnu), **R. Markovits** (Harju rajoon), **D. Pärn** (Hilumaa), **P. Rahu** (Valga), **V. Roos** (Kohtla-Järve), **M. Siiland** (Narva), **G. Sukles** (Rapla), **A. Tamm** (Paide), **U. Valvere** (Kingissepa), **K. Väin** (Rakvere)

Tehniline toimetaja **T. Vent**. Keeleline toimetaja **E. Martson**.  
Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, postkast 19, Kallaku 3. Telefoni 443-70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 73, tel. 463-98

Ladumisele antud 27. IX 1974. Trükkimisele antud 11. XI 1974. Trükiarv 5000. Trükipaber nr. 1, 70×1001/16. Trükipoognaid 6,25 + 2 kleebist ja lisa. Tingtrükipoognaid 9,19. Arvestuspooznaid 10,42. Tellimuse nr. 2635. MB-09811. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt 67-a.

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



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

on valminud stationsaarses aspirantuuris, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. Tõendile kirjutab alla asutuse juhataja. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed autori kohta**, perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni numbrid lisatakse käsikirja lõppu koos allkirjaga. Kõrgemate õppeasutuste ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ära ka kateedri või osakonna nimetus. Kollektiivsetel töödel peavad olema kõikide autorite allkirjad, aadressid ja muud eespool nimetatud andmed. — Referaat esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja võimalust mööda ka inglise keeles (8...12 rida masinakirjas). Kui ingliskeelset kokkuvõtet ei anta, siis esitada tõlkimiseks sobiv eestikeelne referaat. — **Kirjandus**. Kui bibliograafias on teoseid mitmes keeles, paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed teosed. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära autori perekonnanimi ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotode ja jooniste** allkirjad paigaldatakse teksti viimaseks. Tarbe korral foto tagaküljele märkida, kumb pool on ülemine. — Käsikirju toimetusele ei tagasta ka siis, kui need ilmumata jäävad. Kuid toimetuse nõuetele mittevastavalt koostatud ja vormistatud käsikirja üks eksemplar saadetakse parandamiseks ja ümbertegemiseks autorile tagasi. — **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud. Kui töö samal ajal on saadetud avaldamiseks mõnda teise liiduvabariiki või välismaale, siis tuleb see kaaskirjas tingimata märkida.

© «Nõukogude Eesti Tervishoid»

#### «Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Honorari ilmunud kaastöö eest makstakse Tallinna autoritele 11., 12., 13. ja 26., 27. ning 28. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pikk 73. Autoritele, kes elavad väljaspool Tallinna, saadetakse honorar posti teel.

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

# VÖITLUS ALKOHOLISMI VASTU — MEDITSIINILINE JA SOTSIAALNE PROBLEEM

JÜRI SAARMA

Tartu

UDK 616.89-008.441.13:613.816

Alkoholism kujutab endast kompleksset meditsiinilist ja sotsiaalset probleemi. Meditsiiniprobleemina kuulub ta esmajoones psühhiaatria valdkonda, selle selgeimaks vormiliseks tunnuseks on alkoholismi paigutamine rahvusvahelises haiguste ja surmapõhjuste klassifikatsioonis «mittepsühhootiliste psüühiliste häirete» rubriiki. Kuid alkoholism on märkimisväärne probleem ka kliinilise meditsiini teistele aladele kas otseselt või kaudselt — alkohoolsest maksatsirroosist alates kuni joobest tingitud vigastuseni. Sellest tulenevalt on mõistetav, et võitlus alkoholismi vastu on kõikide meedikute jaoks ühevõrra aktuaalne, kuuludes ühe põhikomponendina meie profülaktikaalasesse tegevusse.

Alkoholismi sotsiaalsed probleemid on mitmepalgelised ja tunduvalt keerukamad. Sotsiaalsed tegurid osalevad nii alkoholi tarvitamises, kuritarvitamises ja alkoholismi kujunemises kui ka selle tagajärgedes ning ravis.

Alkoholi tarvitamine on iidsetest aegadest olnud grupiviisiline tegevus: inimene joob ikka koos teistega, seejuures vastastikku üksteist indutseerides ja joomisele õhutades. Olles juba aegade hämarusest alates seltskondliku suhtlemise rituaalseks vormiks, on alkoholi tarvitamine kujunenud loendamatu kommete, riituste ja suhtlemisvormide keskseks teguriks. Alkoholi pakkumise innukus ja tarvitamise ulatus on saanud külalislahkuse, suurejoonelisuse, pidulikkuse ja sündmuse tähtsuse laialdaselt tunnustatud mõõdupuuks. See aga tähendab mitte üksnes väliseid kombeid, vaid ka inimeste teadvusse juurdunud sotsiaalseid tõekspidamisi. Käitumisnormide väärtusteskaalas on alkoholi tarvitamisel üldiselt aktsepteeritud positiivne kaal.

Nii kujunebki situatsioon, et seltskonnas satub piinlikku erandi olukorda inimene, kes alkohoolseid jooke ei pruugi, ja tema peab nagu otsima vabandust keeldumisele, mitte aga vastupidi. Sellise ühiskondliku arvamuse kaudseks resultaadiks on ka noorukite kergemeelne kihk alkoholi järele, mis neile kehastab «täismehe» ja «iseseisvuse» tunnusmärki.

Vähe sellest, ühiskondlik arvamus on küllalt leebe isegi purjujoomise suhtes, s. t. alkoholi tarvitamise suhtes sellises koguses, mis kutsub esile juba märgatavaid käitumis- ja reaktsioonihäireid. Suletud seltskonnas — perekondlikus või lähedaste sõprade ringis — peetakse purjusolekut täiesti «normaalseks» seisundiks alkoholi tarvitamisel, võõraste hulgas ja avalikes kohtades suhtutakse aga purjus inimesse heatahtliku «arusaamisega».

Isegi krooniline alkohoolik, süstemaatiliselt alkoholi kuritarvitaja, leiab kaaskodanike poolt rohkem leebet hoiakut kui aktiivset ja ranget korrigeerivat kohtlemist. Alkoholi süstemaatiline kuritarvitamine ei ole nii alkohoolikule endale kui ka tema omastele ja lähedastele kaaslastele mitte niivõrd sotsiaalsete normide vastu eksimine, kui-võrd peamiselt majanduslik ja tervislik probleem. Harva tunnevad nad piinlikkust alkoholi kuritarvitamise ja sagedaste purjusolekute pärast, küll aga tunnevad piinlikkust narkoloogi poole pöördumisest ja alkoholismi ravil käimisest.

Selline suhtumine alkoholi tarvitamise ja kuritarvitamise on meie elanikkonna teadvusse üle kandunud paljude põlvkondade vältel keerukate psühholoogiliste ja sotsiaalsete mõjutuste pärimusena. Ühiskondlikku arvamust tuleb aga käsitleda kui üht äär-

miselt mõjusat tegurit alkoholismi arenemises ja selle vastu võitlemises. On ju alkoholismi ulatus populatsioonis võrreldav püramiidiga, mille tipus on alkohoolse narkomaania staadiumis haiged, alusel aga alkoholi juhuslikud pruukijad pidupäevadel. Mida laiem on püramiidi alus, seda arvukam on ka püramiidi kõrgematele tasemetele ulatuvate isikute hulk. Alkoholismi ulatuslik ning tõhus vältimine, samuti kui selle edukaks raviks vajaliku atmosfääri loomine ei ole mõeldav ilma ühiskondliku arvamuse otsustava muutmiseta.

Sellise murrangu meie rahva teadvuses on NLKP XXIV kongress seadnud üheks põhieesmärkidest otsustavas võitluses alkoholismi ja alkoholi kuritarvitamise vastu nõukogude ühiskonnas. Partei ja valitsuse suundaandvates dokumentides on eriti rõhutatud vajadust süstemaatilise kasvatustööga luua elanike hulgas üldine hukkamõistetv suhtumine purjujoomisse ja joojnuud isikuid korrale kutsuda seaduse kogu rängusega, eriti avalikus kohas ja töökollektiivis. Tuleb rõhutada selle ülesande esmajärgulist tähtsust, kuna ühiskondlik arvamus on otsustavaks teguriks paljude muude abinõude tulemusrikkusele alkoholi kuritarvitamise vastu võitlemisel. Kuid ühtlasi tuleb tõdeda, et ei või loota murrangu kujunemist elanikkonna laiade hulkade teadvuses kergesti ega kiiresti; see saab toimuda üksnes laialdase ning süstemaatilise kasvatustöö tulemusena. Sellesuunalisest kasvatustööst peavad medikute kõrval osa võtma ka paljude teiste kutsete ja ametkondade aktivistid ning ühiskondlikud organisatsioonid.

Ühiskondlikul arvamusel ja üldsuse suhtumisel alkohoolikusse on määrav osa ka alkoholismi ravi efektiivsuses, nimelt raviefekti püsivuses. Meie teravhoiuasutused, esmajoones narkoloogiakabinetid ja psühhiaatria haiglad, on pidevalt teinud ulatuslikku tööd alkohoolikute kompleksseks ravimiseks. Vabariigi psühhoneuroloogiadispanserifes arvel olijaist on iga kuues arvel

alkoholismi tõttu. Neid ravitakse süstemaatiliselt, mille toime kestus on aga kahjuks tagasihoidlik — tunduvalt rohkem kui pooled intensiivse alkoholismi ravi kuuri läbiteinuist hakkavad uuesti jooma juba enne aasta möödumist. Enamikul juhtudest saab alkoholi kuritarvitamise taasalgus esimese tõuke kaaslaste peibutustest. Selle asemel et täie tõsidusega suhtuda ravi läbiteinud isiku ainuvõimalikku käitumisviisi — täielikku keeldumisse alkoholist — meelitavad-keelivad nad teda pruukima üht-kaht pitsi, kuna see on ju «normaalne ning tervislik».

Vabariigi psühhiaatria haiglatesse saadetuist on iga viienda diagnoosiks kas alkoholism või alkohoolne psühhooos, neist ligikaudu pooli on hospitaliseeritud korduvalt. Ka neil on alkoholi kuritarvitamine enamalt jaolt taas alguse saanud omaste või kaaslaste vastutustundetust käitumisest.

Meditsiiniliste ja sotsiaalsete tegurite erikaalu ja suhte kohta alkoholismi ravis on elanike hulgas levinud väär arusaam, mida medikuil oma selgitus- ja kasvatustöös tuleb järjekindlalt korrigeerida. Üldiselt arvatakse, et kuna alkoholism on haigus, siis kuulub ta medikute hoole alla ja nemad peavad oma ravivahenditega alkohooliku terveks tegema — see tähendab mitte-alkohoolikuks. Enamasti tahetakse veel seda, et ravi resultaadiks peaks olema inimese stabiilne võime parajal määral — «nagu kõik» — alkoholi tarvitada, ilma liialdustesse laskumiseta. Sageli peetakse alkohooliku enda osa ravimeneeluses täiesti passiivse objekti rolliks, perekonnaliikmed ja kaaslased aga ei näe endal üldse mingit ülesannet ei ravikuuri käigus ega selle tulemuste tagamisel.

Täie tõsidusega tuleb rõhutada, et kõik meditsiiniabinõud alkohoolikute ravimisel on ainuüksi ajutise toimega abivahendid, mis aitavad luua soodsa pinnase murrangu kujunemiseks inimese ellusuhtumises, tema režiimis ja elustiilis. See soodne pinnas seisneb mõni nädal või paar kuud kestvas abstinentis, murrangu kujunemine ellu-

suhtumises aga nõuab peale meedikute ka kõikide teiste alkohoolikuga kokku puutuvate isikute sihipärast tegutsemist. Arusaadavalt on ravi edukuse ja efekti püsivuse otsustav eeltingimus inimese enda soov ja tahe; see aga on samuti suurel määral ümbruse mõjude resultaat.

Kas on mõeldav situatsioon, et müokardiinfarkti õnnelikult läbiteinud inimest, kes on rekonvalesentsis, tema omaksed ja sõbrad õhutavad jooksmasadat meetrit aja peale või tõstma raskusi — «näita, et sa oled mees!» Või on kuulnud teda välja naerdavat režiimist kinnipidamise ja pingutustest hoidumise pärast? Kuid just selliselt kohtlevad omaksed ja kaaslased enamikku neist, kes äsja on jagu saanud «hingelisest infarktist» — alkoholi kuritarvitamise sööstust. Ei ole midagi imestamapanevat selles, et enamik alkohoolismi ravi kuuri läbiteinuist ei suuda peibutustele vastu panna ja taas langevad viinakatku küüsi; on ju nendel tahteomadused mitmeti kahjustatud, alkoholi tarvitamine aga eelnenud pika aja jooksul teendatud.

Liialdamata võib väita, et alkohoolismi ravi tulemuste vähenene püsivus, s. t. alkohoolismi retsidiivide suur arv, ei ole mitte niivõrd meditsiinivahendite vä-

hese tõhususe väljendus, kuivõrd märgiks sellest, et veel on puudulik perekonna, töökollektiivi ja üldsuse aktiivne osavõtt alkohoolismi ravi kompleksist. Selles osas on meedikutel oma sanitaarselgitustöös üldse, narkoloogidel aga profülaktika alal palju vaja ära teha. Meie seadused käsivad alaealiste joomisele ahvatlemist ja neile alkohoolsete jookide müümist kuri-teona; selle eest on ette nähtud karistus. Mainitu on väga oluline kasvatusliku mõjuga tegur alkoholi kuritarvitamise ja alkohoolismi profülaktikas. Alkohoolismi ravi kuuri läbiteinud isiku joomisele — ja seega retsidiiviohtu — ahvatlemise eest ei ole mingeid sanktsioone ette nähtud, isegi mingit hukkamõistvat hoiakut ei ole tavaiks kujunenud. See rõhutab veel kord süstemaatilise selgitus- ja kasvatus töö erakordselt suurt tähtsust üldsuse suhtumise ning hoiaku, avaliku arvamuse kujundamiseks NLKP XXIV kongressi otsuste vaimus. Ainult kui meditsiin toetub kogu ühiskonnale ja kui üldsus meditsiiniüritusi aktiivselt toetab, õnnestub edukalt võidelda sellise sotsiaalse pahega nagu alkohoolism.

TRÜ Arstiteaduskonna  
psühhiaatriakateeder

## Teooria ja praktika

### ALKOHOLIJOOBE EKSPERTIIS

ELMAR KARU  
Tartu

UDK 612.396.22:616-074

Alkoholijoobe on keeruka sümptomaatikaga intoksikatsioon, mille raskus oleneb alkoholi kontsentratsioonist veres. See on omakorda seoses isiku konstitutsiooni, kehakaalu, tarvitatud alkoholi hulga, samal ajal kasutatud toidu hulga ja koostisega ning alkoholi tarvitamise algusest möödunud ajaga.

Joobe raskust võivad oluliselt mõjutada isiku kõrgema närvitalitluse tüüp, tema alkoholitaluvus, üldine tervislik seisund, väsimus ja mitmed muud tegurid.

Sellestki lühiloetelust nähtub, et alkoholijoobe ekspertiisil on vaja arvestada mitmeid raskesti hinnatavaid asjaolusid, mis selle vastutusriikka ülesande seda

keerukamaks muudab, et joobe tunnused tekivad erinevas järjekorras alkoholi erineva kontsentratsiooni puhul veres. Raskusi valmistab seegi, et ekspertiisialune on suuteline end lühikesteks ajaks kokku võtma ja joobe tunnuseid varjama. Kergemini õnnestub see neil isikuil, kes alkoholi tihti tarvivad. Et vältida eksimusi, peab ekspert nende suhtes olema eriti tähelepanelik.

Joobe raskusastme määramisel on oluline tunda ja arvestada alkoholi imendumise ning eritumise seaduspärasusi ja neid mõjutavaid tegureid (9, 10). Eriti tähtis on kerge joobe puhul selgitada, kas tegemist on imendumis- või eritumisfaasiga, sest ühesugused joobe tunnused avalduvad ajukoore rakkude adapteerumise tõttu alkoholi toimele eritumisfaasis kaks korda kõrgemate kontsentratsioonide korral kui imendumisfaasis (3).

Joobe ekspertiisis konstateeritakse esmajoonel alkoholi lõhna olemasolu väljahingatavas õhus, mis oleneb alveolaarõhku difundeerunud alkoholist, atsetaldehüüdist ja alkoholi lisanditest. Alkoholi lõhna intensiivsus alates vere alkoholikontsentratsioonist 0,4... 0,5‰ on proportsionaalne vere alkoholisisaldusega: 1 ml verd sisaldab niisama palju alkoholi kui 2738 ml (7), resp. 2000 ml (8) väljahingatavat õhku. Lõhna alusel ei saa tavalistes tingimustes hinnata alkoholisisaldust veres ega tarvitatud alkoholi hulka. Madalate vere alkoholikontsentratsioonide puhul ei ole lõhna alati tunda. Nii konstateeris Goldhahn (tsit. 1 järgi) seda 0,5‰ juures 10‰-1,1‰ juures 80‰-1 ja alles 1,2‰ alates kõigil uuritavail. Seega alkoholi lõhna puudumine väljahingatavas õhus ei eita veel alkoholi leidumist organismis. Lõhna kindlakstegemist raskendab ka madal õhutemperatuur. Alkoholi lõhn on mitmesuguste ainetega maskeeritav, kuid see ei takista alkoholisisalduse määramist väljahingatavas õhus keemilistel meetoditel. Kuid üksnes alkoholi lõhn väljahingatavas õhus ega ka alkoholi kindlakstegemine keemilistel meetoditel ei tõesta veel joovet.

Kvalitatiivselt määratakse alkoholi

olemasolu väljahingatavas õhus A. Rapoport'i reaktsiooni ja L. Mohhovi ning I. Sinkarenko indikaatorrühkudega, mis kumbki annab positiivse reaktsiooni 0,2... 0,3‰ alates. Alkoholisisalduse tõestamine väljahingatavas õhus keemilistel meetoditel on väga tähtis juhtudel, kus alkoholi on pruugitud vähesel määral või kui joove on möödumas.

Joobeseisundis nõrgeneb tähelepanu. See on tuntud juba E. Kraepelini omaaegsetest uurimustest. Tähelepanuvõime hindamiseks joobe kindlakstegemisel on kasutusel Bourdoni testi mitmesugused variandid, korrektuurtestid ja Schweitzeri (6) test — ettenäidatud võtme järelejoonistamine. Katseaja pikene mine ja vigade arvu suurenemine neis katseis avalduvad alates 0,8‰-lisest kontsentratsioonist veres.

Suur tõestav väärtus joobe diagnoosimisel on koordineerimise- ja tasakaaluhäirete sedastamine. Rombergi fenomen muutub positiivseks. Täpsemalt on see fikseeritav valgusallika kinnitamisega uuritava õlale ja valgusjoa suunamisega teatavasse kohta — sel puhul tuleb kõikumine selgelt esile (3). Ilmne kõikumine avaldub alates kontsentratsioonist 0,6‰ veres. Suletud silmadega või jälgade asetamisel teineteise taha võib ataksia alata juba 0,4‰-lisel kontsentratsioonil (2). Sõrm-sõrme, sõrm-ninaotsa ja kants-põlve katsetes, kõndimisel mööda sirgjoont ning kinnisilmi ja rivi-pööretes avalduvad häired samuti 0,6‰ alates.

Tasakaaluhäirete olemasolu aitab tõestada katse, mis seisneb väikeste esemete, nagu tikkude, metallraha pörandalt üleskorjamises. Joobeseisundis ei suuda inimene kummardudes tasakaalu hoida, ei saa esemeid kätte, ei ole võimeline neid korrastama; tunduvalt suureneb ajakulu. On kasutatud ka selliseid võtteid nagu kuulikeste asetamine kitsa kaelaga pudelisse, helmeste niidi otsa ajamine, aukude või punktide rea tabamine terava esemega. Töö tempo aeglustumine ja vigade arvu suurenemine avalduvad 0,7‰-lisel kontsentratsioonil veres (1). Tuntud on ka «rõngastest» (1): uuritav peab 40 väikest kar-

dinarõngast kolmel korral varda otsa ajama. Arvutatakse keskmine aeg ja vigade arv. Vigade arv hakkab suurenema 0,6‰ alates, tõustes 1,0‰ juures kuni 13-kordseks. O. Prokop (4) võttis kasutusele «metronoomkatsu», mille puhul uuritav 100 ruuduga paberil (ruudu külj 1 cm) peab metronoomi taktis, 120 lööki minutis, iga ruudu läbi kriipsutama, algul diagonaalis vasakult paremale, seejärel iga teise ruudu vastupidises suunas. Töövõime langus võib sel meetodil avalduda juba 0,3‰-lisest kontsentratsioonist alates.

Üks soodsaid joobe kindlakstegemise teid on käekirjaproov. Lastakse kirjutada mõni lühike tekst. Joobes (alates 0,5...0,6‰ veres) muutub käekiri ebaühtlaseks, kiirustavaks, suuremaks; tekivad vead, unustatakse sõnalõpud, read lähevad segi ja kõrgemate kontsentratsioonide korral muutub kiri loetamatuks. Selline kirjaproov lisatakse protokollile. Võrdluseks lastakse sama teksti kirjutada pärast joobe möödumist.

Joobe ekspertiisis on suur tähtsus nüstagmi olemasolul. Kainel isikul see puudub. Juba 1912. a. tegi Barany kindlaks (tsit. 1 järgi), et suur alkoholisaldus veres põhjustab spontaanse nüstagmi. Spontaanse nüstagmi esinemist peab Prokop (4) raske joobe vaieldamatuks tunnuseks. W. Runge (5) tegi kindlaks, et raskes joobes silmadega küljele või üles vaadates on nüstagm provotseeriv. 10 sekundi jooksul sooritatud viie täispöördega ja seejärel 1 m kaugusel asetseva punkti fikseerimisel on nüstagm samuti sedastatav. Kainel isikul kaob see 4...8 sekundi jooksul. Kui vere alkoholikontsentratsioon on 0,8...1,2‰, kestab see kuni 15 sekundit, kui üle 1,2‰, siis 20 sekundit ja enam, muutudes ühtlasi jämedalöögilisemaks. Rauschke (tsit. 1 järgi) andmeil avaldub nüstagm 50%-l juhtudest 0,5‰ ja 80%-l uuritutest 0,8‰ korral veres. Sama autor soovib nüstagmi uurida ekspertiisialuse küliliasendis. Imendumisfaasis tekib siis nüstagm juba madalate alkoholikontsentratsioonide puhul, löök allapoole, nüstagmi kestus

on sel juhul üks kuni kaks tundi. Sellele järgneb niisama pikk nüstagmivaba periood. Eritumisfaasis pöördub nüstagmi löögisuund algul üles ja seejärel kustub aeglaselt. V. Baljakin (9) rõhutab, et nüstagm on objektiivne usaldatav joobe tunnus, mida uuritav ei saa tahtlikult mõjutada.

Mitmesugustel meetoditel on uuritud reaktsiooniaja muutusi. Väga väikesed alkoholiannused võivad reaktsiooniaega ajutiselt isegi lühendada, suuremate puhul aga reaktsiooniajad pikenevad. H. Elbeli (1) koolkond konstateeris reaktsiooniaegade pikenemist 0,8‰ alates.

Gradwohl (tsit. 8 järgi) leidis reaktsiooniaegade uurimisel, et 0,8‰-lisel kontsentratsioonil on see kaks ja 1,0‰-lisel neli korda normaalsest pikem.

Käesolevas töös on käsitletud mõnede joobe kliiniliste sümptomide korrelatsioone vere alkoholisisaldusega, et hinnata nende diagnostilist väärtust. Joobe kindlakstegemisel on eksperdil vaja kasutada veel mitmesuguseid muid menetlusi, mis vastavad uuritava haridusele, kutsele ja kogemustele.

Eespool toodust nähtub, et raskusi valmistab just joobe kerge astme diagnoosimine, sest mõned joobe sümptomid ilmnevad alles alkoholi suhteliselt kõrgete kontsentratsioonide korral. Madalate kontsentratsioonide puhul veres saab ekspert sedastada enamasti ainult alkoholi lõhna väljahingatavas õhus, kergelt naha hüpereemiat ja higisust ning leida positiivseid reaktsioone väljahingatava õhu analüüsil. See võimaldab konstateerida ainult alkoholi tarvitamist ning arsti otsuses märgitakse: «On tarvitatud alkoholi, joobe tunnused puuduvad». Kui ekspert eespool kirjeldatud või mõnel muul meetodil saab kindlaks teha kas või ühe normist kõrvalekaldumise, on tal alus diagnoosida kergelt joovet. Tavaliselt ei valmista raskusi keskmise ja raske joobe diagnoosimine nende iseloomuliku sümptomaatika tõttu (12).

Alkoholijoobe ekspertiis peab andma vastuse joobe raskusastme kohta kuriteo, avarii või kinnipidamise momendil.

Selleks ei piisa joobe kindlakstegemisest ekspertiisi ajal, vaid on vaja arvestada vahepeal möödunud aega ja sellega seoses asetleidnud joobe raskusastme muutust. Üksnes kliinilise ülevaatusetulemused, ka joobe diagnoos (vere alkoholisisalduse andmeid omamata), ei võimalda eksperdil põhjendatud otsust teha joobe raskusastme kohta sündmuse momendil. Selle olulise lünga kõrvaldamine nõuab vere alkoholikontsentratsiooni määramist. Eriti oluline on see väikese alkoholisisalduse korral veres, mil kliinilised joobe tunnused puuduvad või on minimaalsed. Seda on arvestatud Leedu NSV-s ja sellistel juhtudel hakatud alkoholi hulka veres kvantitatiivselt määrama (11).

Senikaua kui alkoholi kvantitatiivset määramist ei ole joobe ekspertiisis üldiselt kasutusele võetud, tuleb iga joobe ekspertiisi korral NSV Liidu tervishoiuministri käskkirjas nr. 523 (1954. aastast, lisas nr. 2) toodud küsimustikku märkida ka uuritava kehakaal. Seda peaks tegema ka lühiteatiste väljaand-

misel. See annab eksperdile võimaluse kohtus täpsemalt hinnata joobe raskusastet süüteo momendil.

KIRJANDUS: 1. Elbel, H. In Gutachten des Bundesgesundheitsamtes zur Frage Alkohol bei Verkehrsstraftaten. Bad Godesberg, 1966. — 2. Goldberg, L. Tsit. Elbel, H. (1) järgi. — 3. Ponsold, A. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart, 1967. — 4. Prokop, O. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Berlin, 1960. — 5. Runge, W. Dtsch. med. Wochenschr. 52, 298, 1924. — 6. Schweitzer, H. Tsit. Elbel, H. (1) järgi. — 7. Seifert, P. Grundlagen der Blutalkoholforschung. Leipzig, 1955.

8. Балякин В. А. Токсикология и экспертиза алкогольного опьянения. М., 1962. — 9. Кару Э. Ю. В кн.: Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Вып. 3, Тарту, 1963, 15—39. — 10. Кару Э. Ю. Ж. им. С. С. Корсакова. (Москва), 1970, 70, 8, 1246—1250. — 11. Онусайтите С. В сб.: Материалы пятой научной конференции невропатологов и психиатров Литовской ССР 13—14 июня 1974 года. Каунас, 1974, 166—167. — 12. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966.

TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatriakateeder

## ALKOHOLI TOIME VERERINGEELUNDITE TALITLUSSE

HANS VARE HENNU SIBUL

Jämejala

UDK 613.81:616.12/14

Siiani on ebaselge alkoholi osa vereringeelundite haiguste tekkes. V. Kononjatšenko (15) andmeil põevad alkohoolikud hüpertooniatõbe kolm-neli korda sagedamini kui mittealkohoolikud. Mõned autorid aga peavad alkoholi osa arteriaalse hüpertoonia arengus tähtsusetuks (17, 19). Vastuolulised on ka arvamused kroonilise alkohoolse intoksikatsiooni osast ateroskleroosi tekkes (14, 18). Alkohoolikute ajuvereringe reoentsefalograafilisel uurimisel on ateroskleroosilisi muutusi täheldatud ainult üksikutel (16). Mõned autorid arvavad, et alkoholi kuritarvitamine

võib põhjustada müokardi primaarse kahjustuse — alkohoolse kardiomiopaatia (2, 3). Viimased on kirjeldanud üksikuid kaugelarenenud haigusjuhte. Selgusetuks aga jääb, milliseid häireid kutsub alkohooliku vereringes esile ühekordne alkoholiannus (tervetega võrreldes) ja milliseid alkoholi krooniline intoksikatsioon.

Käesoleva töö eesmärgiks oli alkohoolikute ja tervete kardiovaskulaarse süsteemi talitluse võrdlemine, alkoholi ühekordse annuse toime dünaamiline uurimine selle süsteemi talitlustesse ning võimalike korrelatsioonide selgita-

mine kardiovaskulaarse süsteemi funktsioonide vahel alkohoolikutel ja tervetel.

Uurisime ühekordse alkoholiannuse toimet südamehaigusi mittepõdevate krooniliste alkohoolikute kardiovaskulaarsesse süsteemi, sealhulgas ajuvereringesse. Töömaterjal, -metoodika ja osa tulemustest on varem avaldatud (11). Andmed kardiovaskulaarse süsteemi kohta on toodud tabelis. Uurimisel jälgiti ka alkoholi järelmõju ajal, mil alkoholiintoksikatsiooni tunnused olid taandanud.

Meie uuritud alkohoolikute rühmas (34 isikut) oli vere keskmine väljutuskiirus vasakust südamevatsakesest suurem kui tervetel, mis alkoholi toimel oluliselt suurenes. Tervetel (40 isikut) see alkoholi toimel ei muutunud. Alkohoolikutel olid oluliselt lühenenud väljutusaeg ja mehhaaniline süstol, kuid elektriline süstol ei olnud pikenenud ega intervall T-sakist II toonini lühenenud. Seetõttu ei saanud eespool toodud nihkeid energeetilis-dünaamilisele insuffsidentsusele iseloomulikuks pidada. E. Laane (7) on Hegglini sündroomile iseloomulikke muutusi leidnud vaid Valsalva katsu ajal. Vasaku südamevatsakese pingumusaeg oli alkohoolikutel suhteliselt pikk (normi piirväärtused) ja müokardi pingumusindeks kergelt üle normi. Pingumusaeg alkoholi toimel ei muutunud kummaski rühmas. Väljutusaja lühenemine suhteliselt pika pingumusaja säilimisel põhjustas alkohoolikutel Blumbergeri mehhaanilise koefitsiendi vähenemise, mida võib pidada kroonilisest alkoholi kuritarvitamisest tingitud müokardikahjustuse väljendusks. Tervetel oli Blumbergeri koefitsient normis.

Et hemodünaamika näidud ei ole saadud otsesel mõõtmisel, vaid arvutuslikul teel, suhtusime nendesse kriitiliselt. Meie arvutuslikud andmed (11) kinnitasid, et südame minutimaht alkohoolikutel oli alkoholi toimel esimesel tunnil suurem kui tervetel, kusjuures löögimaht ei olnud muutunud; tervetel südame süstoli ja minutimahu osas statistiliselt olulisi nihkeid ei täheldatud. Mõõt-

mised loomkatsetega on tõestanud, et pulsisagedus alkoholi toimel ei muutu, kuid südame minutimaht suureneb paralleelselt alkoholi annuse suurenemisega (4). Inimestel on ühekordse alkoholiannuse toimel täheldatud südame süstoli lühenemist muutumatu löögimahu korral (9). Seega meie arvutatud näitavude dünaamika ühtib kirjanduse andmetega. Võib arvata, et minutimahu suurenemine alkohoolikutel on seotud perifeerse takistuse langusega, sest korrelatsioonanalüüs viitas tugevaastmelise negatiivse seose olemasolule perifeerse takistuse ja südame minutimahu vahel nii tervetel ( $r = -0,82$ ) kui ka alkohoolikutel ( $r = -0,76$ ). Südame minutimahu ilmnes seos süstoli kestusega nii tervetel ( $n = -0,54$ ) kui ka alkohoolikutel ( $n = -0,52$ ). Erinevalt tervetest ei omanud aga perifeerne takistus alkohoolikutel seost südame süstoli kestusega. Alkohoolikutel täheldasime (11) tunduvat südame süstoli kestuse lühenemist ühekordse alkoholiannuse toimel. J. Vojcicki (10) on kroonilise alkoholimürgituse puhul leidnud südame lihaste tundlikkuse suurenemist adrenaliini suhtes. Võib arvata, et pulsi sagenemine ühekordse alkoholiannuse toimel on muutunud reaktiivsuse avaldusi alkoholismi puhul.

Alkohoolikutel oli keskmine hemodünaamiline rõhk madalam ja perifeerne takistus väiksem kui tervetel. Keskmine hemodünaamiline rõhk langes ja perifeerne takistus vähenes neil alkoholi toimel veelgi. Keskmine hemodünaamiline rõhk tervetel alkoholi toimel küll langes, jäi aga kõrgemaks kui alkohoolikutel, sest perifeerne takistus ei muutunud. Niisiis ei saanud me katses sedastada keskmise arteriaalse rõhu kõrgenemist ega perifeerse takistuse suurenemist ei kroonilise alkoholimürgituse ega alkoholi ühekordse annuse toimel. Varem oleme alkohoolikutel täheldanud arteriaalse rõhu kõrgenemist pärast alkoholist loobumist (13). Käesoleva töö tulemuste põhjal võib arvata, et arteriaalse rõhu kõrgenemine alkohoolikutel on ajutine, sest alkohoolikute keskmine dünaamiline vererõhk

ei olnud kontrollrühma näitudest suurem ning ühekordne alkoholiannus kutsus esile rõhu languse mõlemas rühmas.

Mitmed uurimisrühmad on teinud hulgaliselt uuringuid müokardi kontraktsioonivõime ja hemodünaamika muutuste hindamiseks (1, 2, 6, 12). Kõik need nüüdisaegsed tööd on kõrgetasemelised, kuid nendes on kasutatud erinevat meetodikat, erinevaid annuseid ja manustamisviise, mistõttu tulemused ei ole alati võrreldavad. Andmetest võib arvata, et müokarditalitus on kõige rohkem kahjustatud vahetult pärast alkoholi andmist tekkinud metaboolilike häirete staadiumis ja et see kahjustus süveneb progresseeruvalt uute alkoholiannuste lisandumisel.

Enamik autoreid on täheldanud muutuste normaliseerumistendentsi varsti

pärast alkoholi manustamise katkestamist ja näitude normaliseerumist 15... 60 minuti jooksul (1, 5, 8). On huvitav, et leidsime suhteliselt mõõduka hulga alkoholi andmise järel mitmeid statistiliselt olulisi nihkeid ja korrelatsioone perioodil, mil alkoholi põhjustatud hemodünaamikamuutused enamiku autorite arvates olid juba möödunud, isegi kaks korda suurema alkoholikoguse kasutamisel (1).

Kroonilistel alkohoolikutel on ajuvereringet reograafilisel meetodil uurinud F. Lissitsa (16).

Meie hindasime veresoonte toonust juba varem kirjeldatud näitude (11) kõrval veel Tihhomirovi meetodikal (20), võttes arvesse reoentsefalogrammi põhilaine (A) hilise süstoolse laine (B) intsisuuri (I) ja dikrootse laine (D) omavahelisi suhteid. Meie uuritud krooni-

**Kardiovaskulaarse funktsiooni muutused alkoholi toimel (2 ml 40°-st alkoholi kehakaalu ühe kg kohta)**

Funktsiooni näidud		Enne alkoholi andmist (0)	Pärast alkoholi andmist						
			1 tund (1)	P <sub>0:1</sub>	2 tundi (2)	P <sub>0:2</sub>	4 tundi (3)	P <sub>0:3</sub>	
1. Pingumusperiood (m/sek)	A <sup>1</sup>	108 >0,05	102	>0,05	106	>0,05	107	>0,05	
	K <sup>2</sup>	105 >0,05	104	>0,05	101	>0,05	105	>0,05	
	P <sub>A:K</sub>	>0,05							
2. Isomeetriline kontraktsioon (m/sek)	A	38	30	<0,05	31	>0,05	33	>0,05	
	K	38	35	>0,05	34	>0,05	36	>0,05	
	P <sub>A:K</sub>	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
3. Keskmise väljutuskiirus (m/sek)	A	204	224	<0,01	226	<0,05	206	>0,05	
	K	182	196	>0,05	193	>0,05	210	<0,05	
	P <sub>A:K</sub>	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	
4. Mehhaaniline süstol (m/sek)	A	286	271	<0,01	268	<0,01	274	<0,05	
	K	306	299	>0,05	296	>0,05	293	<0,05	
	P <sub>A:K</sub>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,01	0,01	0,01	
5. Aju reoentsefalograafia	Põhilaine	A	0,99	1,19	<0,01	1,10	<0,01	1,09	<0,05
		K	0,98	1,05	>0,05	1,19	<0,01	1,87	<0,05
		P <sub>A:K</sub>	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
6. Põhilaine	Intsisuur	A	1,68	2,01	<0,05	2,23	<0,01	1,88	>0,05
		K	1,33	1,63	<0,05	1,77	<0,01	1,77	<0,05
		P <sub>A:K</sub>	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
7. Dikrootne laine	Intsisuur	A	1,27	1,39	>0,05	1,31	>0,05	1,36	>0,05
		K	1,71	1,12	>0,05	1,23	>0,05	1,34	>0,05
		P <sub>A:K</sub>	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

<sup>1</sup> A — alkohoolikud (n=34)

<sup>2</sup> K — kontrollrühm (n=40)

liste alkohoolikute reoentsefalograafiliste muutuste üldhinnang ühtis F. Lissitsa andmetega. Lissitsa leitud reoentsefalogrammi amplituudi madaldumine kajastub meie amplituudisagedusindeksis alkohoolikute pikema südameetsükli foonil veel reljeefsemalt (vt. tabel).

Ajuveresoonte pulsatoorse täitumise ulatusele ja kiirusele iseloomulikud reoentsefalograafiaindeksid alkoholi toimele suurenevad, saavutamata kontrollrühma väärtusi.

Väikeste veresoonte seinte kontraktilsete elementide pingumusastet iseloomustab meie töös tähistatud suhe A/B. Alkohoolikutel A/B alkoholi toimele suurenes, tervetel ei olnud nihe oluline. Seega põhjustas alkohol alkohoolikutel väikeste intrakraniaalsete arterite toonuse languse. Arterite elastsust ja toonust iseloomustav suhe A/I oli alkohoolikutel oluliselt suurem kui tervetel. Pärast alkoholi andmist A/I kummaski rühmas suurenes, eriti alkohoolikutel, ulatudes esimesel ja teisel tunnil hüpotoonia väärtusteni (20). Suhte D/I suurenemine alkohoolikutel (tervetega võrreldes) esimesel tunnil pärast alkoholi manustamist võis olla viide suuremale arterioolide toonuse langusele kui tervetel. Muutused mõlemas rühmas jäid siiski normotoonia piiridesse (20).

Nagu F. Lissitsa, nii leidsime ka meie ateroskleroosile iseloomulikke REG konfiguratsiooni muutusi vaid üksikjuhtudel.

Korrelatsioonanalüüs tõi esile seoseid bilateraalsete reoentsefalograafianäitade ja mõningate vereringetalitluse üldiste näitade vahel. Reoentsefalograafiline keskmine täitumiskiirus oli perifeerse takistusega negatiivses korrelatsioonis ja amplituudisagedusindeksiga positiivses seoses nii alkohoolikutel kui ka kontrollrühma isikutel. Kontrollrühma indeksil oli negatiivne seos südameetsükli kestusega ja keskmisel täitumiskiirusel positiivne seos südame minutimahuga. Alkohoolikutel aga oli mõlemal reoentsefalograafilisel näidul positiivne seos minutimahuga, kusjuu-

res seosed südameetsükli kestusega puudusid. Sellest nähtub, et alkohoolikute südameetsükkel on tervetega võrreldes kaotanud korrelatsiooni nii perifeerse takistuse kui ka ajuveresoonte pulsatoorse täitumise vahel. Alkohoolikute reoentsefalograafilisel uurimisel ilmnenud ajuveresoonte toonuse ulatuslikud muutused ja nende korrelatiivse seose puudumine südameetsükli muutustega viitavad vaskulaarsele labiilsusele, ka südame ja veresoonte vahelise regulatsiooni häirumisele.

Töö tulemustest nähtub, et kroonilise alkoholismi puhul ei täheldatud arteriaalsele hüpertooniale ja aju ateroskleroosile iseloomulikke muutusi, küll aga mõningad polükardiograafianäidud viitasid müokardikahjustusele. Ulatuslikumaid häireid leidsime nii perifeerse kui ka ajuvereringe toonuses. Alkoholi ühekordse annuse toimele südame töö intensiivistus alkohoolikutel üheaegselt mõningate polükardiograafianäitade halvenemisega. Ajuvereringe pulsatoorne täitumine paranes, kuid veresoonte toonus langes.

KIRJANDUS: 1. Ahmed, S. S., Levinson, G. E., Regan, J. T. *Circulation*, 1973, 48, 2, 378—385. — 2. Asokan, S. K., Frank, M. J., Witham, A. C. *Amer. Heart J.*, 1972, 84, 1, 13—18. — 3. Burch, G. E., Giles, T. D. *Amer. J. Med.*, 1971, 50, 2, 141—145. — 4. Degerli, J. U., Webb, W. R. *Surg. Forum*, 1963, 14, 252—254. — 5. Gvazdjakova, A., Bada, V., Niederland, T. P., Gvozdjak, J. *Cor et Vasa*, 1971, 13, 3, 224—230. — 6. Horwitz, L. D., Atkins, J. M. *Circulation*, 1974, 49, 1, 124—128. — 7. Laane, E. J. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1973, 3, 201—204. — 8. Regan, T. J. *Circulation*, 1971, 44, 5, 957—963. — 9. Riff, P. P., Jaine, A. C., Doyle, J. T. *Amer. Heart J.*, 1969, 78, II, 592—597. — 10. Wojcicki, J. *Wpływ przewlekłego alkoholizmu dośwradczalnego na reaktywność wyosobnionego serca szczura na strofantyne i trucziny układu wefetatywnego*. Dissert. In: *Pharmaceuticae et Pharmacologicae*, 1967, Warsaw, 19, 9—14. — 11. Väre, H., Korts, E., Sibul, H. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1973, 3, 195—200. — 12. Wong, M. *Amer. Heart J.*, 1973, 86, 4, 508—515.

13. Вярэ X. Я. Некоторые вопросы патогенеза и клиники алкоголизма и место транквилизаторов в лечении больных алкоголизмом. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1969. — 14. Давыдовский И. В.

Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. Том 2. М.—Л., 1958. — 15. Кононченко В. А. Алкоголизм и внутренние болезни. М., 1956. — 16. Лисица Ф. Я. Реоэнцефалография при алкоголизме Ж. невропат. и психиатрии, 1973, 8, 1213—1218. — 17. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь. М., 1964. — 18. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966. — 19. Тареев Е. М. Болезни почек. М., 1958. — 20. Тихомиров Б. М. В сб.: Материалы конференции «Патология вегетативной нервной системы». Калинин, 1969, 62—64.

Jämejala Vabariiklik  
Psühhoneuroloogiahaigla

## ALKOHOLISMI RAVI PÕHIJOOINI

ASTRID STEINBERG ROSTISLAV VASSILJEV

Tallinn

UDK 616.89-008.441.13-08-07

Alkoholismi ravi peab olema kompleksne, etapiline ja individualiseeritud (1, 2, 3, 4). Haige esmakordsel pöördumisel arsti poole tehakse kindlaks alkoholismi raskusaste. Selgitatakse välja, millal ta alkoholi viimati on tarvitanud, kuidas suhtub ravisse, kas esineb abstinentsinähte, milline on üldtervislik seisund. Kaasnevate haiguste esinemisel võetakse arvesse alkoholismi eriravi vastunäidustused.

Alkoholi episoodilise kuritarvitamise korral ei ole alkoholismi eriravi alati vajalik, võib piirduda vaid psühhoteraapeutilise vestlusega (sisendusega alkoholist täielikult loobuda) ja vajaduse korral üldtugevdava ning rahustava raviga. Kui alkoholi kuritarvitamine jätkub, on eriravi kindlasti vajalik. Kuid sellises varajases alkoholismistmes pöördatakse arsti poole erakordselt harva, peamiselt seoses mingi konflikti või kergema kuritööga.

Alkoholismi eriravi on kindlasti vajalik alkoholi süstemaatilise kuritarvitamise korral, kuid ka siis pöördatakse arsti poole harva.

Põhiline osa arvel olevaist alkohoolikuist põeb kroonilist alkoholismi ja nende ravi peab olema etapiline.

**I ravietaapp.** Alkoholi tarvitamine tuleb kohe lõpetada ning alustada ravi abstinentsi kupeerimiseks. Kui haige pärast abstinentsi möödumist pöördub arsti poole, siis langeb see etapp ära. Raske kuluga ja pikaajalise joomaperioodi katkestamiseks on haige mõni-

kord vaja hospitaliseerida. Abstinentsi ambulatoorseks raviks vabastatakse haige töölt nn. valge lehe (vorm 54) alusel.

Põhmeluse ajal võib alkohoolik pöörduda ka terapeudi, neuroloogi või mõne muu spetsialisti poole. Kui isiksus on suhteliselt säilinud, võib õnnestuda haiguse tõelist põhjust — joomist — varjata ja alkohoolik saab abi ning vajaduse korral vabastatakse ta töölt kui tavaline haige. Teisel juhul, diagnoositud alkohoolikul «neurasteeniat», «epilepsiat», suunab arst ta psühhoneuroloogiadispanserisse konsultatsioonile. Iga arsti kohus on koguda anamneesiandmeid alkoholi tarvitamise kohta. Kui oletatakse alkoholi kuritarvitamist, täpsustada andmeid omaste, töökoha kaudu. Õige diagnoos on vajalik nii meditsiinilisest kui ka juriidilisest seisukohast.

Tuletagem siinkohal meelde abstinentsisümptome. Alguks 6... 10 tundi pärast alkoholi tarvitamist, kestus mõnest tunnist kahe-kolme päevani, sõltuvalt alkoholismi raskusastmest ning joodud alkoholi kogusest. Psüühikahäired: asteenia, meeleolu langus, enesesuüdistusmõtted, raskematel juhtudel jälitusmõtted, ärevus, üksikud kuulmis- ja nägemismeelepetted. Vegetatiivsed häired: higistamine, südamekloppimine, arteriaalse rõhu labiilsus tõusutendent-siga, iiveldus, oksendamine, halb maitse suus, kõhulahtisus, isutus, kehatemperatuuri tõus, värisemine, unetus. On

võimalikud hüperrefleksia (reflekside elavnemine), tasakaaluhäired, epileptiformsed krambid. Väikesed alkoholiannused kõrvaldavad häired täielikult või toovad suurt kergendust — «parandatakse pead», millest aga sageli algab uus joomine.

Abstinentsi likvideerimiseks määratakse mürgitusvastaseid ravimeid: C- ja B-kompleksi vitamiine suurtes annustes, väävelhapu magneesiumi lahust, tiolipreparaate (5%<sup>0</sup>-list *Sol. Unithioli* 5 ml naha alla, 30%<sup>0</sup>-list *Sol. Natrii hyposulfurosi* 15...20 ml veeni), glutamiinhapet 0,5...1,0 g kolm korda päevas, insuliini väikestes annustes.

Psüühilise seisundi tasakaalustamiseks antakse trankvilisaatoritest meprobamaati, millel on ka hea uinutav toime; trioksasiini, eleeniumi, mis eriti sobib ärevuse küpeerimiseks, meeoleolu, isu parandamiseks; sedukseeni. Soodsalt toimivad ka sonapaks, teraleen. Oksüüdiinil on kerge antidepressiivne ja spasmolüütiline toime. Amisüül kõrvaldab vegetatiivseid häireid. Eriti raske kuluga kaatri puhul osutub vajalikuks anda neuroleptikume, nagu tiserstiini, aminasiini, haloperidooli.

Uinuteid, eriti barbituraate, ei peeta soovitatavaks, sest nende kasutamine võib harjumuseks saada, liiati et nii barbituraadid kui ka fenotiasiinipreparaadid potenseerivad alkoholi toimet tunduvalt. See nõuab ettevaatlikkust nende ordineerimisel ambulatoorselt, mil alkoholi tarvitamist võidakse ravile vaatamata jätkata. Uinutitena võib kasutada dimedrooli, pipolfeeni. Üldtugevdavaist vahendeist antakse fosfori- ja rauapreparaate, metioniini, eriti vanemaealistele; tugeva astenia korral strühniini, «Duplexit»; pantokriini, aalod. Vastavalt vajadusele veel südamevahendeid, vererõhku alandavaid jm. ravimeid.

Füsioteraapiast soovitame vesiravi (soe vann õhtul, dušš hommikul), diatermiat maksa piirkonda, pea darsonvalisatsiooni, ravikehakultuuri.

Dieet olgu valgu- ja süsivesikuterikas, rasvavaene. Rohkesti antagu vedelikku, näiteks teed, naturaalkohvi,

mineraal- ja meevett, mahlu. Kaatrit aitab kergendada kohe alguses ka soolastatud vee joomine: 2...4 g keedu-soola korruga poole klaasi veega.

Seisundi raskusest olenevalt kestab esimene ravietapp mõnest päevast paari nädalani.

**II ravietapp** on alkoholismi tingreflektorne ja sensibiliseeriv eriravi. Tingreflekside arendamiseks süstitakse 0,5- või 1%<sup>0</sup>-list apomorfiinilahust 0,2...0,4 ml ja vajaduse korral enamgi naha alla kas üksi või selle toimet eelnevalt tiolipreparaatide süstimisega tugevdades (5%<sup>0</sup>-list *Sol. Unithioli* 5 ml naha alla). Negatiivne refleks kujundatakse 20...30 ml 40°-se alkoholoolse joogiga, mida haige on kõige enam tarvitanud; «profülaktiliselt» üksikutel kordadel antakse ka muid jooke. Seansse korraldab 15...25, vajaduse korral 30...40 korda; seda tehakse kuni negatiivse refleks väljakujunemiseni.

Tingitud vastikus- ja okserefleks kujundamiseks kasutatakse ka emetiini (10%<sup>0</sup>-list *Sol. Emetini hydrochlorici*), mida lisatakse 10...20 tilka 15...20 ml viinale. Apomorfiiniga võrreldes saab okserefleks hiljem, 15...60 minuti pärast. Peale oksendamise esineb ka kõhulahtisus, kuid muid raskemaid tüsistusi peaaegu ei teki, mistõttu emetiiniga on võimalik ravida omaste kaasabil ja haige enda teadmata ka kodus.

Kasutamist on leidnud I. Streltšuki soovitatud ungrukollakeedis (5%<sup>0</sup>-line *Decocti Lycopodii selganis*), mida võetakse 75...150 ml enne viina joomist. Apomorfiiniga võrreldes annab kauem kestva vegetatiivse reaktsiooni. Burenkovi meetodil ravitakse oksendamist esilekutsuva segu ja apomorfiiniga tavalisi annuseid mitmekordselt ületavates kogustes.

Metronidasooli e. trihhopooli on soovitatud kui tingreflektorset ja sensibiliseerivat vahendit, millel on mõningal määral alkoholi järele isu mahasuruv toime. Manustatakse järjest suurenevates annustes, 3...9 tabletti päevas (à 0,25), seejärel järjest vähenevates, kokku 16...20 päeva, üldkogus

40...42 g. Kolmandast-neljandast ravi-päevast alates antakse alkoholi nuusutada, suud loputada, kuid mitte juua. 20. päeval võib väikese koguse alkoholi joomise järel tekkida mõõdukas vegetatiivne reaktsioon iivelduse ja oksendamise-ga. Metronidasoolravi võib alustada ka abstinent-sis, mis seda kergendab. Üldiselt on metronidasooli alkoholismi-vastane toime nõrk.

Sensibiliseerivaist vahendeist on kõige enam kasutusel teturaam (sünonüümid *Antabus*, *Antaethyl*, *Abstinyl*, *Disulfiramum* jt.), keemiliselt tetraetüül-tiuraamdisulfiid. Päevane annus on 0,5...1,0 g. Alates 7. kuni 10. ravipäevast viiakse haiglas läbi 2...4 teturaami- ja alkoholireaktsiooni, mis võivad põhjustada rasket kollapsit. Reaktsiooniks on vaja anda 20...80 ml 40°-st alkoholi.

Teine analoogilise toimega preparaat on tsüamiid (*Tabul. Cyamidi* 0,05), keemiliselt karbamiid-kaltsiumtsitraat. Reaktsioonid on kergemad, kuid sensibiliseeriv toime kiirem, toksilisus väiksem kui teturaamil. Sensibiliseerivate ravimitega on haiget võimalik kaua aega alkoholist «keemiliselt isoleerida».

Vanemaealisi, somaatiliselt nõrku haigeid saab alkoholismi vastu ravida sulfasiini, tiolipreparaatide ja nikotiinhappega suurtes annustes, millel on nii tingreflektor-ne kui ka sensibiliseeriv toime.

**III ravietapp** — toetav e. järelravi peab kestma 1...3 aastat. Selleks tehakse näiteks 5...10 seansi võlta-vaid apomorfiinkuure ühe- ja kahekuuliste vaheaegadega; kasutatakse teturaami (0,1...0,25 g päevas) üksi või vaheldumisi apomorfiinkuuridega. Aeg-ajalt on soovitatav teha üldtugevdavaid-rahustavaid trunkvilisaa-tor-, vitamiin- ja glutamiinhappekuure. See on vajalik, et kupeerida pseudoabstinent-si, psühhogeenseid reaktsioone, asteenilisi seisundeid, mis võivad saada alkoholi taaskuritarvitamise vallanda-jaiks. Pseudoabstinent-sisündroomi all mõistetakse alkohoolikutel kahe- kuni kolmekuuliste vaheaegade järel tekki-vat järjest süvenevat väsimust, unehäi-reid, rahulolematust, igavust ( millestki

nagu on puudu ). Tekib soov juua. Sageli, kui arstiabi õigel ajal ei saada, hakataksegi jooma. Oluline on regulaarne kontroll narkoloogiakabinetis. Ravi edukuse määrab kohe algusest peale kontakt patsiendi ja arsti vahel, kontakt perekonnaga, psühhoteraapia veenev, sisendav ja ümberkasvatav jõud kõikidel ravietappidel.

Peale ratsionaalse psühhoteraapia, milleta alkoholismi ravi ei ole mõeldav ja mida, nagu juba nimetatud, tuleb kasutada pidevalt, kasutatakse vajaduse korral ka psühhoteraapia muid meeto-deid, nagu hüпноosravi, autogeenset treeningut, neid kas iseseisvalt või kombineeritult medikamentoosse raviga.

Pärast alkoholi episoodilise või süs-temaatilise kuritarvitamise edukat ravi ja pikaajalist loobumist alkoholist või-me isegi loota, et alkoholi mõõdukas tarvitamine alkoholismi edaspidi enam esile ei kutsu. Kroonilise alkoholismi puhul, mil narkomaaniasündroom on välja kujunenud, sellist võimalust enam ei ole. Kui mõõdutunne alkoholi tarvitamisel on kord juba kaduma läi-nud, siis ka jäädavalt. Ravi kergendab vaid alkoholist loobumist, ei too aga tagasi mõõdutunnet selle tarvitamisel. See on nn. latentse alkoholismiga haige, kelle isiksus on muutunud ja kellel esi-neb ikkagi pseudoabstinent-sisündroom. Nii ei saa me kõnelda kroonilisest alk-oholismist tervistumisest, restitutsio-nist, vaid ainult remissioonist. Seejuu-res ei ole alkoholi mittetarvitamine paranemise kriteerium, vaid õigemini — see on paranemise eeldus. Paranemist tuleb hinnata psüühilise ja somaatilise seisundi, sotsiaalse kompensatsiooni kestuse ning kvaliteedi alusel.

Alkoholismi ravitakse ambulatoorselt ja haiglas. Et ravi vajadust sageli ei tunnetata, siis tuleb alkohoolik ise ravile harva. Enamasti teeb ta seda perekonna või töökoha survega.

Oluline osa alkohoolikute väljaselgi-tamisel ja ravile suunamisel peaks olema polikliinikute jaoskonnaarstidel, neuroloogidel, tehasearstidel, samuti ka tuberkuloosi-, naha- ja suguhaiguste dispanserite arstidel, kuid praktikas me

seda ei näe. Teised raviasutused on ravile suunanud vaid üksikuid. Saatekirjale ei tohi mingil juhul kirjutada üksnes «krooniline alkoholism», vaid sinna märgitagu ka teada olevaid andmeid alkoholi kuritarvitamisest ning tehtagu märgesomaatilise ja neuroloogilise seisundi kohta. Alkoholismi esialgsel kindlakstegemisel tuleb peale isiku narkoloogiakabinetti saatmise saata kabinetile ka teatis (vorm nr. 281). Kui suunatu ise kohale ei ilmu, siis teatise põhjal saab kabinet teda ikkagi välja kutsuda ja arvele võtta.

Suur osa haigeid pöördub ravile oma töökoha administratsiooni, ametiühinguorganisatsiooni või seltsimeheliiku kohtu nõudmisel. Sageli piirduakse suusõnalise nõuandmise või üldõnalise saatekirjaga. On äärmiselt vajalik, et ravile saatmisel antaks haigele kaasa saatekiri andmetega alkoholi kuritarvitamise, tööle hilinemiste, tööluuside, kainestusmajas viibimiste jms. kohta. Isikud, kellel sätumus raviks puudub, kalduvad valetama. Ilma objektiivsete andmeteta aga ei saa diagnoosida.

Suunaja, olgu see siis töökoht või raviasutus, peab isikult nõudma teatist narkoloogiakabinetis viibimise kohta

ning tema edaspidigi erikontrolli alla võtma.

Haiglaravi vajalikkus sõltub haige seisundist. See on vajalik alkoholsete psühhooside korral, mõnikord ka raskete kaatrite kupeerimiseks ja pikaajaliste joomaperioodide katkestamiseks. Statsionaarsele kroonilise alkoholismi eriravile määratakse siis, kui ambulatoorne ravi ei ole tõhus olnud, kuid ravisättumus on säilinud; või kui haigel elukoha tõttu ei ole võimalik ambulatoorsel ravil käia.

Isikud aga, kes kuritarvitavad alkoholi ja seoses sellega rikuvad töödistsipliini, sageli vahetavad töökohta, rikuvad avalikku korda, sotsialistliku ühiselu reegleid ning kes vabatahtlikult alkoholismi ravist kõrvale hoiduvad, kuuluvad sundravile ja ümberkasvatamisele ravi- ja tööprofülaktooriumis.

KIRJANDUS: 1. Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Пер. с нем. М., 1967. — 2. Портнов А. А. Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1971. — 3. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966. — 4. Энтин Г. М. Практическое руководство по лечению алкоголизма. М., 1972.

Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla

## BRONHITUBERKULOOS VABARIIKLIKU TUBERKULOOSITÖRJE DISPANSERI ANDMETEL

HANNO RANNE  
Tallinn

UDK 616.233-031.63-002.5(474.2)

Bronhituberkuloosi õigeaegne kindlakstegemine ja ravi tagavad kliinilise tervistumise koos bronhiläbitavuse täieliku taastumisega 98...99%-l haigeist (8). Õigeaegselt ravitud bronhituberkuloos ei avalda negatiivset mõju kopsutuberkuloosi ravi vahetutele ega hilis- tulemustele, kuigi pikendab ravi kestust. Hilja avastatud bronhituber-

kuloosi juhtudel on sageli arenenud armkoelised suurte bronhide kitsenemised, mille tõttu konservatiivne ravi jääb perspektiivituks.

Kirjanduse andmeil (tsiteeritud 9 jär- gi) esineb suurte bronhide tuberkuloosi 3...90%-l kõikidest tuberkuloosi põdejatest. Näiteks V. Undrits ja A. Tsigelnik (10) on bronhituberkuloosi

diagnoositud 86<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l (30 uuritud haigest), G. Lapina (9) 15,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l, V. Vassiljev ja V. Vassiljeva (6) 10,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l, A. Huzly ja F. Böhm (2) 11,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l uuritud kopsutuberkuloosihageist. A. Voznessenski (7) on uuritud 1157 haiget, kellel oli ilmnunud bronhituberkuloosile viitav kliiniline sümptomatoloogia; endoskoopial leiti bronhituberkuloosi 54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l uurituist. Sama autori andmeil (8) pödes aastail 1959...1963 (3929 bronhoskoopiliselt uuritud kopsutuberkuloosihaget) bronhituberkuloosi 11,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, alates 1965. aastast ainult 5...7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> kopsutuberkuloosihageist.

Et haigete bronhoskoopiliseks uurimiseks valiku printsiibid on seni olnud väga erinevad, on ka andmed bronhituberkuloosi esinemissageduse kohta väga erinevad ning kõik nad ei vasta tegekkusele (8).

Analüüsisime Vabariiklikus Tuberkuloositörje Dispanseris aastail 1968...1973 esmakordselt bronhoskopeeritud 1632 täiskasvanu endoskoopia tulemusi, kellel oli diagnoositud kopsutuberkuloosi. Koldeline kopsutuberkuloos oli 344-l (tuberkuloosi mükobaktereid eritasid 65), hematogeenselt dissemineerunud 149-l (74), infiltratiiv-pneumooniline 787-l (426), fibrooskaverniline 171-l (126), muud tuberkuloosivormid 181 haigel (18).

Haigeid uuriti Friedeli bronhoskoopiga. Rakendati lühiajalist intravenooset narkoosi ning juhivat hingamist, kasutati lühiajalise toimega lihasrelaksante lüstenooni või müorelaksiini.

1632 uuritud diagnoositi 168-l aktiivset eksudatiivset bronhituberkuloosi, mis 15 haigel kaasnes koldelise, 15-l hematogeenselt dissemineerunud, 93-l infiltratiiv-pneumoonilise, 41-l fibrooskavernilise ja 4 haigel muude tuberkuloosivormidega. Põhiline bronhituberkuloosi vorm oli dreanažbronhiit limaskesta punetuse, ödeemi ja infiltratsiooniga. Sealhulgas oli ühel haigel kanalikulaarset tüüpi difuusne bronhituberkuloos, 3-l limaskesta piirdunud haavandiline protsess, 12-l bronhi ja lümfisõlme uuris, kahel pea- või sagarabronhi kaseosne panbronhiit ahene-

misega, 12-l infiltratiivne ja 31-l fibroosne bronhistenoos, 7-l tuberkuloosne kesksagara sündroom. Bronhituberkuloosi mitteaktiivseid jääknähte kõhre deformatsioonide, limaskesta piirdunud paksenemiste, armistunud muutuste või sagarabronhi piluja ahenemisena oli 120 haigel.

Omaette rühma moodustasid 7 haiget, kellel dreanažbronhiit oli transformeerunud hüpertroofiliseks lobaarseks bronhiidiks, K. Hardy ja P. Samsoni (1) poolt 1956. aastal esmakordselt kirjeldatud *quiescent tuberculous bronchus* sündroomiks. Kui bronhi limaskesta histoloogilisel uurimisel diagnoositakse inaktiivses faasis olevat tuberkuloosi, on võimalik bronhi resetseerimine.

Seoses kopsutuberkuloosi erinevate vormide osakaalu muutumisega on muutunud ka bronhituberkuloosi vormide omavaheline suhe. Harulduseks on saanud bronhi limaskesta isoleeritud haavandid, suhteliselt sagedamini on aga täheldatud laialdasemat limaskestaerosiooni.

Adenogeenset bronhituberkuloosi esineb sekundaarse tuberkuloosi puhul harva, kuigi lümfisõlme läbimurdumine bronhiaalsüsteemi on alati spetsiifiline just tuberkuloossele protsessile. Lümfisõlme suurus ei võimalda teha järeldusi bronhituberkuloosi võimalikkuse kohta (4). Me diagnoosisime bronhinäärme läbimurdumise 12 juhtu, lisaks kaks kaseosset panbronhiiti stenoosiga, seega bronhiperforatsiooni esines 0,85<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l kõigist uurituist. T. Scharkoff (3) peab mitteaktiivse tuberkuloosse protsessi puhul lümfisõlme bronhi murdumise võimalikkuse tunnustamist võrdseks loogika puudumisega. Endoskoopiliselt on siiski sageli leitud jääkuurise avasid, millel puudub põletik, kaseosne eritis, granulatsioon ning bronh ei ole ahenenud. Sellistel juhtudel otsustatakse protsessi aktiivsuse üle bakteriooloogilise ja röntgenotomograafilise uurimise andmeil. Hiljutine lümfisõlme perforatsioon bronhi on kergesti diagnoositav bronhoskoopial.

30-aastane naispatsient V. L. (haiguslugu nr. 8513/1972). 1966. aastal oli avastatud kolde-

varjud mõlema kopsu tippudes, mistõttu kolme aasta vältel oli saanud profülaktilisi antibiootikumkuure. 1972. aasta juulis oli tekkinud tugev köha, rögaeritus, kuid kopsudes aktiivset tuberkuloosi ei diagnoositud. Augustis 1972 oli rögas kahel korral leitud tuberkuloositekitajaid. Analüüsid: SR 27 mm/t., hgb. 11,8 g<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, leukotsüüte 5000/mm<sup>3</sup>. Leukotsüütide valem: basof. 1%, eosinof. 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, keppt. 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, segmentt. 58%, lümfots. 28%, monots. 9%. Röntgenoloogiliselt: mõlema kopsu ülaväljas tihkeid, vasakul ülasingara parahilaarses tsoonis ka üksikuid ebaselge kontuuriga koldeid. Bronhoskoopial 13. IX 1972: diagnoositi vasaku peabronhi II astme stenoosi, vasak ülasingarabronh pilujalt ahenenud. Limaskest kohev, infiltreerunud, bronhivalendik täis kaseoosset massi, peabronhi lateraalsel seinal valkjas nekrootiline katt. Biopsia tulemus: kaseosne panbronhiit. Kõrvuti üldraviga sai ta kaks kuud ka paikset bronhiraavi (*Sol. Soluthizoni* 2%, 5,0, hiljem *Sol. Saluzidi* 5%, 5,0). Bronhoskoopial 13. XI 1972: vasaku peabronhi turse taandunud, ülasingarabronh avanenud, selle suudme ülaosas ja peabronhi lateraalsel seinal läikiv armistunud limaskestaala.

Bronhituberkuloosi sage diagnoosimine oli 1968. aastal osaliselt tingitud haigete rangemast valikust bronhoskoopiliseks uurimiseks (köha, puhitunud kaverni, kirurgilise ravi vajaduse korral) kui järgmistel aastatel ning ei ole statistiliselt võrreldav bronhituberkuloosi esinemissagedusega järgmistel aastatel. Infiltratiiv-pneumoonilist ning koldelist kopsutuberkuloosi põdevate haigete kontingendid on erinevatel aastatel küll võrreldavad, kuid bronhituberkuloosi esinemissageduse statistilise erinevuse tõepärasus neil puudub. Fibrooskavernilise ja hematogeenselt

dissemineerunud kopsutuberkuloosiga haigete arv on võrdlemiseks liiga väike, nimelt 24...45 haiget aastas. Sama kehtib ka erinevate tuberkuloosivormidega haigete kohta ühel ning samal aastal. Bronhituberkuloosi esinemissageduse üldine vähenemine aastail 1968...1973 on pidev ja statistiliselt täiesti tõepärane.

Et seoses kemoterapiaga on bronhituberkuloos üha sagedamini kulgenud sümptoomideta, tuleb bronhoskoopiat veelgi laialdasemalt kasutada. Bronhoskoopia on näidustatud ka osale inimestest, kellel röntgenoloogilise uurimise tulemusena on leitud muutused kopsuväris või selle lähedal, olenemata sellest, kas kaebusi on või ei ole. Tuberkuloosne bronhiit võib areneda kopsus paiknevast vanast mitteaktiivse tuberkuloosi koldest kliiniliselt täiesti iseseisva haigusena (5). M. Šesterina (11) peab võimalikuks laialdase bronhituberkuloosi põdemist, ilma et haige eritaks tuberkuloosi mükobaktereid.

Meie andmeil esines suurte bronhide aktiivne tuberkuloos 4...6% -l aastail 1971...1973 uuritud haigetest. 7,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> -l haigetest leidsime bronhides mitteaktiivseid metatuberkuloosseid muutusi. Eksudatiivset bronhituberkuloosi diagnoosisime 2,0...4,3% -l infiltratiiv-pneumoonilise kopsutuberkuloosiga haigetest (vt. tabel), V. Vassiljev (6) aga 17,35% -l. Arvatakse, et hematogeenselt dissemineerunud tuberkuloosiga kaasneb bronhituberkuloos vaid siis, kui kopsus on tekkinud lagunemine ja

Aktiivse bronhituberkuloosi esinemissagedus aastail 1968...1973 esmakordselt bronhoskooperitult ja keskmine viga

Aastad	Kopsutuberkuloosi vormid					Kokku haigeid	Aktiivne bronhituberkuloos
	koldeline	dissemineerunud	infiltratiiv-pneumooniline	fibrooskaverniline	muud vormid		
1968	15,5±5,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	16,6±6,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	28,4±4,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	49,0±7,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	11,8±5,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	290	25,8±2,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1969	—	9,0±6,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	14,1±2,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	25,0±8,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	4,0±3,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	265	10,9±1,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1970	3,2±2,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	17,6±6,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	10,4±2,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	24,0±7,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	321	9,9±1,65 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1971	1,6±1,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	7,1±2,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	13,3±12 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	263	4,9±1,35 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1972	4,2±2,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	5,2±2,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	10,0±6,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	232	4,3±1,35 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
1973	1,6±1,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	6,5±4,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	5,1±2,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,9±2,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	261	3,8±1,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

tuberkuloositekitajad kanduvad rögaga kopsust bronhidesse. M. Šesterina (11) on tuberkulooset bronhiiti diagnoosinud siiski 9,7%-l dissemineerunud kopsutuberkuloosiga haigetest (jääknahte oli 7,8%-l). Fibrooskavernilise kopsutuberkuloosiga haigetest 68,7%-l on kindlaks tehtud ka suurte bronhide tuberkuloosi (8). Meie diagnoosisime seda märgatavalt harvem (vt. tabel).

Bronhituberkuloosi üldise esinemisageduse vähenemine on kopsutuberkuloosi patomorfoosi üks iseloomulikumaid eripärasid tänapäeval ja kahtlemata on seotud edusammudega kopsutuberkuloosi varajases avastamises ja ravis.

KIRJANDUS: 1. Hardy, K. L., Samson, P. C., Am. Rev. Tuberc., 1956, 73, 4. 451—471. — 2. Huzly, A., Böhm, F. Bronchus und Tuberkulose. Stuttgart, 1955. — 3. Scharckoff, T. Tuberk., 1966, Bd. 125, 3—6, 220—225. — 4. Tanner, E. Die Tuberkulose und ihre Grenzgebiete in Einzeldarstellungen. Bd. 11, 1957. — 5. Vosskühler, P. Prax. Pneumol., 1968, 22, 15—24.

6. Васильев Б. В., Васильева В. В. Пробл. туб., 1969, 12, 56—58. — 7. Вознесенский А. Н. В сб.: Доклады на VI Всесоюзном съезде фтизиатров. М., 1957. — 8. VIII Всесоюзный съезд фтизиатров. Тезисы докладов. М., 1973. — 9. Лапина Г. А. Туберкулез бронхов. М., 1961. — 10. Ундрец В. Ф., Цигельник А. Я. Клини. мед., 1946, 3, 1—2. — 11. Шестерина М. В. Пробл. туб., 1969, 12, 56—58.

Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser

## Filosoofia ja meditsiin

### TEADVUS TAHTELISE TEGEVUSE REGULAATORINA

SILVER KOPPEL

Tallinn

UDK 616.8-009.83:612.821:100

Erinevalt loomadest, kes on oma elutegevusega identsed, teeb inimene oma elutegevuse teadvuse ja tahte objektiks (1). Ta on võimeline oma tegude tagajärgi ette nägema ja tegevusi teatavates piirides valima. Samal ajal inimene, «nagu iga teine süsteem looduses, allub vältimatuile ja kogu loodusele ühtseile seadustele» (17). Inimese elutegevus on osa kõigi materiaalse nähtuste universaalsest seosest ja vastastikusest sõltuvusest.

Tahtelise tegevuse teadvusliku regulatsiooni ja välise determineerituse vahetada saab vaadelda antinoomilisena.

1. Inimese praktilis-materiaalse tegevuse määravad teadlikult püstitatud eesmärgid, teadvus (ideaalne) reguleerib ja mõjutab materiaalselt.

2. Teadvus (ideaalne) kui materia

suhtes sekundaarne, kui materia omadus, funktsioon, mittesubstantsiaalne produkt, ei saa materiaalselt mõjutada. Niihasti teadvuslikud kui ka mitte-teadvuslikud psüühilised protsessid on põhjuslikus sõltuvuses organismi ja väliskeskkonna vastastoimetest.

Olgu rõhutatud, et V. I. Lenin ei pidanud tegevuse determineeritust ja võimet seda teadlikult juhtida vasturääkivaks: «Determinismi idee, määrates kindlaks inimese toimingute paratamatuse ja heites kõrvale rumala loba tahtevabadusest, ei hävita sugugi ei inimese mõistust ja südametunnistust ega tema tegevuse hindamist. Hoopis vastupidi: ainult deterministlik käsitlus võimaldabki ranget ja õiget hindamist, mitte aga ükskõik mille veeretamist vaba tahte kaela» (4). Ka I. Pavlovi jaoks oli idee närvitegevuse determi-

neeritusest kooskõlas inimese isikliku, ühiskondliku ja riikliku vastutusega (17).

Üldfilosoofiline ja eetiline probleem teadvuse ja tahte vahekorra praktilise tegevusega esineb kohtupsühhiaatrias süüdivuse ning teovõime määramise teoreetilise alusena. Selle probleemiga on seotud ka nn. psühhosomaatikaprobleem meditsiinis: kuidas teadvuslikud ja teadvusetud psüühilise seisundi nihked, positiivsed ja negatiivsed emotsioonid, psühhoterapia ja psüühilised traumad somaatilist seisundit mõjutavad ja koguni ise somaatilisi haigusi kas ravivad või põhjustavad?

Filosoofia ajaloos on esitatud materia ja teadvuse (füsioloogilise ja psüühilise) vahekorra kohta järgmisi kontseptsioone.

1. Keha ja vaim on teineteisest sõltumatud, kuid vastastikku toimivad substantsid: R. Descartesi (8) dualism, mida 19. sajandi psühholoogias esindas R. Lotze (15). Psühhofüsioloogilise vastastoime teooria lükkasid aga tahtmatult ümber juba selle esimesed (okasionalistlikud) põhjendamiskatsed — keha ja vaimu kui sõltumatute substantside vastastoimet peeti võimalikuks ainult kolmanda substantsi (jumala) vahendusel [näiteks A. Geulinx (7) jt.]. Okasionalismi loogilise järjekindlusega edasi arendades väitis N. Malebranche (16), et ainsaks tõeliseks substantsiks ja kõikide muutuste ainsaks põhjuseks ongi jumal.

Filosoofiliselt eeldaks materiaalse ja ideaalse vastastoime ideaalse substantsiaalsust, mis ei oleks kooskõlas materialistliku monismiga. Loodusteaduslikult lükkab vastastoime teooria ümber asjaolu, et ideaalse vahetust vastastoimest mis tahes materiaalse või ideaalse nähtusega tuleneksid teadvusliku tegelikkusepeegelduse moonutumine ja inimese võimetus maailma õigesti tunnetada (12).

2. Teineteisest sõltumatu ja vastastikku mitte toimiva keha ja vaimu talitlused langevad kokku (jumaliku) «prestabiliseeritud harmoonia» tõttu:

J. Leibnizi õpetuse arendamisest pärinev psühhofüsioloogiline parallelism, mille tähtsamad esindajad on G. Fechner (9) ja C. Sherrington (18). Loodusteaduslikult lükkab psühhofüsioloogilise parallelismi (konkreetselt C. Sherringtoni seisukohad) ümber I. Pavlov (29, lk. 444—445). Loogiliselt järjekindlalt psühhofüsioloogiline parallelism eitab teadvuse regulatiivset toimet kehalistes protsessidesse.

3. Teadvus on materiaalne nähtus:

a) 19. sajandi vulgaarmaterialism pidas teadvust materia substantsiaalseks produktiks (38 jt.);

b) mõned marksistlikud filosoofid käsivad teadvust materia erilise, kõrgeima liikumisvormina (32 jt.) või peavad teadvust ideaalseks gnoseoloogilises ja materiaalseks ontoloogilises aspektis (31 jt.);

c) «küberneetiline mehhanitsism» peab elektronarvutit peaaegu primitiivseks analoogiks ja oletab, et subjektiivse sisemaailma omavad kas mõlemad või ei kumbki (10, 39 jt.).

Kõik loetletud kontseptsioonid selektaksid teadvuse kui füsioloogilise protsessi toime teistesse kehalistesse funktsioonidesse ja nende vahendusel välismaailma. Teadvus oleks sel juhul aga vahetult lülitatud universaalsesse seosesse, tal ei oleks mingit iseseisvust ega spetsiifilist aktiivsust; inimese tegevus oleks ainuüksi väliselt determineeritud ja tahteliselt mittereguleeritav.

4. Psüühiline kui peaaegu kõrgem funktsioon tekib füsioloogilise kui madalama alusel ning allutab selle enesele, s. o. materiaalne muutub inimorganismis ideaalseks ja ideaalne omakorda uuesti materiaalseks. Filosoofiliselt tähendab see ümberpööratud hegeliaanlust: Hegeli järgi on materia vaimu teisitiolemine (22), kirjeldatud kontseptsiooni kohaselt aga teadvus materia teisitiolemine. [Sõnaselgelt nimetab ideaalset materia teisitiolemise vormiks V. Tšernov (35)]. Kuid idealismi vastu ei saa võidelda, seda lihtsalt pahupidi pöörates. Psüühilise vahetu mõju füsioloogilisele tähendaks

vaimu primaarsust. Samuti katkeks selle lahenduse õigsuse korral materiaalne põhjuslikkuse ahel: inimorganismis lülituksid sellesse ideaalsed põhjused. Järelikult oleks rikutud materialistliku determinismi printsiip ja teadvuse vabadus oleks ülemäärane.

5. Peegeldusprotsess inimorganismis on ühteagu niihästi materiaalne kui ka ideaalne. Füsioloogiline ja psüühiline on ühe ja sama nähtuse «kaks külge», kusjuures füsioloogiline «külge» võib jätkuda tahtlise tegevusena (36 jt.). See seisukoht on formaaloloogiliselt vasturääkiv. Kuivõrd mateeria eksisteerib «väljaspool meie teadvust» (5), on hulk «Mateeria» hulga «Teadvus» täiend. Järelikult ei saa need hulgad omada ühisosa (vrd. 12, lk. 406). Samuti ei põhjenda «kahe külje» hüpoteesid psüühilise, vaid ikkagi ainult füsioloogilise toimet tegevusesse.

6. Teadvus on füsioloogiliste peegeldusprotsesside passiivne epifenomen (kõrvalnähtus), mis ei avalda tegevusse iseenesest mingit toimet. Seda seisukohta peavad marksistlikud autorid reeglina ekslikuks, teadvuse aktiivsusega vasturääkivuses olevaks. Tõsi, traditsioonilise epifenomenalismi kohta niisugune väide kehtib. Selle näideteks on T. Huxley (23), E. Hartmanni (21) ja J. B. Watsoni (19) seisukohad.

T. Huxley «häbelik materialism» eitab teadvuse idealistlikult mõistetud aktiivsust (oletust teadvuse kaugmõjust), kuid jõuab järeldusele, et teadvus on ka peaaegu loodusloolise seaduspärasusega arenevate protsesside suhtes passiivne. E. Hartmanni irratsionalistliku filosoofia kohaselt vaatleb passiivne teadvus seaduspäratult talitleva alateadvuse tegevust. Biheiviorist J. B. Watson soovitab närvitegevuse ja käitumise analüüsimisel teadvuse mõistest loobuda, kuivõrd teadvus on ainuüksi läbielavale indiviidile kuuluv subjektiivsete andmete kogum, mis käitumist ei mõjuta ning mille teaduslik analüüsimine on võimatu.

Loetletud seisukohtadega ei saa nõustuda. Inimene sooritab oma peas kujutluste ning mõistetega operatsioone, mis

eelnevad praktilisele tegevusele (2). Spetsiifiliselt inimlik (ratsionaalne) aktiivsus esineb kahe teineteisega lahutamatult seotud vormina: praktikana ja teadvusena.

Konkreetseid loodusteaduslikke hüpoteese teadvuse toime kohta tegevusele on võimalik esitada lähtudes kontseptsioonidest «kõrgem — madalam» või «kaks külge».

Toetudes rea nõukogude psühholoogide väitele, et ideaalsete kujundite formeerimisest võtab osa motoorne tegevus (vt. 14), esitab V. Orlov (28) oletuse «hüppekujulise ülemineku» kohta «tegevuselt mõttele ja mõttelt tegevusele»: liigutuste trajektorid lähevad vahetult üle ideaalseteks kujunditeks, kujundid aga praktilise tegevuse trajektorideks. Füsioloogia seisukohalt on see hüpotees üldsõnaline ja primitiivne; ta on vastuolus nüüdisaegsete füüsika-teooriatega, mis eitavad kaugmõju; filosoofiliselt kaitseb teadvuse primaarsust (või võrdväarsust mateeriaga).

«Kahe külje» kontseptsioonist lähtudes esitab hüpoteesi A. Koršunov (25). Ka tema eeldab, et ideaalsed kujundid formeeruvad praktilis-materiaalse tegevuse protsessis, ning toetub H. Walloni (20) ja J. Piaget' (30) oletusele, et mõtlemine on arenenud välise tegevuse interioriseerimise tulemusena.

A. Koršunov on seisukohal, et ideaalne kujund «kopeerib» motoorseid operatsioone, mille käigus ta on formeerunud; «ideaalne tegevus» aga, reprodutseerides praktika suhteid ning operatsioone, reprodutseerib ühtlasi ka objektiivse reaalsuse suhteid. Nimetatud mootorsetest operatsioonidest (mis A. Koršunovi väite kohaselt on ideaalse materiaalseks vormiks) saavad alguse esemelise tegevuse aluseks olevad neurodünaamilised protsessid. Kujundi «ümberšifreerumisel» tegevuseks lähevad selle motoorsed komponendid üle motoorse efekti komponentideks (25).

Esitatud hüpotees ei ole kooskõlas väitega, et ideaalne avaldab materiaal- sele vahetut mõju. Motoorseks efektiks läheb üle, reflektoriseid mehhanisme



tika) ei modelleeri ainuüksi objektiivse praktika tegelikku lõppresultaati ja selle saavutamiseks vajalikke toiminguid, vaid teostab suurel hulgal niihästi reaalselt kui ka formaalselt võimalikke modelleerimisoperatsioone. See on protsess, mida igapäevases kõnekeeles ja traditsioonilise psühholoogia terminites nimetatakse eesmärkide püstitamiseks, kaalutlemiseks, optimaalse tegevusvariandi valimiseks, tagajärgede ettenägemiseks jne.

Närvitalitluse tõenäoslik determiineeritus tagab subjektiivse praktika suhtelise iseseisvuse konkreetse situatsiooni ja objektiivse praktika suhtes. Inimese kui universaalse vastastoitmete ahela ühe lüli spetsiifika seisneb juhuslikkuse osatähtsuse tunduvas suurenemises, võrreldes teiste materiaalsete süsteemidega. Tänu sellele on inimene teatavates piirides vaba.

Teadvuse substraadi kui statistilise süsteemi funktsioneerimist reguleerivateks tingimusteks on organismi mõjutavad välistegurid ja varem mõjutanud välistegurite jäljed. Seega allub närvi-tegevuse tõenäoslik determiineeritus ometi konkreetse situatsiooni ning praktika kontrollile. Järelikult on tagatud inimesel võimalus tegutseda vastavalt oma mõistusele ja südametunnistusele ning põhjendatud ta vastutus oma tegude eest. Olgu rõhutatud, et objektiivse praktika reguleerimine subjektiivse praktika abil eeldab niisuguseid varasemate välistegurite jälgi, mis kehastuvad kõrgete ideelis-moraalsete omadustena.

Teadvuse substraat (subjektiivne praktika) on ühtlasi ka emotsioonide substraat. Nagu mis tahes kehaline protsess, on subjektiivne praktika seotud kõikide teiste füsioloogiliste talitlustega organismis ja võib järelikult nende kulgu mõjutada niihästi positiivses kui ka negatiivses suunas. Kui sellele lisandub sõnade ja nendega lahutamatu seotud meeleliste kujutluspiltide signaalne toime, on võimalik saavutada ka teatavaid suunatud muutusi konkreetsete elundite funktsioonis.

## Kokkuvõte.

1. Ideaalne kui subjektiivse praktika epifenomen ei mõjuta iseenesest organismis toimuvaid füsioloogilisi protsesse ega praktilis-materiaalset tegevust. Küll aga reguleerib organismi talitlusi subjektiivne praktika, mis on ühtlasi ka ideaalse vahetu materiaalne substraat.

2. Ideaalse näiline «üleminek» materiaalseks tegevuseks on tegelikult subjektiivse praktika üleminek objektiivseks praktikaks. See toimub reflektorsete protsessina, mis on seletatav I. Pavlovi õpetuse põhiprintsiipidest ja närvitegevuse tõenäoslikust determiineeritusest lähtudes.

KIRJANDUS: 1. Маркс, К., Энгельс, Ф. Из ранних произведений, М., 1956, 565. — 2. Маркс, К. Kapital I, Tallinn, 1953, 160. — 3. Engels, F. Looduse dialektika, Tallinn, 1962, 44, 188. — 4. Lenin, V. I. Teosed, 1, Tallinn, 1966, 138. — 5. Lenin, V. I. Teosed, 14, Tallinn, 1952, 240. — 6. Lenin, V. I. Teosed, 38, Tallinn, 1964, 200. — 7. Brulez, L. Holländische Philosophie. Breslau, 1926. — 8. Descartes, R. Arutlusi meetodist. Tartu, 1936. — 9. Fechner, G. Elemente der Psychophysik. Leipzig, 1860. — 10. George, F. H. The Brain as a Computer. Pergamon—Oxford—London—New York—Paris, 1961. — 11. Hebb, D. O. The Organization of Behavior, New York—London, 1955. — 12. Koppel, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 6, 403—408. — 13. Koppel, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 3, 188—191. — 14. Koppel, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 6, 502—507. — 15. Lotze, R. H. Medicinische Psychologie oder Psychologie der Seele. Leipzig, 1852. — 16. Maiebranche, N. Oeuvres. 1, Paris, 1837. — 17. Pavlov, I. Valitud teosed. Tallinn, 1955, 275, 276. — 18. Sherrington, C. The Brain and Its Mechanisms. Cambridge, 1934. — 19. Watson, J. B. Psychology as a Behaviorists views it. Psychological Review, 1913, 20. — 20. Валлон А. От действия к мысли. М., 1956. — 21. Гартман Э. Современная психология. М., 1902. — 22. Гегель Г. Сочинения. 1, М.—Л., 1929, 158—159. — 23. Гексли Т. Основы физиологии. М., 1899. — 24. Гращенко Н. И., Латаш Л. П. В сб.: Проблемы сознания. М., 1966, 350—365. — 25. Коршунов А. М. В сб.: Философские проблемы естествознания. М., 1967, 266—291. — 26. Леонтьев А. Н. Вopr. психол., 1970, 2, 34—45. — 27. Леонтьев А. Философская энциклопедия. 4, М., 1967, 420—422. — 28. Орлов В. В. В

сб.: Диалектический материализм и современное естествознание. М., 1964, 353—378. — 29. Павловские среды, 2, М.—Л., 1949, 444—445. — 30. Пиаже Ж., Инельдер Б. Генезис элементарных логических структур. М., 1963. — 31. Пономарев А. А. Вопр. философии, 1960, 3, 88—99. — 32. Смирнов М. И. В сб.: Сознание. М., 1967, 61—68. — 33. Уолтер Г. У. В сб.: Электроэнцефалографическое исследование высшей нервной деятельности. М., 1962. — 34. Фессар А. В сб.: Электроэнцефалографическое исследование высшей нерв-

ной деятельности. М., 1962. — 35. Чернов В. И. Анализ философских понятий. М., 1966, 174. — 36. Шептулин А. П. Система категорий диалектики. М., 1967, 133—134. — 37. Шорохова Е. В. Проблема сознания в философии и естествознании. М., 1961, 157—158. — 38. Фогт К. Человек и его место в природе. СПб, 1863. — 39. Эмби У. Р. Конструкция мозга. М., 1962.

*E. Vilde nimeline  
Tallinna Pedagoogiline Instituut*

## Ülevaated

### KANTSEROGEENSED N-NITROSOÜHENDID JA NENDE POTENTSIAALNE OHTLIKKUS INIMESELE

GEORG LOOGNA JüRI KANN

Tallinn

UDK 616-02:616-006.6(047):547.231/233

Alates 1956. aastast, mil Magee ja Barnes (13) tegid kindlaks dimetüülnitrosoamiini kantserogeensed omadused, on N-nitrosoühendeid väga intensiivselt uuritud. Palju on tehtud uurimisi nende analüüsi ja sünteesi alal Rahvusvahelises Vähiuurimise Keskuses (International Agency for Research on Cancer — IARC) Lyonis ja tema juhendatavates asutustes. Detailsema ülevaate vähikustuse N-nitrosoühendite alasest uurimistööst on avaldanud P. Bogovski (2), kelle initsiatiivil Tallinna Polütehnilise Instituudi toiduainetehnoloogia kateedris on nitrosoamiinide sisalduse määramisega juba mitu aastat tegeldud. Nitrosoamiinkantserogeneesi mehhanismide morfoloogilisi ja biokeemilisi aspekte uuritakse aga Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis. On kavas korraldada Tallinnas 1975. aasta sügisel Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide nõupidamine ja teine ülelii-

duline sümposium N-nitrosoühendite uurimise alal.

N-nitrosoühendid on nitrosoamiinid ja nitrosoamiidid. Kummalegi on iseloomulik sekundaarse lämmastikuaatomi seotud nitrosorühm ( $-N=O$ ). Radikaalideks  $R_1$  ja  $R_2$  võivad olla mis tahes orgaaniliste ühendite rühmad. Kirjeldatud on juba rohkem kui saja N-nitrosoühendi füüsikalise-keemilise, toksilise ja kantserogeenseid omadusi, kusjuures viimased on väga tugevad. Kõige rohkem on uuritud nitrosoamiine, eriti homoloogilise rea esimesi liikmeid — dimetüül- ja dietüülnitrosoamiini, dipropüül-, dibutüülamiini jt.

Nitrosoamiinid on lihtsa struktuuri ja väikese aatomkaaluga, lenduvad või mittelenduvad üendid, millest enamik lahustub vees, alkoholis, rasvades. Nad on võrdlemisi stabiilsed, eriti külmas ja pimedas. Nitrosoamiinid tekitavad kasvajaigusi igasuguse manustamisviisi puhul, need hakkavad arenema kas

manustamiskohas või kaugemal paiknevates kudedes juba mõne kuu jooksul, peaaegu 100% -l katseloomadest. Kasvajaid on esile kutsutud mitmetel kodu- ja kõikidel katselooma liikidel, sealhulgas ka muude kantserogeenide suhtes resistentsetel merisigadel ja ahvidel. See lubab eeldada, et ka inimene selles suhtes erand ei ole.

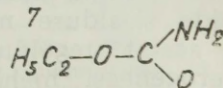
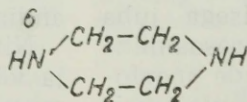
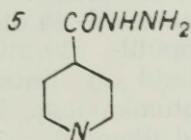
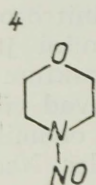
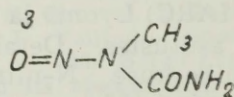
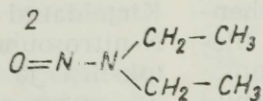
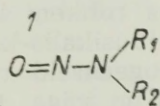
Nitrosoamiinid põhjustavad kasvaja arenemist lootel, tunginud läbi platsenta, mitte ainult emasloomale kordulval sisseandmisel, vaid juba ühekordsel veeni süstimisel. Kui rottidele tiinuse teisel poolel oli viidud veeni etüülnitrosokarbamiidi, surid kõik järglased närvisüsteemi kasvajatesse. Seejuures oli kasutatud 50 korda väiksemat annust (2% DL50), kui oleks vaja olnud sama tulemuse saamiseks täiskasvanud rottil. Neurogeensed kasvajakud tekkisid järglastel ka siis, kui emaslooma makku oli samal ajal viidud metüülkarbamiidi ja  $\text{NaNO}_2$ . Need andmed kõnelevad loote kudede suurest tundlikkusest ning sellest, et N-nitrosoühendid või nende komponendid on rasedaile ohtlikud.

Nitrosoamiinid on multipotentsed, mitmed neist elundispetsiifilised kantserogeenid. Ühe ja sama elundi piires võivad need esile kutsuda erineva histogeneesiga kasvajaid, näiteks maksas hepatoomi, kolangioomi, sarkoomi jt. G. Loogna (23), samuti teiste autorite andmeil tekivad kõige sagedamini siiski hepatotsellulaarsed vähid. Dietüülnit-

rosoamiini (2,5 mg/kg) manustamise järel hiirtel, rottidel ja küülikutel ilmnevad mõningad morfoloogilised erinevused maksakasvajate arenemises. Mida suurem on looma kaal, seda pikem on blastomatoosse protsessi latenttsusaeg. Kõige mitmekesisemad ja varajasemad muutused maksas arenevad hiirtel, kõige hiljem küülikutel.

Nitrosoamiinidega saab kasvajaid hõlpsasti indutseerida seal, kus teiste ainetega see tavaliselt ei õnnestu, näiteks söögitorus, neerudes, silmalaus ja mujal. Kasvajate paiknevus oleneb nitrosoühendi ehitusest ja metabolismist. Näiteks nitrosopiperidiin sisseantuna tekitab vähki ninakõrvalurgetes, söögitorus, maksas. Metüülnitrosokarbamiid indutseerib paikset toimides kasvajaid maos ja nahal, veeni süstituna kesk- ja perifeerses närvisüsteemis.

Nitrosoamiine kasutatakse paljudel elualadel: nad on vajalikud lahustitena, lisanditena määrdeainetele ja bensiinile, korrosioonivastaste preparaatidena, polümeerisatsiooni katalüsaatoritena ja selle takistajatena, kummi vulkaniseerimisel, tekstiilitööstuses, värvusfotograafias, põllumajanduskahjuritõrjes jne. Need on värvide, mitmesuguste heterotsükliliste ühendite, aminohapete jt. sünteesi kõrvalproduktid. On võimalik, et nitrosoamiinid satuvad tööstuste heitvetesse või koguni moodustuvad seal, valguvad lahustitesse veekogudesse ning tungivad põhjavette; võivad moodustuda kütuste



Mõningate nitrosoamiinide ja nende sünteesi komponentide valemid. 1 — N-nitrosoühendite üldvalem, 2 — dietüülnitrosoamiin, 3 — metüülnitrosokarbamiid, 4 — nitrosomorfoliin, 5 — isoniasiid, 6 — piperasiin, 7 — etüülnuretaan.

põlemisel, neid võib leiduda mootorite heitgaasides ja koos süsivesinikega võivad nad olla õhu kantserogeenseiks saastajaiks.

On juba rohkesti andmeid nitrosoamiinide sisalduse kohta põhilistes toiduainetes. Nitrosoamiinide sisaldust määratakse bioloogilistes substraatides ja loomses organismis väga täpsetel meetoditel (mass-spektromeetria jt.), mis lubavad neid avastada kontsentratsioonis kuni  $10^{-9}$ ... $10^{-8}$ . Kolorimeetria-, polarograafia- ja kromatograafiameetodeil tegi J. Kann kaasautoritega esimesena Nõukogude Liidus kindlaks nitrosoamiinide sisalduse rohkem kui kolmekümnes kalakaubas. Tabelis ongi toodud mõned iseloomulikud andmed, millest nähtub, et selle peamine põhjus on kala kuumsuitsutamine. Oluline on ka kala liik, sest näiteks meriahven sisaldab nitrosoamiini värskena kolm korda rohkem kui suitsutatuna. Seevastu suitsutatud kilus on nitrosoamiini 10 korda rohkem kui värskes.

Nitrosoamiine on varieeruvul hulgal leitud suitsuvorstis, peekonis, nisujahus, söödavates sentes, näiteks šampinjonis 0,4—5, kirbes pilvikus 10,2,

Summaarne nitrosoamiinide sisaldus mõnedes kalades (arvutatuna dimetüülnitrosoamiinile)

Kala	µg/kg kala kuivaines	Kala	µg/kg kala kuivaines
<i>Värsked</i>		<i>Praetud</i>	
Kilu	7	Lest	3
Tursk	0	Tursk	0
Lest	9	Kalakotlet	2
Meriahven	26		
<i>Kuum- suitsutatud</i>		<i>Konserveeritud</i>	
Kilu	74	Praetud atlandi makrell õlis	0
Makrell	26	Atlandi makrell tomatikastmes	14
Tursk	107	Praetud räim õlis	4
Lest	13	Suitsutatud räim õlis	10
Meriluts	238	Kaug-Ida lest tomatikastmes	14
Meriahven	8	Sprotid õlis	0

harilikus külmaseenes 12, tavariisikas 9,2 µg/kg, ja teistes toiduainetes (8). Ei ole veel andmeid, kas nendes sisalduvad nitrosoamiinid võivad inimesele kantserogeenselt ohtlikuks osutada. Guami saare elanikud, kes söövad rohkesti tsükadopalmi pähkleid, põevad maksavähki sageli. On kindlaks tehtud, et need pähklid sisaldavad mittekantserogeenset glükosiidi tsükasiini, mis soole mikrofloora toimel laguneb suhkruks ja aglükooniks — metüülasooksimetanooliks, mis keemiliselt on lähedane dimetüülnitrosoamiinile (20).

Lähtudes epidemioloogiliste uurimiste andmetest, mis on näidanud, et Normandias ja Inglismaal esineb korrelatsioon alkoholismi ja söögitoruvähki haigestumise vahel, määrasid P. Bogovski ja kaasautorid (3) kodus valmistatud õunaviina nitrosoamiinisaldust. Ilmnes, et see jook sisaldab vähesel määral dimetüül- ja dietüülnitrosoamiini. Tööstuslikult valmistatud õunaviinas neid aineid ei leidunud. Mõnedes Aafrika piirkondades esineb söögitoruvähki väga sageli, mida on püütud seletada sellega, et sealsed elanikud kasutavad selliseid alkohoolseid jooke, milles on avastatud väga nõrgas kontsentratsioonis (1...3:1 miljonile) dimetüülnitrosoamiini. Soodustavaks teguriks peetakse ka toidu valguvaegust, mis tugevdab nitrosoamiinide kantserogeenset toimet (14).

N-nitrosoühendid võivad oma komponentidest moodustuda mitmesugustes tehnoloogilistes ja bioloogilistes protsessides, sekundaarsetest ja tertsiaarsetest amiinidest, N-alküül- või N-arüülasüülamiididest, reageerides nitroseeerivate ühenditega (nitritid, lämmastikoksiidid) nõrgalt happelises keskkonnas. Nimetatud komponente leidub aga rohkesti. Näiteks sisaldab tubakas mitmeid sekundaarseid amiine (anabasiin, nornikotiin, dimetüül- ja dietüülamiin, proliin jt.), mis reageerides lämmastikoksiididega võivad moodustada vastavaid nitrosoamiine. E. Boyland (4) eeldabki, et nornikotiinnitrosoamiin etendab teatavat osa kopsuvähi tekkes. Arvatakse, et suitsetamisel moodustub

bensopüreeni ja teisi kantserogeenseid süsivesinikke liiga vähe selleks, et inimesel vähki esile kutsuda; ilmselt on suurem tähtsus nitrosoamiinidel, mis süljega makku ja õhuga kopsu satuvad.

Nitrosoamiini sünteesi komponente tuleb rohkesti ette põllumajandusliku tootmise sfääris. Lämmastikväetiste laialdase kasutamise tõttu, eriti Eesti NSV-s, sisaldavad taimsed saadused ja joogivesi ülemäära nitraate, mis osalt juba väliskeskkonnas mikroobide poolt nitrititeks taandatakse. Andmed  $\text{NO}_3$  ja  $\text{NO}_2$  suure sisalduse kohta Eesti NSV-s kasvatatud juurviljades on esitanud H. Lutsoja (24) ja M. Rooma (25). J. Sanderi (15) järgi ei leidu  $\text{NO}_2$  piimas ega värskes võis, kuid juustus on seda 0,21 mg%, puu- ja köögiviljakonservides on  $\text{NO}_2$  vähe, vaid 0,02 mg%. Värskes kalas ja kalakonservides leidub  $\text{NO}_2$  ainult 0,9 mg%, suitsutatud kalas 10 korda rohkem — 0,97 mg%, suurim  $\text{NO}_2$ -sisaldus on vorstis, lihakonservides ja singis — keskmiselt 1,85, maksimaalselt 6,15 mg%. On välja arvatatud, et inimene saab päevas 22 mikromooli nitriteid, mis on küllaldane nitrosoamiinide endogeenseks sünteesimiseks.  $\text{NO}_3$  poolt rikastes taimedes võivad mikroobide elutegevuse tagajärjel moodustuda nitritid vahel suurtes kogustes. Näiteks spinatis on leitud  $\text{NO}_2$  73 mg/100 g; see kontsentratsioon on osutunud lastele toksiliseks. Nitritite rohkuse tõttu on mitte üksnes imikutel, vaid ka koolilastel ja täiskasvanutel kindlaks tehtud nitraat-nitrit-hemoglobineemiat (22). Viimasest tingitud hüpoksia puhul arenevad loodetel anomaaliad. Näiteks  $\text{NaNO}_3$  või  $\text{NaNO}_2$  ühekordne viimine kanamunasse annuses ainult 1 nanogramm kuni 1 mg mõjub embrüotoksiliselt ja teratogeenselt: kõikidel katseloomadel tekivad mitmesugused arengudefektid ja -anomaaliad (26).

Nitriteid leidub liha- ja kalasaadustes ülemäära seetõttu, et nende konserveerimiseks ning loomuliku värvuse säilitamiseks kasutatakse liiga ohtralt salpeetrit. M. Hunt (10) on juba kindlaks teinud, et nende saaduste loomu-

liku värvuse tagamiseks ei ole sugugi tarvis nii palju salpeetrit kasutada, piisab nitriti lisamisest ainult 5 mg% (seda võib asendada ka PP-vitamiiniga samas kontsentratsioonis). Alates 1973. aasta jaanuarist on Norra tervishoiuorganid nitraadid ja nitritid kui toiduainete lisandid vabamüügilt kõrvaldanud, neid väljastatakse nüüd üksnes eriloal (1).

Üle kolmekümne laialt kasutatava pestitsiidi on karbamiin-, tiokarbamiin- ja ditiokarbamiinhappe derivaadid (karbamaadid). Nitrititega reageerides moodustavad nad kantserogeenseid nitrosoamiine, mis *in vitro* ja *in vivo* on juba tõestatud tsineebi, tsiraami, ferbaami, seviini jt. pestitsiidide suhtes (7, 27). Arvestades pestitsiidide vastupidavust väliskeskkonna mõjudele ja nende jääkide leidumist paljudes taimsetes saadustes, on väga tõenäoline, et neid satub ka inimese organismi niisugustes kogustes, millest teatavatel tingimustel tekivad nitrosoamiinid.

Et meil on ravimid küllalt kättesaadavad ja odavad ning et nende tarbimine üha suureneb, võivad paljud nitrosoamiinide komponente sisaldavad ravimid etendada teatavat osa nende kantserogeenide spontaanses tekkes. Näiteks väga paljud haiged tarvitavad pikema aja vältel spasmolüütisi ja hüpotensiivseid vahendeid — anorgaanilisi või orgaanilisi nitriteid või orgaanilisi nitraate, näiteks nitroglütseriini, nitranooli, amüülnitritit, naatriumnitritit jt. Palju on diskuteeritud isonikotiinhappe hüdrasiidi, tema derivaatide ja analoogide kantserogeensuse üle, liiati et neid preparaate kasutatakse suurtes annustes ja kaua. Juba 1957. aastal on kindlaks tehtud, et isonikotiinhappe hüdrasiid tekitab 30%-l hiirtest kopsu- ja maksakasvajaid ning leukoosi (11). On ka mitmeid kliinilisi ja epidemioloogilisi tähelepanekuid selle kohta, et kopsuvähki surnute arv isoniasiidiga ravitute hulgas on suurenenud, sagedamini on tekkinud nahavähk. G. Loogna (12) andmeil stimuleerib ftivasiid proliferatiivseid protsesse; see seisukoht on kooskõlas L. Jannuse

(28) tähelepanekuga, mille järgi preparaati intensiivistab nukleiinhapete ainevahetust. Algul arvati, et isoniasiidhappe hüdrasiidi blastomogeensus on tingitud hüdrasiinrühmast. Et ta aga struktuurilt on sekundaarne amiin, siis ei ole võimatu, et nitrititerikka toidu ja vee tarvitamisel moodustub organismis vastav kantserogeenne nitrosoamiin. S. Bogovski käimasolevad katsed hiirtel seda võimalust ei eita. Kui see oletus lõplikku kinnitust leiab, siis on kantserogeense ohu vältimiseks vaja isonikotiinhappe hüdrasiidiga ravitava haigete toidus nitritite hulka piirata või neid ajutiselt vältida.

Veel paljudki ravimid (piperasiin, efedriin, kordiamiin, amidopüriin, oksütetratsükliin jt.) või nende koostisosad (näiteks morfoliini) on struktuurilt kas sekundaarsed või tertsiarsed amiinid või amiidid. Ureetaani (karbamiinhappe etüülestri) kantserogeensus on ammu tuntud — teda kasutatakse kasvajate indutseerimiseks. Kõik sellised ühendid võivad muutuda vastavateks nitrosoamiinideks, nagu mitmete preparaatide kohta *in vitro* või *in vivo* on juba tõestatud. Eriti peab tähelepanu juhtima morfoliini ja selle derivaatide ohtlikkusele. Salitsüülhappe morfoliini soola on kasutatud reuma ravimina, 3-metüül-2-fenüülmorfoliini on soovitatud rasvumise vastu. Morfoliin on vajalik lahustajana, kummi tootmisel, puhastusvahendite valmistamisel jne. Seega on rohkesti isikuid, kes morfoliini võivad pikema aja vältel kokku puutuda. Muidugi tekib küsimus, kas ka endogeenselt tekkinud nitrosoamiinid võivad kasvajaid esile kutsuda. Selle tõestamiseks viisid J. Sander ja G. Bürkle (16) rottide makku 8 nädala vältel 0,5%-list  $\text{NaNO}_2$  koos 0,5%-lise morfoliini või 0,5%-lise N-metüülbensüülamiiniga. Loomad hukkusid 5...8 kuu pärast, esimesel juhul maksa-, teisel söögitorukasvajate tagajärjel. Samasuguseid tulemusi on saadud  $\text{NaNO}_2$  üheaegsel manustamisel alküülamiidi, 2-imidasolidiini ja mitmete teiste analoogset struktuuri ühenditega. Seega vastavate komponentide leidumisel

maos sobivates vahekordades võivad moodustuda nitrosoamiinid koguses, mis on küllaldane kasvajate indutseerimiseks. Samalaadne protsess toimub ka inimese maos. Teatavasti haigestuvad maovähki mõnevõrra sagedamini need, kes põevad atroofilist alahapelist gastriiti, mis J. Sanderi ja F. Seifi (17) arvates (31 haige andmetel) soodustab nitrosoamiinide sünteesi. Analoomilisi andmeid on saanud N. Sen ja kaasautorid (19).

Inimene saab toidu ja maitseainetega ligikaudu 100 mitmesugust amiini, ühe söömaaja kohta kuni 100 mg. Eriti kõrge on nende kontsentratsioon kala-saadustes, puu- ja aedviljamahlades. Proteiini sisaldavate toiduainete keetmisel moodustuvad peale teiste aminohapete proliin ja arginiin, samuti nitro-seeruvad amiinid pürrolidiin, piperidiin jt. Nagu juba eespool märgitud, võivad nitrosoamiinide komponentideks osutada paljud ravimid, pestitsiidid ja muud kemikaalid. Kui toiduained ja vesi sisaldavad rohkesti nitraate või nitriteid, siis nähtavasti kujunevadki soodsad tingimused nitrosoamiinide endogeenseks moodustumiseks. Näiteks Tšiili põhjaprovintsid, kus asuvad suurimad salpeetrilademed, on söögitoru- ja maovähki haigestunudid väga palju. Rohke salpeetrisaldusega pinnases taandab mikrofloora nitraadid nitrititeks, mis siis taimsete saaduste ja joogiveega satuvad ülemääras koguses elanike seedekulgasse. Seal toimub arvatavasti nitrosoamiinide süntees niisugusel hulgal, millest piisab vähi esilekutsumiseks (21).

Samalaadseid tähelepanekuid on tehtud Kolumbias, kus mägirajoonide elanike maovähihaigestumus, samuti nende uriini nitraatide sisaldus on suur. Rannaäärsetel elanikel on mõlemad näitarvud madalamad (5).

Nitrosoamiinide moodustumine seedekulglas on olemas teataval määras mikrofloora laadist, millest omakorda sõltub sisaldise pH. Atroofilise gastriidi puhul on soodustatud anormaalse mikrofloora vohamine. Mitmed mikroobid, näiteks *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*,

*Serratia marcescens*, redutseerivad nitraate nitrititeks ja osalevad nitrosoamiinide sünteesis (15); soolemikroobide tüved (laktobatsillide, streptokokkide, klostriidiumi, bakteroidese ja bifidobakterite) võivad sekundaarseid amiine nitroseerida isegi soole neutraalse pH korral (9). Normaalse mikrofloora puhul on seedekulglas vähem soodsaid tingimusi nitrosoamiinide spontaanseks sünteesiks.

Nitrosoamiinide hulk, mis inimese organismi on sattunud või seal moodustunud, ei ole tõenäoliselt kuigi suur. Kuid H. Druckrey (6) andmeil võivad isegi väga väikesed kantserogeeniannused manustatuna pikema aja vältel blastomatooset kasvu põhjustada, kusjuures isegi summaarne annus võib võrdlemisi väike olla.

Inimese organismi toimivad ühel ja samal ajal rohkearvulised, kuid enamasti nõrgad keemilised, füüsikalised ja bioloogilised blastomogeensed tegurid. Ühtlasi tuleb arvesse võtta paljusid modifitseerivaid tegureid (immuunoloogilisi, geneetilisi jt.), samuti kokantserogeneesi- ja sünkartsinogeneesiefekte. Viimase tõestamiseks manustas D. Schmähl (18) rottidele korraka kolme tugevasti kantserogeenset nitrosoamiini ja dimetüülaminoasobensooli nii väikestes annustes, et igaüks neist ainetest omaette ei oleks suutnud roti eluea vältel kasvujaid indutseerida. Üheaegselt toimides tekitasid need hepatotroopsed kantserogeenid siiski rohkesti hea- ja pahaloomulisi kasvujaid. Sünkartsinogeneesiefekti on esile kutsutud ka erinevate süsivesinikkude ja nitrosoamiinide üheaegse manustamisega. Mitmed nitrosoamiinid on nii kantserogeense kui ka immunosupressiivse toimega, kuid need toimed ei ole alati korrelatsioonis.

Kuigi N-nitrosoühendeid uurib peamiselt eksperimentaalne onkoloogia, pakuvad sel alal saadud andmed huvi ka vähi epidemioloogia seisukohalt ja võib loota, et selguvad ka mõningad inimese vähi etioloogilised tegurid. Edasised ülesanded seisnevadki selles, et loomkatsetes ilmnenud N-nitrosoühen-

dite sünteesi ja ringlemise seaduspärasusi kõrvutada tähelepanekutega haigestumise kohta ühte või teise vähivormi. Nendevaheliste seoste põhjal peaks olema võimalik kavandada mõningaid vähiprofülakтика abinõusid. N-nitrosoühendite mõnede komponentide organismi tungimist on võimalik piirata. Eriti vajalik on see nitritite suhtes, sest peale kaudse kantserogeense ohtlikkuse on neil toksiline, teratogeenne ja mutageenne toime. Et kantserogeenseid aineid, nende hulgas ka N-nitrosoühendeid vähem organismi satuks, tuleb pearõhk panna võitlusele biosfääri ja toiduainete kantserogeense saastumise vastu. On ka teist laadi vahendeid, näiteks askorbiinhappe andmisega N-nitrosoühendite moodustumise pidurdamine.

Kui arvestada ühelt poolt N-nitrosoühendite kantserogeensid omadusi, teiselt poolt nende laialdast kasutusala ja rohkeid kontaktivõimalusi nendega või nende sünteesi komponentidega, on need ained vähemalt elanike teatavale osale potentsiaalselt ohtlikud, isegi enam kui süsivesinikud. Seetõttu on vajalik, et kõigest ülalmainitust oleksid teadlikud mitte ainult arstid, vaid ka keemikud, toiduainete ja muude tööstusharude tehnoloogid, samuti agronoomid jt., kellest oleneb vähktõve hügieenilise profülaktika abinõude realiseerimine.

KIRJANDUS: 1. Aune, T. Nord. Vet. Med., 1972, 24, 356—369. — 2. Bogovski, P. In: N-nitroso Compounds Analysis and Formation. IARC Sc. Publ. Nr. 3, Lyon, 1972, 1—5. — 3. Bogovski, P., Walker, E. A., Castegnaro, M., Pignatelli, B. N-nitroso Compounds (IARC Newsletter), 1974, 5, II. — 4. Boyland, E. Nature, 1964, 202, 4937, 1126. — 5. Correa, P., Cuello, C., Duque, E. J. Nat. Canc. Inst., 1970, 44, 297—301. — 6. Druckrey, H. Naturwissenschaften, 1962, 49, 10, 217—228. — 7. Eisenbrand, G., Ungerer, O., Preussmann, R. N-nitroso Compounds (IARC Newsletter), 1974, 5, 14. — 8. Ender, F., Ceh, L. Food Cosmet. Toxicol., 1968, 6, 3, 569—571. — 9. Hawksworth, G., Hill, M. J. Biochem. J., 1971, 122, 28—29. — 10. Hunt, M. Lihatoode valmistamise tehnoloogia täiustamine. Diplomitöö. Tallinn, 1971. (Käsikiri Tallinna Polütehnilises Instituudis). — 11. Juhasz, I., Baló, J., Kendrey, G. Z. Krebsforsch.,

1957, 62, 2, 188—196. — 12. Loogna, G. Eesti NSV TA Toim., VI, Biol. s., 1957, I, 75—84. — 13. Magee, P. N., Barnes, J. M. Brit. J. Cancer, 1956, 10, 114—122. — 14. McGlashan, N. D., Walters, C. L., McLean, A. E. Lancet, 1968, 7576, 1017. — 15. Sander, J. Hoppe-Seyler's Z. Physiol. Chem., 1968, 349, 429—432. — 16. Sander, J., Bürkle, G. Z. Krebsforsch., 1969, 73, I, 54—66. — 17. Sander, J., Seif, F. Arzneimittel-Forsch., 1969, 19, 1091—1093. — 18. Schmähel, D. Z. Krebsforsch., 1970, 74, 457—466. — 19. Sen, N. P., Smith, D. C., Schwinghamer, L. Food Cosmet. Toxicol., 1969, 7, 301—307. — 20. Spatz, M. et. al. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1967, 124, 691—627. — 21. Zaldivar, R. Z. Krebsforsch., 1970, 75, I, 1—13.

22. Дискаленко А. П. Водно-нитратная метгемолобинемия и ее профилактика. Кишинев, 1969. — 23. Лоогна Г. О. В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Таллин, 1974, 59—65. — 24. Лутсоя Х. И., Роома М. Я., Раннамяэ Р. Р.

В кн.: Материалы научной конференции, посвященной 75-летию кафедры гигиены ТГУ и 30-летию Тартуской СЭС. Тарту, 1970, 83—87. — 25. Роома М. Я. Гигиеническое исследование овощей, выращенных с применением азотосодержащих удобрений. Автореф. дисс. канд. биол. наук. Тарту, 1973. — 26. Субботин Ф. Н., Волкова Н. В. В кн.: Сб. докладов II республиканского съезда эпидемиологов, инфекционистов и гигиенистов. Таллин, 1972, 309—311. — 27. Чернов О. В., Хиценко И. И. Вопр. онкол., 1969, 4, 71—74. — 28. Яннус Л. Э. Гистологическое и гистохимическое исследование процессов заживления при туберкулезе под влиянием стрептомицина и фтивазида. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1957.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut*

*Tallinna Polütehniline Instituut*

## STRESSIPROBLEEM

ATKO VIRU

Tartu

UDK 612.821.34(047)

1936. a. ilmus esimene publikatsioon põhifaktidest üldise mittespetsiifilise kohanemismehhanismi olemasolu kohta. Selleks oli ajakirjas «Nature» avaldatud mõnekümnerealine lühiteade Kanadas töötavalt 27-aastaselt teadlaselt H. Selyelt (1). Tõsi, sisuliselt analoogilisi seisukohti olid avaldanud ka varem mitmed silmapaistvad teadlased. Eriti suur sugulus oli H. Selye avaldusel A. Bogomoletsi (7) varem publitseeritud seisukohtadega. Kuid H. Selye ei piirdunud üksnes fenomeni konstateerimisega, vaid pühendas palju energiat ja aastakümneid nõudnud töö selle detailsele uurimisele, suutes oma seisukohtade irriteeriva esitusega kaasa tõmmata arvuka uurijate ringi, kes samuti pühendusid sellele probleemile, jagunedes H. Selye järgijaks ja kriitikuiks. Kõige selle tulemusena saavutas H. Selye formuleeritud ja tema 12 monograafias detailselt argumenteeritud üldine adaptatsiooniteooria suure populaarsuse. Mitte üksnes teaduslikku terminoloogiasse, vaid ka rahva kõne-

pruuki on ulatunud H. Selye terminid «stress», «stressor» ja mõnel juhul koguni nendest tuletatud verb «stressama».

Suhtumine üldisse adaptatsiooniteooriasse on Nõukogude Liidus läbi teinud omapärase muutuse. Kuigi H. Selye oli juba 1939. a. võimalus publitseerida Nõukogude Liidus mõningaid omi seisukohti (15), ei leidnud see tollal olulist vastukaja. Viiekümnendate aastate algul, kui üldine adaptatsiooniteooria oli välismaal laialdase populaarsuse võitnud, hakati Nõukogude Liidus seda käsitlema metafüüsilise teorianana. Võimaluse selleks andis H. Selye seisukoht adaptatsioonienergia kohta ning väide, et see energia elu vältel ei suurene, vaid üksnes väheneb (2, 3). Et mainitud teoreetiline kalkulatsioon oli mitteküllaldaselt argumenteeritud ja H. Selye tõesti ei näinud oma esimestes publikatsioonides võimalust adaptatsioonienergia aluseks olevate potentsiaalide taastamiseks, siis, põhinedes ajastu iseloomul, oli sellest küllalt, et

teoriale tervikuna anda äärmiselt hukkamõistev hinnang.

Teravalt kritiseeriti H. Selye teooriat närvismiprintsibi seisukohalt. Süvenemata probleemisse, asuti seisukohale, et kui H. Selye tegeleb ainuüksi endokriinsete näärmetega ega käsitle kesknärvisüsteemi talitlust, siis ilmselt eitab ta kesknärvisüsteemi juhtivat osa. H. Selye töödega põhjalik tutvumine aga ei luba selle ajapikku trafaretseks saanud kriitikaga nõustuda. H. Selye on korduvalt tähelepanu juhtinud sellele, et stressreaktsiooni võib hävitanud olla kesknärvisüsteem, kuid reaktsiooni efektoorsel poolel on keskne koht hüpofüsaar-adrenokortikaalsel süsteemil (4, 6). Kapitaauses monograafias «Stress» (3) annab H. Selye spetsiaalse lõigu, milles ta kõrvutab oma teooriat I. Pavlovi töödest tuleneva kaitsereflekside kontseptsiooniga, näidates nende kahe seisukoha suurt sugulust. Vastates kriitikale närvismi printsibilt, ütleb H. Selye (5), et tema kui endokrinoloog jäi «oma liistude juurde», kuid tema oleks valmis igati tervitama neurolooge ja neurofüsiolooge, kes võtavad endi peale vastavate neuromehhanismide detailse analüüsi.

Hiljem, alates viiekümnendate aastate lõpust on H. Selye teooria saanud Nõukogude Liidu paljudes teaduslikes kollektiivides uurimistöö nurgakiviks ja praeguseni käsitlevad meie teadlased arvukates uurimustes selle teooria mitmeid aspekte.

Kuid koos populaarsusega on teooria käsitlemisel tekkinud mitmeid, sageli vastakaid seisukohti, mis ulatuvad isegi põhimõisteteni. Näib paradoksaalsena, kuid siiski on üheks vaidlusobjektiks saanud küsimus: «Mis on stress?»

Mõistet «stress» kasutasid psühholoogid juba enne H. Selye suure psüühilise pinge tähistamiseks. Tuginedes H. Selye teoriale hakkas psühholoogias, füsioloogias ja meditsiinis laialdaselt levima mõiste «emotsionaalne stress», s. o. stress, mille on põhjustanud emotsionaalne ärritus. Kuid siit omakorda kerkivad kaks probleemi.

1. Antud juhul ei peeta emotsionaalse stressi tunnuseks sageli mitte üldiste kohanemismehhanismide aktiveerimist, vaid, tuginedes varajasemale psüühilise stressi mõistele, lihtsalt emotsionaalse pinge tõusu. Viimane võib olla üldise kohanemismehhanismi aktiveerija, kuid seda pole ta mitte alati.

2. Analoogiliselt «emotsionaalse stressiga» on hakatud rääkima veel paljudest muudest stressidest, nagu «farmakoloogiline stress», «füüsiline stress», «traumaatiline stress», «kiiritusstress», «klimaatile stress» jt. Nendel juhtudel on hea, et juhitakse tähelepanu stressi tekke põhjusele, kuid halb on see, et koos sellega nagu püütakse rõhutada üldise mittespetsiifilise reaktsiooni asemel spetsiifilise külgi.

Sagedaseks vaidlusobjektiks on saanud, kas stress on füsioloogiline või patoloogiline nähtus. Kuigi H. Selye on korduvalt rõhutanud stressreaktsiooni kaitsest, s. o. füsioloogilist tähtsust, on stressi sageli käsitletud kui tingimata patoloogiale viivat nähtust. Muidugi ka seda ei eita H. Selye. Ta ütleb: «Stress on kõigi mittespetsiifiliste bioloogiliste fenomenide summa, kaasa arvatud kahjustus ja kaitse» (16). Tema adaptatsioonihauguste kontseptsioon juhib tähelepanu arvukatele võimalustele patoloogia tekkes stressreaktsiooni foonilt. Kuid ei tohi kahe silma vahele jätta H. Selye (3) poolt rõhutatut, et patoloogilised muutused tekivad stressreaktsiooni foonilt siis,

kui mittespetsiifiline kaitsemehhanism osutub mitteküllaldaseks;

kui mittespetsiifiline kaitsemehhanism on ülemäära tugevalt väljendunud ja kestab ülemäära kaua;

kui organismi talitlust mõjutavad erilised konditsioneerivad tegurid, nende hulgas ka toidu mineraalisisaldus.

Selline segadus stressiteooria põhis seisukohtade ja mõistete käsitlemisel on teinud hädavajalikuks probleemi põhjaliku vaagimise autoriteetsetes kogudes. Sellise ülesande võttis endale ka

möödunud aasta lõpul Kišinjovis toimunud üleliiduline sümposium, millel käsitleti stressi ja tema patogeneetilisi mehhanisme.

Diskussioon stressi olemuse üle algas teravalt vastakate seisukohtadega. Ühed arvasid, et stressist saab rääkida üksnes siis, kui on tegemist patoloogiaga, teised jälle, et stress on füsioloogiline reaktsioon, mis seisneb organismi kaitsejõudude mobiliseerimises ja mis teatavates tingimustes võib viia patoloogilistele seisunditele. Vaagides poolt ja vastu argumente jõuti siiski üldiselt kõlama jäänud seisukohale, et stressi tuleb ikkagi käsitleda eelkõige füsioloogilise kaitsereaktsioonina. Seejuures aga rõhutati, et stressiks ei tule pidada mitte igasugust kaitsemehhanismide aktiveerumist, vaid see tekib organismile mõjuva erakordse mõjutuse ja organismi kaitsereaktsioonide vastastikuse koosmõju tulemusena. Selleks et seda erakordset mõjutust stressoriks pidada, peab ta esile kutsuma kindlasuunalisi ja küllalt kestvaid muutusi, mis on käsitletavad mittespetsiifilise kohanemismehhanismi avaldusena.

Stressi olemuse ja tema praktiliste avalduste mõistmist keerustab veel see, et stressis on alati nii üldisi, mittespetsiifilisi kui ka spetsiifilisi jooni. Ühtedel juhtudel nivelleerub spetsiifika mittespetsiifilise reaktsiooni foonil, millest tuleneb reaktsiooni üldise dünaamika laad. Teistel juhtudel aga avaldub spetsiifika kõige eredamalt.

Oma mehhanismi poolest, mitte aga iga konkreetse avalduse poolest, on stressireaktsioon mittespetsiifiline. Selle mittespetsiifilise reaktsiooni eesmärk on kohandada koed ja nende ainevahetus sellisele tasemele, millelt nad on suutelised kõige efektiivsemalt mobiliseerima spetsiifilisi kohandumis- ja kaitsereaktsioone.

Kirjeldades stressireaktsiooni kriipsutas H. Selye alla, et selles reaktsioonis on kesksel kohal hüpofüsaar-adrenokortikaalne süsteem. Vaevalt, et selles saab kahelda. Kuid mõistet «keskne koht» tuleb öieti mõista. Stressreakt-

sioon ei alga ega lõpe ainult hüpofüsaar-adrenokortikaalse süsteemiga. Tänapäeval ei saa enam olla kahtlust, et selle reaktsiooni aktiveerimine toimub kesknärvisüsteemi vahetul osavõtul ja juhtimisel. Ungarlaste K. Lissáki ja E. Endröczy monograafiast (13), paljudest nõukogude teadlaste (9, 10, 14) ja teiste töödest leiame selleks küllaldast ning veenvat argumentatsiooni.

Kui retikulaarformatsioonile anda tugevaid elektriärritusi, suureneb kortikoidide sisaldus veres, kui aga nõrgeid, kortikoidide sisaldus väheneb (14). Nähtavasti on retikulaarformatsioonis kaks süsteemi, mis reguleerivad hüpofüsaar-adrenokortikaalse süsteemi talitlust. Nendest aktiveerival süsteemil on ilmselt suur tähtsus stressireaktsiooni teostumisel, pidurdav süsteem aga võtab osa kortikoidide põhitaseme reguleerimisest. Katsed organismi katehoolamiinivarusid reserpiini toimel välja kurnata võimaldasid järeldada, et aju adrenergilised struktuurid ei ole siiski ainumääravad hüpofüsaar-adrenokortikaalse süsteemi aktiveerimisel stressis. Siin eksisteerivad keerukaid vahekordi rõhutavad veel faktorid, et hüdrokortisooni manustamine väldib rottidel stressi poolt esilekutsutud noradrenaliinisalduse vähenemist ajukoes, adenalektomia aga intensiivistab seda muutust, samuti see, et noradrenaliini metüleerimine adrenaliiniks hüpotaalamuses intensiivistub kortikoidide toimel (14).

Hüpofüüs-adrenokortikaalse süsteemi aktiivsuse hindamisel tekivad mitmed meetodilised probleemid. Milline näitaja on kõige informatiivsem? Neurosekretsiooni intensiivsuse, AKTH-sisalduse hüpofüüsis ja vereplasmas, kortikoidide sisalduse vereplasmas ja neerupealistes ning kortikoidide sidumise vereplasma valkude poolt kõrvutamise stressis võimaldas järeldada, et kõige informatiivsem näitaja hüpofüsaar-adrenokortikaalse süsteemi talitluse iseloomustamisel on kortikoidide sisaldus veres, eriti kui arvestada valguga seotud ja vabade kortikoidide vahekorda. Samas aga tuleb arvesse

võtta, et stressi puhul, mil ilmneb olulisi muutusi tsirkuleeriva vere hulgas, on peamine tähtsus mitte hormooni kontsentratsioonil, vaid tema koguhulgal veres (12).

Neerupealiste koore hormoonide suurenemine sekretsioonile järgnevad kudedes fermentsüsteemide aktiivsuse, koemembraanide läbilaskvuse, ionide transmembraansete nihete, valgu sünteesi ulatuslikud muutused jpm. Kuid ka see ei määratle veel kogu pilti. Tähtsal kohal on sümptoadrenaalsüsteemi aktiveerimine ning sellest tulevad ainevahetuslikud ja funktsionaalsed muutused, samuti paljud teiste hormonaalsete ja mittehormonaalsete süsteemide talitluse muutmine ning uute omavaheliste vahekordade kujunemine.

G. Kassili ja E. Matlina (11) uurimused toovad esile faasilise sümptoadrenaalsüsteemi talitluses stressi ajal. Nad näitasid, et esimesele staadiumile on iseloomulik noradrenaliini kiire vabanemine närvilõpmetest hüpotaalamuses ja mujal, millele kaasub neerupealiste säsi talitluse aktiveerimine. Iseloomulikud muutused on noradrenaliinisalduse vähenemine ajukoos, adrenaliini- ja noradrenaliinisalduse suurenemine veres, ilma et katehhoolamiinide sisaldus neerupealistes väheneks, ja adrenaliinisalduse suurenemine müokardis. Teisele staadiumile on iseloomulik adrenaliinisalduse suurenemine veres, kuid vähenemine neerupealistes, noradrenaliini vabanemine südame sümpaatilistest närvilõpmetest ning adrenaliini tungimine läbi hematentsefaalbarjääri ajukoosse. Kolmas on kurnatuse staadium — neerupealistes, veres, ajus ja südames katehhoolamiinide sisaldus väheneb.

Selle laboratooriumi uurimised inimestel andsid kinnitust, et üldise emotsionaalse erutuse ja hirmu puhul on adrenaliinisalduse tõus ülekaalus noradrenaliinisalduse tõusu üle. Vastupidine aga eksisteerib seisundite puhul, mis nõuavad vastupanu, visadust, võitlust olemasolu eest. Uuringud heli

kiirust ületavates lennukites ja barokambris on näidanud, et ülesannete täitmise ja alarõhu talumisega kaasneb noradrenaliinierituse suurenemine.

A. Valdmani (8) uurimused viitavad emotsionaalse stressi puhuste käitumisreaktsioonide ja adrenokortikaalse aktiivsuse diferentsitud farmakoloogilise mõjutamise võimalusele. Et aga stressreaktsioonil on kaitsev iseloom, siis selle farmakoloogiline blokaad peaks kõne alla tulema vaid erandjuhtudel.

Emotsionaalne tegur on stressis suurema tähtsusega kui bioloogiline signaal, mis aktiveerib organismi kaitsemehhanisme. Kuid on äärmiselt oluline lühendada stressori toimele järgnevat järeelperioodi. Siia peavadki kesken-duma ravimenetlused (17).

KIRJANDUS: 1. Selye, H. Nature 1936, 138, 32. — 2. Selye, H. Nature 1938, 141, 926. — 3. Selye, H. Physiology and Pathology of Exposure to Stress. Med. Publ. Montreal, 1950. — 4. Selye, H., Heuser, G. Fourth Annual Report on Stress. Montreal, 1954. — 5. Selye, H. Stress of Life. N.-Y.-Toronto-London, 1956. — 6. Selye, H. Perspect. Biol. Med., 1959, 2, 403.

7. Богомолец А. А. Избранные труды в трех томах. Киев, 1956. — 8. Вальдман А. В. (ред.) Экспериментальная нейрофизиология эмоций. Л., 1972. — 9. Вальдман А. В., Звартау Э. Э., Паткина Н. А., Пошивалов В. Н. В сб.: Стресс и его патогенетические механизмы. Кишинев, 1973, 15—19. — 10. Вейн А. М., Родшат И. В. там же, 19—20. — 11. Кассиль Г. Н., Матлина Э. Ш. там же, 24—26. — 12. Кулагин В. К., Давыдов В. В., там же, 28—31. — 13. Лишак К., Эндречи. Нейро-эндокринная регуляция адапционной деятельности. Будапешт, 1967. — 14. Митюшов М. И., Ракицкая В. В., Шалаяпина В. Г., Филаретов А. А. В сб.: Стресс и его патогенетическое механизмы. Кишинев, 1973, 31—34. — 15. Селье Г. Бюлл. эксп. биол. мед., 1939, 8, 360. — 16. Селье Г. Очерки об адапционном синдроме. М., 1960. — 17. Судаков К. В. В сб.: Стресс и его патогенетические механизмы. Кишинев, 1973, 105—108.

TRÜ Kehakultuuriteaduskonna  
spordifüsioloogiakateeder

# AUTOALLERGIINE BRONHIAALASTMA

ARVED REINVALD

Tallinn

UDK 616.248-056.3(047)

Lähtudes klassikalisest humoraalsete antikehade immunoloogiast, mille õitse-aeg on olnud käesoleva sajandi esimene pool, on bronhiaalastmat peetud üksnes varajast tüüpi allergilise reaktsiooniga haiguseks. On arvatud, et astmahoogu põhjustab vaid eksogeenne antigeen, mis sensibiliseeritud organismis ühineb humoraalse antikehaga, tingides šokogeensete ainete vabanemise ning neist esilekutsutava bronhospasmi.

Viimaste aastakümnete põhjapanevad avastused rakuimmunoloogias on neid seisukohti täiendanud. On kindlaks tehtud, et elu säilitamiseks on suurim tähtsus homöostaatilisel vastupanul organismivõõrastele ainetele; tähtsat osa etendavad nende äratundmine ja kahjutustamine; elu säilitamiseks niisama tähtis organismi oma kudede talumine ehk tolerantsus; ka humoraalsete antikehade tootmine — need kõik on rakuimmunoloogilised talitlused (15, 16, 23).

Fagotsüteeriva hiidraku kõrval on veelgi tähtsamaks osutunud väike lümfotsüüt, mida hematoloogid varem olid pidanud inertseks ning paljunemisevõimetuks valgelibleks. Enamiku teadlaste tunnustatud F. Burneti (1) lümfotsüütide kloonide selektsiooniteooria järgi on lümfotsüüdi kesta retseptorid rangelt spetsiifilised ainult ühe kindla antigeeni suhtes. Juba embrüogeneesis pärsitakse oma koe vastaste, nn. keelatud lümfotsüütide paljunemist, teised aga vastavalt olemasolevatele antigeenidele elu jooksul paljunevad. Makrofaagide töödeldud antigeen fikseerub vastava lümfotsüüdi kestal ning põhjustab raku mitootilise paljunemise lümfoblastideks. Sellest omakorda arenevad plasmotsüüdid, humoraalsete antikehade (immunoglobuliinide) peamised tootjad, ja immunoloogilist informatsiooni kandvad immunotsüüdid.

Antigeeni korduval organismi sisene-

misel paljunevad vastavad immuutsüütide kloonid kiiresti ja kogunevad antigeeni sisaldavatesse kudedesse, kus kutsuvad esile tsütolüüsi. Selline aeglane allergiline koereaktsioon toimub immunoloogiliselt sobimatu koe siirdamisel (5, 24) ning kõikide kollageenhaiguste korral, mil hakkavad vohama organismi oma kudede vastaste immunoloogiliste omadustega «keelatud» lümfotsüüdid (7, 13, 17, 21, 22, 26, 27, 37). Sellist nähtust nimetatakse autoallergiaks, autoagressiooniks, mittenakkuslikuks immunopatoloogiaks. Kollageenoos areneb kas barjääride läbilaskvusest, mis seni isoleerisid teatavaid kudesid, näiteks silma klaaskeha; nakatumisest mikroobidega, millel on kudedega väga sarnased antigeensed omadused; või, kõige sagedamini, kroonilise nakkuse või mõne muu kahjustuse tagajärjel.

Tänapäeval tuntakse juba kümneid kollageenhaigusi. Võib arvata, et nende arv tulevikus veelgi suureneb.

Kahtlemata on eksogeenest allergeenist põhjustatud bronhiaalastma allergiline, atoopiline vorm, kuid seda haigusvormi esineb vähemalt viis korda harvem kui infektsioos-allergilist bronhiaalastmat, mis areneb kas teiseselt atoopilisest astmast (tüsistumise tagajärjel kroonilise kopsupõletiku või bronhiidiga) või, sagedamini, esmaselt nende haiguste foonil (12, 19, 20).

Infektsioos-allergiline haigusvorm erineb atoopilisest astmast polüallergilisusega ja selle poolest, et kroonilise kopsupõletiku või bronhiidi ägenemise järel astma ägeneb. Haige on samal ajal ülitundlik paljude, sealhulgas ka bakteriaalsete allergeenide suhtes. Klassikaline astmaravi — desensibiliseerimine mingi üksiku allergeeniga — on vähe efektiivne. Ka sümptomaatiline ja põletikuvastane ravi selle astmavormi korral toob enamasti vaid ajutist para-

nemist. Bronhiaalastmaga tüsistunud krooniline kopsupõletik kaldub sageli ägenema ning raskenema. Varem või hiljem ollakse sunnitud haigele andma kortikosteroidhormoone, mis esialgu mõjuvad soodsalt, kuid hiljem ei osutu enam küllalt tõhusaks. Nende kasutamist suurtes annustes piiravad ohtlikud tüsistused (7). Haige ravi, kes infektsioos-allergilist bronhiaalastmat on põdenud aastaid, on nüüdisaegses sisehaiguste kliinikus üks raskemaid ning seni veel rahuldavalt lahendamata.

Infektsioos-allergiline bronhiaalastma peaaegu fataalne kulg, ajutine paranemine steroidhormoonravi tulemusena, esinemine ka kollageenhaigusi põdevatel isikutel on tekitanud arvamuse, et see astmavorm ise võib areneda kollageenoosiks (mõnikord isegi üleminek juba tuntud kollageenoosiks), mille tekkes on oluline osa autoagressiivsetel reaktsioonidel, haiguslikult muutunud kopsukoe autoantigeensetel omadustel (19). Hilisemad immunoloogilised uurimised on seda algselt hüpoteetilist arvamust kinnitanud. Mitmete kopsuhaiguste korral on haigete veres kindlaks tehtud koevastaseid täielikke ja mittetäielikke antikehi. Just viimaste olemasolu peetakse autoagressiivse haigusprotsessi tunnuseks (18, 28, 30, 31, 36, 38).

On leitud nii südame-, maksa-, põrna- kui ka kopsukoe antikehi, kuid viimased on krooniliste kopsuhaiguste, eriti infektsioos-allergilise bronhiaalastma korral ikka kõrgemas kontsentratsioonis olnud.

Autoallergia otseseks tõendiks on lümfotsüütide intensiivistunud blasttransformatsioon. Infektsioos-allergilist bronhiaalastmat ja kroonilist kopsupõletikku põdevate haigete perifeerse vere lümfotsüütide kultuuris on kindlaks tehtud kõrgenenud nii spontaanset kui ka fütohemaglutiniini ning kopsukoest valmistatud antigeeniga stimuleeritavat blasttransformatsiooni (25, 41).

Mitmed autorid (35, 40, 41) on infektsioos-allergilist bronhiaalastmat põdevate haigete lümfotsüütides kindlaks teinud fermendi suksinaatdehüdroge-

naasi normist madalama aktiivsuse ja kõrgenenud happelise fosfataasi sisalduse. Neid tsütokeemilisi nihkeid peetakse iseloomulikeks lümfoidse koe suurenenud aktiivsusele ning hilistüüpi allergilisele reaktiivsusele.

Väärrib tähelepanu, et nii humoraalsete antikehade tiiter, lümfotsüütide blasttransformatsiooni intensiivsus kui ka esitatud tsütokeemilised muutused suurenevad koos infektsioos-allergilise bronhiaalastma ägenemisega ja rohkem kui üksnes kroonilist kopsupõletikku põdevatel isikutel. Muutuste intensiivsus on võrdeline astma kestusega (18).

Esitatud immunoloogilised ja tsütokeemilised uurimised on veenvalt kinnitanud klinitsistide varajasemaid oletusi küllalt kaua väldanud infektsioos-allergilise bronhiaalastma autoallergilise patogeneesi kohta ning selle kohta, et mainitu ongi haigete ravi vähese tõhususe üks peapõhjusi (10). Selliseid haigeid on ravitud ka immunosupressiivsete preparaatidega.

Immunosupressorit (ipriidi lämmastiku derivaati) on raske kuluga bronhiaalastmat põdevate haigete raviks esimesena kasutanud juba G. Waldbott 1952. aastal (10). Ravimit süstiti veeni ainult neli korda, millega muidugi ei olnud võimalik esile kutsuda märkimisväärseid rakuimmuunsuse nihkeid. Ometi väidab autor olevat saanud vahetult soodsa tulemuse 21 ravitust 17-l. Astmahoogude kergenenemine võis tingitud olla mitte niivõrd ravimi immunosupressiivsest, kui võrd põletikuvastastest mõjust, mida kõrvaltoimena osutavad suuremal või vähemal määral kõik tsütostaatilised ravimpreparaadid.

Alles 13 aastat hiljem on E. Cohen ja T. Petty (2) üht ülirasket seisundis bronhiaalastmahaiget ravinud asatiopriiniga (imuraaniga), ordineerides seda korduvate lühikeste ravikuuridena. Astmahood küll harvenesid, kuid haige suri aasta hiljem hingamis- ja vereringepuudulikkuse süvenemise tagajärjel.

Sama immunosupressoriga on H. Kaiser ja G. Beale (4) nelja kuu vältel edukalt ravinud kolme bronhiaalastmahai-

get. V. Nicolaescu kaasautoritega (6) on sama ravimit manustanud 15 haigele 4...6 kuu vältel ning saanud vahetult soodsa tulemuse 7-1.

V. Ado kaasautoritega (14) on 44 haigele süstinud ipriidi lämmastiku derivaati spirasidiini kuni ühe kuu vältel. Vahetult soodne tulemus on saadud 36-l. S. Hanina kaasautoritega (39) on 10 bronhiaalastmahaiget ravinud vaheldumisi 6-merkaptopuriini ja tsüklofosfamiidiga, kuid ravi vältas vaid 19...50 päeva. Astmahood enamikul kergenesid ja harvenesid, kuid keegi haigetest ei tervistunud. Kortikosteroidravi tuli jätkata.

Me oleme (34) ravinud 18 infektsioos-allergilist bronhiaalastmat põdevat haiget vaheldumisi 6-merkaptopuriini (imuraaniga), tsüklofosfamiidi, kloorbutiini (leukeraaniga) ja sarkolüsiiniga. Juba kuue kuu pärast paranesid kuus haiget sedavõrd, et kortikosteroididest võis täiesti loobuda; 10 haiget võtsid neid vaid perioodiliselt ning väikestes annustes. Immunosupressiivravi jätkatakse, kuid kestvama ravi tulemustest on veel vara järeldusi teha.

Kuigi ravi hilistulemustele kirjanduses viiteid ei ole, isegi need napid andmed immunosupressiivravi vahetult soodsate tulemuste kohta on andnud kaudseid tõendeid pikaldaselt edasiareneva, tavalise ravi suhtes resistentse, halva prognoosiga infektsioos-allergilise bronhiaalastma immunopatoloogilise «autoagressiivse» laadi kohta.

Kirjanduses on rohkesti viiteid immunosupressorite palju kestvamast ning tõhusamast kasutamisest mitme teise immunopatoloogilise geneesiga haiguse korral (8, 9, 11, 32, 33). Bronhiaalastma kohta käivad andmed näitavad ravi mitteküllaldast kestust, immunosupressorite valiku piiratust ja väikeste, kaks kuni kolm korda optimaalsetest väiksemate annuste kasutamist. Võib väita, et bronhiaalastmahaigete immunosupressiivravi on seni piirdunud vaid üksikute katsetustega.

Sellise mahajäämuse põhjused on mitmesugused. Suurt kahju on toonud vähene informeeritus immunoloogia

uutest saavutustest, nende aeglane kasutuselevõtt, arstiteaduse kliiniliste alade mahajäämus eksperimentaalsest, vanade raviviiside harjumuslikkus.

Pikaajalist immunosupressiivravi on takistanud ka ravimite suur toksilisus. Tänapäeval kasutatavate immunosupressorite toksiline või allergiline kõrvaltoime ilmneb tegelikult kõikidel ravialustel. Optimaalseid ravimiannuseid talub haige harilikult kaks-kolm kuud. Kui ravi eesmärgiks seada lümfotsüütide «keelatud» kloonide elimineerimise, peaks see vältama üks-kaks aastat (3). Pärast lümfoopenia saavutamist on ravimiannuseid võimalik vähendada. Kestev immunosupressiivravi on võimalik vaid paljude, tüsistuste esilekutsumise poolest erinevate ravimite järjepannu kasutamisel, mida astmahaigete ravimisel olemegi silmas pidanud. Tüsistusi saab aegsasti diagnoosida ja nende vastu võidelda. Sageli on selleks olnud vaja kasutada steroid-hormoone.

On alust loota, et immunosupressorite laialdasem kasutamine ja selle näidustuste edaspidine uurimine avardavad ka kaugelearenenud infektsioos-allergilist bronhiaalastmat põdevate haigete ravi võimalusi.

KIRJANDUS: I. Burnet, F. The Clonal Selection Theory of Acquired Immunity. London, 1959. — 2. Cohen, E.P., Petty, T.L. Ann. Intern. Med. 1965, 62, 103—109. — 3. Heine, K. M. Dtsch. Gesundheitsw, 1971, 26, 46, 2158—2162. — 4. Kaiser, H.B., Beale, G. N. Ann. Allerg. 1966, 24, 369—371. — 5. Müller-Ruchholtz, W. Dtsch. med. Wochensh., 1971, 96, 8, 347—353. — 6. Nicolaescu, V., Racoveanu, C., Adler, E., Dragulescu, J., Raidiulescu, N. Allerg. Asthma, 1970, 16, 6, 249—255. — 7. Päi, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 5, 348—351. — 8. Päi, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 1, 25—29. — 9. Scheiffarth, F., Warnatz, H. Dtsch. klin. Wochensh., 1969, 94, 47, 2444—2449. — 10. Waldbott, G. L., Ann. Allerg., 1952, 10, 428—432. — 11. Zwirner, K. Münch. med. Wochensh., 1969, 111, 48, 2481—2485.

12. Адо А. Д. В сб.: Тезисы докладов к Всесоюзной конференции «Бронхиальная астма». Л., 1967, 6—8. — 13. Адо А. Д., Адрианова Н. В., Федосеева В. Н. В кн.: Материалы шестой межобластной научной конференции терапевтов. Л., 1970, 3—5. —

14. Адо В. А., Подколызин А. А., Вермель А. Е. Сов. мед., 1969, 10, 31—34. — 15. Бароян О. В кн.: Эпидемиологические аспекты современной иммунологии. М., 1972, 55—70. — 16. Бернет Ф. Клеточная иммунология. М., 1971. — 17. Бойд У. Основы иммунологии. М., 1969. — 18. Борохов А. И. Аутоиммунизация при неспецифических заболеваниях легких. М., 1973. — 19. Брусилковский Е. С., Рапопорт Ж. Ж. Бронхиальная астма. Красноярск, 1969. — 20. Булатов П. К., Успенская Е. П. Тер. арх., 1973, 3, 24—29. — 21. Дыгин В. П. Аутоиммунные заболевания в клинике внутренних болезней. Л., 1970. — 22. Жуков-Вежерников Н. Н., Подоплелов И. И., Мазина Н. М., Бочко Г. М. Успехи соврем. биол., 1972, 74, 1, 4, 54—67. — 23. Земсков М. В., Журавлева Н. В., Земсков В. М. Успехи соврем. биол., 1972, 74, 1, 4, 68—88. — 24. Зотиков Е. А. В кн.: Актуальные вопросы иммунологии. М., 1964, 137—165. — 25. Иванова Н. М., Шабалова Н. Н. В кн.: Современные проблемы пульмонологии. Л., 1972, 131—132. — 26. Иоффе В. И. Тер. арх., 1969, 41, 3, 21—32. — 27. Крайп Л. Клиническая иммунология и аллергия. М., 1966. — 28. Ксенофонов Ю. П. В сб.: Тезисы докладов к Всесоюзной конференции «Бронхиальная астма». Л., 1967, 67—69. — 29. Ксенофонов Ю. П. Тер. арх., 1967, 10, 80—83. — 30. Мельницкая С. Н., Зубжитский Ю. Н. В кн.: Материалы шестой межобластной научной конференции терапевтов. Л., 1970, 182—183. — 31. Мельницкая С. Н., Коломиец С. Г., Зубжитский Ю. Н. В кн.: Материалы шестой межобластной научной конференции терапевтов. Л., 1970, 180—181. — 32. Насонова В. А., Иванова М. М. Тер. арх., 1973, 1, 4—9. — 33. Пяй Л. Т., Майметс О. М. В сб.: Труды III съезда терапевтов БССР. Минск, 1967, 280—285. — 34. Рейнвальд А. А., Соонетс Э. О. В сб.: Тезисы докладов научно-практической конференции по проблемам санаторно-курортного лечения больных хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания. М., 1973, 59—51. — 35. Рошаль Н. И. Морфологические и цитохимические изменения периферической крови при бронхиальной астме у детей первых лет жизни. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 36. Смирнова К. И., Степанова Э. А., Зыков М. П., Волков В. М., Фролова В. М., Фомина А. С., Афанасьев И. В. В кн.: Материалы шестой межобластной научной конференции терапевтов. Л., 1970, 236—237. — 37. Тареев Е. М. Коллагенозы. М., 1965. — 38. Федосеев Г. Б. Клиникоиммунологическая характеристика больных инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Л., 1970. — 39. Ханина С. Б., Чудиновских А. Я., Куленко Э. М. Тер. арх., 1971, 43, 5, 100—102. — 40. Шинкаренко Л. Н. В кн.: Актуальные вопросы инфекционной и неинфекционной аллергии. Алма-Ата, 1973, 224—226. — 41. Юренев П. Н., Семенович Н. И., Пак Л. С., Соловьева И. А. Тер. арх., 1972, 44, 5, 73—78.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut*

## Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

### ALKOHOOLIKUTE DISPANSEERIMISEST

VSEVOLOD GRÜNTAL

Tallinn

UDK 616.89-008.441.13:362.147

Alkoholism kui haigus on krooniline ja pahaloomuliselt progredientne; kui sotsiaalne nähtus on ta oma kahjulikkusele vaatamata väga levinud ja püsiv. Paljude maade kogemused rohkem kui saja aasta jooksul on näidanud, et võitlus alkoholismi vastu saab edukas olla üksnes siis, kui rakendatakse komplekselt mitte üksnes meditsiinilisi, vaid ka

kasvatustikke ja sunnivahendeid koos alkoholi müümise piiramisega. Vaatamata sellele on alkoholism viimastel aastakümnetel hakanud sagenema. Ei ole kahtlust, et see on tingitud alkoholismi bioloogilis-meditsiiniliste ning ühiskondlik-majanduslike tagajärgede ja põhjuste tihedast koosmõjust.

Meditsiiniliste alkoholismivastaste va-

hendite rakendamisel peab arvesse võtma ka alkoholismi sotsiaalsed olemust. Alkoholi ühekordsel andmisel algab toksiline toime tingreflektoorse pidurduse halvamisest. Psüühilisest ja motoorsest pidurdusest vabanemine, vegetatiivsete reaktsioonide nihkumine vagotoonia suunas ja eriti düskomfordivastane, euforiseeriv toime tingivad, et kerge alkoholi joove hakkab enamikule meeldima, Need narkootilise toime iseärasused põhjustavad soovi joovet korrata, tekitavad psüühilist sõltuvust, mis on juba narkomaania esimene, kergem väljendus.

Alkoholi korduval joomisel selline psüühiline sõltuvus fikseerub ja süveneb, tekib narkomaaniline harjumus. Suurenev taluvus võimaldab ühelt poolt annuste, teiselt poolt intoksikatsiooni suurenemist, nõrgendab enesekontrolli ja piiripidamist. Joomine sageneb ja iga kord püütakse juua kuni raske joobeni, mille puhul esinevad mälulüngad. Hakkavad ilmne kroonilise mürgituse tunnused — abstinentsinähud (kaater, pohmelus): pärast joobe möödumist vajavad alkohoolikud peaparandamist, on seega alkoholist füüsiliselt sõltuvad (2). Et alkohol on kergesti kättesaadav, alkohoolsete jookide valmistamine lihtne ja odav, on nende tarvitamine mõnuainena juba vanast ajast saanud paljudes maades sügavalt juurdunud ühiskondlikuks traditsiooniks, mis viib alkoholismile.

Alkoholism, nagu muudki narkomaaniad, on raskesti ravitav, halva prognoosiga. Alkohoolikud ei pöördu ravile või jätvavad ravi pooleli, nad õigustavad joomist. Ka kainena on alkohooliku kriitika võime joomise suhtes niivõrd langenud, et seda võib võrrelda vaimuhaige kriitikalangusega. Sellest tuleneb alkohoolikute dispanseerimise vajadus.

Haigete dispanseerne arvestus peab võimaldama statistilist arvestust ja ühtlasi haigete dünaamilist jälgimist, tööplaanipärasust ning kontrolli. Alkohoolikute varajane arvelevõtmine koos aktiivse raviga tõstab ravi tõhusust. Dispanseerse töö hulka kuuluvad ka alkoholismi profülaktika, võitlus alkoholi

kuritarvitamisega, sanitaarselgitustöö, medikute, pedagoogide, juristide alkoholismialaste teadmiste süvendamine; alkohoolikute meditsiinilised eksperttsid töövõime, kutselise kõlblikkuse, sundravi vajaduse, teovõime, süüdivuse jms. juriidiliste ning administratiivsete küsimuste lahendamiseks (1).

Alkoholism kuulub psüühiliste haiguste hulka ja alkohoolikute dispanseerimine on psühhiaatriadispanserite ja -kabinettide ülesanne. Dispanserites on selleks narkoloogiakabinetid, psühhiaatriakabinettides eraldi vastuvõtutunnid. Kui isik pöördub alkoholismi vastu arstiabi saama omal soovil, peab ambulatoorne vastuvõtt olema vaba, ilma saatekirjata. Kui ta aga läheb arsti vastuvõtule raviasutuse, töökoha või muu asutuse algatusel, siis on vajalik saatekiri koos objektiivsete andmetega tema kohta alkoholi kuritarvitamisest. Alkohoolikuid dispanseeritakse psüühiliselt haigete kohta kehtivate eeskirjade järgi, alkohoolikute dispanseerimise üleliidulisi juhiseid eraldi ei ole. Neid küsimusi on täpsustatud ja ühtlustatud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi 4. veebruaril 1974 kinnitatud meetodilises kirjas nr. 3—5/80. On toodud soovitusi alkoholismi diagnoosimiseks, alkohoolikute erinevate rühmade arvestuseks, dispanseerse töö tähtsamateks menetlusteks. Kehtivatest juhendmaterjalidest on loetletud vajalikud seadusandlikud aktid, vabariigi valitsuse määrused, tervishoiusüsteemis kehtivad käskkirjad, ringkirjad, kokku 29 nimetust.

1970. aastal NSV Liidus kehtestatud statistilises haiguste klassifikatsioonis on summaarne diagnoos «alkoholism» koos alajaotustega, kuid nende definitsioone või diferentsiaaldiagnostilisi tunnuseid üleliidulistes juhendmaterjalides ei ole. Seepärast osutus vajalikuks alkoholismi diagnoosimise ühtlustamiseks vabariigis kasutada järgmisi soovitusi.

Alkoholismi tuleb diagnoosida, kui alkoholi kuritarvitamine on põhjustanud haigusliku protsessi. See on alkoholismi kui haiguse erinevus olustikulisest joomisest, mille puhul puuduvad ka algava alkoholismi tunnused; meditsiinili-

sed abinõud ei ole vajalikud, tuleb piirduda vaid ühiskondliku, distsiplinaarse, administratiivse ja muu mõjutamisega. Alkoholismi diagnoosimisel on vaja määrata haiguse arenguetapp.

Alkoholismi kõige kergem, esimene aste on alkoholi episoodiline kuritarvitamine (šiffer 303. 0.). Põhiline diagnostiline kriteerium on siin organismi muutunud reageerimine alkoholile, mis avaldub enesetundes, käitumises, vegetatiivsetes reaktsioonides. Tavalise lõbususe ja eufooria asemel hakkavad joobesagedamini ilmnema ärritus, solvumine, norimine, pahurus, tagedus, agressiivsus. Võivad tekkida sensitiivsus, tujukus, kurvameelsus, mornsus jne. Hakkab suurenema alkoholitaluvus. Raske jooke puhul võivad esineda üksikud mälulüngad ja tekkida sotsiaalsed konfliktid. Sõltuvusesündroom ei ole veel väljendunud. Eriravi ei ole alati vajalik.

Teine alkoholismiaste on harjumuslik alkoholism (303. 1), mille tähtsamaks diagnostiliseks kriteeriumiks tuleb pida psüühilise sõltuvuse sündroomi, astenilisi ja neuroositaolisi nähte. Sagedamini tekkiv soov juua (obsessiivne joomine) ja enesekontrolli kadumine; sagedavad alkoholist põhjustatud ekstsessid ja konfliktid. Alkoholitaluvus veelgi suureneb. Hakkab ilmnema isiksuse alkoholne (psühhopaatiaatiline) muutumine ja degradatsioon. Kergemad sotsiaalsed konfliktid (tavaliselt perekonnas) esinevad pea alati. Kriitika- ja pidurdusvõime on esialgu veel säilinud, kuid tahtejõu nõrgenemise tõttu vajab haige eriravi. Harjumuslik alkoholism vastab üldiselt alkoholismi neurasteenilisele ehk algstaadiumile A. Portnovi (3) järgi.

Kolmas alkoholismiaste — krooniline alkoholism — (303. 2) on kergemini difeerentseeritav. Narkomaaniasündroom on väljendunud selgesti, esinevad nii obsessiivne kui ka kompulsivne joomine, füüsiline sõltuvus alkoholist, raske- ja kestva- ja kaatrinähud, peapärandamine, joomaperioodid või pidev joomine. Alkoholitaluvus suureneb veelgi ja siis hakkab langema, tekivad palimpestid: mälulüngad ka kergema

joobe puhul ilma muude teadvushäire tunnusteta. Nõrgeneb situatsiooni kontroll, ilmneb raskenev degradatsioon psühhopaatiaatoliste ja orgaaniliste nähtudega. Tekivad somaatilised häired, raskemad neurooloogilised sümptoomid ja alkohoolsed psühhosid. Sageli on vajalik sundravi. Krooniline alkoholism vastab üldiselt alkoholismi narkomaania ehk keskmisele või entsefalopaatilisele ehk lõppstaadiumile A. Portnovi järgi. Klassifikatsiooni selles alarubriigis toodud dipsomaania ei ole sünonüüm, vaid kroonilise alkoholismi variant, millele on iseloomulikud raske kuluga joomaperioodid düsfooriliste seisundite taustal.

Alkohoolsete psühhosidide diagnoosimine on psühhiaatrias paremini välja töötatud ega vaja üksikasjalikumat kommenteerimist. Meenutagem vaid, et raskemad alkoholi-joobed kroonilistel alkohoolikutel, ajutraumade või muude orgaanilise ajukahjustusega haigetel, ka psühhopaatidel, võivad suurema uimase või veiderdava, ohjeldamatu käitumise tõttu mittespetsialistidele näida vaimuhaiguslikena. Neid tuleb aga kvalifitseerida harilikku, mittepsühhootilise, nn. komplitseeritud joobena.

Vabariigi tervishoiuministeeriumi süsteemis dispanseerivad alkohoolikuid kaheksa raviasutust: Tallinna, Tartu ja Jämejala psühhiaatria- ja psühhopaatiahaiglate dispanseersed osakonnad, Narva ja Pärnu linnahaiglate polikliinikute psühhiaatriakabinetid, Kohtla-Järve 3. linna- ja psühhopaatiahaigla polikliiniku psühhiaatriakabinet, Pilguse psühhiaatria- ja psühhopaatiahaigla kabinet Kingissepa rajoonis ja Hiiumaa rajooni keskhaigla polikliiniku psühhoneuroloogiakabinet.

Väga tähtis ülesanne on alkohoolikute (ja ka muude psüühikahäiretega haigete) dispanseerimisel täita üldarstidel. Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 1964. a. käskkirjale «Psüühiliselt haigete arvestamisest» peab iga arst alkoholismi diagnoosimisel või selles suhtes ebaselgetel juhtudel täitma haige kohta teatise (arvestusvorm nr. 281) ja selle saatma psühhiaatriasutusse, et haiget uuritaks ja ta arvele

võetaks. Et kontrollimist hõlbustada, peetakse nende teatiste kohta kõikides raviasutustes eriarvestust.

Dispanseersele jälgimisele võetakse kõik patsiendid, kellel alkoholismi või alkohoolset psühhoosi on diagnoosinud spetsialist (psühhiaater, narkoloog). Täidetakse individuaalkaart (vorm nr. 25) ja haige registreeritakse dispanseerse arvestuse kontrollkaardil (vorm nr. 30-ps), mille talong on haigestumuse üleliidulisel uurimisel algdokumendiks. See saadetakse Moskva teaduslik-statistilisse keskusesse tsentraliseeritud läbitöötamiseks.

Dispanseerimisel erilist tähelepanu vajavad haiged liigitatakse nende sotsiaalse ohtlikkuse järgi: kroonilised vaimuhaiged-alkohoolikud; vabaduses viibivad kriminaalkurjategijad-alkohoolikud, kellele on kohtu poolt «Eesti NSV kriminaalkoodeksi» §60 järgi kohaldatud alkoholismi sundravi, mis peab kestma tervenemiseni ja mis võidakse lõpetada ainult kohtu määrusega; ravi- ja tööprofülaktooriumist vabanenud alkohoolikud; isikud alkohoolse psühhoosi järgsete seisunditega. Erilist tähelepanu pööratakse ühiskonnaohtlike tegude kordasaatmisele, perekonnale materiaalse kahju tekitamisele, administratiivkaristustele, töödistsipliini ja sotsialistliku ühiselu reeglite rikku-

mistele. Kroonilist või harjumuslikku alkoholismi põdev haige ei tohi mingil juhul transpordivahendit juhtida.

Töörežiimi korduvate rikkumiste järel suunatakse haige ravi- ja tööprofülaktooriumi. Selleks vajalikud analüüsid ja röntgenläbivalgustus ning AKK otsus tehakse elukohajärgses polikliinikus.

Alkohoolsete jookide kuritarvitamise tagajärjel oma perekonna raskesse materiaalsesse olukorda panevate patsientide kohta algatatakse teovõime piiramise menetlus.

Haigeid võib dispanseerselt arvelt maha võtta kroonilise alkoholismi (303. 2) püsiva remissiooni puhul siis, kui vähemalt kolme aasta jooksul ei ole vaja läinud eriravi ega tekkinud retsiidivi. Harjumusliku alkoholismi (303. 1) ja alkoholi episoodilise kuritarvitamise (303. 0) puhul peaks see tähtaeg olema kaks aastat, kusjuures objektiivseid andmeid remissiooni püsivuse hindamiseks on tingimata vaja saada patsiendi omastelt, töökohast, polikliiniku jaoskonnaarstilt või mujalt.

KIRJANDUS: 1. Зеневич Г. В. Вопросы диспансеризации психически и нервнoбольных. Л., 1972. — 2. Клиническая психиатрия. М., 1967. 3. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., 1971.

*Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla*

## KLUBI «ANTI-BAKCHOS» JA ALKOHOOLIKUTE REHABILITEERIMINE

HEITI KADASTIK

Tartu

UDK 616.89-008.441.13:613.816:614.2(474.2)

20. septembril 1969 kogunes Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla saali ühisesse vestlusringi 22 meest, kes eelnevalt olid läbi teinud alkoholismi ravi kuuri. Seda päeva tähistatakse nüüd juba üleliiduliselt tuntuks saanud klubi «Anti-Bakchos»

aastapäevana. Viis aastat ei ole ühe organisatsiooni elus pikk aeg, see ei anna isegi täit juubeli mõõtu välja, kuid uudse ürituse eluõiguse kontrollimiseks on see aeg küllaldane.

Klubi «Anti-Bakchos», nagu iga uus üritus, on enne lõplikku väljakujune-

mist läbi teinud mitmed arenguetapid. 1969. a. sügisel ei olnud klubi veel juriidiliselt fikseeritud; kokkutulekuid sisustati peamiselt arstiloengute ja -vestlustega, mis otseselt või kaudselt puudutasid alkoholismiprobleeme. Koos käidi haigla saalis järjekindlalt, kord kuus laupäeviti, ja pikkamööda hakkas kooskäijatest kujunema ühtne kollektiiv. Hubasema miljöö ja vabama vestlusmeeleolu loomiseks hakati varsti korraldama koosistumisi kohvilauas, meestel paluti kaasa võtta abikaasad. Esialgsed paaritunnilised kokkutulekud muutusid varsti viie-kuuetunniliseks mõnusaks ja sisukaks ajaviiteõhtuks, kus kõik osavõtjad kogesid, et seltskonnas võib end lõbusalt tunda ka ilma, resp. ainult ilma alkoholita. Alkoholist loobunud meeste kokkutulekuid korraldasid esialgu haigla arstid, kuid pärast pooleaastast tegevust muutusid mehed ise järjest aktiivsemaks ja 23. mail 1970 valiti klubi seitsmeliikmeline juhatus (esimees Silver Anniko). Nüüd hakkas juba juhatus abistama ühisürituste planeerimisel ja organiseerimisel ning klubi põhikirja ettevalmistamisel.

4. septembril 1970 kinnitas Tartu Linna TSN Täitevkomitee oma otsusega nr. 300 «Anti-Bakchose» põhikirja, millega oli fikseeritud juriidiline alus sellele alkoholismi retsidiivide vastu võitlemise psühhoterapeutilisele kollektiivile. Põhikiri ei andnud klubile juriidilise isiku õigusi, kuid tagas alkoholist loobunud meestele haigla pearsti ja narkoloogi kontrolli all mitmekülgse tegevuse võimaluse.

2. märtsil 1971 valiti klubi juhatuse uueks esimeheks Leonhard Kiisküla, kes täis energiat ja entusiasmi on klubi tegevust seni organiseerinud.

Klubi tegevus on viie aasta jooksul olnud küllalt tihe ja mitmekülgne. Korraldatud on 52 üldkokkutulekut ja ühisüritust. On kuulatud 25 loengut ja vestlust, korduvalt on esinejateks olnud arstid professor J. Saarma, H. Kadas-tik, A. Eist, Ü. Uusma, R. Markovitš ja R. Suija. Kuid peale arstiteaduse on külalisesinejaid olnud ka teistelt ala-

delt — Jaan Eilart, Vello Ladva, Peeter Einasto, Merle Karusoo, Eha Valgepea, Rein Maidla, Otto Ibius jt. Alkoholismiprobleemide kõrval on käsitlemist leidnud üldkultuurilised teemad ja psühhohügieen, mida on lahatud mitmest aspektist, samuti rahvusvaheline olukord. Suure huviga on kuulatud reisimuljeid Kesk-Aasia liiduvabariikide ja välisriikide, nagu Belgia, Ungari, Itaalia, Egiptuse, Alžeeria, USA, Kanada, India küllastajatelt.

Nii suvel kui ka talvel on klubi liikmetele ja nende perekondadele korraldatud väljasõite ja ekskursioone. Tutvust on tehtud Lääne-Eesti vaatamisväärsustega, käidud on Saaremaal, kahel korral Leningradis. Klubi laagri-lipp on lehvinud Pangodi ja Viisjaagu järve ääres, korduvalt Uulu ja Kabli rannas, Otepääl ja Meerapalus. On külalisteks oldud Tallinna Ravi- ja Tööprofülaktooriumis, kus klubi liikmed on pajatanud oma alkoholita eluviisi hüvedest. Mustvees ja Pangodi järve ääres leiti, et saunamõnud on ilma alkoholita palju suuremad.

Osavõtjaterohked on olnud klubi aastapäeva- ja näärripeod. Et haigla saal on kitsaks jäänud, on neid üritusi tulnud korraldada Tartu Tervishoiutöötajate Majas, Tartu Tarbijate Kooperaatiivi saalis, kohvikus «Sigma», Tartu Pedagoogilise Kooli saalis. Teoks on saanud klubi liikmete juubelite ja hõbepulmade suurejooneline alkoholita tähistamine.

Kõikide nende suurürituste ettevalmistamisel on aktiivselt kaasa löönud klubi juhatus, kes viie aasta jooksul on pidanud 71 koosolekut. Märkimisväärne on juhatuse liikmete distsipliin ja tegutsemistahe. Ilma mõjuva põhjuseta koosolekutelt puudumisi peaaegu et ette ei ole tulnud. Neid koosolekuid on peetud küll ametlikumas õhkkonnas paarsti- või dispanseerse osakonna juhataja kabinetis, küll mõne klubi-liikme kodus, küll mõne asutuse saunas. Juhatus on klubi tuumik, millesse kuulub nüüd 11 liiget, lisaks liikmekandidaadid ja aktivistid. Seega on paarikümnel mehel pidev ühiskondlik ko-

hustus mitte üksnes teistele eeskujul andes iseend alkoholist eemal hoida, vaid ka teiste eluviisi kontrollida ja huvitavat tegevust organiseerida. See tuumik on loonud sidemed oma nooremate vennasklubidega Tallinnas, Liepājas ja Cēsises. Juhatuse liikmed on klubi tantsuorkestri ja lauluansambli eestvedajad, spordimängude organiseerijad.

Järgimisväärne on algatus, mille järgi klubi juhatus liikmed koos narkoloogiga dispanseris graafiku järgi kaks korda nädalas alkohoolikuid vastu võtavad. Vestlus alkoholist loobunud mehega on mõnelegi alkohoolikule suurema psühhoterapeutilise toimega kui vestlus arstiga. Klubi juhatus liikmed selgitavad oma kogemuste varal klubi olemust neile, kelle edasine elu peaks kulgema absoluutses karskuses. Soovijad registreeritakse siis ka klubi liikmekandidaatideks.

Kui klubi esimesel tegevusaastal puudus liikmete kohta täpsem arvestus — liikmeks peeti ka neid ravitud alkohoolikuid, kes juhuslikult olid osa võtnud ühest-kahest klubiüritusest —, siis viimase nelja aasta kohta saab klubiliikmetest ülevaate arvestuskaartide kartoteegist. Klubisse on kirjaliku avalduse põhjal vastu võetud 139 meest, välja on arvatud mitmesugustel põhjustel 58, neist 17 alkoholismi retsidiivide tõttu. Seega tagasilangust alkoholismi rüppe on olnud 12% -l. Seda võib hinnata üsna heaks saavutuseks.

Seisuga 1. september 1974 oli klubis «Anti-Bakchos» 81 liiget; vanuse järgi: kuni 30 aastat neli, 31... 40 aastat 22, 41... 50 aastat 38, 51... 60 aastat 13, 61 aastat ja vanemad neli. Abielus oli 69, vallalisi 12. Kõrgema haridusega oli 11 (13%), keskmise haridusega 25 (36%) ja algharidusega 45 (51%) antibakoslast. Klubisse kuulub mehi väga mitmelt elualalt: töölisi 59, teenistujaid ja insener-tehnilisi töötajaid 16; maaintelligentsi esindab 4 ja pensionäre 2 meest.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla dispanseri osakonna narkoloogiakabinetis krooniliste alkohoolikute ravi kohta aastate jooksul tehtud tähelepanekud ja alkoholist loobunud meeste klubi «Anti-Bakchos» viieaastase töö kogemused annavad esalt mitmete mõtetele ja soovitudele edaspidiseks.

Alkohoolikuisse tuleb arstidel ja kogu ühiskonnal suhtuda diferentseeritult ja neid, kes on üles näidanud taht alkoholi kuritarvitamisest vabaneda, tuleb toetada ja mõista, mitte aga varajasteks eksimusteks pärast neid ikka ja jälle süüdistada. Alkoholismi aktiivse ravi tulemusi saab muuta püsivamaks, kui alkoholist loobunutega pikema aja jooksul süstemaatiliselt psühhoterapeutiliselt tegelda. Alkoholist loobunute rehabiliteerimiseks ja alkoholismi retsidiivide vältimiseks on otstarbekas koondata need inimesed ühtseks sõbralikuks kollektiiviks, võimaldada neile klubilist tegevust, et kujuneksid uued, alkoholivabad traditsioonid, et vaba aega sisustataks meeldivalt ja kasulikult. Selline mõttekaaslaste ühendus mõjutab soodsalt iga üksikut ja avaldab mõju ka väljapoole seda kollektiivi. Kuigi alkoholism on visa, kuid õige kohtlemise ja suhtlemisega on siiski joomist võimalik asendada karskusega.

Alkoholist loobunute klubid tuleks asutada kõikide raviasutuste juurde, kus alkoholismi ravi toimub. See aitaks kinnistada ravitulemusi, võimaldaks meeldivalt ja kõigile vastuvõetavalt kollektiivset psühhoteraapiat. Ilma sellise toetuseta on alkohoolikute ravi tulemused kõikjal vähepüsivaks jäänud. Edaspidi võiks nendele, kes juba aastaid on kuulunud raviasutuses töötavasse klubisse, rajada alkoholist loobunute klubisid ka kultuuriasutustes ja suuremates tööstusettevõtetes.

Tartu Vabariiklik Kliiniline  
Psühhoneuroloogiahaigla

# NAKKUSHAIGUSTE TÕRJE EESTI NSV-s JA SELLE MAJANDUSLIK ANALÜÜS

OKU TAMM

Tallinn

IRINA SAHHANINA

Moskva

UDK 616-022.7:614.4.003.1(474.2)

Tervishoiu ja ökonomika vaheline tihe koostöö viimastel aastatel on üks nende grandioosete ülesannete realiseerimise tulemusi, millised on kavandatud NLKP XXIV kongressi direktiivides üheksandaks viisaastakuks, samuti NLKP Keskkomitee määruses «Töötajate majanduslase hariduse parandamisest», milles on antud suunad majandusliku efektiivsuse tõstmiseks mis tahes tegevusalal, ressursside kõige racionaalsemaks kasutamiseks, liigsete kulutuste ja kadude kõrvaldamiseks.

Üha suurenev ökonomika tähtsus tervishoius on põhjustatud majandusliku analüüsimise tarvidusest. Majanduslike näitajate arvestamine epidemioloogilistele kategooriatele hinnangu andmiseks on tingitud mitmest põhjustest.

Esiteks, meie ühiskonna käesoleval arenguetaol, majandusreformi elluviimise ajal, inimese tervise osatähtsus üha suureneb. Samal ajal, vaatamata kindlale kaitsetõkkele nakkushaiguste levikuteedel, on mõnede nakkushaiguste rühmade osakaal rahvastiku üldhaigestumises ikkagi veel oluline. Aastatel 1968...1972 oli Eesti NSV-s vormi nr. 85-C3C järgi registreeritud nakkushaiguste struktuuris esikohal gripp koos ülemiste hingamisteede haigustega (89%) ja soolenakkushaigused (5%), mis põhjustasid märkimisväärset kahju rahva tervisele ja majandusele.

Teiseks, haiguste tõrje ja haigete ravi läheb üha kulukamaks, mis on tingitud meditsiinilise teenindamise spetsialiseerimisest, samuti profülaktika-, diagnoosimis- ja ravivahendite nomenklatuuri laienemisest.

Tervishoiu assigneeringud ei saa lõpmatuseni suureneda ja ilma majandus-

likke näitajaid arvesse võtmata ei ole edaspidi võimalik täiustada nakkushaiguste tõrjet. Iseloomustades majanduslase uurimistöde praktilist tähtsust epidemioloogias, kriipsutab akademik P. Burgassov (6) alla, et «need võimaldavad otsustada profülaktika ja epidemiatõrje strateegia ning taktika küsimuste üle, samuti kaalukamalt põhjendada meie poolt realiseeritavate ürituste sisu, mahtu, nende esmajärjekordsust ja erikaalu».

Üks epidemioloogia ülesandeid tänapäeval, mis nõuab majanduslikku lähenemist, on nakkushaigustest põhjustatud majandusliku kahju väljaselgitamine. Väga näitlik on nakkushaiguste tekitatud majandusliku kahju kogusumma meie vabariigis, mis viieaastasel ajavahemikul (1968...1972) moodustab keskmiselt 9,7 miljonit rubla aastas. Seejuures pakub huvi välja selgitada Eesti NSV rahvastiku nakkushaigustesse haigestumisest põhjustatud majandusliku kahju osakaal kogu NSV Liidu majanduslikus kahjus, mille on kaasa toonud samadesse nakkushaigustesse haigestumine. Meie arvestused on näidanud, et NSV Liidu summaarsest majanduslikust kahjust, mis 1972. aastal moodustas 1,8 miljardit rubla, oli Eesti NSV osa 9,7 miljonit rubla ehk 0,5%.

Iga haiguse osakaal majandusliku kahju tekkes tehakse kindlaks selle haiguse peamiste kliinilis-epidemioloogiliste iseärasuste alusel: haiguse levik, kulg, teatavate elanikerühmade haigestumine. Suurim osatähtsus on nii täiskasvanute kui ka laste hulgas kõige sagedamini levivatel, ägedalt kulgevatel ja sageli raskete tüsistustega nakkushaigustel, s. o. gripil ja ägedatel soolenak-

kushaigustel. Nendest põhjustatud majanduslik kahju moodustas ajavahemikul 1968...1972 keskmiselt igal aastal vastavalt 70,1% ja 22,7% ehk 6,8 ja 2,2 miljonit rubla majanduslikust kogukahjust. Öhu ja piisknakkuse teel levivate lastenakkushaiguste põhjustatud majandusliku kahju osa oli hoopis väiksem — 7,2% ehk 0,7 miljonit rubla.

Need andmed annavad tunnistust sellest, et gripi ja soolenakkushaiguste põhjustatud majanduslik kahju rahvamajanduses on suur. Seetõttu peab neile nakkushaigustele üha rohkem tähelepanu pöörama. Nakkushaiguste osatähtsuse üle saab lõplikult otsustada üksnes majanduslike ja sotsiaalsete näitavude, mis iseloomustavad tervisele tekitatud kahju, ühtse analüüsi tulemusena.

Nakkushaiguste sotsiaalse tähtsuse määravad iga nosoloogilise ühiku erinevad kliinilis-epidemioloogilised iseärasused. Näiteks gripi sotsiaalse tähtsuse kujundab selle laialdane levik kõikides vanuserühmades, epideemiapuhangud talvel ja kevadel (kolme kuu kestel 66% gripihaigestumusest kogu aastas). Soolenakkushaiguste korral, millel mõnikord on puhanguiline laad, tõusevad suhteliselt kõrge haigestumuse taustal esiplaanile haiguse raske kulg, eriti varajases lapseas, ja haigusjuhtude ebaühtlane jaotumus aasta kestel: ligikaudu 50% haigusjuhtudest kolmel suve- ja sügiskuul. Sotsiaalselt tähtsateks lastenakkushaiguste (epideemiline parotiit, tuulerõuged, sarlakid, leetrid) peamisteks kliinilis-epidemioloogilisteks iseärasusteks on haiguste levik laste hulgas ja sesoonsus. Viimastel aastatel täheldatav haiguste leviku vähenemine ja kulu kergemine, surmajuhtude puudumine on märkimisväärselt vähendanud nende nakkushaiguste tekitatud sotsiaalset kahju. Ja lõpuks, tuleb alla kriipsutada üha sagedane meningokokilise nakkuse tähtsust, mis on küllalt raske kuluga ja mis võib lõppeda letaalselt.

Nakkushaiguste tekitatud majanduslik kahju moodustub meditsiiniüritusteks tehtud kulutustest ja töövõimetu-

sest põhjustatud kahjust (14). Nende koostisosade omavaheline suhe varieerub olenevalt nosoloogilisest ühikust. Kõikide vaadeldavate haiguste poolt tekitatud majanduslikust kahjust (keskmiselt 9,7 miljonit rubla aastas) Eesti NSV-s langes 7,1 miljonit rubla (72,7%) töövõimetusest põhjustatud kulutustele ja 2,6 miljonit rubla (27,3%) mitmesugustele meditsiiniüritustele. Vabariigile tekitatud majanduslik kahju oli sel ajavahemikul aastas keskmiselt 2,9 miljonit rubla (gripist ja ägedatest respiratoorsetest haigustest põhjustatud kahju maha arvatud), sealhulgas 1,3 miljonit rubla (44,8%) meditsiiniüritusteks tehtud kulutused ja 1,6 miljonit rubla (55,2%) kulutused tingituna ajutisest töövõimetusest.

Meditsiiniürituste kulukus kohustab meid leidma teid epideemiatõrje pidevaks täiustamiseks, kohustab välja selgitama, kuidas kõige otstarbekamalt teha kulutusi tervishoiu materiaalse baasi tugevdamiseks, silmas pidades ühtlasi meditsiiniabinõude majanduslikku efektiivsust. Nende abinõude otsustarbekuse üle otsustamisel on tingimata vaja toetuda majanduslikule analüüsile. Sel juhul võime ühesuguse epidemioloogilise efektiivsusega abinõudest valida kõige odavama ning just sellega osa summadest kokku hoida. Peale selle peavad majanduslikud arvestused olema täiendavaks argumendiks epidemioloogiliselt vähe efektiivsetest, kuid seejuures kulukatest abinõudest loobumiseks.

Majanduslikke näitajaid kasutades võime vastuse anda kahele peamisele küsimusele, nimelt kui palju ja kuidas peab vahendeid rakendama, et võimalikult väiksemaid materiaalseid kulutusi tehes saada kõige paremaid ravitulemusi.

Järelikult, üksnes pidev meditsiiniürituste tulemuste ning rahaliste ja töökulutuste kõrvutamise võimaldab tasakaalustada nende vastastikuse suhte ja aitab tegelikult optimiseerida abinõude süsteemi. Sellises lähenemises ei ole vastuolu nõukogude tervishoiu humanisusega, sest abinõude otstarbekuse üle otsustamisel on eelkõige vaja lähtuda

selle kasulikkusest meditsiini seisukohalt.

Eesti NSV-s nakkushaiguste tõrjeks tehtud kulutustest (1,3 miljonit rubla) langeb 86,2% soolenakkushaigustele, sealhulgas 44,7% düsenteeriale, 18,8% gastroenterokoliitidele, 15,8% viiruslikule hepatiidile. Kõhutüüfuse, paratüüfuse, salmonellooside, kolienteriitide ja toksilise düspepsia vastu võitlemine on nõudnud ligikaudu 7% kulutuste üldsummast (vt. tabel).

Lastenakkushaiguste tarvis on kulutatud üksnes 13,8% kogusummast: sarlakite, leetrite, tuulerõugete ja epideemilise parotiidi juhtudel keskmiselt 3%, läkakõha ja meningokokilise nakkuse korral 0,75% üldkuludest (vt. tabel).

Esitatud majanduslike kulutuste andmed näitavad selgelt, kui oluline on tõsta soolenakkushaiguste ärahoidmiseks rakendatud tervishoiuabinõude majanduslikku efektiivsust.

Kirjanduse andmed (5, 8, 9, 11) anna-

vad tunnistust statsionaarseks raviks tehtud kulutuste domineerivast osast üldkulutuste struktuuris. Eesti NSV-s kulutati nakkushaigete statsionaarseks raviks aastas keskmiselt (ajavahemikul 1968...1972) enam kui 1,4 miljonit rubla (gripp ja ägedad respiratoorsed haigused kaasa arvatud), mis on rohkem kui pool (54,6%) kõikidest materiaalsest kulutustest nakkushaiguste tõrjeks.

Esialgne arvestus on näidanud: kui haiglaravi kestust lühendaksime üksnes ühe päeva võrra, lubaks see hospitaliseerida täiendavalt 1000 nakkushaiget või säästa ligikaudu 100 000 rubla.

Oleme juba toonud andmeid haiglaravi ratsionaalsemaks muutmise võimalustest, samuti materiaalsete vahendite ökonomia võimalustest (13). Peab eriti rõhutama, et nakkushaigete statsionaarseks raviks tehtud kulutuste kokkuhoiu plaanis, samuti ka sotsiaalpsühholoogilistel motiividel on perspektiivne, et peale haigla ravitakse haigeid edaspidi

Nakkushaiguste tõrjeks tehtud majanduslikud üldkulutused (keskmised näitarvud) Eesti NSV-s aastail 1968...1972 (tuhandetes rublades, sulgudes protsentides)

Nosoloogiline ühik	Kulutused meditsiini- üritusteks		sealhulgas					
			statsionaarseks raviks		ambulatoorseks raviks		epideemia- tõrjeks	
Kõhutüüfus	15,6	(1,22)	12,4	(1,27)	0,9	(0,58)	2,1	(1,66)
Paratüüfused	1,4	(0,11)	1,1	(0,11)	0,1	(0,07)	0,2	(0,19)
Salmonelloosid	16,2	(1,27)	13,8	(1,41)	0,2	(0,14)	1,9	(1,52)
Düsenteeria	571,3	(44,66)	464,3	(47,56)	34,6	(22,22)	59,3	(47,28)
Gastroenterokoliidid	240,3	(18,79)	214,9	(22,00)	12,2	(7,83)	10,0	(7,94)
Kolienteriidid	50,8	(3,97)	48,5	(4,96)	1,1	(0,68)	0,6	(0,46)
Toksiline düspepsia	5,2	(0,41)	4,9	(0,50)	0,2	(0,11)	0,1	(0,07)
Viiruslik hepatiit	201,8	(15,78)	160,0	(16,39)	6,6	(4,27)	32,4	(25,85)
<b>Soolenakkushaiguste rühmas kokku</b>	<b>1102,6</b>	<b>(86,21)</b>	<b>919,9</b>	<b>(94,20)</b>	<b>55,9</b>	<b>(35,90)</b>	<b>106,6</b>	<b>(84,97)</b>
Sarlakid	45,4	(3,55)	31,2	(3,20)	11,7	(7,51)	1,7	(1,36)
Läkakõha	7,6	(0,59)	4,5	(0,46)	1,8	(1,17)	1,1	(0,91)
Leetrid	44,8	(3,50)	9,9	(1,02)	23,1	(14,81)	11,6	(9,29)
Tuulerõuged	36,4	(2,84)	3,5	(0,36)	30,5	(19,57)	2,3	(1,83)
Epideemiline parotiit	40,4	(3,16)	6,1	(0,62)	32,7	(21,02)	1,6	(1,26)
Meningokokiline nakkus	1,9	(0,15)	1,4	(0,14)	0,03	(0,02)	0,5	(0,38)
<b>Lastenakkushaiguste rühmas kokku</b>	<b>176,5</b>	<b>(13,79)</b>	<b>56,6</b>	<b>(5,80)</b>	<b>99,8</b>	<b>(64,10)</b>	<b>18,8</b>	<b>(15,03)</b>
<b>Mõlemas rühmas kokku</b>	<b>1279,1</b>	<b>(100,00)</b>	<b>976,5</b>	<b>(100,00)</b>	<b>155,7</b>	<b>(100,00)</b>	<b>125,4</b>	<b>(100,00)</b>
Gripp ja ägedad respira- toorsed haigused	1374,2		474,2		888,0			

rohkem ka kodus. Spetsiaalselt korraldatud uurimiste andmed nii meil (3, 4) kui ka välismaal (1) kinnitavad, et stationaarse ravi tulemustest mitte maha jäädes toob ravi korraldamine kodus teatavatel juhtudel kaasa materiaalsete vahendite ökonoomia. Eespool toodud uurijate arvates võib sellist moodust soovitada neile, kes haiguse laadi tõttu ei vaja alati keerukaid diagnostilisi uuringuid ning kelle raviks ja põetamiseks kodus on olemas nõutavad tingimused ja kogemused. Niisugused on sarlakeid, leetreid, läkakõha, samuti teatav hulk düsenteeriat põdevaid haigeid.

Epidemiatorje abinõude hulgas on selliseid, mille epidemioloogiline efektiivsus on nüüdisajal vähenenud haiguse epidemioloogiliste iseärasuste ning rahva sotsiaal- ja olmetingimuste muutumise tõttu. Nii võiks kaaluda lõppdesinfektsiooni asendamist jooksva desinfektsiooniga mõnede ägedate soole-nakkushaiguste ja viirusliku hepatiidi koldes, samuti düsenteeriast kõige enam ohustatud elanikerühmade fagoprofülaktika näidustusi.

Tervishoiualaste kulutuste piiramise üks näiteid düsenteeria korral on plaanilistest bakterioloogilistest uuringutest loobumine. See on võimaldanud vähendada kuni 40% düsenteeria uurimiseks tehtavatest profülaktiliste bakterioloogiliste analüüside kogumahust. Kuid siiski, bakterioloogiline uurimine kui epidemiatorje abinõu vajab edaspidi täiustamist. Nii ei ole siiani põhjendatud düsenteeriahaigega kokkupuutunute bakterioloogilise uurimise näidustusi ja tähtaegu. See aga on põhjustanud olulisi kõikumisi nende uuringute korraldamises vabariigi erinevates piirkondades. Nii oli 1972. aastal keskmine uuritute arv vabariigis 47,2 inimest; Kohtla-Järvel oli see näitarv 99,6, Narvas 121.

Epidemioloogia need ülesanded, mille lahendamiseks on otstarbekas kasutada majanduslikku analüüsi, taanduvad tänapäeval kahele eesmärgile — nakkushaiguste majandusliku osatähtsuse hindamisele ja epidemiatorje mooduste täiustamisele.

Nüüdisajaks on juba kogunenud teatav hulk faktilist materjali, mis kajastab nakkushaiguste sotsiaal-majanduslikku osatähtsust Eesti NSV-s (2, 7, 10, 12, 13). Nende andmete kasutamine aitab hinnangut anda nakkushaiguste esinemisele sotsiaal-majanduslikult positsioonilt ja kavandada uurimistöid, mis on praegu kõige aktuaalsemad ja mis aitaksid teistest suuremal määral vähendada nakkushaiguste tekitatud sotsiaal-majanduslikku kahju.

KIRJANDUS: 1. Soldak, B., Soszynski, W. *Zdrow. publ.*, 1973, 84, 1, 73—80. — 2. Tamm, O., Sahhanina, I., Reinaru, J., Pihl, H., Martin, J. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1972, 3, 228—231.

3. Бобоходжаев И. Я., Бурмистрова Н. Ф., Ржевская А. Я. *Здравоохран. РСФСР*, 1963, 9, 6—10. — 4. Бобоходжаев И. Я. *Сов. здравоохран.*, 1971, 4, 22—25. — 5. Богатырев И. Д., Подварко Ю. А., Дубровина В. Д., Зыбин И. Ф., Яковлева Г. К. *Сов. здравоохран.*, 1973, 1, 23—29. — 6. Бургасов П. Н. В кн.: *Материалы XV Всесоюзного съезда эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов*. Ч. 1, М., 1970, 5—39. — 7. Ляпина Н. А., Шаханина И. Л., Пихл Х. О. В кн.: *Сб. тезисов докладов VIII Республиканской научной конференции Таллинского НИИЭМГ*. Таллин, 1974, 38—41. — 8. Мурешан П. *Здравоохран. (Бухарест)*, 1974, 2, 155—160. — 9. Церковный Г. Ф. *Сов. здравоохран.*, 1973, 8, 25—31. — 10. Шаханина И. Л., Пименова М. Н., Тамм О. М., Пихл Х. О., Ляпина Н. А. В кн.: *Сборник докладов второго республиканского съезда эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов*. Таллин, 1972, 125—128. — 11. Шаханина И. Л. В кн.: *Актуальные вопросы эпидемиологии, вып. 3. Кишечные инфекции (эпидемиология, диагностика, клиника)*. М., 1973, 311—314. — 12. Шаханина И. Л., Пименова М. Н., Тамм О. М., Пихл, Х. О., Ляпина Н. А. В кн.: *Сборник тезисов докладов VIII Республиканской научной конференции Таллинского НИИЭМГ*. Таллин, 1974, 88—91. — 13. Шаханина И. Л., Пименова М. Н., Тамм О. М., Ляпина Н. А., Пихл Х. О. В кн.: *Сборник тезисов докладов VIII Республиканской научной конференции Таллинского НИИЭМГ*, Таллин, 1974, 84—88. — 14. Шаханина И. Л., Паранина Л. А., Пименова М. Н. *Ж. микробиол. (Москва)*, 1974, 9, 99—101.

*Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium  
NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi  
Epidemioloogia Teadusliku  
Uurimise Keskinstituut*

## RINNAVÄHK KAKSIKUTEL

EVI HINT ASTRID JÄRVET  
AGU LIPPING

Tallinn

UDK 618.19-006.6-056.75

Rinnavähki on peetud perekondliku haiguseks, sest haige lähematel sugulastel, kas emal, vanaemal, tädil või õel, on sageli olnud sama haigus (1, 5, 12). Niisugune seos ilmnes ka rinnavähi epidemioloogia uurimisel Eesti NSV-s: 7,6%-l haigetest oli perekonnas olnud rinnavähki, kontrollrühmas üksnes 1,5%-l ( $P < 0,05$ ) (13). On perekondi, kelle liikmetel mao-, kopsu-, emaka- või söögitoruvähki tekib sagedamini kui elanikkonnas tervikuna. Seda seletatakse teatava elundi päriliku eelsoodumusega, mille tõttu ta on eriti vastuvõtlik mitmesugustele kantserogeensetele mõjutustele (12). Kirjanduse andmeil tekib kaksikõdedel sagedamini rinnavähki kui paljusid muid pahaloomulisi kasvaja (7). Kuigi kaksikute genotüübis ilmneb suurem sarnasus kui teiste õdede või vendade vahel, ja seda mitte ainult ühemuna-, vaid ka kahemunakaksikute puhul (4), ei arvata rinnavähi korral määrava tähtsusega olevat ainuüksi geneetilisi tegureid (6, 12). Kirjanduses on avaldatud rinnavähijuhu kirjeldus (6). Märkimisväärne on see, et peale rinnavähi oli neil mitu ühesugust haigust, nagu suhkurtõbi, struuma, kõrgvererõhuhaiigus, sapipõiepõletik ja rasvumine. Autorid arvavad, et mitte rinnavähk, vaid need ainevahetus- ja konstitutsionaalsed häired, mis võivad soodustada selle pahaloomulise kasvaja teket, said alguse lootemuna jagunemisel kaheks ühesuguseks genotüübiks.

Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris ravitud rinnavähahaigetest oli kaksikuid 2,2%. Kaks haiget, rahvuselt eestlased, olid kaksikõded, kes haigestusid rinnavähki teineteise järel lühikese ajavahemiku vältel (1 a. ja 7

kuud). Mõlemal oli vasaku rinnanäärme vähk II staadiumis. Alljärgnevalt tutvustame seda juhtu lähemalt.

Esimene (sündis esimesena) kaksikõde R. K., 56 aastat vana (haiguslugu nr. 1493/1970), saabus ravile 21. augustil 1970. a. Veregrupp A (II), RH+, silmade värvus pruun, kehakaal 75 kg, pikkus 169 cm, arteriaalne rõhk 165/105 mm Hg. Oli parfümeeria-vabriku tööline.

Teine kaksikõde M. K., 57 aastat vana (haiguslugu nr. 453/1972), tuli ravile 3. märtsil 1972. Veregrupp B (III), RH+, silmade värvus sinine, kehakaal 69 kg, pikkus 166 cm, arteriaalne rõhk 180/90 mm Hg. Oli nahavabriku tööline.

Väliselt olid kaksikud sarnased, kuid mitte teineteise «koopjad». Tunnuste põhjal, mis on olulised kaksikute tüübi määramisel, nagu veregrupp, silmade värvus (11), olid õed kahemunakaksikud. Nad ei olnud abielus, suguelu olid elanud ebaregulaarselt, rasestumistest olid püüdnud hoiduda (*coitus interruptus*). Esimesel kaksikul oli olnud üks tehisabort. *Menarche* oli mõlemal 15-aastaselt; vere hulk keskmine, tüüp 3—5/28 päeva. Menopausi algus hiline: esimesel kaksikul 53-aastaselt, teisel 52-aastaselt. Kaksikõdede ema oli sünnitamisel olnud 34-aastane. See oli tal kolmas sünnitus, imikud said emapiima. Viimased seitse aastat enne haigestumist elasid kaksikõed koos. Samas korteris elas veel neist 9 aastat vanem õde, kes oli terve. Õde on abielus, sünnitanud. Sugulased rinnavähki põdenud ei ole; õdetürel oli emakakaelavähk. Mõlemal kaksikõel paiknes kasvaja vasaku rinnanäärme alumises osas: esimesel rinnanibu läheduses, teisel välimises veerandis. Kasvaja histoloogilises uuringud (nr. 54179/81 ja nr. 64475/80) kinnitavad mõlemal juhtl anaplastilise adenokartsinoomi olemasolu (vt. tahvel XVII, mikrofotod 1 ja 2) ning metastaase kaenlaalustes lümfisõlmedes. Pärast kompleksravi (radikaalne mastektomia, keemiline ja röntgenravi) on mõlema õe tervislik seisund rahuldav, metastaase ega retsiidive ei ole tekkinud (kompleksravi lõpetamisest on möödunud esimesel 4 a. 2 kuud, teisel 2 a. 7 kuud).

Analoogiliselt kirjanduse andmetega olid ka käesoleval juhul mõned ühtsed

ohutegurid, nagu hiline menopaus ja kõrge arteriaalne rõhk, mis rinnavähi teket soodustada võivad (2, 9). Kaksikute ema olnud sünnitamise ajal üle 30 aasta vana. Arvatakse, et sel ajal on võimalikud mutatsioonihäired (3), mis võivad põhjustada järglastel rinnavähki (10). Kaksikutel puudus rinnavähi kaitsetegur — sünnitus enne 25. eluaastat (8).

Kuigi mainitud juhul ei saa eitada mõnede välistegurite kahjulikku toimet, viitavad kasvaja ühtne struktuur ja paiknemine, samuti eespool loetletud ohutegurid, sisemiste mõjutuste domineerimisele rinnavähi tekkes.

Et rinnavähk oli neil arsti poole pöördumisel juba II staadiumis, siis on profülaktika eesmärgil vaja kontrollida haigete lähemaid sugulasi (14). Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on viimasel ajal seda tehtud, seejuures on eriti tähelepanu pööratud kaksikutele.

KIRJANDUS: 1. Anderson, D. E. Nat. Cancer Inst., 1972, 48, 4, 1029—1034. — 2.

Berndt, H., Lattermann, K. Arch. Geschwulstforsch., 1969, 33, 1, 55—65. — 3. Döderlmann, P., Reuss, A., Rummel, Arch. Gynaekol., 1971, 210, 3, 267—275. — 4. Gedda, L. Studio dei gemelli. Roma, 1951. — 5. Haagensen, C. D. J. Nat. Cancer Inst., 1972, 48, 4, 1025—1027. — 6. Heizer, W. D., Lewison, E. F. JAMA, 1964, 188, 3, 217—220. — 7. Keith, L., Brown, E. Acta Genet. Med. Gemellol (Roma), 1971, 19, 61—64. — 8. Lemon, H. M., Wotiz, H. N., Parsons, L., Mozdzen, P. J. JAMA, 1966, 196, 1128—1136. — 9. Lilienfeld, A. M., Cancer, 1956, 9, 5, 927—934. — 10. Standfast, S. J. J. Nat. Cancer Inst., 1967, 39, 1, 33—42.

11. Канаев И. И. Близнецы. М.—Л., 1959. — 12. Мартынова Р. П. В кн.: Проблемы генетики развития. М., 1972, 160—181. — 13. Пурде М. К., Тайгро В. И., Хинт Э. К., Берштейн Л. М., Тийвель Х. А., Ярвет А. В. Сов. мед., 1973, 6, 138—140. — 14. Хинт Э. К. О некоторых существенных факторах при возникновении рака молочной железы в Эстонской ССР. Метод. рекоменд. Таллин, 1973.

*Ekspimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut*

*Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser*

## Mõttevahetus

### GASTROENTEROLOOGIA ORGANISATSIOON JA ARENGUPROBLEEMID TARTUS

VELLO SALUPERE SIGRID ARU

Tartu

UDK 614.2(474.2)(049.2)

Kitsaste erialade paratamatus tänapäeva meditsiinis sunnib tõsiselt tegelema haigetele spetsialiseeritud abi andmise süsteemiga. Muu hulgas vajab üksikasjalikku läbimõtlemit see, kuidas kõige arukamalt paigutada spetsialiseeritud arstiabi seniajani traditsioonilisse tervishoiuorganisatsiooni nii, et säiliks vana süsteemi praktika poolt kontrollitud otstarbekohasus ning uue ratsio-

naalsus. Äsja öeldu kehtib ka gastroenteroloogia kohta.

Tartu linna täiskasvanud elanikkonna eripära on tingitud Tartu Riikliku Ülikooli ja Eesti Põllumajanduse Akadeemia olemasolust. Arstiabi raskuspunkt Tartus lasub suures osas Tartu Linna Polikliinikul ja Tartu Vabariiklikul Kliinilisel Haiglal. Viimane kindlustab Tartu elanikke nii esmase

kui ka spetsialiseeritud arstiabiga, annab konsultatiivset ja spetsialiseeritud arstiabi kuuele Lõuna-Eesti rajoonile. Nende seas on ka Tartu rajoon, mille keskuseks on samuti Tartu linn.

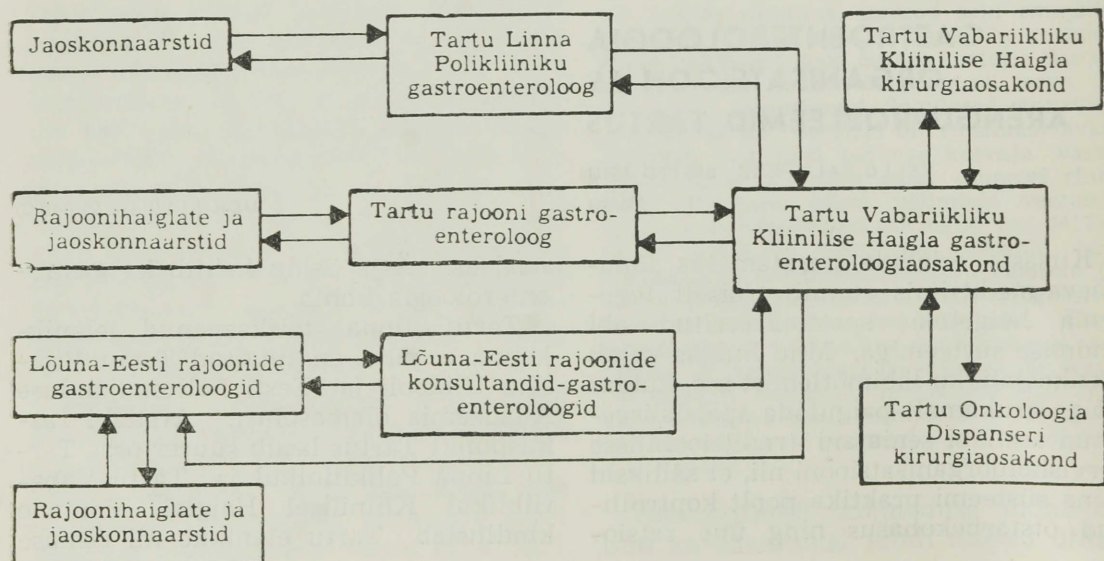
Tartu Linna Polikliinikus alustati gastroenteroloogilist vastuvõttu 1966. aastal. Esimestel aastatel tegeldi peamiselt konsultatsiooniga. Alles pärast gastroenteroloogi ametikoha moodustamist ja selle koha täitmist 1968. aastal hakkas gastroenteroloogiakabinet aegamööda täitma neid ülesandeid, mis tal on ette nähtud, nagu konsulteerimine, teatavaid haigusi põdevate isikute dispanserimine, hospitaliseerimise koordineerimine jne. Lühikest aega töötanud gastroenteroloogia profiiliga Tartu Rajooni Haigla Erikal jäi vaid üheks astmeks gastroenteroloogia organisatsiooni väljakujunemisel Tartus.

Uus etapp kõnesoleva eriala arengus algas 1973. aasta veebruaris, kui avati Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla 40 voodikohaga gastroenteroloogiaosakond Toomel, Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri endistes ruumides. Sellega sai võimalikuks kompaktselt gastroenteroloogiaüsteemi loomine Tartusse, mis paljulaidetud ametkondlikke barjääre ületades ja neid trotsides ühendas Tartu linna, Tartu rajooni ja Lõuna-Eesti ülejäänud rajoonide haigete teenindamise

ning rahaldas mingil määral ka Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppetöö vajadusi. Viimane seik ei ole tervishoiusüsteemi organiseerimisel Tartus mitte viimasejärguline.

Gastroenteroloogiavõrgu organiseerimisel Tartus lähtuti eeldusest, et spetsialiseeritud abi sellisel põhierialal nagu gastroenteroloogia on otstarbekohane võimalikult tsentraliseerida. Ideaaliks oleks keskus, kus gastroenteroloogilisi haigeid teenindavad allasutused oleksid tihedas koostöös. Ühise metoodilise juhtimise all oleva keskuse koosseisu kuuluksid esmajoones gastroenteroloogiaosakond, kõhuõonekirurgiaosakond, ambulatoorsed gastroenteroloogiakabinetid, gastroenteroloogilise konsultatsiooni kabinetid ja niisugused olulised osakonnad nagu endoskoopia- ja röntgeniosakond.

Gastroenteroloogiateenistus Tartus on praegu koondunud 40 voodikohaga gastroenteroloogiaosakonna ümber (vt. joonis). Haigeid hospitaliseeritakse põhiliselt Tartu linnast ja rajoonist ning Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla teeninduspiirkonnast Lõuna-Eestist. Haiget ei saada statsionaari vahetult üldvõrgu arstid, vaid seda teevad gastroenteroloogid. Haigeid saadavad konsultatsioonile rajooni gastroenteroloogid või selle



töö eest vastutavad arstid (kahjuks pole veel kõikides Lõuna-Eesti rajoonidel gastroenteroloogi tööle võetud, mis on ajanõude ilmne ignoreerimine). Eespool nimetatud arstid konsulteerivad osakonna baasil töötavat TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri professorit, käivad visiitidel koos professoriga gastroenteroloogiaosakonnas ja osalevad keerukamate haigusjuhtude aruteludes.

Seega on gastroenteroloogia statsionaarne osakond omalaadne kolmanda etapi raviasutus, sest siia saavad haiged teevad läbi tee: jaoskonnaarst → ambulatoorses võrgus töötav gastroenteroloog → statsionaar. Niiviisi satuvad ravile just need, kes seda hädapärast vajavad.

Kõnesoleval süsteemil on mitmeid iseärasusi, mis ravi tunduvalt hõlbustavad ja samal ajal riiklikke materiaalseid vahendeid märgatavalt kokku hoida võimaldavad.

Nii näiteks püüame diagnoose määrata nii palju kui vähegi võimalik ambulatoorselt ja peame seda põhimõtet väga oluliseks. See kehtib eriti maovähahaigete kohta, kes ei vaja statsionaarset diagnoosimise etappi, sest maovähi diagnoos baseerub tänapäeval peamiselt röntgenoloogilisel ja kombineeritud gastroenteroloogilisel uurimisel. Neid aga tehakse eduga ambulatoorselt, röntgeni- ja endoskoopiakabinetis. Mõistagi rohkendab see gastroenteroloogiaosakonna kabinettide tööd märgatavalt, kuid tänu fiibergastroskoobi ja elektronoptilise muundaja kasutamisele on see siiski võimalik. Toome siinkohal näite. Kui 1970. aasta aprillist kuni 1973. aasta veebruarini, s. o. kolme aasta jooksul enne gastroenteroloogiaosakonna avamist, tegime fiibergastroskopiaga 786 vaatlust ja 698 juhivat biopsiat, siis 1973. aasta veebruarist kuni 1974. aasta märtsini, s. o. aasta jooksul, vastavalt 687 gastroskoopiat ja 707 biopsiat. Koormuse suurenemine on märgatav, kuigi uurisime peamiselt ambulatoorseid haigeid, vähem aga haiglas olevaid patsiente.

Analoogiliselt talitame ka teiste hai-

guste korral, nagu maohaavand, haavandiline koliit.

Haiguste ambulatoorse diagnoosimise osatähtsuse suurenemine on meie arvates seaduspärane nähtus. Niisugune taktika ei hoiu kokku mitte üksnes aega, vaid ka materiaalseid vahendeid. Kiiresti saab alustada vajalikku ravi.

Meil rakendatava gastroenteroloogiaorganisatsiooni teiseks oluliseks hüveks on tõsiasi, et arstid, kes töötavad selle ambulatoorses osas, on statsionaari tööga otseselt või kaudselt seotud (kohakaaslus, haigusjuhtude arutelud professori juures, üldvisiidid palatites). Niiviisi tekib omamoodi suletud süsteem, mille kõik liikmed on omavahel seotud ja sõltuvuses. Sisuliselt tähendab see olukorda, kus ambulatoorses võrgus töötav gastroenteroloog võtab haige enda juurde ravile või siis saadab ta oma kolleegi juurde, kellega ta päev-päeva kõrval on tihedas tööalases kontaktis. Ravilt tulnu läheb aga tagasi nendesamade arstide juurde. Selliselt toimides tekib arstil vastutus ja haiglaravile saadetakse just need, kes seda tõesti vajavad. Tunduvalt kergeneb ka statsionaari töö, sest tarvisminevad uuringud on sageli tehtud ja haiget vastu võttes pruugib vaid ravi määrata. Vahetu tagasiside ergutab ka ambulatoorse võrgu arste paremini töötama.

Mõni sõna gastroenteroloogiakabinetidest. Konsultatsioonide suurt tähtsust arvesse võttes ei ole polikliiniku gastroenteroloogi võimalik üle koormata, panes talle kohustuseks kõikide kroonilisi seedetraktihaigusi põdevate isikute dispanseerimise. Otstarbekaks on osutunud, et mao polüpoosi, maohaavandi, maksatsirroosi ja haavandilist koliiti põdevaid haigeid dispanseeriks gastroenteroloog. Need haiged moodustavad mitte üle 10% seedetraktihaigetest. Paraku osutub osa prekantseroosidega isikute, eriti aga kroonilist atroofilist gastriiti põdevate haigete dispanseerimine mõttetuks. Nelja aasta jooksul on Tartus prekantseroosidega arvel olevast umbes 300 maohaavandi ja atroofilise gastriidi juhust tekkinud maovähk ainult 6 juhul, mis teeb vaid 2...3%

kõikidest sel perioodil esmakordselt diagnoositud maovähijuhtudest. Selles ei ole midagi paradoksaalset, kui arvestada N. Siurala ja kaasautorite andmeid, et Lõuna-Soomes esineb maofunduse atroofilist gastriiti 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l elanikest. Kui need andmed teatava reservatsiooni-ga üle kanda Tartu linnale, siis peaks Tartus olema 21 000 niisugust haiget, kes põevad maofunduse atroofilist gastriiti, antrumi isoleeritud atroofilise gastriidi juhtudest kõnelemata. Niisuguse arvu atroofilist gastriiti põdevate haigete dispanserimine ühe arsti poolt ei tule ilmselt kõne allagi.

Gastroenteroloog peab suunama kogu oma erialast tööd polikliinikus, ta peab kasutusele võtma uusi uurimis- ja ravi-meetodeid, neid jaoskonnaarstidele tutvustama jpm.

Haigla ja polikliiniku gastroenteroloogi eespool kirjeldatud koostöö keh-tib Tartu linna ja suures osas ka Tartu rajooni kohta. Mõnes mõttes erand on Lõuna-Eesti haigete teenindamine. Neid saadab konsultatsioonile vaid rajooni gastroenteroloog või siis arst, kes selle töö eest rajoonis vastutab. Meie arvates tõstab see kohaliku spetsialisti autori-teeti. Lõuna-Eesti rajoonide gastroente-rolooge oleme regulaarselt (1973. aastal kaks korda) Tartusse kutsunud ja kogemu-si vahetanud. Kokkuleppel saade-takse Tartusse vaid neid haigeid, kellel hädavajalikud uuringud, näiteks vere-analüüs, maomahla ja duodenaalsisal-dise uuring, röntgenoloogiline vaatlus, naishäigetel ilmtingimata ka güneko-loogilise uurimine, on kohapeal juba tehtud. Sellel praktikal on kindel ees-märk. Juba uuringute selle programmi käigus peaksid selguma lihtsamalt ja rutiinsemalt diagnoositavad haigused ja Tartusse tuleksid üksnes need, kes spet-sialiseeritud arstiabi vajavad.

Niiviisi oleme töötanud juba üle aasta ja võime teha mõningaid, tõi küll, võrdlemisi põgusaid kokkuvõtteid. Praktika on näidanud, et käesolevas kirjatükis esitatud tööpõhimõte on üld-joontes hea. Kuid ta eeldab kõikide lülide korralikkude tööd. Piisab vaid ühe arsti halvast tööst, et kannataks kogu

tegevus. See on omalaadne süsteem — üks kõigi, kõik ühe eest. 40 voodikohaga gastroenteroloogiaosakond rahuldab sel-liselt töötades Tartu linna, rajooni ja osaliselt ka Lõuna-Eesti vajadusi, kuid suure ambulatoorse töö hinnaga ja üks-nes siis, kui ambulatoorne töö on lait-matu. Raskused sugenevad vaid sellest, et gastroenteroloogiaosakond ei asu kõhuõõnekirurgiaosakonna läheduses. See puudus vajab ilmset korrigeerimist. Kirurgide naabruse korral võiks tera-peutilise profiiliga gastroenteroloogia-osakond märksa enam tegelda ägedaid seedetraktihaigusi põdevate isikute jäl-gimise ja raviga (äge pankreatiit, haa-vand, koletsüstiit), sest kõik nad ju lõp-pude lõpuks operatsiooni ei vaja. Nii avaneks kirurgidel rohkem võima-lusi ka kroonilisi seedetraktihaigusi põdevate isikute opereerimiseks. Kaoks uurimismeetodite ja instrumentariumi dubleerimise vajadus.

Seega ei vasta gastroenteroloogiasüs-teem Tartus veel oodatule. Silmas pida-des Tartu kui Lõuna-Eesti keskuse ja TRÜ Arstiteaduskonna õppebaasi vaja-dusi, on Tartu gastroenteroloogia-keskuse lõplikuks väljakujunemiseks vajalikud mõningad arendused. Mõnin-gal määral oleks otstarbekohane suu-rendada terapeutilise profiiliga statsio-naari (60 voodikohaga) ja ilmtingimata viia see kõhuõõnekirurgiaosakonnaga samasse või lähedal asuvasse hoonesse. Ka on hädavajalik diagnoosimis- ja ravivahendid keskusesse koondada, lu-bamatu on hinnalist aparatuuri laiali saata mööda rajoonikeskusi või suunata teistesse raviasutustesse. On selge, et üksnes kvalifitseeritud kaader suudab aparate otstarbekalt kasutada.

Lõpuks, oleme veendunud, et gastro-enteroloogiakeskuse Tartu näite varal on tegemist ühe võimalusega, kuidas edaspidi rajada spetsialiseeritud arsti-abi keskusi. See ei välista muid võima-lusi, kuid on kohalikes tingimustes õige otstarbekohane.

TRÜ Arstiteaduskonna  
teaduskonnasisehaiguste kateeder  
Tartu Linna Polikliinik

## TSÜTOMEGAALIA JA TSÜTOMEGALOVIIIRUSED

KUULO KUTSAR

Tallinn

UDK 576.858.13:616.988

Tsütomegaalia on viirushaigus, mida põevad eeskätt imikud ja väikelapsed, harvem kooliealised ning täiskasvanud. Tsütomegaloviirused kuuluvad herpesviiruste hulka; nende nimetus tuleneb sellest, et nad põhjustavad rakkudes iseloomulikke tsütopatoloogilisi muutusi: rakud suurenevad, nende tuumadesse ja tsütoplasmasse ilmuvad inklusioonid. Iseloomulike muutustega rakke leidub rohkesti nakatunud inimese süljenäärmetes, seetõttu nimetati tsütomegaloviirusi varem «süljenäärmete viirusteks». Tsütomegaaliale on hakatud üha rohkem tähelepanu pöörama, sest on selgunud, et tsütomegaloviirus on üks nendest viirustest, mis põhjustab kaasasündinud ja sünnijärgseid patoloogilisi muutusi.

**Viiruste omadused.** Inimese tsütomegaloviirus sisaldab DNA-d, tema molekulkaal on  $32 \times 10^6$ . Eetri toimel, pH langemisel alla 5,0,  $+4^\circ$  temperatuuril hävib viirus ühe nädala jooksul, soojendamisel  $+56^\circ$  temperatuuril aga 30 minutiga. Viiruse säilimiseks on optimaalne pH 7,2...8,0. Madalatel temperatuuridel ( $-50 \dots -90^\circ$ ) säilib viirus ainult stabiliseerivate ainete juuresolekul. Ultraviolettkiirte toimel hävib ta 5...10 minuti jooksul. Interferooni toime suhtes on viirus vähetundlik.

**Viiruse levik.** Tsütomegaloviirusi on isoleeritud inimestelt, ahvidelt, hiirtelt, merisigadelt, hamstrilt, sigadelt, lamastelt, koertelt jt. Loomadelt eraldatud viirused on omadustelt lähedased inimese tsütomegaloviirusele. Tsütomegaloviirused on spetsiifilised oma peremeesorganismile, s. t. nad ei levi ühelt liigilt teisele. Seega on tervele inimesele nakkusallikaks tsütomegaaliat

põdev inimene, kellel nakkus kulgeb põhiliselt krooniliselt, varjatud vormina. Tsütomegaloviirused paljunevad süljenäärmete ja süljenäärme juhade epiteeli rakkudes ning neerudes. Organismist eritatakse neid sülje ja uriiniga. Nakatunud laps võib viirusi eritada keskmiselt 10 kuu jooksul (5).

Seroloogilised uurimised viitavad sellele, et subkliiniliselt kulgev nakkus on elanike hulgas laialt levinud. W. P. Rowe jt. andmetel leiti 81%-l Washingtoni elanikest vanuses üle 35 a. tsütomegaloviiruste antikehi (8). Antikehade esinemissagedus reeglipäraselt suureneb koos vanusega. M. Stern, S. D. Elek (9) leidsid Londoni elanikel tsütomegaloviiruse antikehi eri vanuserühmades järgmiselt: 0...6 kuud 35%-l, kuni 5 aastat 4%-l, 5...10 a. 15%-l, 10...15 a. 21%-l, 15...25 a. 36%-l, 25...35 a. 54%-l, 35...75 a. 54%-l.

Loode võib nakatuda juba raseduse ajal, sest siis varjatult kulgev nakkus aktiveerub ja sellele järgneb viiruse ülekandumine lootele transplatsentaarsel teel. Tsütomegaloviirus võib raseduse ajal paljuneda ka endomeetriumis ja piimanäärmetes (1).

Pärast sündimist võib laps nakatuda 1) otsese kontakti teel haige inimese ekskreetidega — vastsündinu võib nakatuda ka sünnitusteedest, kuna viirusi eritub emakakaela- ja tupenäärmete sekreediga — (4); 2) haige ema piimaga (1); 3) vereülekandel. T. Luthardt (6) andmetel nakatus 127 vereülekandeid saanud vastsündinust tsütomegaaliasse 20%, kusjuures 215 doonorist osutus viirusekandjateks 46%. Soomes on viiruse antikehi leitud 31...61%-l haigetest, kellele südameoperatsioonide ajal oli tehtud vereülekandeid; samal

ajal leiti tsütomegaloviiruse antikehi 66% -l doonoritest (3).

**Haigusvormid.** Tsütomegaalia kliinilised vormid kujunevad välja erinevalt, sõltuvalt nakatunud organismi vanusest.

Kaasasündinud tsütomegaalia võib lõppeda loote surmaga, kui haigus kulgeb generaliseerunud vormis, või kujuneb välja haiguse kliiniline pilt. Viimasel juhul on vastasündinul maks ja põrn suurenenud, ilmnevad naha kollasus, trombotsütopeeniline purpura, pneumoonia, ühtlasi südame ja vere-soonte, luude ning muude elundite vääraarengud. Väga sageli on kahjustatud kesknärvisüsteem, sellega kaasnevad pisipealisus, periventrikulaarsed kaltsifikatsioonid, korioretiniit, nägemisnärv atrofia, vaimse arengu häired. Nähtavasti on just tsütomegaloviiruse kahjustava toimega lootesse üsasisesse arengu perioodil seotud paljud selgitamata etioloogiaga pisipealisuse ja vaimse alaarengu juhud (2).

Omandatud tsütomegaalia on osutunud ulatuslikult levinud viirusnakkuseks. Nagu näitasid eespool toodud seroloogiliste uuringute andmed, suureneb viirusega kokkupuutunud inimeste arv vanuse suurenemisel järsult. Lastel võib tsütomegaloviirusega nakatumisel välja kujuneda alaäge või krooniline hepatiit, hemolüütiline aneemia või interstitsiaalne pneumoonia. Krooniline viirusnakkus võib ägeneda leukeemia, pahaloomuliste kasvujate, mitmesuguste nakkushaiguste ning raseduse puhul, ka kortikosteroidide, immunosupressorite kasutamisel ning vereülekannete tegemisel. Viirusnakkuse ägenemisel areneb haigetel tsütomegaloviiruslik pneumoonia või hepatiit, harva generaliseerunud haigus. On andmeid ka tsütomegaloviirusliku polüneuriidi esinemisest, mis on leidnud nii virooloogilise kui ka seroloogilise tõestuse (7).

**Diagnostika.** Mikroskoopiliselt uuritakse organismi mitmesuguste vedelike, sagedamini uriini ja sülje sademes olevaid suurenenud rakke ja rakutuumade inklusioone. Iseloomulikke suurenenud

rakke ei eritu alati, viirusi on isoleeritud ka nendest uriiniproovidest, mis tsütoloogiliselt on osutunud negatiivseks.

Virooloogiliselt uuritakse uriini ja sülge, maksatükikesi, samuti lahangumaterjali, millega nakatakse primaarseid või inimese diploidseid embrüonaalseid fibroblaste. Jälgitakse iseloomulike tsütopaatiliste muutuste ilmumist koekultuurides. Järgneb isoleeritud agensi seroloogiline identifitseerimine.

Seroloogiliselt uuritakse haiguse ägedas ja paranemisperioodis haigelt võetud vereseerumeid antikehade suhtes neutralisatsiooni- ja komplemendi sidumise reaktsiooniga. Diagnostiline väärtus on korduvates vereproovides esineval ühtlasel kõrgel või järjest tõusval antikehade tiitril (neljakordne ja enam). Seroloogilist diagnoosi kinnitab tsütomegaloviiruse isoleerimine samalt haigelt.

Positiivseid laboratoorsete uuringute tulemusi tuleb tõlgitseda väga ettevaatlikult, kuna subkliiniliselt kulgev nakkus on laialt levinud ja sel puhul võivad haiged viirusi eritada isegi spetsiifiliste antikehade olemasolul veres.

Tsütomegaalia spetsiifiline profülaktika ja ravi puuduvad.

**KIRJANDUS:** 1. Diosi, P., Babusceac, L., Nevinglovschi, O., Kuntsoicu, G. *Lancet*, 1967, 1063—1066. — 2. Hanshaw, J. B. N. *Engl. J. Med.*, 1966, 275, 476—479. — 3. Klemola, E., Paloheimo, J., von Essen, R., Furuholm, U. In: XIII European Symposium of Poliomyelitis and Other Virus Diseases. Abstracts. Helsinki, 1971. — 4. Krech, U., Jung, M. In: XIII European Symposium of Poliomyelitis and Other Virus Diseases. Abstracts. Helsinki, 1971. — 5. Leinikki, P., Heinonen, K., Pettay, O. *Scand. J. Infect. Dis.*, 1972, 4, 1, 1—5. — 6. Luthardt, T. In: XIII European Symposium of Poliomyelitis and Other Virus Diseases. Abstracts. Helsinki, 1971. — 7. Polynuritis associated with cytomegalovirus infections. *Q. J. Med.*, 1971, 40, 159, 435—442. — 8. Rowe, W. P., Hartley, J. W., Waterman, S., Turner, H. C., Huebner, R. J. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1956, 92, 418—423. — 9. Stern, H., Elek, S. D. *J. Hyg. (Camb.)*, 1965, 63, 79—87.

*Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut*

# ARTERIAALNE HÜPERTOONIA LASTEL

ILME PILV  
Tallinn

UDK 616.12-008.331.1-053.2

Südame ja veresoonte haiguste sagedamine on täheldatav nii täiskasvanutel kui ka lastel. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia XXI sessioonil 1965. a. käsitleti kardiovaskulaarsete haiguste esinemissagedust ning profülaktikat. Vähenenud on laste reumahaigestumus, suurenenud on aga mittereumaatilisi kardiopaatiad ning vasodüstooniat põdevate haigete arv. Ateroskleroosi ja hüpertooniatõve profülaktika algab juba lapseas (1, 2).

Viimase 20...30 aasta jooksul on arteriaalne rõhk lastel ja noorukitel tunduvalt tõusnud. Nii oli 15-aastastel poistel süstoolne rõhk 1964. aastal 1945. aasta andmetega võrreldes tõusnud 16,2 mmHg, diastoolne vastavalt 11,9 mmHg (6). Vererõhu kõrgenemine on seoses kehalise arengu ja sugulise küpsemise kiirenemisega — aktseleeratsiooniga. Vabariigis on uuritud kooliõpilaste vererõhku sõltuvalt ealistest iseärasustest ning välja töötatud normid, mis on võetud vererõhu muutuste hindamise aluseks alates 1974. aastast (8).

Kirjanduse andmetel on arteriaalne hüpertoonia 6,5%–1 ning hüpotoonia 4,4%–1 kooliõpilastest (3, 9). Maal elunevatel lastel on arteriaalset hüpertooniat harvem kui linnas elunevatel.

Arteriaalse hüpertoonia varajane kindlakstegemine võimaldab kasutusele võtta abinõusid haiguseelisel (premorbiidisel) perioodil ning vältida haiguse progresseerumist.

Kooliõpilaste iga-aastaselt arstlikul läbivaatusel mõõdetakse vererõhku esimest korda enne kooli astumist, teist korda 9...10 aasta vanuses (III klassis), alates VI klassist igal aastal. Arteriaalse rõhu õigete väärtuste saamiseks on vajalikud järgmised tingimused.

1. Vererõhku on soovitatav mõõta alati ühel ja samal päeval, näi-

teks esimestel koolitundidel. Vererõhku mõõdetakse lapsel istuasendis paremal käel ja pärast 10-minutilist puhkust.

2. Vererõhku mõõdetakse Riva-Rocci aparaadiga Korotkovi meetodil. Õigete väärtuste saamiseks kasutatagu vastava laiusega mansetti: üle 12 aasta vanustel lastel kasutatakse täiskasvanute oma 14×26 cm, nooremas koolieas (7...10 aastat) on manseti mõõtmed 8,5×17 cm, keskmises koolieas (10...12 a.) 10×22 cm. Manseti laius on umbes  $\frac{1}{3}$  õlavarre pikkusest, pikkus mitte alla  $\frac{1}{2}$  ja üle  $\frac{2}{3}$  õlavarre ümbermõõdust.

3. Vererõhu määramisel mõõdetakse seda kolmel korral, märgitakse kõige madalam süstoolne rõhk.

Vererõhku peetakse kõrgenenuks, kui see on 1,5 ruuthälvet üle eanormatiivi. Psühhoemotsionaalsetest teguritest tingitud vererõhu kõrgenemisel toimub normaliseerumine pärast 30-minutilist puhkust, kusjuures normaalse veresoonte toonusega lastel ei ole vererõhu väärtuste vahe üle 10...15 mmHg. Kui see aga ulatub 40...60 mmHg, on lapsel eelsoodumus hüpertooniatõveks. Samuti on ohustatud need õpilased, kellel süstoolne rõhk pärast koormuskatsut (20 kükki 30 sekundi vältel) tõuseb üle 40 mmHg, diastoolne rõhk samal ajal ei lange või isegi tõuseb.

Kirjanduse andmetel (4, 5) on lastel kiirenenud arengu perioodil (aktseleereeritud areng) täheldatud kalduvust vererõhu kõrgenemiseks. Ebasoodsad välistegurid, nagu pidev päevarežiimi rikkumine, liikumisvaegus, kehaline ja vaimne üleväsimus, psühhotraumad ja emotsionaalne stress, võivad soodustada prehüpertoonia ja hüpertoonia arenemist. Vaimse üleväsimuse osakaalule arteriaalse rõhu tõusul viitavad ka kirjanduse andmed (7). Vererõhu kõrgenemist on sedastatud vanemate klasside õpilastel õppeaasta algul 28...30%–1

ning lõpul 30...56%<sup>0</sup>-l. Matemaatika-kallakuga koolides on ilmnenud vererõhu kõrgenemist sagedamini (15,7...23,1%<sup>0</sup>) kui üldhariduslikes. Samuti on üks vererõhu kõrgenemise põhjusi kroonilised nakkuskolded (nina-neeluruumis, maksa- ja sapiteede haigused jm.).

Eeltoodust nähtub, et hüpertooniatõve profülaktikas ning haiguseelsete seisundite puhul on eelkõige vaja täpsustada päevarežiimi, vältida üleväsimust, tegelda kehakultuuri ja spordiga, liikumismängudega, ära hoida negatiivseid emotsioone (konfliktid kodus ja koolis).

Arteriaalse hüpertoonia diagnoos täpsustatakse haiglas. Ligikaudu  $\frac{1}{5}$ -l juhtudest kaasub arteriaalse rõhu kõrgenemine sekundaarselt neeru- ja sisenõristusnäarmete haigustele ning kaasasündinud südameriketetele.

Primaarse arteriaalse hüpertoonia täpsustamiseks on vaja vererõhku mõõta korduvalt. Ööpäevane vererõhu kõikumine määratakse kolmel esimesel haiglas viibimise päeval (õde mõõdab vererõhku kell 6, 18 ja 21, arst kell 9, 12 ja 15). Esimesel kahel nädalal lapsele ravi tavaliselt ei määrata.

Hüpertooniatõbe klassifitseeritakse lastel samuti kui täiskasvanutel (stadiumid I A, I B ja II A Mjasnikovi klassifikatsiooni järgi). Olulised tunnused on arteriaalne hüpertoonia, silma võrkkesta muutused (hüpertooniline angiopaatia) ja vasaku südamevatsakese hüpertroofia. Vähem olulised on kaebused väsimusele, erutuvusele, peavalud või peapööritus, unehäired jm.

Eelkõige tuleb reguleerida haige päevarežiimi ja koormust. Ravimitest on näidustatud rahustid, näiteks broom, palderjan, meprobamaat jt. Tingimata vajalik on krooniliste nakkuskollete ravi, vajadusel ülitundlikkust vähenda-

vate ravimite manustamine (dimedrool, pipolfeen, suprastiin jt.). Häid tulemusi on saadud ka füsioteraapia (elektroforees magneesiumi ja broomiga) ja vee-protseduuridega. Kui ravi on jäänud tulemusteta, tuleb neile lisaks määrata vererõhku alandavaid ravimeid, nagu reserpiini, raunatiini, dibasooli jt. ravi-kuuridena. Ravikuuri kestus peaks olema 10...14 päeva ja vajaduse korral võib seda veelgi pikendada.

Arteriaalse hüpertooniaga lapsed jäävad arvele jaoskonnaarsti juures. Pärast haiglast lahkumist kontrollitakse vererõhku esimestel kuudel kord kuus. Kui vaevusi ei ole tekkinud ja kui lapse enesetunne püsib hea, siis toimu-ge edaspidine kontroll kaks korda aastas. Koolis on need õpilased vabastatud lisa-koormustest, kehalise kasvatus- tundi-dest võtavad osa kas eri- või etteval- mistusrühmas. Vajaduse korral määrab arst ambulatoorse ravi silmas pidades haiguse staadiumi, objektiivseid and-meid ja kaebusi.

KIRJANDUS: 1. Mitchell, C. Am. J. Car- diol., 1973, 31, 5, 539. — 2. Perloff, J. Am. J. Cariol., 1973, 31, 5, 671.

3. Борисова Т. П. Артериальная ги- пертония у детей и подростков, Педиат- рия, 1973, 4, 3—7. — 4. Калюжная Р. А. Педиатрия, 1972, 5, 56—62. 5. Калюжная Р. А. Физиология и патология сердечно- сосудистой системы у детей и подростков. М., 1973, 39 и 107. — 6. Левин В. М. Ма- териалы для контроля и оценки физиче- ского состояния подростков. М., 1966. — 7. Сердюковская Г. Н. Вестн. АМН СССР, 1965, 6, 68. — 8. Силла Р. Ф., Тео- сте М. Э., Файзулина Т. А., Брюсо- ва Г. А. В кн.: Сборник тезисов докладов VIII Республиканской научной конферен- ции Таллинского НИИЭМГ. Таллин, 1974, 224—228. 9. Студеникин М. Я., Абдул- лаев А. Р. Гипертонические и гипотони- ческие состояния у детей и подростков. М., 1973.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

# VALTIDA TŪSISTUSI SŪSTIMISEL

ARTUR TALIHARM

Tallinn

UDK 616-06-07-089.165

Igapäevases polikliiniku- ja haigla-praktikas puutume kokku lubamatult paljude süstimisvigadest tingitud süstustega. Enamasti on need tekkinud aseptika- ja antiseptikanõuete osalisest või täielikust ignoreerimisest. On ka teiselaadilisi süstusi, näiteks vere- soonte- või närvivigastused, nõela mur- dumine jt. Sagedamini on täheldatud nn. lokaalseid süstimisüstitusi: abst- sessid, aseptilised infiltraadid, hema- toomid, traumaatiline neuriit ja võõr- keha pehmetes kudedes (murdunud nõel).

Üldisteks süstimisüstitusteks pee- takse mitmesuguseid allergilisi reakt- sioone, õhk- ning rasvembooliat ja mõningatesse nakkushaigustesse naka- tumist.

Alljärgnevalt toome ära kaks välja- võtet haiguslugudest, mis ilmselt viita- vad aseptika- ja antiseptikanõuetest mittekindlaks jäämisele süstimisel.

Juht. 1. Naispatsient S. N., 40 aastat vana (haiguslugu nr. 3216), saabus Tallinna Linna Tõnismäe Haigla kirurgiaosakonda 13. mail 1974. a. Anamneesist selgus, et günekoloog oli talle määranud väävelhapu magneesiumi 25%-lise lahuse süstid. Viienda süstimi järel oli tekkinud valulik infiltraat parema tuhara piirkonnas. Kehatemperatuur oli tõus- nud 38 °C. Umbes nädal ravinud kodus komp- ressidega. Diagnoos vastuvõtul: parema tu- hara piirkonnas abstsess. Vereanalüüsis leu- kotsütoos 12 100, SR 28 mm/t. Ravi kirurgi- line: abstsess avati samal päeval. Eritus umbes 600 ml paksu kollakat mäda. Järgne- valt tüüpiline mädakolde lahtine ravi tam- poneerimise ja loputustega. Hiljem lisandu- sid tugevdav ravi ja füsioteraapiaprotseduu- rid. 6. juunil 1974 kirjutati haige välja rahul- davas üldseisundis.

Juht. 2. Meespatsient P. M., 62 aastat vana (haiguslugu nr. 3049), saabus Tallinna Linna Tõnismäe Haigla kirurgiaosakonda 6. mail 1974. a. Saatediagnoos: vasaku tuhara fleg- moon. Anamneesist selgus, et patsiendile oli ambulatoorselt määratud B<sub>1</sub>- ja B<sub>12</sub>-vitamiini- süstid. Kolmandal päeval pärast ravikuuri lõppu tekkinud tugev valulikkus vasaku tuhara piirkonnas ja külmavärinad, kehatem- peratuur tõusnud 38,5 °C-ni. Vereanalüüs:

leukotsütoos 10 800. Ravi olnud esialgu konser- vatiivne: määratud ultralühilaine protse- duurid, infiltraadi ümbrusesse süstitud penit- sillini. Kümnenadal päeval pärast haigestu- mist hospitaliseeritud.

Statsionaaris võeti ette operatsioon — mädaõõs vasaku tuhara piirkonnas avati laialdaselt, millele järgnes lahtine ravi. 17. mail 1974 oli haige rahuldavas seisundis ja ta kirjutati koju.

Mõnikord tekivad lihasesse süstimise tulemusena aseptilised infiltraadid, mis on tingitud ravimi halvast imendumi- sest. Sellesse piirkonda süstimine sellis- tel juhtudel katkestatakse ning määra- takse viinakompressid, samuti ultravio- lettkiiritus, ultraheli, ultralühilaine jt. füsioteraapiamenetlused.

Eespool toodud lähtudes tahaksime veel kord peatuda mõningatel mediti- siini aabitsatõdedel.

Õde peab meeles pidama, et süstimi- sel tuleb alati rangelt kinni pidada aseptika- ja antiseptikanõuetest ning süstimistehnikast. Vastasel korral võib juhtuda, et küsitakse imestunult, kui- das üks või teine ebameeldivus küll võis tekkida. Õel peab süstimise ajal seljas olema puhas kittel, juuksed kor- ralikult peidetud mütsikese või rätiku alla, käelt ära võetud kell, sõrmedelt sõrmused jne. Käte ettevalmistamine selliseks tõsiseks meditsiiniprotseduu- riks nagu süstimine alaku juba nende hooldamisest. Tuleb vältida käenaha pisivigastusi ja saastumist mitmesu- guste mikroobirikaste ainetega (näiteks muld). Käuened peavad olema lühike- seks lõigatud, küünealused hästi puhas- tatud. Käte sagedane pesemine teeb käenaha kuivaks, karedaks ja võib põh- justada naha ketendamist. Selle välti- miseks peab pesemise järel kasutama kätemääret, näiteks glütseriini ja am- mooniumhüdrosiidi segu, mis aitab säilitada käenaha elastsust.

Vahetult enne tööd soovitame käed puhtaks pesta sooja vee, seebi ja har-

jaga, seejärel kuivatada steriilse käte-  
rätikuga ning desinfitseerida piiritu-  
sega.

Enne steriliseerimist on vaja kontrol-  
lida süstalde hermeetilisust ja nõelte  
läbitavust ning teraviku seisundit. Kui  
kahe esimese defekti avastamiseks on  
järelevalve enam-vähem pidev, siis  
nõela teravuse kontroll unustatakse  
sageli. Nüri või rikutud otsaga nõel aga  
tekitab kudede üleliigseid vigastusi ja  
süstimine ise on tunduvalt valusam.

Süstalde ja nõelte steriliseerimise  
korrast peetakse üldiselt küll kinni,  
kuid on ette tulnud juhtumeid, kus  
õdede vahetumisel aetakse segi sterili-  
seeritud ja juba kasutatud instrumen-  
did. Pärast süstimiseks vajalike instru-  
mentide ettevalmistamist (vastavalt  
instruktsioonidele) ja keetmist — juhul,  
kui neid kohe ei tarvitata — peaks steri-  
lisaatorile tegema märke.

Rohkem tähelepanu tuleb pöörata ka  
ampullide ja pudelite steriliseerimisele  
enne avamist. Sageli aga võime näha  
sellist pilti: apteegist saadud ampull  
avatakse pintsetilöögiga ilma mingi  
ettevalmistuseta; parimal juhul tõmmat-  
akse lõikekoht või rohpudeli kummi-  
kork üle piirituses immutatud vati- või  
marlitupsutiga. Selge, et puudulikult  
desinfitseeritud klaastaral satuvad  
mikroobid süstimislahusesse. Samuti ei  
ole õige valada ampulli või rohpudeli  
sisu üle ääre süstlasse. Süstimislahus  
tuleb tõmmata steriilsesse süstlasse  
pikema ja jämedama valendikuga nõela  
kaudu, mida süstimiseks kasutada ei  
tohi. Süstimiseks tuleb võtta teine ste-  
riilne nõel, asetada see pintsettidega  
süstla koonusele. Süstimise momendil  
on lubatud sõrmega fikseerida ainult  
nõela muhvi. Eriti väiksemate koge-  
mustega õed hoiavad sageli nõela ni-  
metissõrmega peaaegu et täies ulatuses.  
Viimasel juhul nõel saastatakse ja mik-  
roobid viiakse koos nõelaga sügavale  
pehmetesse kudedesse või isegi veeni.

Olen sageli näinud, kuidas õde mõnes  
raviastutuses ruttab haige juurde läbi  
mitme ruumi, süstal käes, nõelale ase-  
tatud varem piiritusega osaliselt immu-  
tatud vatitupsuti. Peaks selge olema, et

selline talitusviis on aseptika- ja anti-  
septikareeglite rikkumine. Niisugustel  
juhtudel soovitame steriilse nõela pan-  
na süstlale vahetult enne süstimist  
haige voodi juures või, kui mingil põh-  
jusel pole kohe võimalik süstida, ase-  
tada saastumise vältimiseks ajutiselt  
nõelale sama ravimi tühi ampull. Tuleb  
tähelepanu pöörata naha puhastamisele  
süstimiskohal, eriti ambulatoorselt  
ravitavalatel haigetel. Naha ühekordne  
puhastamine piiritusega, nagu on näi-  
danud bakterioloogilised uuringud, ei  
ole ilmselt küllaldane. Selle aabitsatõe  
vastu on eksitud kõige sagedamini. Kui  
nahapind on määrdunud, tuleb see des-  
infitseerida kõigepealt eetriga, hiljem  
veel 2... 5%-lise joodilahuse ning piir-  
itusega.

Pärast süstimist pestakse süstal koos  
nõelaga kohe puhtaks. Tingimata on  
see vajalik siis, kui süstlasse on sattu-  
nud verd, sest veri võib hüübida ja siis  
on kolbi silindrist raske välja tõmmata.  
Pestud süstal koos nõelaga asetatakse  
kaussi. Seejärel pestakse käed, hõõru-  
takse üle piiritusega ja asutakse järg-  
mise süstimise juurde. Viimati maini-  
tud reegli vastu on kahjuks sageli eksit-  
tud. Ettekäändeks toodud ajapuudus ei  
ole vabandus!

Igakordseks süstimiseks peab võtma  
äsja steriliseeritud nõela ja süstla, sest  
süstamise ajal süstlasse sattunud verega  
võib üle kanda nakkuslikku kollatõbe.  
Ühte ja sedasama süstalt ei tohi puhas-  
tamata kasutada erinevate ravimite  
manustamiseks, sest ei või kunagi ette  
teada, kuidas ühe ravimi jäägid, olgugi  
et minimaalses koguses, teise ravimisse  
toimivad. Kahte erinevat ravimit võib  
ühes süstlas segada üksnes arsti eri-  
korraldusel.

Süstamise tehnikast peetakse meil  
üldiselt kinni. Tahaksin peatuda vaid  
mõningatel momentidel, mille puhul  
väheste kogemustega õed siiski on eksinud.

Süstida ei soovitata nahaalusesse  
rasvkoosse turse piirkonnas või halvasti  
imendunud ravimite tõttu tihkestunud  
kohta. Süstimise ajal võib teise sõrme  
asetada ainult nõela muhvile. Nõela ei

viida süstimisel sisse täielikult, vaid umbes  $\frac{2}{3}$  pikkusest, sest nõel võib murduda ainult muhviga ühenduskohal.

Kõiki eeskirju tuleb eriti täpselt täita insuliini süstimisel. Peab välja arvutama, mitu ühikut sisaldab üks jaotus süstlal ja manustama vastava hulga. Ebatäpne doseerimine ja mitteõigeaegne süstimine võivad põhjustada seisundi kiire halvenemise. Range aseptikanõuetest kinnipidamine on siin eriti vajalik seepärast, et suhkruhaigetel on kalduvus mädanikuliste protsesside tekkeks. Iga süsti eel tuleb süstalt vees keeta (ilma soodata), isegi siis, kui see on isiklik. Süstalt ja nõela peab pärast keetmist kuivatama.

Lihasesiseseid süste tehakse kõige sagedamini tuhara piirkonda. Soovitav on süstida tuhara ülemisse välimisse veerandisse, mis moodustub, kui vertikaaljoon viia läbi istmikukõbru ja horisontaaljoon läbi reieluu suure pöörle.

Sageli on süstitud tuhara keskmisse või alumisse ossa, püüdes tungida

suurde tuharalihasesse. Tihtipeale on aga satunud naha alla, sest siin eraldab nahka lihasest tugev nahaalne rasvkoe kiht. Siit võib ravim sattuda lähedal paiknevasse istmikunärvi piirkonda ning esile kutsuda selle kahjustuse ja mitmeid muid tüsistusi.

Torke ajal surutakse vasaku käega torkekoha ümbruse kohale. Kui nõel on läinud liiga sügavale ja tunginud luuni, tuleb ta veidi tagasi tõmmata. Vere ilmumisel süstlasse tõmmatakse see välja ja viiakse sisse teises kohas.

Veeni punkteerimiseks tuleb valmistada eriti hoolikalt. Õde peab pesema käed ning punkteeritava veeni ümbruse ette valmistama nagu operatsiooniks. Algajatel soovitame veenitorget kahes etapis.

Meie lühike kirjutis ei pretendeeri ammendavale süstimisjuhisele. Tahtsime tähelepanu juhtida vaid mõningatele võimalikele vigadele, mida igapäevases praktikas kahjuks veel esineb.

*Tallinna Tõnismäe Haigla*

## Kaadri ettevalmistamine

### UUSI

#### ARSTITEADUSE KANDIDAATE

14. juunil 1974 kaitsti TRÜ Arstiteaduskonna nõukogu ees 4 kandidaadiväitekirja. Esimesena esitas oma uurimuse «Tütarlaste vaimse ja kehalise töövõime muutused menstruaaltsükli jooksul» Pärnu Internaatkooli arst Lidia Haas. Oponeerisid arstiteaduse doktor professor **V. Meipalu** ja arstiteaduse kandidaat dotsent M. Uibo.

Seni on spordikirjanduses naissportlaste organismi iseärasusi vähe puudutatud. Tähelepanu väärivad autori järeldused tütarlaste kehaliste ja vaimsete võimete taseme kohta menstruaaltsükli erinevatel faasidel

ning soovitusel vastavalt faasidele kehalisi koormusi julgelt rakendada.

Lidia Haas on sündinud 1922. aastal Põltsamaal töölisperekonnas; 1942. aastal lõpetanud Tallinna XII gümnaasiumi ja 1948. aastal TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonna; töötanud arstina Tartu Laste Luu- ja Liigesetuberkuloosi Sanatooriumis, jaoskonnarstina Pärnu Linna Haiglas ja ftisiaatrina Pärnu Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakonnas. 1966. aastast alates töötab L. Haas arstina Pärnu Internaatkoolis, selle kõrval on ta 1968. aastast ka mittekoosseisuline teaduslik töötaja Tallinna Mikrobioloogia, Epi-

demioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis, kus valmis ka väitekirj.

Teisena kaitses väitekirja «Biliostaasi raviks kasutatava ratsionaalse operatsioonimeetodi valiku sõltuvus kaksteistsõrmiksoolesisest hüpertensioonist» Tallinna Tõnismäe Haigla kirurg Rein Oro. Oponeerisid arstiteaduse doktor U. Sibul ja arstiteaduse kandidaat dotsent H. Petlem.

Autor oli uurinud 344 haiget, kellel varem oli sapiteid opereeritud mitmesugustel meetoditel. Oli mõõdetud rõhku mitterahuldavate ravitulemustega haigete kaksteistsõrmik- ja peensooles ning kindlaks tehtud seos kaksteistsõrmiksooles ja sapiteedes esineva kõrgeenenud rõhu vahel. Saadud andmete alusel on autor esitanud näidustused sapiteede ja soolte vaheliseks anastomoosiks ning teinud mitmeid ettepanekuid operatsioonimeetodi valikuks.

R. Oro on sündinud 1927. aastal Pärnu rajoonis põllutöölise perekonnas, 1946. aastal lõpetanud Pärnu I Keskkooli ja jätkanud õpinguid TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetanud 1952. aastal. Töötanud peaarstina ja kirurgina Kilingi-Nõmme ja Abja rajoonihaiglas, 1966. aastast alates Tallinna Pelgulinna Haiglas, algul kirurgina, hiljem peaarsti asetäitjana polikliinikus, 1967. aastast Tallinna Tõnismäe Haiglas kirurgina.

TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia-kateedri assistent Jüri Samarütel kaitses väitekirja «Happe-aluse tasakaalu ja arteriaalse vere gaaside dünaamika seoses operatsiooni ja anesteesiaga». Oponeerisid arstiteaduse doktorid professor E. Raudam ja dotsent G. Andrejev (Jurmala). J. Samarütli uurimust, mis käsitleb üht nüüdisaegse anestesioloogia põhiprobleemi, oli juhendanud arstiteaduse doktor professor A. Kliiman. Uurimusega on saadud väärtuslikke andmeid kirurgiliste haigete arteriaalse vere gaasisalduse ja happe-leelise tasakaalu

muutuste kohta seoses operatsiooni ja anesteesiaga.

J. Samarütel on sündinud 1938. aastal Tallinnas teenistujate perekonnas; õppinud Tallinna X Keskkoolis ja TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetamise järel töötanud Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas anestesioloogina, hiljem anestesioloogiaosakonna juhatajana. 1968. aastast on J. Samarütel TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalkirurgiakateedri assistent.

TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatriakateedri aspirandi Jüri Liivamäe kaitses väitekirja «Kliinilis-füsioloogilised andmed metofenasiin-, tioproperasiin- ja triperidoolkuuri toimest paranoilise skisofreenia puhul» oli juhendanud arstiteaduse doktor professor J. Saarma. Oponeerisid arstiteaduse doktor professor L. Allikmets ja arstiteaduse kandidaat H. Väre.

Töös on käsitletud kolme uue neuroleptikumi mõju, näidustusi ja prognostilisi kriteeriume paranoilise skisofreenia puhul. Ta uuris nende toimet nii kliinilise sümptomatoloogia kui ka kõrgema ja vegetatiivse närvitallitluse aspektist. Uurimistulemusi on rakendatud Tartu Vabariiklikus Kliinilises ja Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas.

J. Liivamägi on sündinud 1940. aastal Valga rajoonis Aakre külanõukogus talupidajate perekonnas. Lõpetanud Viljandi Meditsiinikeskkooli, töötanud Viljandi Linna Haigla kiirabijaamas velskrina. Aastail 1963...1969 õppinud TRÜ Arstiteaduskonna raviosakonnas. Üliõpilasena on kirjutanud professor J. Saarma juhendamisel kolm võistlustööd. Pärast ülikooli lõpetamist töötanud Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla arstina. Aastail 1970...1973 olnud TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatriakateedri aspirant ja kirjutanud väitekirja. 1973. aasta novembrist töötab taas Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas.

Kaja Juur

---

**Alkoholism Ameerika Ühendriikide armees.** Hiljuti avaldatud föderaalvalitsuse aruande põhjal on Ameerika Ühendriikide sõjaväelaste hulgas 130 tuhat alkohoolikut. Sõjaväehospidalide psühhiaatriaosakondadesse ravile saadetuist on enam kui 20% haigestunud alkoholi kuritarvitamise tagajärjel. Alkoholism sõjaväelaste hulgas on pakilisem probleem kui võitlus alkoholise narkomaaniaga tsiviilelanike hulgas.

*Amer. J. Psychiat., 1973, 5.*

## 125 AASTAT AKADEEMIK I. P. PAVLOVI SÜNNIST

ELMAR VASAR  
Tartu

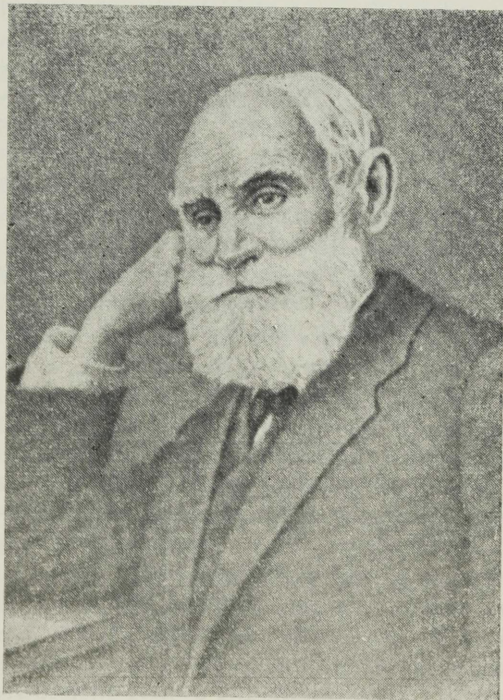
UDK 612.833(091)

Akadeemik Ivan Petrovitš Pavlovi teaduslike saavutustega on tutvunud iga arst, alates õpingutest ülikoolis ja lõpetades igapäevase kutsetööga. Et tänavu möödus 125 aastat I. Pavlovi sünnist, siis meenutagem ühiselt suure teadlase poolt käidud pikka eluteed.

I. Pavlov sündis 27. septembril 1849 Rjazanis, kus möödusid ka tema noorus- ja kooliaastad. Õppides Rjazani vaimulikus seminaris, tutvus I. Pavlov tolle aja eesrindlike ajakirjadega, nagu «Современник» ja «Русское слово», mis äratasid temas suurt huvi loodusteaduste vastu. 1870. aastal astuski I. Pavlov Peterburi ülikooli loodusteaduskonda. Kolmandal kursusel tekkis tal eriline huvi füsioloogia vastu, kuna ülikoolis töötasid sellised silmapaistvad füsioloogid nagu suurepärane eksperimentaator professor F. Ovsjannikov ning eradotsendid I. Cyon ja N. Bakst. I. Pavlovi esimeseks otseseks akadeemiliseks õpetajaks saigi I. Cyon, kelle juhendamisel ta asus uurima kõhunäärme innervatsiooniga seotud küsimusi.

Lõpetanud 1875. a. Peterburi ülikooli, sai I. Pavlovist, nagu paljudest teistestki toleaegetest loodusteaduskonna lõpetajatest, Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemia III kursuse üliõpilane. Õppetöö kõrval tegeles I. Pavlov intensiivselt teadusliku uurimisega professor K. Ustimovitši laboratooriumis, kus ta tegi aastatel 1876...1878 oma esimese uuringutetsükli vereringe füsioloogia alal. Professor V. Savitši arvates lähendasid need uuringud I. Pavlovit S. Botkini koolkonnale, kes tol ajal samuti huvitus vereringeelundite füsioloogiast, patoloogiast ja farmakoloogiast.

Pärast Sõjaväemeditsiini Akadeemia lõpetamist 1879. a. valiti I. Pavlov konkursi korras akadeemia juurde kliiniliseks ordinaatoriks, kelle ülesandeks jäi S. Botkini kliiniku eksperimentaallaboratooriumi juhatamine kuni 15. juunini 1890, mil ta kinnitati akadeemia farmakoloogiakateedri erakorraliseks professoriks. S. Botkini kliiniku laboratooriumis tegi I. Pavlov oma põhilised uuringud vereringe füsioloogia alal. Siin valmis ka tema doktoriväitekiri teemal «Südame eferentsed närvid», mille kaitsmine toimus 21. mail 1883. a. Oma uurimustega südame- ja vereringe füsioloogia alal pani ta aluse õpetusele



närvisüsteemi troofilisest funktsioonist. Pärast edukaid prooviloenguid südame eferentsetest närvidest ja katsetest südamedalilust kiirendavate ja tugevdavate närvide kohta anti I. Pavlovile 21. aprillil 1884 dotsendikutse.

Sama aasta lõpul tegi S. Botkin akadeemiale ettepaneku suunata I. Pavlov välismaale täiendusele, iseloomustades teda järgmiselt: «Doktor Pavlov, olles jätud akadeemia juurde, on end spetsiaalselt pühendanud füsioloogiataadusele. Teades tema töid, mis on tehtud minu laboratooriumis, võin erilise rahuldustundega märkida, et kõik tema uurimused paistavad silma oma originaalsusega nii sisult kui ka meetoditelt, nende tulemused on täielikult kõrvutatavad füsioloogia viimase aja avastustega. Seepärast on minu arvates Pavlovi näol tegemist väga tõsise ja andeka teadlasega, kellele akadeemia peab osutama abi tema valitud teadlasetel.»

Kaheaastasel (1885... 1887) välismaal viibimisel töötas I. Pavlov tolle aja silmapaistvamate füsioloogide R. Heidenhaini ja K. Ludwigi laboratooriumides. Pärast naasmist kodumaale 1888. a. hakkas I. Pavlov uuesti tegelema juba 1874. aastal ülikoolis alustatud kõhunäärme innervatsiooni uurimisega. Ta tegi esimesena kindlaks, et kõhunäärme sekretoorsed närvikiud kuuluvad uitnärvide koosseisu. Edasi järgnes väga mitmekesiste uurimismeetodite väljatöötamine seedeelundite talitluse uurimiseks normaalsetes füsioloogilistes tingimustes. Nii tegi I. Pavlov 1889. a. koos E. Šumova-Simanovskajaga oma kuulsa «näilise toitmise» katse ning 1894. a. sooritas koos kirurg P. Hiziniga väikese mao operatsiooni koeral.

1895. a. mais, pärast I. Tarhanovi lahkumist Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemiast, sai I. Pavlov füsioloogiakateedri juhatajaks, mis tähistab tema teadusliku tegevuse ühendamist pedagoogilise tööga juba pikemaks ajaks. Püsiva järjekindlusega viis ta ellu printsiipi, mille järgi õppeprotsessi täiuslik korraldamine peab olema kateedri iga töötaja üks esmaseid ja kõige peamisi ülesandeid. I. Pavlovi initsiatiiv

vil suurendati füsioloogia loengutundide arvu II kursusel ning alustati rakendusfüsioloogia loenguid III, IV ja V kursusel.

I. Pavlov illustreeris loenguid rikkalikult demonratsioonidega. Kuulajatele näidati kõiki põhilisi füsioloogia katseid. L. Orbeli meenutab oma mälestustes, et Pavlovi loengud olid äärmiselt sisurikkad, haaravad ja elavad, nende esituslaad erakordselt lihtne, täpne ning selge. Iga kuulaja võis lektorit katkestada küsimuste esitamisega. Vastustes ilmnes I. Pavlovile omane siirus ja avameelsus. Kui ta ei saanud anda küsimusele ammendavat selgitust, vastas ta otsekoheselt, et ei tea. Samas tegi ta küsimuse esitajale ettepaneku tulla seda uurima füsioloogialaboratooriumi. Toodud fakt viitab I. Pavlovi oskusele seostada õppetööd teadusliku tööga ja virgutada üliõpilasi füsioloogiaalastele uurimistele.

Tolle aja füsioloogia põhiliseks õpetamise vormiks olid loengud ja demonratsioonid. I. Pavlov tõstis üles küsimuse laboratoorsete tööde vajadusest füsioloogias ning nõudis 1911. a. akadeemia juhtkonnalt raha tarvismineva aparatuuri ostmiseks. Esimesed kohustuslikud praktikumid närvilihase füsioloogia alal said teoks siiski alles 1913. a. Neid hakkas juhendama L. Orbeli, üks silmapaistvamaid I. Pavlovi õpilasi.

V. Kamenski meenutab, et füsioloogia eksam oli ehtpavlovlik. Eksamile tuldi kartuseta ja rahulikult. See rahulikkus ei kadunud ka siis, kui küsimusele vastus jäi leidmata. Kõik teadsid, et I. Pavlov asetab erilise rõhu eelkõige meetodite selgele mõistmisele ja nende abil saadud teaduslike faktide interpreteerimisele. Sageli huvitas ühele eksamineeritavale esitatud küsimus kõiki kohalolijaid ning eksam arenes huvitavaks teaduslikuks vestluseks.

Vaatamata intensiivsele teaduslikule ja pedagoogilisele tööle füsioloogiakateedris, võttis I. Pavlov osa teaduslikust uurimistööst ja selle juhendamisest Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi ja NSV Liidu Teaduste Akadee-

nia füsioloogialaboratooriumides, kuhu tema teaduslik tegevus oli keskendunud pärast füsioloogiakateedri juhataja kohalt lahkumist 1924. a.

Sõjaväemeditsiini Akadeemias viibitud aega peetakse I. Pavlovi teadusliku tegevuse üheks eredamaks perioodiks. Akadeemia füsioloogiakateeder ja selle auditorium kujunes alaliseks tribüüniks, kus I. Pavlov tegi avalikkusele teatavaks oma avastused ja uuemad saavutused teaduses. Akadeemia andis 1897. a. trükituna välja I. Pavlovi seedimisfüsioloogia-loengud.

Akadeemia perioodil rajas ta oma laboratooriumis uue teadusliku suuna — kõrgema närvitegevuse uurimise. Veerand sajandit kestnud uurimiste tulemused võimaldasid I. Pavlovil luua õpetuse kõrgemast närvitegevusest, mille ta 1924. a. kevadel esitas akadeemias süstemaatilise loengukursusena pealkirja all «Loengud peaju suurte poolkerade tööst». Luues õpetuse kõrgemast närvitegevusest, konkretiseeris I. Pavlov ettekujutused nendest mehhanismidest, mille vahendusel toimub loomade kohastumine väliskeskkonna tingimustega signaalsete seoste kujunemise tagajärjel. Seega baseerus tema õpetus kõrgemast närvitegevusest rangelt materialistlikel seisukohtadel, mistõttu tuntud inglise füsioloog Ch. Sherrington oli sunnitud I. Pavloville ütleva: «Vaevalt Teie tingitud refleksidel on Inglismaal edu, sest nad lõhnavad materialismi järele.»

Kõrgema närvitegevuse valdkonnas pälvivad märkimist I. Pavlovi ja tema koolkonna uuringud kõrgema närvitegevuse tüüpidest, eksperimentaalsetest neuroosidest, faasilistest nähtustest suuraju koostises jne. Vähe enne surma formuleeris I. Pavlov oma õpetuse teisest signaalsüsteemist, mis tähistas tingitud reflekside uut uurimise viisi inimesel erinevalt loomadest.

I. Pavlovi kujunemises füsioloogia korüfeeiks etendasid peale talendi määravat osa väga mitmekülgne loodusteaduslik ja üldbioloogiline ettevalmistus, mis eelnes meditsiinilisele haridusele Peterburi ülikoolis. Põhjalik teoreetiline

ettevalmistus, erakordne oskus vaatluste ja katsete tegemiseks, faktide kogumiseks ja analüüsimiseks ning tulemuste sünteesimiseks võimaldasid I. Pavlovil saavutada seda, mis on elanud üle aegade. Oma elukreedo avaldas ta ÜLKNÜ X kongressile pühendatud läkituses (1935. a.), milles ta soovitatavatel noortel, kes on end pühendanud teadusele, olla järjekindel, tagasihoidlik ja kirglik.

I. Pavlovi teaduslikke saavutusi on väärikalt hinnatud. Ülemaailmse tunnustusena anti I. Pavloville 20. oktoobril 1904. a. üle Nobeli preemia tööde eest seedimise füsioloogia alal. 1907. aastal valiti ta Venemaa Teaduste Akadeemia akadeemikuks. XV rahvusvahelisel füsioloogide kongressil (1935) tunnustati I. Pavlov «maailma füsioloogide vanemaks» (*princeps physiologorum mundi*).

Suurt tähelepanu on I. Pavlovi teaduslikule tegevusele pööranud partei ja valitsus. Selle tunnistuseks oli Rahvakomissaride Nõukogu poolt 24. jaanuaril 1921. a. antud dekreet «Akadeemik I. P. Pavlovi ja tema kaastööliste teaduslikku tööd tagavatest tingimustest», millele oli alla kirjutanud V. I. Lenin. Moodustati komisjon, kellele tehti ülesandeks tarvitusele võtta kõik abinõud I. Pavloville normaalsete töö- ja elutingimuste loomiseks noil kodumaale raskeil aastail. Koltuši bioloogiajaama ehitamiseks eraldas Nõukogude valitsus suuri summasid, tänu millele loodi maailma üks paremaid füsioloogiakeskusi, kus erilist tähelepanu pöörati kõrgema närvitegevuse füsioloogia uurimisele. Aastakümnete vältel sooritasid akadeemik I. Pavlov ja tema koolkond Koltušis laialt tuntud uurimisi inimahvide kõrgema närvitegevuse alal.

Meeldiv on akadeemik I. Pavlovi 125. sünniaastapäeval meenutada tema sidemeid Eestiga. Kaua aega, kuni Esimese maailmasõja alguseni oli meie põhjarannikul asuv Sillamäe akadeemiku ning tema perekonna iga-aastaseks suvitus- ja puhkekohaks, kus viibiti kolm suvekuud. Tänavu möödub 50 aastat Tartu ülikooli arstiteaduskonna

nõukogu koosolekust (7. novembril 1924.), kus akadeemik I. Pavlov valiti Tartu ülikooli arstiteaduse audoktoriks. Tartu ülikooli poolt I. Pavlovile antud audiplom daatumiga 5. detsember 1924. a. on eksponeeritud Eksperimen-

taalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi juures olevas akadeemik I. P. Pavlovi memoriaalmuuseumis.

TRÜ Arstiteaduskonna  
füsioloogiakateeder

## Konverentsid ja nõupidamised

**PORFÜRIINIDE JA HEMI-AINEVAHETUSE FÜSIOLOOGIA JA PATOLOOGIA ALANE SÜMPOOSION** toimus 14. ja 15. juunil 1974 Tallinnas. Selle korraldajaks oli Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.

Et osavõtjad said trükitud materjalid kätte veel enne sümposiooni algust, pandi pearõhk mitte ettekannetele, vaid diskussioonile.

Põhjalikumad uurimused olid professor A. Raševskajalt (Moskva), arstiteaduse doktor L. Idelsonilt (Moskva) ja arstiteaduse kandidaat V. Muzõkalt (Tallinn).

Enamik ettekandeist käsitles porfüriinide ainevahetuse häireid mitmesuguste, eriti plii-intoksikatsioonide korral. N. Sorkina (Moskva), H. Kahn ja A. Mere (Tallinn) rõhutasid porfüriinide määramise tähtsust plii toime varajasel väljaselgitamisel. Osa ettekandeid käsitles porfüriinide ainevahetust porfüüria-haigetel (A. Tšubarova — Leningrad, B. Pankov — Volgograd, B. Krivošejev — Novosibirsk jt.).

Sümposiooni kolmandal istungil arutati porfüriinide ainevahetuse häireid mitmesuguste patoloogiliste muutuste, nagu maksatsirroosi, südamegevuse puudulikkuse, leukoosi jt. korral.

S. Okeanova (Ordžonikidze) püüdis tõestada, et porfüriinide ainevahetuse häired on stressi üks väljendajaid.

Sümposionist võttis osa 41 inimest. Osavõtjad esindasid Nõukogude Liidu 16 linna ja 23 teaduslikku asutust. Sisuliselt kujunes see üritus esimeseks üleliiduliseks porfüriinide ainevahetuse alaseks sümposioniks.

Sümposionist osavõtjad võtsid üksmeelselt vastu asjaliku otsuse sellealaste uurimuste paremaks koordineerimiseks ja edasiarendamiseks.

Hubert Kahn

**SANITAARALA KESKASTME MEDITSII-NITÖÖTAJATE SELTSI LÕUNA-EESTI NÕUKOGU IX KONVERENTS** toimus 30. ja 31. augustil 1974 Valgas. Kokku oli tulnud 200 sanitaarala töötajat üle kogu vabariigi, neist seltsi liikmeid 163.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu-ministri asetäitja, riiklik peasanitaararst O. Tamm.

Ta käsitles muu hulgas ka neid probleeme, mis tuleb lahendada elanikkonnale tervete elu- ja töötingimuste tagamiseks. Sõnavõtuga pöördus kokkutulnute poole Valga Rajooni Parteikomitee sekretär U. Kangur.

Konverentsi põhiettekanded olid Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarstilt P. Kroonilt ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaeepidemioloogilt J. Märtinilt. Elavat vastuvõttu leidsid Jõgeva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi J. Laine ettekanne «Lüpsiinventari desinfitseerimise efektiivsuse seos piima kvaliteediga Jõgeva rajooni majandites aastatel 1971...1973» ja Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajate E. Kruuse, L. Peedo ja A. Reinumäe ühine töö «Tööstusruumide õhu uurimisest». Huvipakkuvad olid ka Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi T. Habichti ettekanne «Mõningaid probleeme toidunõude pesemisel toidlustusettevõtteis ja Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborandi V. Poki ette-



kanne «Seroloogiline meetod viirushaiguste uurimisel».

Ülevaate sõpruslinnade Valga ja Valka arengust andis konverentsi organiseerimiskomitee esimees M. Ploom. Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu esimees J. Matsalu andis üle autasud 1973. aasta parimate töötulemuste eest. Aukirja ja rahapremia sai Põlva kohalik komitee, teisele kohale tuli Pärnu ja kolmandale Paide kohalik komitee.

Päeva viimast ettekannet kuulati Sangaste lossi pargis. Eesti Maaviljeluse ja Maaparanduse Teadusliku Uurimise Instituudi Sangaste Aretuspunkti juhataja V. Sirel kõneles teemal «Sangaste loss ja «Sangaste rukis» 100. aastapäeva künnisel».

31. augustil käisid konverentsist osavõtjad meeldejäával ekskursioonil Otepää Linna-mäel, TRÜ Kääriku spordibaasis ja Pühajärvel. Suurepärase giid oli Otepää kooli-õpetaja H. Mägi.

Edgar Saar

## **GASTRODUODENAALSETE HAAVANDI- TE KIRURGILISE RAVI SÜMPOOSION**

toimus Moskvas 3. aprillil 1974 N. I. Pirogovi nimelises I Meditsiiniinstituudis professorite V. Majati ja I. Pantsõrevi ning dotsent A. Grünbergi organiseerimisel.

Et mitmetes Nõukogude Liidu kliinikutes on hakatud enam tähelepanu pöörama elundit säästvatele ja säilitavatele operatsioonidele püloroduodenaalsete haavandite korral, oli sümpoosioni korraldamine igati õigeaegne ja vajalik. Diskussiooniobjektiks oli valitud ratsionaalne, individuaalselt sobiv ja patogeneetiliselt põhjendatud operatsioonimeetod.

Osa võtma oli kutsutud üle paarisaja kirurgi ja gastroenteroloogi Nõukogude Liidu mitmest keskusest.

Vene NFSV teeneline teadlane professor V. Majat rõhutas avasõnas, et elundit säilitavate operatsioonidega saavutatud esimesed edusammud annavad põhjust optimismiks. Kuid seni ei ole veel täpselt teada elundit säilitavate ja säästvate (antrumektomia), erinevate magu dreneerivate operatsioonide näidustused (perforatsioon, verejooks, pülooruse stenoos); nimetatud operatsioonide kasutuselevõtu ja aprobeerimise tingimused, millist vagotoomia tehnikat eelistada urgentses ja millist plaanilises kaksteistsõrmiksoolehaa-

vandi kirurgilises ravis ning lõpuks — operatsioonide hilistulemused.

Professor V. Majat märkis, et eespool nimetatud operatsioonid on seni tehtud Nõukogude Liidus veel harva, kuigi üksikutes gastroenteroloogilise profiiliga kirurgiakliinikutes on kogemusi juba niivõrd palju, et haavandtõve elundit säästva kirurgilise ravi probleeme võime arutada juba kolmest aspektist: 1) perforatsiooni, 2) verejooksu ja 3) stenoosi korral.

Esimesena esitas omapoolseid seisukohti ja tutvustas oma kogemusi selektiivse vagotomia magu dreneerivate elundit säilitavate operatsioonide kohta ning nende rakendamist Tallinna Tõnismäe Haigla ja Pelgulinna Haigla kirurgiaosakondades allakirjutanu. Tallinna kirurgide kogemused lubavad väita, et kaksteistsõrmiksoole mulgustumise korral on enamikule haigetele otstarbekohasem teha haavandi ekstsioon koos hemipüloorektoomiaga kui lihtne üleõmblemine või esmane resektsioon. Vagotoomia tüübi valik sõltub eeskätt kirurgi kogemustest. Enamikul valvekirurgidest on otstarbekohasem piirduda vaid magu adekvaatselt dreneeriva operatsiooniga. Sõna võtnud V. Minz, I. Panin (Moskva), kes pooldasid elundit säästvaid operatsioone, rõhutasid, et trunkaalset vagotoomiat on vältimatus maokirurgias suhteliselt lihtne läbi viia. Dreneerivatest operatsioonidest andsid autorid kiitva hinnangu Heinecke-Miculiczi püloroplastikale. Eespool toodust ja järgnevatest sõnavõttudest (I. Pantsõrev, A. Grinberg jt.) jäi kõlama ühtne seisukoht, et kaksteistsõrmiksoole esseina haavandite korral, kui soolesein ei ole tugevasti infiltreerunud ega armkoeliselt deformeerunud, on otstarbekas teha haavandi ekstsioon koos polüoplastika ja vagotoomiaga.

Haavandi verejooksu kirurgilise ravi diskussiooni algatas professor I. Rozanov, kes märkis, et maohaavandi verejooksu korral jääb maoresektsioon valikmeetodiks, kuid üksikutel haigetel, kellel veritsus on tingitud eeskätt haavanditsooni limaskestast veritsusest, võiks verejooksu peatamiseks teha vagotomia. Samas küsimuses sõna võtnud A. Grinberg, I. Gallinger ja V. Lahtina (Moskva) rõhutasid, et magu resetseerida profuusse verejooksu tõttu aneemiliseks muutunud haigel on riskantne. Kui veritsus on tingitud kaksteistsõrmiksoolehaavandist, on vaja ope-

reerida elundit säilitavalt ja veritsev vere-soon ligeerida *in situ* (tagaseina veritseva haavandi korral) või veritsev eesseina haavand ekstsioneerida. Ka selles jäi diskussioonist, milles osalesid V. Majat, M. Postulov jt., kõlama seisukoht, et maohaavandi veritsuse korral on ainus radikaalne ravivõte maoresektioon, püloroduodenaalsete haavandite korral — elundit säästvad operatsioonid.

Elundit säilitavatest operatsioonidest maolukuti stenooosi kirurgilises ravis kõnelesid I. Pantsõrev, S. Tsernjakevits ja V. Divilin (Moskva). Nad rõhutasid, et Finney plastikat koos vagotoomiaga sobib kasutada eriti neil haavandihaigetel, kelle duodeenum ja püloorus on armkoeliselt tugevasti deformeerunud.

Diskussioonist osavõtjad jõudsid üksmeelsele seisukohale, et elundit säilitavate operatsioonimeetodite kasutuselevõtt juhtivates gastroenteroloogiakeskustes aitab kaasa haavandtõve kirurgilise ravi mitmekesistamisele ja avardab individualiseeritud ravimeetodi valiku võimalusi.

Uno Sibul

**VI ÜLELIIDULINE REUMATOLOOGIDE KONVERENTS** peeti 25. juunist kuni 27. juunini 1974 Vilniuses. Neljal plenaar- ja kahel seksiooniistungil kuulati enam kui 50 ettekannet. Kokku oli tulnud ligikaudu 400 reumatoloogi, sealhulgas mitmelt sotsialismi-maalt. Eesti NSV-st oli konverentsil viis delegaati.

Vilniuse konverentsil olid vaatluse all immunodepressantravi (ehk immunosupressor-ravi) toime, uute immunodepressiivsete vahendite otsingute tulemused, samuti nende ravimite kasutamise näidustused ja vastunäidustused reuma, reumatoidartriidi ja süsteemsete kollageenhaiguste ravis.

Üleliidulise Reumatoloogide Teadusliku Seltsi esimees akadeemik A. Nesterov rõhutas oma avakõnes muu hulgas pakulist vajadust üldistada immunodepressantravi kogemusi reumatoloogias, arutada reumavastaste ravimite farmakodünaamikat, leida mõjusaid mooduseid nendest ravimitest põhjustatud võimalike kõrvalnähtude ärahoidmiseks. Professor A. Matulis konverentsi korraldanud Leedu NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist tõi ära huviäratavaid ja üldistavaid andmeid ettekandes «Immunodepressantide terapeutilise toime mehhanis-

mid reumaatiliste haiguste korral». Nimetatud instituudis tegeldakse edukalt uute immunodepressiivsete vahendite otsingutega, üheks näiteks on dioksübensoehape, mida on juba lubatud kasutada kliinilises praktikas.

Professor L. Päi ettekanne tugines enam kui 200 reumatoidartriidihaike ravi analüüsile. Ta esitas andmeid immunodepressantravi mõjususe hindamisest ja selle ravi mõningatest isearasustest reumatoidartriidi korral. Kõige soodsamaid ravitulemusi saadi tsütostaatiliste ja hormoonipreparaatidega, mida anti korduvate kuuride ajal kuni kahe aasta vältel. Nii ravituist paranes 36,2%, tavalise medikamentoose ja hormoonravi tulemusena üksnes 18,5%. Paljudel juhtudel on täiesti õigustatud varajane immunodepressantravi. Seejuures immunodepressandi valiku, annuste ja ravikuuri kestuse üle peab otsustama rangelt individuaalselt.

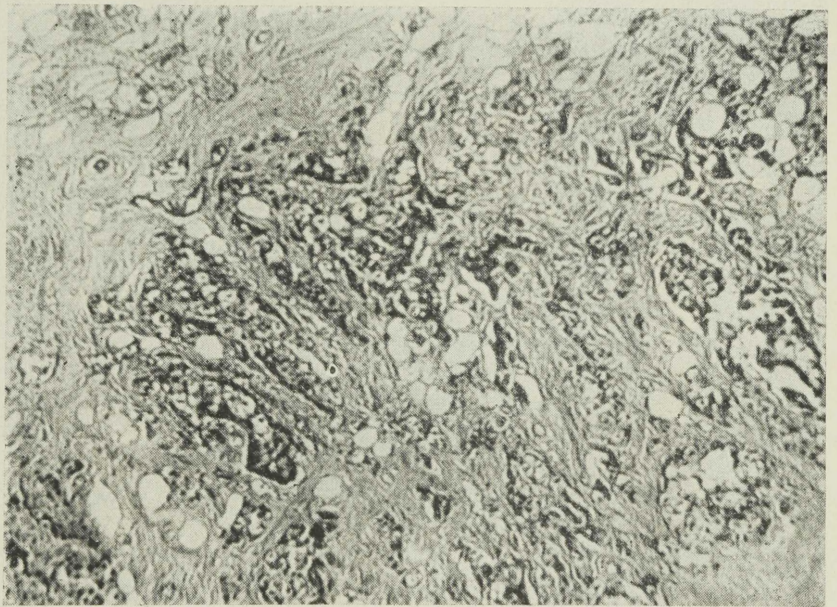
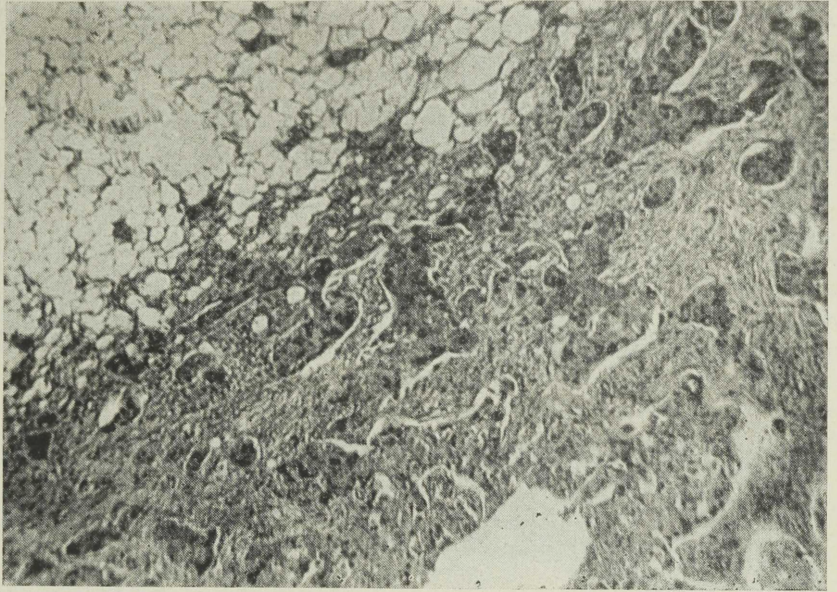
Ei tohi soovitada immunodepressantravi üksnes nendel rasketel haigusjuhtudel, mil tavaline medikamentoonne ravi on jäänud täiesti tulemusteta (M. Astapenko).

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige V. Nassonova rõhutas, et immunodepressantravi on mõjus ka laste reumaatiliste haiguste puhul. Edaspidi on oluline selle ravi täiustamiseks reuma ja kollageenhaiguste juhtudel välja töötada informatiivsed immunoloogilised testid, mille abil oleks võimalik kindlalt määrata ravinäidustusi ning kontrollida tulemusi ravikuuri kestel.

Konverentsil kuulati Üleliidulise Reumatoloogide Teadusliku Seltsi juhatuse presiidiumi aruannet. Tehti ettepanekuid sisse seada liikmemaksud ning asutada seltsi filiaalid liiduvabariikides ja oblastites. Samuti informeeriti reuma ja liigesehaiguste alase probleemikomisjoni ning ajakirja «Вопросы ревматизма» toimetuse kolleegiumi tegevusest ja kavadest.

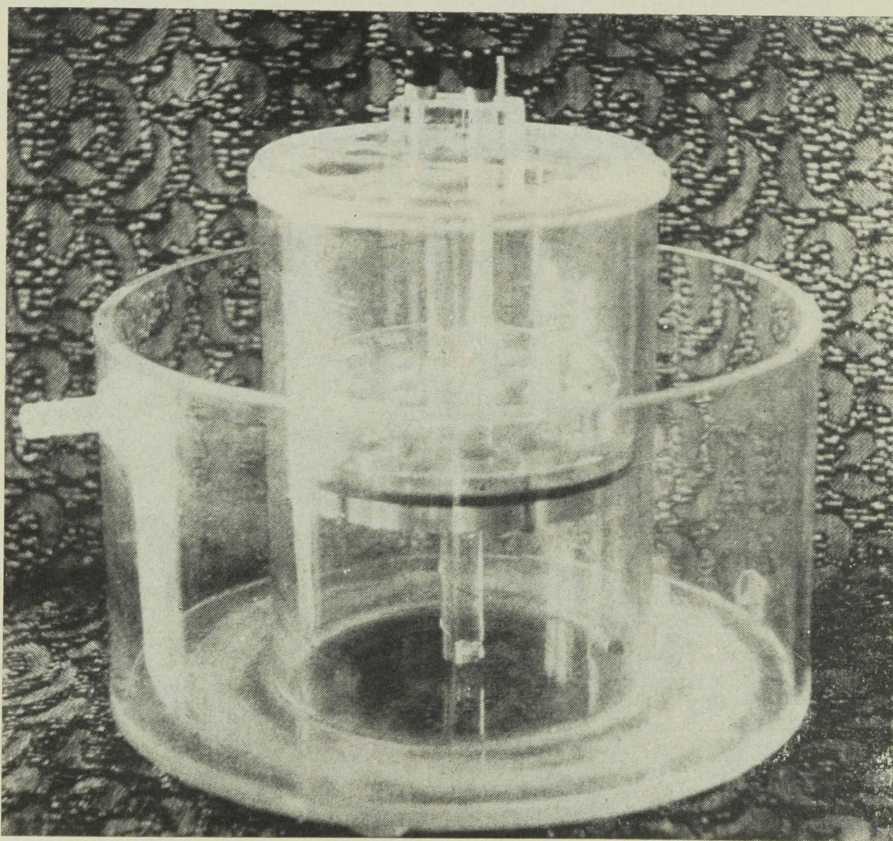
Konverents oli hästi korraldatud ja läks täiesti korda, milleks aitasid kaasa õigel ajal trükist ilmunud väljaanded «Иммунодепрессанты при ревматических заболеваниях» ja «Список рекомендательной литературы VI Всесоюзной конференции ревматологов». Viimati nimetatud oli toodud üle 400 allika. Konverentsist osavõtjatel oli meeldiv tutvuda Leedu NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tööga, samuti Vilniuse vaatamisväärsustega ning osaleda väljasõidus Trakaisse.

Igor Troitski



Mikrofoto 1. Anaplastiline adenokartsinoom, algkolde perifeerias nõrk lümfotsütaarne infiltratsioon. Värvitud hematoksiliin-eosiiniga. Suurendus 67X.

Mikrofoto 2. Anaplastiline adenokartsinoom, osaliselt kriboosne vähk ja skirr. Rakuline reaktsioonkasvajale puudub. Värvitud hematoksiliin-eosiiniga.



Soome ja Eesti NSV neuroloogid Helsingi Ülikooli Keskhaigla neuroloogiakliinikus 5. juunil 1974. Vasakult: dotsent R. Fogelhoim, arstiteaduse doktorid A.-E. Kaasik ja A. Tikk, Helsingi Ülikooli Keskhaigla neuroloogiakliiniku direktor professor E. Kivalo, professor E. Raudam ja arstiteaduse doktor R. Zupping.

Diskuselektroforeesiaparaadi välisvaade.

**NSV LIIDU ARSTITEADUSE AKADEEMIA TEADUSLIKU NÕUKOGU JUURES ASUVA PAHALOOMULISTE KASVAJATE PROBLEEMIKOMISJONI ISTUNG** toimus 28. juunil 1974. a. Moskvas. Koosolekut juhatas probleemikomisjoni esimees arstiteaduse doktor A. Tšaklin. Päevakorras olid mitmed informatsioonilist laadi küsimused. Esiteks koostati nimestik kõikide Nõukogude Liidu meditsiinasutuste kohta, kus uuritakse vähi-epidemioloogiat. Selgus, et enamik liiduvabariike võtab sellest tööst osa. Instituutides on loodud vastavad osakonnad, laboratooriumid või uurimisgrupid. Mõnel pool on koostöö organiseeritud onkoloogiadispanseritega. Teiseks arutati vähktõve epidemioloogia uurimise üleliiduliste keskuste tööd ja peeti vajalikuks nende ametlikku vormistamist vastava liiduvabariigi tervishoiuministeriumis. Sellele püüab probleemikomisjon kaasa aidata.

Eestis töötab rinnakasvajate epidemioloogia uurimise üleliiduline keskus, mis koordineerib tööd mitmes liiduvabariigis. Keskus asub Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, kusjuures koostööst võtavad osa nii Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser kui ka Tartu Onkoloogia Dispanser. 1974. a. jaanuaris otsustati planeerida rinnavähi epidemioloogia uurimise alal koostöö Nõukogude Liidu ja Ameerika Ühendriikide teadlaste vahel. Päevakorrahakohaselt teatati, et vähktõve epidemioloogia III üleliiduline konverents kavatakse kokku kutsuda 1975. a. oktoobris Tbilisis, kus vaatluse alla võetakse vähktõbe soodustavad tegurid, nende uurimine eksperimendis, vaetakse ka profülaktikaprobleeme. Konverentsil esitamisele tulevad tööd peavad laekuma 1975. a. alguseks, need kavatakse avaldada kogumikuna.

Evi Hint

## Arstide seltsides

### L. PUUSEPA NIMELISE NEUROKIRURGIDE, NEUROPATOLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITTE TEADUSLIKU SELTSI TEGEVUSEST

ERNST RAUDAM

Tartu

INESSA RUBINSTEIN

Tallinn

UDK 614.258.1«1921/1974»

Eesti Neuroloogide Selts asutati professor L. Puusepa initsiatiivil Tartus 1921. aastal, selle nimetuse all tegutses ta kuni 1941. aastani. Selts (Vabariiklik Neuroloogide ja Psühhiaatrite Selts) loodi uuesti 1950. aastal Jämejalas peetud vabariiklikul konverentsil. 1965. aastal nimetati see ümber L. Puusepa nimeliseks Eesti NSV Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsiks.

Et liikmete arv oli tunduvalt suure-

nenud ja tegevus laienenud, siis 1968. aastal peetud XII vabariiklikul konverentsil selts reorganiseeriti: asutati kolm linna seltsi (Tallinnas, Tartus ja Viljandis), valiti vabariiklik juhatus ja koosseisust eraldati neuropatoloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite sektsioon, mille juhid on ühtlasi seltsi juhatuse esimehe asetäitjad. Viimane, XIII vabariiklik konverents peeti 15. ja 16. veebruaril 1973 Tallinnas. Sellest võttis osa rohkem kui 220 inimest,

sealhulgas ka külalised Balti vennasvabariikidest. Konverentsil valiti seltsi juhatus järgmises koosseisus: esimees professor E. Raudam, juhatusel liikmed — professor J. Saarma, N. Ajasta, H. Kadastik, R. Paimre, I. Paulus, T. Randvere, I. Rubinštein, S. Soll, H. Väre.

Konverents valis seltsi auliikmeiks lisaks varem valituile (I. Babtšinile, N. Krõšovale ja F. Raudkepile) veel professor E. Karu, akadeemikud E. Schmidt ja A. Arutjunovi, professorid D. Sefferi ja V. Morozovi, A. Snežnevski ja G. Morozovi. Seltsil on 194 liiget, neist 102 neuropatoloogi, 74 psühhiaatrit ja 18 neurokirurgi. Seltsi liikmete hulgas on üks NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige, 6 arstiteaduse doktorit, 14 arstiteaduse kandidaati, 5 Eesti NSV teenelist arsti, 7 kõrgema, 48 esimese ja 26 teise kategooria arsti.

Seltsi teaduslik-praktiline tegevus toimub kahes plaanis. Linna seltsides peetakse regulaarselt iga kuu koosolekuid (ettekanded, haigusjuhtude ja seltsi liikmete teaduslike tööde arutlused). Vabariikliku Seltsi juhatus korraldab igal aastal pleenumeid, millele kutsub eriarste kogu vabariigist. Näiteks 1966. aastal peeti laiendatud epilepsiapleenum, kus töötati välja epilepsia diagnoosimise, konservatiivse ja kirurgilise ravi organisatsioonilised printsiibid. 1967. aasta pleenumil olid vaatluse all une füsioloogia ja patoloogia. Esines professor A. Vein Moskvast.

On korraldatud sümposioone neuroloogiliste haigete rehabiliteerimise (Haapsalus), mälu biokeemia, neurofüsioloogia ja kliiniku (Tallinnas), peaaju veresoonte haiguste ravi (Saaremaal) küsimustes.

Juhatusel viimasel pleenumil Rakveres 1974. a. juulis arutati psühhoteeraia korraldust psühhiaatria- ja neuroloogiakliinikus.

Peamised suunad seltsi liikmete teaduslikus töös neuroloogia alal on: närvisüsteemi vaskulaarsed haigused, samuti diskogeensed haigused, närvisüsteemi kasvaja ja koljutrauma; psühhiaatrias: skisofreenia, depressiiv-

sed seisundid, alkoholism, noorukite psüühilised häired. Ulatuslikult on uuritud psüühiliste haiguste epidemioloogiat Eesti NSV-s.

Seltsi tegevuse aastatel on trükist ilmunud 8 teaduslike tööde kogumikku «Вопросы клинической невропатологии и психиатрии». Seltsi liikmed on aktiivselt osa võtnud üleliiduliste seltside tegevusest ja nad on ettekandeid esitanud paljudel konverentsidel nii Nõukogude Liidus kui ka välismaal, kus on loodud väga tihedad teadusala- sed sidemed. Psühhiaatriakliinikul ja -kateedril on tihe teaduslik kontakt Helsingi, Oslo, Montreali, Toronto ja Praha ülikooliga.

Neuroloogia- ja neurokirurgiasektsiooni liikmel (neuroloogiakateedrist ja kesklaboratooriumi ajuvereringe patoloogia sektorist) on tihe kontakt Helsingi ülikooli neuroloogia- (prof. E. Kivalo) ja neurokirurgiakateedriga (dr. H. Troupp). Nendega ühiselt uuritakse huvipakkuvaid probleeme, nagu a) peaaju vereringe häirete epidemioloogia ja riskitegurid; b) prognoos raskete peaaajakahjustuste puhul. Tihedad sidemed on ka Turu ülikooliga Soomes, Lundi ülikooliga Rootsis, Baylori meditsiinikolledžiga Houstonis (USA) ning mõnede teiste neuroloogia- ja neurokirurgiakateedritega.

Selts abistab praktiseerivaid arste teadusliku ja erialase kvalifikatsiooni tõstmisel, nii kodu- kui ka välismaise teaduse uusimate saavutuste kasutuselevõtmisel. On organiseeritud ajuinsultide ning peatraumade kompleksne intensiiv- ja rehabilitatsioonravi, uute psühhofarmakonide kasutamine kõrgema närvitalitluse uurimise alusel jne.

Põhilisteks ülesanneteks edasises tegevuses peab seltsi juhatus liikmete erialateadmiste süvendamist neuropsüühiliste haiguste profülaktika ja varajase diagnoosimise ning noorte kolleegide teaduslik-praktilise taseme tõstmise alal.

*TRÜ Arstiteaduskonna neuroloogia- ja neurokirurgiakateeder*

*Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla*

# KÜMME AASTAT RAKVERE STOMATOLOOGIDE SELTSI

LEIDA VARIK  
Rakvere

UDK 614.258.1 «1964/1974»

14. aprillil 1964. aastal asutati Rakvere Stomatoloogide Selts, mille liikmeiks astusid kõik rajoonis töötavad stomatoloogid ja hambaarstid, kokku kakskümmend inimest. Seltsi esimeheks valiti Heini Blumbergs ja teaduslikuks sekretäriks Leida Varik, kes samadel ametikohtadel on töötanud tänaseni.

Seltsi põhikirja kohaselt peetakse igal aastal kuus üldkoosolekut, millele esitatakse kas ühe teadusliku uurimistöö tulemused või pikem referaat, lisaks sellele veel ettekandeid. Nii on kümne aasta jooksul peetud 60 üldkoosolekut, neil kuulatud 195 ettekannet. Seltsi liikmed on selle aja jooksul esitanud 40 teadusliku uurimistöö tulemused ja 80 referaati, väljastpoolt seltsi veel 12 ettekannet.

Kõik uurimistööd on valminud igapäevase töö kõrval ja on puhtpraktilist laadi, näiteks periodontiitide mitmesugused ravi meetodid, parodontihaiguste ravi jne. Nii näiteks valmis 1967. a. seitsme autori (stomatoloogid I. Silla, H. Arusaar, E. Treial, V. Vaidla, A. Tassula, E. Talimaa, K. Saar) koostööna pulpiitide mitmesuguste bioloogiliste ravimeetodite võrdlev hinnang. Töö eesmärk oli välja selgitada, milline antibiootikum annab teatava pulpiidi liigi ravimisel kõige paremaid tulemusi. Mainimist väärivad veel tööd «Kii- resti kõvastuvate plastmasside kasutamise- st täidismaterjalina» (H. ja M. Arusaar 1969. a., A. Soovik 1972. a.), «Akuutsete odontogeensete põletikkude ambulatoorne ravi» (M. Veiksar 1971. a.), «Stomatoloogi kutsehaigused ja nende profülaktika» (L. Varik 1967. a., M. Veiksar 1973. a.), «Narkoos polikliiniku tingimustes» (H. Arusaar 1972. a.), «Ühepoolne teleskoopkinnitusega sadulprotees» (L. Varik 1973. a.).

On tavaks saanud, et kõik täienduskursustel viibinud arstid annavad seltsi üldkoosolekul ülevaate kuuldust-nähtust, sama tehakse ka konverentside ja seminaride kohta. Peale arstiteaduse teemade on seltsi koosolekuil käsitletud ka mitmesuguseid ideoloogilisi, poliitilisi ja organisatsioonilisi küsimusi, viimaste all aastaaruannete koostamist, ravikabinettide töö analüüsi, õpilaste ravimist jm.

1966. aastal peeti seminar kõigile hambaravikabinettides töötajatele. Seal käsitleti instrumentide hooldamist ja steriliseerimist, räägiti ohutustehnikast ja kutse-eetikast. Samasugune üritus on plaanis ka lähemal ajal, sest suur osa noorema ja keskastme meditsiinitöötajast on aastate jooksul vahetunud.

Rakvere Stomatoloogide Seltsi liikmed on esitanud ettekandeid viiel korral vabariiklikel konverentsidel ja kuuel teiste erialade arstide (terapeutide, pediatrite) seltside koosolekuil. Kõikidel rajooni stomatoloogidel on võimalus aktiivseks osavõtuks teaduslikust tööst. Neljal stomatoloogil rajoonis on esimene ja viiel teine kategooria.

Kümnenda aastapäeva üldkoosolekust oli palutud osa võtma vabariigi peastomatoloog G. Veerma, Eesti NSV Stomatoloogide Teadusliku Seltsi esimees N. Vihm ja endine Tartu Stomatoloogide Seltsi esimees A. Lõhmus. Nad kõik valiti Rakvere Stomatoloogide Seltsi auliikmeiks. Külalised avaldasid lootust, et Rakvere Stomatoloogide Selts, mis oma liikmete arvult on üks väiksemaid vabariigis, jääks sellele vaatamata tulevikuski aktiivse- mate hulka.

*Rakvere Rajooni Keskhaiгла*

**ARSTIDE SELTSIDE ISTUNGID SAARE-  
MAAL.** 24. mail 1974 peeti Vabariikliku On-  
koloogide Seltsi ja Kingissepa Arstide Seltsi  
ühine koosolek.

Päevakorrahokaselt sai esimesena sõna  
arstiteaduse kandidaat Ü. Valvere, kes andis  
ülevaate onkoloogilisest abist Kingissepa  
rajoonis. Sõnavõtust selgus, et kopsuvähi-  
haigestumus Kingissepa rajoonis näitab suu-  
renemistendentsi. Puudusena tõi sõnavõtja  
asjaolu, et vaatamata sanitaarselgitustööle ja  
profülaktilistele läbivaatustele saabuvad mao-  
vähihaiged hilinenult ravile.

Maovähi varajasesst diagnoosimisest rääkis  
arstiteaduse kandidaat A. Viirmaa. Maovähi-  
haigestumus on Eesti NSV-s kindlalt esi-  
kohal. 50% haigestunuist pöördub arsti  
poole liiga hilja. Ülejäänud hulgast saab ope-  
reerida vaid iga neljandat haiget. Selline olu-  
kord on kestnud juba aastaid ega rahulda  
vabariigi onkolooge. Esineja rõhutas röntge-  
noloogilise ja endoskoopilise diagnoosimise  
parandamise vajadust.

Ovariaaltuumorite diagnoosimist ja komp-  
leksravi käsitles arstiteaduse kandidaat  
V. Raudsepp. Ta tõi esile, et genitaalide tuu-  
moritesse haigestumine on küllalt sage. Diag-  
noosimine jätab aga soovida. Sageli pöördu-  
vad haiged arsti poole õigel ajal, kuid tihti  
ravitakse neil hoopis mingit muud haigust.  
Siit ka hilinenud haigusvormid. Kõiki naisi,  
keda saadetakse mudaravile, peab eelnevalt  
günekoloogiliselt kontrollima.

Huvitava ettekande «Tänapäeva kemote-  
raapia võimalustest rajoonihaiglates» esitas  
H. Vaarik.

Koosolekust võttis osa Eesti NSV Tervis-  
hoiu Ministeeriumi peanõukoloog A. Gavrilov,  
kellelt oli väga huvitav pikem sõnavõtt kas-  
vajate diagnoosimisest ja ravist tänapäeval.

25. mail 1974 toimus Kingissepa kultuu-  
rimajas Eesti NSV Füsioterapeutide ja Kuror-  
toloogide Teadusliku Seltsi ning Kingissepa  
Arstide Teadusliku Seltsi ühine koosolek, mil-  
lega tähistati Saaremaa mudaravi 150. aasta-  
päeva.

Koosoleku avas Kingissepa Rajooni Kesk-  
haigla peaarst E. Väärt. Ülevaate Saaremaa  
mudaravi ajaloost esitas H. Koppel. Ettekan-  
des toodi huvitavaid andmeid. Esimene Vene-  
maa mudaravila on asutatud Saaremaal.

Tartu Riikliku Ülikooli dotsent T. Ilomets

kõneles Eesti ravimudade orgaanilise osa  
keemilisest uurimisest. Huvitav ettekanne  
«Liigestehaiguste ravist Haapsalu meremu-  
daga» oli Eksperimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonna  
juhatajalt E. Veinpalult. Arstiteaduse kandi-  
daat R. Trink käsitles reumatoidartriidihai-  
gete ravi Haapsalu ja Suurlahe mudaga.

Pidulikust koosolekust osavõtjad ja rajooni  
elanikud vaatasid filmi «Kuurordiravi Eesti  
NSV-s».

Koosolekust võttis osa Ametiühingute  
Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku  
Nõukogu esimees U. Vagur, kes esines sõna-  
võtuga ja andis üle aukirjad Saaremaa  
mudaravi entusiastidele Helvi Koppelile ja  
Evald Väärtile.

6. juunil 1974 toimus Kingissepa Arstide  
Teadusliku Seltsis järjekordne töökoosolek,  
kus vaatluse all oli transfusioloogia. Põhiette-  
kande verd asendavatest preparaatidest esitas  
Vabariikliku Vereülekandejaama peaarst R.  
Kolle. Ta andis ülevaate vabariigis kasutusel  
olevatest verd asendavatest preparaatidest ja  
nende kasutamise näidustustest erinevate  
haiguste korral. Ettekanne oli rajoonis töötä-  
vatele arstidele väga vajalik ja huvipakkuv.

Muljetest Leningradi Arstide Täiendamise  
Instituudis rääkis Kingissepa Rajooni Kesk-  
haigla lasteosakonna ordinaator E. Kallas.  
Esineja esitas pediaatriast mitmeid huvita-  
vaid ravitaktika seisukohti, millest osa on  
võimalik kasutusele võtta rajooni kesksaiglas.

Ants Haavel

**EESTI NSV GASTROENTEROLOOGIDE  
TEADUSLIKU SELTSI KOOSOLEKUL** juu-  
nikuus s. a. arutati seedeelundite mittenak-  
kuslike haiguste epidemioloogiat. Põhiette-  
kande «Mõningaid probleeme seedeelundite  
haiguste epidemioloogia uurimisel» esitas  
professor N. Elštejn. Ta rõhutas, et kuigi  
seedetraktihaigused on arsti poole pöördu-  
mise sageduselt esimesel-teisel kohal mitmes  
Euroopa riigis ja USA-s, on veel vähe uuri-  
tud nende haiguste tegelikku esinemissage-  
dust, mis ei võrdu polikliinikusse pöördu-  
miste arvuga, sest enamasti on tegemist  
krooniliste haigustega. Täpsustamist vajaks  
ka aruandlus, Andmed haiguste leviku koh-  
ta on tervishoiuasutuste planeerimise alu-

seks. Tallinnas korraldatud uurimistöö põhjal selgitas esineja, kuidas uuritavate valikul representatiivsust saavutada.

Professor V. Salupere sõnavõtt käsitles kõige sagedamaid vigade allikaid senistes epidemioloogilistes uurimistöödes (vead uuritava kontingendi valikul, uurimismeetodite küündimatus). Elavas mõttevahetuses osalesid nii seltsi liikmed kui ka külalised.

Teisena kandis U. Mardna ette väitekirja tarbeks kogutud andmeid sapiteede haiguste levikust Tallinnas. Uurimise käigus oli täidetud ankeet üle 2000 inimese kohta. Märkimisväärset osal uuritavatest tehti sapiteede haigus kindlaks esmakordselt, sealhulgas neil, kes profülaktilisel läbivaatusel ei olnud esitanud mingeid kaebusi. Uurimuse kohta võtsid sõna professorid K. Kõrge ja K. Villako, arstiteaduse kandidaat H. Maaros, V. Viirsalu, N. Sachris.

Kiievis toimunud üleliidulisest kirurgide kongressist kõneles professor J. Sarv, kes peatus just nendel seisukohavõttudel, mis olid seotud seedeelundite haiguste diagnoosimise ja raviga.

Arutati ka organisatsioonilisi küsimusi, seltsi võeti vastu 11 uut liiget.

Agu Tamm

**EESTI NSV STOMATOLOOGIDE TEADUSLIKU SELTSI KOOSOLEK**, millega tähistati seltsi tegevuse 20. aastapäeva, peeti 8. juunil 1974 Haapsalus. Osavõtjaid oli kõikidest linnadest ja rajoonidest, ettekandeid kuulati 12.

Ülevaate seltsi asutamisest, tegevusest ja eesmärkidest andis seltsi juhatase esimees N. Vihm. Samas kuulati M. Lõvi ettekannet N. Semaško elust ja tegevusest. Käsitleti parodontihaigete teenindamise organiseerimist, dokumentatsiooni vormistamist ja ravi vabariigis.

Põhiettekanne parodontihaigete teenindamise organisatsiooni ja kompleksravi kohta oli N. Vihmalt, M. Lõvilt ja E.-M. Metsalt Tartust. Krooniliste nakkuskollete arenemise foonil parodontis kujuneb välja organismi sensibiliseerumine ja reaktiivsuse langus. Lähtudes parodontihaiguste laialdasest levikust elanikkonna seas ja nende erinevatest põhjustest, on ravi komplitseeritud.

Üldist tunnustust ja kasutamist on leidnud

parodontihaigete dispanseerimine spetsiaalsetes parodontoloogiakabinettides või -osakondades. Dispanseerimise põhiülesanne on välja selgitada ja ravida parodonti patoloogilisi muutusi juba haiguse algstaadiumis, millega välditakse haigusprotsessi progresseerumist. Vastavalt sellele peab parodontoloogiakabineti töö üheks lõiguks saama kindlate elanikkonnarühmade süstemaatiline jälgimine ja ravi. Parodontihaiguste ravi peab olema üldine ja lokaalne, viimane omakorda terapeutiline, kirurgiline ja ortopeediline. Parodontihaiguste ravi tõhusus sõltub eelkõige sellest, kuivõrd ravi on patogeneetiline ja kompleksne.

Parodontihaiguste, eelkõige gingiviidi esinemissagedust ja laadi kooliöpilastel sõltuvalt hambumusanomaaliatest, samuti varajase ortodontilise abi vajadust käsitles A. Kõdar kaasautoritega. Selle haiguse mõningatest endokrinoloogia aspektidest rääkis S. Russak. Parodontihaigete dispanseerimise kogemusi koolides ja tähelepanekuid haigestumise sageduse ning laadi kohta jagasid oma ettekandes S. Lumiste ja A. Lepik. Parodontoloogiaosakonna organiseerimisest Tartu Stomatoloogia Polikliinikus ja tööst seal andsid ülevaate M. Tõlp ja S. Nõvandi. L. Reinberg kõneles parodontihaiguste diagnoosimisest ja ravist Tallinna Stomatoloogia Polikliinikus. Ravi võimalustest rajooni keskhaigla stomatoloogiaosakonnas rääkis Rakvere arst S. Saar.

Seltsi laiendatud aktiivi koosolekul eelnevalt väljatöötatud ettepanekud parodontihaigete dokumentatsiooni ja arsti töö arvestusnäitajate kohta esitas E. Oravas Tallinnast. Muljeid rahvusvaheliselt tervishoiuorganisatorite seminarilt ja meditsiiniaparatuuri näituselt Moskvast jagas Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi esindaja T. Rekk.

Järgmise suurüritusena toimub 13. kuni 16. maini 1975. a. Leningradis VI üleliiduline stomatoloogide kongress, kus põhiteemaks on samuti parodontihaiguste klassifikatsioon, etiopatogeneetiline ravi.

Nadežda Vihm

**TALLINNA TERAPEUTIDE TEADUSLIKU SELTSI 243. TÖÖKOOSOLEK** toimus 18. septembril 1974. Päevakorras olid pulmonoloogia ja kardioloogia valdkonda kuuluvad küsimused.

Esimesena kuulati arstiteaduse kandidaat L. Maseri ja E. Lillaku (esitaja) tööd «Välisingamise muutused ja vere gaasisisaldus kroonilise kopsupõletikuga haigetel seoses haiguse staadiumidega». Ettekandest selgus, et kroonilise kopsupõletiku staadiumi määrab esmajoones hingamistalitluse kahjustuse aste. Vere gaasisisalduse muutused, esmajoones hapniku osarõhu vähenemine, ilmnevad alles selgelt väljendunud hingamistalitluse kahjustuse korral. Gaasisisalduse muutused veres olid suuremad bronhide läbitavuse takistuse korral.

Arstiteaduse kandidaat L. Reinvald käsitles kroonilise *cor pulmonale* diagnoosimist ja ravi. Autor selgitas raskusi *cor pulmonale* varajasel diagnoosimisel ja rõhutas varajase diagnoosimise tähtsust. Haiguse süvenemisel kaasneb südame parema poole kahjustusega ka vasaku poole kahjustus, mida peab arvestama nii diagnoosimisel kui ka ravi määramisel.

Koosolekust osavõtt oli rohkearvuline. Ettekanded olid huvipakkuvad paljudele.

Jaan Karusoo

## Juriidilist nõuannet

### JURIIDILISED ABINÕUD VÕITLUSES ALKOHOLISMIGA

KALJULA ARU

Tartu

UDK 616.89-008.441.13:347:614.2

Alkoholismi kui haiguse kliinilisi kriteeriume on kirjeldanud paljud autorid, ühed (7, 11, 12) mõistavad alkoholismi all peamiselt kehalisi ja vaimseid häireid, teised (1, 5) aga rõhutavad sotsiaal-majanduslikku külge.

Kui lähtuda Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide komisjoni antud formuleeringust (8), on alkoholism nii meditsiiniline kui ka sotsiaalne mõiste. Järelikult peab võitlus alkoholismi vastu toimuma nii meditsiiniliste, sotsiaalsete kui ka juriidiliste vahenditega, kusjuures neid tuleb rakendada komplekselt.

Nõukogude Liidu tervishoiusüsteemis on loodud avarad võimalused alkoholismi raviks. Seni on alkohoolikuid ravinud esmajoones psühhiaatrid. Narkoloogiakabinetide arv vabariigis on aasta-aastalt suurenenud, mistõttu paraneb alkohoolikute varajane väljaselgitamine, ravi ja dispanseerimine. Seoses alkoholi rohke tarvitamisega sagenevad tervisehäired ning alkohoolikutega tuleb peale psühhiaatrite te-

gelda ka teiste erialade arstidel. Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegiumi otsusega 29. novembrist 1973 on kõikide raviasutuste arstid kohustatud osa võtma alkohoolikute varajasest väljaselgitamisest ja nende ravile suunamisest. Väljaselgitatud alkohoolikute kohta tuleb narkoloogiakabinetile saata vorm nr. 281.

Võitluses alkoholismiga ei pööra meditsiinitöötajad küllaldast tähelepanu juriidilistele abinõudele.

Nõukogude seadustes on mitmed sätted alkohoolikute korralekutsumiseks ja nende ühiskonnaohtlikkuse vähendamiseks. 1972. aasta kevadel avaldati NLKP Keskkomitee otsus ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus joomise ja alkoholismi vastu võitlemise intensiivistamise abinõudest. 30. juunil 1972. a. võttis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium vastu seadluse «Joomise ja alkoholismi vastase võitluse tugevdamise abinõude kohta». Need dokumendid, mis on vastu võetud rahva huvides, on suure printsiipiaalse tähtsusega

ning annavad partei-, nõukogude, ametiühingu- ja komsomoliorganisatsioonide ning kõikide administratiivorganite käsutusse võimsa relva energilise ja resoluutse võitluse pidamiseks alkoholismi ja selle kahjulike tagajärgedega. Ka Eesti NSV tervishoiuministri käskkiri 11. detsembrist 1972. a. on nende dokumentide otsene jätk.

Juriidilistest abinõudest on seni kõige laialdasemat rakendamist leidnud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus 24. aprillist 1965. a. «Alkohoolseid jooke kuritarvitavate isikute sundravi ja tööga ümberkasvatamise kohta». Juba üheksandat aastat tegutsevad vabariigis ravi- ja tööprofülaktooriumid. Nendesse saadetakse ravile alkohoolikuid, kes rikuvad perekondliku ja sotsialistliku ühiselu reegleid, hoiduvad kõrvale tööst, elatuvad parasiitlikult ja kes ühiskondlikest ja administratiivsetest abinõudest hoolimata jätkavad alkoholi kuritarvitamist ega nõustu alkoholismi raviga vabatahtlikult. Profülaktooriumi suunamist võivad algatada alkohooliku perekonna liikmed, ametiasutused ja ühiskondlikud organisatsioonid. Ka tervishoiuasutused ei tohiks selles osas kõrvaltvaatajad olla. Avaldused esitatakse siseasjade osakonnale, kes selgitab faktide tõepärasuse ja esitab hoolikalt kogutud materjalid arstlikule komisjonile. See tuvastab alkoholismi olemasolu, määrab kindlaks tervisliku seisundi ja annab otsuse sundravi vajalikkuse kohta. Seejärel arutab asja rahvakohus. Sundravi ülemmäär on kaks aastat.

Arstlike komisjonide töös on seni ette tulnud veel puudusi. Ei anta küllaldaselt motiveeritud otsuseid ega arvestata vastunäidustusi sundravile suunamisel. Ravi- ja tööprofülaktooriumi ei tohi saata neid, kes põevad psüühilisi haigusi, alaealisi, esimese grupi invaliide, rase-daid ning üle 60 aasta vanuseid mehi ja üle 55 aasta vanuseid naisi. Ambulaatorseist uuringuist keelduvaid alkohoolikuid suunatakse miilitsaorganite nõudmisel statsionaarsele uurimisele psühhiaatriahaiglasse, kusjuures uurimine tuleb lõpetada 10 päeva jooksul.

Kuigi ravi- ja tööprofülaktooriumides ei ole ravi osutunud seni eriti mõjusaks, tuleb siiski hinnata kas või seda, et profülaktooriumis viibinud alkohoolik oli kaks aastat lülitunud ühiskondlikult kasulikku töösse ja tema perekond oli selleks ajaks vabanenud alkohooliku terrorist.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi 27. aprilli 1973. a. seadluse alusel on välja töötatud eeskirjad ravitavate ja alkohoolseid jooke kuritarvitavate aktiivsete tuberkuloosi põdevate isikute kohta, kelle suunavad sundravile ilma rahvakohtu otsuseta tuberkuloosidispersaneriite arstlikud komisjonid. Neid alkohoolikuid, kes on võetud kriminaalvastutusele ja kes kohtupsühhiatrilise ekspertiisiga on tunnistatud kroonilisteks alkohoolikuteks, võib rahvakohus vastavalt «Eesti NSV kriminaal-koodeksi» § 60 sätetele määrata alkoholismi sundravile kinnipidamiskohas (3).

Profülaktooriumist või kinnipidamiskohast vabanenud isikud on kohustatud ilmuma narkoloogiakabinetti vastavalt oma alalisele elukohale ja jätkama ravi. Alkoholismi sundravi määrab kohus ilma tähtajata, see kestab kuni isiku tervenemiseni ja see lõpetatakse ravi teostava asutuse otsusel.

Väga tõhus sotsiaalne abinõu on alkohooliku teovõime piiramine. «Eesti NSV tsiviilkoodeksi» § 16 alusel on ette nähtud võimalus, et «alkohoolsete jookide või narkootiliste ainete kuritarvitamise tagajärjel oma perekonna raskesse materiaalsesse olukorda paneva kodaniku teovõimet võib kohus piirata». Niisuguse isiku võib kohus panna hoolduse alla, s. t. ta võib oma töötasu, pensioni või muid sissetulekuid kätte saada ja tehinguid vara kasutamise alal sõlmida ainult hooldaja nõusolekul. Isik tunnistatakse piiratult teovõime-tuks ilma kindla tähtajata. Kui see kodanik on lõpetanud jookide kuritarvitamise, tühistab rahvakohus tema teovõime piiramise ja hooldus lõpetatakse (4).

Teovõime piiramine rahvakohtu kau-du on alkohoolikule suure profülakti-lise tähtsusega, see sunnib teda joo-

mise lõpetama või seda piirama ja kaitseb perekonda majanduslikesse raskustesse sattumise eest.

Kahjuks on mainitud seaduse sätet rakendatud väga harva.

Ka «Seltsimehelike kohtute põhimääruse» § 15 järgi võib alkohooliku pensioni või palga välja maksta tema abikaasale või seltsimeheliku kohtu poolt selleks volitatud isikule.

Joomarist isa või ema võib raskelt traumeerida oma last. Seepärast on seaduse sätetega kindlustatud ka alaealiste laste kaitse.

«Eesti NSV abielu- ja perekonnanõukodeksis» § 74 on öeldud: «Vanemait või ühelt neist võib vanemlikud õigused ära võtta, kui tehakse kindlaks, et nad hoiduvad kõrvale oma kohustuste täitmisest laste kasvatamisel või kuritarvitavad oma vanemlike õigusi, kohtlevad oma lapsi julmalt, avaldavad lastele kahjulikku mõju oma amoraalse käitumisega, samuti siis, kui vanemad on kroonilised alkohoolikud või narkomaanid.» Rahvakohus ei piira vanemlike õiguste äravõtmist mingi tähtajaga. Vanemlike õiguste äravõtmine aga ei vabasta vanemaid lapse ülalpidamise kohustustest ning kohus mõistab lapsele alimendid seaduses kindlaksmääratud suuruses. Kui laps on olude tõttu sunnitud elama ühes korteris oma vanemaga, kellelt vanemlikud õigused on ära võetud, ja kui see rikub sotsialistliku ühiselu ja moraali reegleid, mis teeb võimatuks kooselu temaga, siis võib kohus selle vanema

korterist välja tõsta ilma teist eluruumi vastu andmata (2).

Kirjanduse andmed (6, 9) tõestavad, et alkohoolikud kogu maailmas hakkavad «noorenema» ja et alkoholism noorukitel areneb väga kiiresti. Noored on joomapahest nakatunud sageli perekonnaliikmete või teiste vanemate isikute eeskujul. Alaealise viimise eest joobesse võib vanemaid või teisi isikuid karistada trahviga 30...50 rubla. Alaealiste kaasatõmbamisel joomisele ja kuritegevusele võib «Eesti NSV kriminaalkodeksi» § 202 järgi koguni järgneda vabadusekaotus kuni viie aastani.

KIRJANDUS: 1. Bleuler, E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, 1920. — 2. Eesti NSV Abielu- ja perekonna kodeks. Kommenteeritud väljaanne. Tln., 1974. — 3. Eesti NSV kriminaalkodeks. Tln., 1970. — 4. Eesti NSV tsiviilkodeks. Kommenteeritud väljaanne. Tln., 1969. — 5. Keller, M. Quart. J. Studies alcohol, 1960, 21, 125. — 6. Neubert, R. Jugend und Alkohol. Greifenverlag zu Rudolstadt. — 7. Saarma, J. Kohtupsühhiaatria. Tln., 1970. — 8. Väre, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 6, 429—433.

9. Качаев А. К. В кн.: Алкоголизм и неалкогольные наркоманий. Сборник трудов Ленинградского н-й психоневрологического ин-та им. В. И. Бехтерева. Том LVIII, 83—87, Л., 1971. — 10. Портнов А. А., Федотов Д. Д. Психиатрия. М., 1965. — 11. Случевский И. Ф. Психиатрия. Л., 1957. — 12. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алко-голем. М., 1966 г.

Tartu Vabariiklik Kliiniline  
Psühhoneuroloogiahai-  
gla

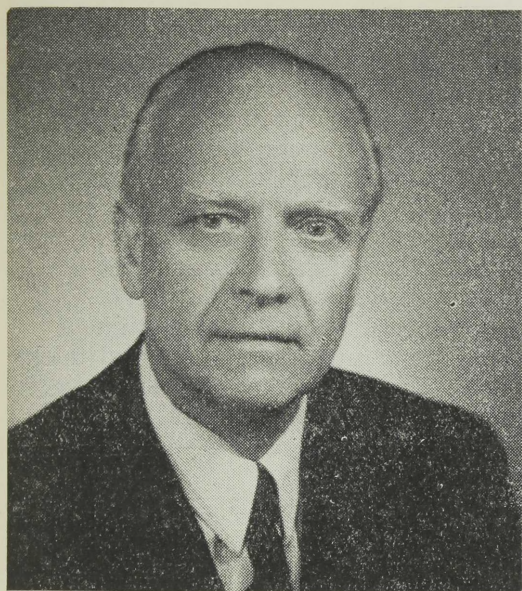
## Tähtpäevad

### GEORG LOOGNA KUUEKÜMNENE

20. novembril 1974 tähistati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kantserogeneesi mehhanismide

laboratooriumi juhataja Georg Loogna kuuekümnendat sünnipäeva.

Juubilar on sündinud Petrogradis, üles kasvanud ja koolis käinud Narvas,



mille ühiskümnaasiumi lõpetamise järel siirdus ta 1935. a. Tartusse arstikutset omandama. Kuid õpingud ülikoolis katkestas ajutiselt Suur Isamaasõda, millest G. Loogna võttis osa Eesti Rahvuskorpuse ridades sivepataljoni vanemvelskrina. Pärast Velikije Luki lahinguid ta demobiliseeriti 1943. a. ja suunati õppima Moskva II Meditsiiniinstituuti. Samal ajal töötas ta Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadis inspektorina ja täitis asjadevalitseja ülesandeid ning tegi ettevalmistusi Eesti NSV Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu asutamiseks, mille esimese direktorina ta töötaski aastail 1944...1947.

1947. a. asus G. Loogna õpinguid jätkama Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas, mille lõpetamise järel 1950. a. oli ühe aasta patoloogilise füsioloogia kateedri assistent. Õppetöö kõrval asutas ta 1947. a. Tartu Vabariikliku Sanitaaraviojaama, olles selle ülemaks 1951. aastani.

1951. a. peale on juubilar töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, kus ta on olnud teaduslik sekretär, noorem- ja vanemteadur ning viimased kümme aastat osakonna- või laboratooriumijuhataja.

Selles lühikeses *curriculum vitae*'s pole midagi erakordset, ometi sisaldab ta tohutul hulgal väärtuslikku ja sisutihedat tööd, millest piisaks mitme mehe eluajaks.

G. Loogna on ühes isikus teadlane ja teadustöö organisatoor, pedagoog ja lektor, teadustööde ja aimekirjanduse autor, tõlk ja ühiskonnategelane, kes igasse oma ettevõtmisesse paneb südame.

Teadlasena kuuluvad juubilaril uuri- mused peamiselt eksperimentaalpatoloogia valdkonda. 1959. a. kaitses ta väitekirja «Mõningate tuberkuloosivastaste preparaate toimest aseetilise nekrootilise kolde organisatsiooniprotsessis», mille põhjal sai arstiteaduse kandidaadi kraadi. 1962. a. anti talle patoloogilise anatoomia alal vanemteaduri ja 1965. a. dotsendikutse. Vabariiklikes ja üleliidulistes väljaannetes on G. Loognal ilmunud üle 50 teaduskirjutise, ilmumisel aga on ulatuslik monograafia «Vähktõve kompleksne profülaktika».

G. Loogna organiseerimistöo tulemusena on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti kujunenud kantserogeensete nitrosoühendite uurimise alal NSV Liidu juhtivaks keskuseks, kus on korraldatud mitmeid üleliidulisi sümposioone ja konverentse. G. Loogna oli vastutavalt tegev ka Tallinnas toimunud II üleliidulise onkoloogide kongressi organiseerimiskomitees.

Põhitöö kõrval on juubilar aastaid töötanud pedagoogina Eesti NSV Riiklikus Kunstiinstituudis, kus ta koostas õpiku «Plastiline anatoomia» (1964). Teaduse saavutuste populariseerijana on ta meie vabariigis pidanud üle 800 loengu, publitseerinud kolm aimekirjanduslikku brošüüri ja ligikaudu 150 kirjutist vabariigi ajalehtedes.

Kolmkümmend aastat on G. Loogna olnud kirjastuste hindamatu abiline kui retsensent ja konsultant plaanide koostamisel, tõlketeoste ja autorite valimisel. Tema initsiatiivil hakati välja andma brošüürisarja «Teadus jaervis». Ise on ta tõlkinud 32 arstiteaduslikku õpikut ja raamatut, olnud 13 tea-

dusliku väljaande vastutav toimetaja või toimetuse kolleegiumi liige.

Ka ühiskondlikest ülesannetest pole kommunist G. Loognal kunagi puudust olnud. Korduvalt on teda valitud instituudi parteiorganisatsiooni sekretäriks või selle asetäitjaks, praegugi kuulub ta parteibüroo koosseisu. G. Loogna on Eesti NSV Keskkonnakaitse Komisjoni ja üleliidulise probleemikomisjoni «Kantserogenees» liige. Ta on Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu nõukogu esimees, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi toimetuse-kirjastusnõukogu liige, instituudi teadusliku nõukogu, töö teadusliku organiseeri-

mise nõukogu ja kirjastusgrupi liige, ühingu «Teadus» meditsiinipropaganda teadusliku meetodikanõukogu liige, Nõmme tervise rahvaülikooli nõukogu liige, «Eesti nõukogude entsüklopeedia» ühiskondliku toimetuse liige jne.

Viljaka ühiskondliku ja teadusalase tegevuse eest on G. Loognal autasustatud nelja medaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

Soovime juubilarile veel paljudeks aastateks tervist, jaksu ja indu kõigele ning kõikjal kaasalöömiseks.

Kolleegid

## **DOTSENT BORIS LUIK 60-AASTANE**

16. augustil 1974 sai 60-aastaseks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsiakateedri dotsent farmaatsiakandidaat Boris Rudolfi p. Luik.

Juubilar pärineb Tartust, kus ta omandas ka keskhariduse. 1934. a. alustas ta õpinguid Tartu ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas, mille lõpetas 1940. aastal. 1938. aastast töötab juubilar ülikoolis: esialgu kaks aastat ajutise abijõuna galeenilise farmaatsia ja apteegi retseptuuri kateedris (praegune farmaatsiakateeder), alates 1940. aastast sama kateedri assistendina, seejärel vanemõpetajana, dotsendi kohusetäitjana ja 1949. aastast dotsendina. Seega möödub tänavu 34 aastat B. Luige pedagoogilise töö algusest. Aastail 1966...1974 täitis juubilar farmaatsiakateedri juhataja vastutusrikkaid kohustusi.

Dotsent B. Luik on oma pika pedagoogilise töö vältel õpetanud noortele farmatseutidele mitmeid distsipliine: meditsiinikauba tundmist, farmaatsia ajalugu ja farmaatsiaorganisatsiooni, ravimite tehnoloogiat ning viimased 27 aastat farmatseutilist keemiat. Enamik

vabariigi farmatseutidest on tema õpilased.

Huvi teadusliku töö vastu tärkas B. Luigel juba üliõpilasena, 1938. a. valmis auhinnatöö. Järgmistel töörohketal aastatel tegeles juubilar mitmete tähtsate teaduslike küsimustega, nagu tinktuuride valmistamine ja säilivus,



defitsiitse kakaorasva asendamine, alkoholisalduse määramine preparaatides, plastmasside resistentsus keemiliselt agressiivsete medikamentide suhtes jt. Kandidaadikraad anti B. Luigele uurimuse «Tinktuuride valmistamisest nõrgema kontsentratsioonilise alkoholiga» eest.

Ühiskondlikust tööst on B. Luik alati osa võtnud. Praegu kuulub ta TRÜ Arstiteaduskonna nõukogu koosseisu, on Arstiteaduskonna õppemetoodilise komisjoni liige ja farmaatsiaosakonna õppemetoodilise komisjoni esimees, farmaatsiaosakonna kursusejuhendaja, vabariikliku proviisorite atesteerimise komisjoni liige, üleülikooliliste ja teaduskonnasiseste komisjonide liige. B. Luige initsiatiivil alustati 1963. a. farmaatsiaosakonnas proviisorite täienduskursustega, mis nüüd toimuvad TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseu-

tide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonnas. Samuti on B. Luik Tartu Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuse liige seltsi asutamisest alates, praegu esimees. Dotsent B. Luik on lõpetanud Marksismi-Leninismi Õhtuülikoolis majandus- ja filosoofiaosakonna.

Juubilarite teeneid on hinnatud medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ja V. I. Lenini juubeli medaliga, Eesti NSV Kõrgema ja Keskerihariduse Ministeriumi aukirjaga ja korduvalt on avaldatud kiitust TRÜ rektori käskkirjaga. 1974. a. anti B. Luigele teenelise tervishoiutöötaja aunimetus.

Soovime lugupeetavale juubilarile palju õnne, kordaminekuid ja saavutusi pedagoogilises ning teaduslikus töös, jõudu ühiskondlikus töös ja jätkuvat huumorimeelt.

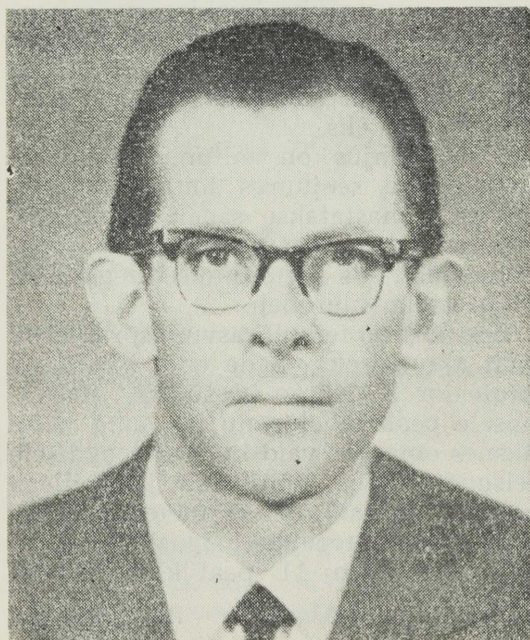
Kolleegid ja õpilased

## JUUBILAR WOLFGANG HEIDEMAA

11. oktoobril 1974 sai Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla peaarst Wolfgang Heidemaa 50-aastaseks.

Juubilar on sündinud Tartus. Poisikesepõlve- ja kooliteed käis Saaremaal, kus tema isa töötas jaoskonnaarstina. Lõpetanud 1951. aastal Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna, määrati ta akušöörigünekoloogina tööle Suure-Jaani. Järgmisel aastal edutati samas tervishoiuosakonna juhatajaks. 1959. aastal määrati Suure-Jaani Linna Haigla peaarstiks. 1960. aastal asus ta Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama antirababilise osakonna juhataja ametikohale. Alates 1961. aastast on W. Heidemaa töötanud Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas, algul osakonnajuhatajana ja 1964. a. oktoobrist peaarstina.

W. Heidemaa on I kategooria infektsionist. Ajavahemikul 1955...1956



täiendas ta oma teadmisi juhtivate ter-  
vishoiutöötajate spetsialiseerumise kur-  
sustel Moskvas, hiljem on täiendusel  
viibinud nakkushaiguste alal. Juubilar  
on suure eruditsiooniga arst, kes teeb  
tööd hoole ja armastusega, olles kol-  
lektiivile eeskujuks. Ta on innukalt osa  
võtnud ühiskondlikust tööst rahvasaa-  
dikuna, rahvakohtu kaasistujana, ame-  
tiühingu aktivistina. Ühing «Teadus»

on teda kui populaarset lektorit auta-  
sustanud vabariikliku aukirjaga.

W. Heidemaad on autasustatud rinna-  
märgiga «Tervishoiu eesrindlane». Tema nimi on kantud Eesti NSV Ter-  
vishoiu Ministeeriumi aauraamatusse.

Soovime juubilarile jõudu ja reipust,  
et järgnevad aastakümned tooksid uusi  
kordaminekuid arstitöös.

Kolleegid

## Kriitika ja bibliograafia

### RAAMAT AKTUAALSEL TEEMAL

UDK 616-056.52:613.24(049.3)

Üha enam aktuaalseks on muutunud  
rasvumisprobleem, sest inimeste arv,  
kes kannatavad ülekaalulisuse ja rasvu-  
mise tõttu, järjest suureneb. Eriti tera-  
valt on see päevakorra kerkinud paa-  
ril viimasel aastakümnel ja seda  
peamiselt kahel põhjusel.

Esimese põhjusena peab rõhutama  
inimeste oskamatus ära kasutada neid  
hüvesid, mida on andnud teaduslik-  
tehniline revolutsioon. Elanike keheline  
aktiivsus on järjekindlalt langenud teh-  
nikasaavutuste üha laialdasema raken-  
damise tõttu argielus, ja energiakulu  
vähenemine juba iseendast loob eeldu-  
sed kehakaalu suurenemiseks, ülekaa-  
lulisuse tekkeks.

Teine põhjus on toitumisvõimaluste  
paranemine, seejuures toitude külluse  
mõiste samastatakse sageli ratsionaal-  
susega. Kui arvesse võtta füüsilist hüpo-  
dünaamiat, siis liigtoitumise negatiivne  
mõju veelgi suureneb.

See kõik on teinud rasvumisprobleemi  
eriti aktuaalseks. Seda ongi käsitletud  
professor K. Kõrge brošüüris.\* Rasvu-  
misele peab tähelepanu pöörama mitte  
üksnes omaette, vaid kui patoloogilisele  
seisundile, mis põhjustab ja millega  
kaasneb organismi mitmete elundite  
ning elundsüsteemide haigusi.

Brošüüris on 11 peatükki. Alusta-

takse toitumisfüsioloogia valgustami-  
sest, nälja- ja täiskõhutunde analüüsist,  
normaalkehakaalu määramisest. See-  
järel antakse ülevaade rasvumise ole-  
musest, selle põhjustest, ilmingutest ja  
tagajärgedest.

Peamised on brošüüris rasvtõve pro-  
fülaktikat ja ravi käsitlevad peatükid,  
milles üksikasjalikult analüüsitakse rat-  
sionaalse toitumise põhimõtteid ja keha-  
kultuuri rakendamist. Siinkohal ei ole  
vajadust loetleda kõiki neid soovitusi  
ja nõuandeid, mida lugeja sellest raam-  
atust leiab. On oluline rõhutada, et  
näiteks dieetikaküsimusi on valgusta-  
tud nüüdisaja teaduse tasemel ning on  
toodud palju huvipakkuvaid ja kasu-  
likke fakte. Üheks näiteks paljudest,  
mille puhul K. Kõrge soovitusel täie-  
likult nõustuda tuleb, on keedusoola  
hulga piiramine toidus rasvtõve dieet-  
ravis. Organismis leiduval soolal on  
omadus siduda vett ja veesisalduse suu-  
renemine põhjustab kehakaalu suurene-  
mist, mistõttu inimese liikuvus väheneb.  
Ja omakorda: mida vähem inimene lii-  
gub, seda enam ta võtab kaalus juurde.

Huvipakkuv on R. Bolleri vahelduv  
dieet, Hollywoodi dieet, pikaajaline  
mahladieet jms.

Tuleb täiesti nõustuda selle tagasi-  
hoidliku hinnanguga, mis brošüüris on  
antud rasvunute medikamentoosel-  
ravile. On absoluutselt lubamatu keha-

\* К. Кьрге. Ожирение. Изд. «Валгус». Таллин, 1974 г.

kaalu vähendamiseks tarvitada ravimeid ilma arsti kontrollita. Kirjanduse andmetel on nendel põhjustel olnud raskekujulisi kahjustusi, ka surmajuhte. Neid on ette tulnud samuti Eesti NSV-s.

Brošüüri kohta võib teha üksnes üksikuid märkusi. Soovitades rasvumise dieetravis piimapäevi, on oluline silmas pidada, et mitte kõik patsiendid ei talu piima. Paljud püüavad sellisest dieedist kinni pidada selle talumatusele vaatamata. Rasvumise, kroonilise pankreatiidi ja laktaasidefitsiitsuse koosesinemine on küllalt sage.

Rasvumise korral on oluline hoiduda toidu segavürtsidest, mis söögiisu tõstavad. Nendel juhtudel on hea kokk rasvumise liitlane.

Brošüür on kirjutatud ilmekas keeles, äratav tähelepanu, et sõnastuse populaarsus ei kahjusta sisu teaduslikkust. Teksti on sobivalt täiendatud illustatsioonide, tabelite ja lisaga.

Professor K. Kõrge töö on ära teeninud kõrge hinnangu ning pakub huvi mitte üksnes laiadele rahvahulkadele, vaid ka arstidele.

Natan Elstein

## BIBLIOGRAAFILISI KARTOTEEKE MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

**Anestesioloogia.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 220 nimetust. Koost. M. Kont

**Elektronmikroskoopilised ja histokeemilised uuringud dermatoloogias.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 45 nimetust. Koost. M. Kont

**Emakakaela prekantserooside diagnoosimine.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 48 nimetust. Koost. M. Kont

**Gastroenteroloogia.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 257 nimetust. Koost. M. Kont

**Ioniseeriva kiirguse mõju organismile.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 62 nimetust. Koost. M. Kont

**Jäsemete luumurrud, artroosid.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 64 nimetust. Koost. M. Kont

**Psühhofarmakoloogia.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 131 nimetust. Koost. M. Kont

**Tuberkuloosi epidemioloogia, profülaktika.** Kirjandust aastaist 1972...1973. Võõrkeeltes 69 nimetust. Koost. M. Kont

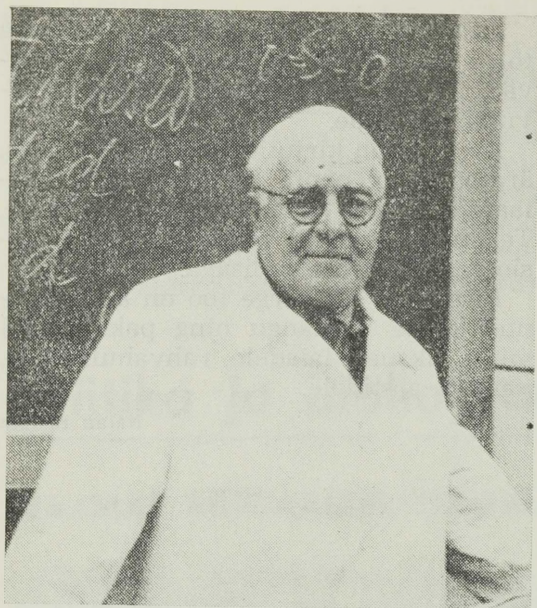
Malle Kont

## In memoriam

**PROFESSOR GEORG KINGISEPP**  
**30. V 1898... 19. VIII 1974**

Tartu Riikliku Ülikooli, Eesti NSV arstide ja farmatseutide peret on tabanud raske kaotus. 19. augustil lahkus meie hulgast ülikooli farmakoloogiapro-

fessor, arstiteaduse doktor, kauaaegne farmakoloogiakateedri juhataja, Eesti NSV Farmakoloogide Seltsi esimees Georg Kingisepp.



G. Kingisepp sündis 30. mail 1898. aastal Viljandimaal Kabala vallas talupoja perekonnas. Ta lõpetas Rakvere Õpetajate Seminari 1917, Põltsamaa ühis-reaalgümnaasiumi 1921 ning sai kõrgema meditsiinilise hariduse koos arstiteaduse doktori kraadiga Heidelbergi ülikooli arstiteaduskonnas 1927. aastal. Pärast seda töötas G. Kingisepp kolm aastat samas arstina naha- ja lastehaiguste kliinikutes.

Naasnud 1930. aastal Tartusse, asus ta Tartu ülikooli farmakoloogiainstituudi juhataja G. Barkani assistendi ametikohale. 1931. aastal sooritas Tartu ülikoolis riigieksamid ja 1932. aastal doktorandieksamid. Aastail 1934...1935 oli G. Kingisepp stipendiaadina Edinburghi farmakoloogiainstituudis üle maailma tuntud arsti professor A. Clarki ja 1937. a. Münsteris professor L. Lendle juures. Vahepeal, 1936. aastal kaitses G. Kingisepp Tartu ülikoolis doktoriväitekirja teemal «Maksa toimest eksperimentaalsete looma kehveresuste puhul ja säärase kehveresuste isoleerimise». Järgnes töö kateedris dotsendina. 1938. aastal anti G. Kingiseppale professorikutse. Ta oli esimene eestlasest farmakoloogiaprofessor Tartus. Aastail 1938...1972 oli professor

G. Kingisepp kateedrijuhataja — kokku 34 aastat, kõige pikema perioodi Tartu Riikliku Ülikooli farmakoloogiakateedri üle 170 aasta pikkuses ajaloos. Viimased kaks aastat töötas ta professor-konsultandina.

G. Kingisepp oli suurepärase erialase ettevalmistusega teadlane. Tema sulest on ilmunud 60 teaduslikku tööd. Tähelepanuvääriv osa nendest käsitleb orgaaniliste joodiühendite toimemehhanismi organismis, mitmete vasoaktiivsete ainete toimet vereringesse, eksperimentaalset kehveresust ja selle farmakoteraapia küsimusi. Suure tähtsusega on 30-ndatel aastatel tehtud tööd, mis käsitlevad eksperimentaaluurimisi südame füsioloogiast ja farmakoloogiast. G. Kingisepp näitas, et südameaktiivsed glükosiidid moodustavad südame lihaskoega reversiibleid ühendeid. Palju uuris ta mitmete glükosiidide (digitoksiini, strofantiini, stsillareeni jt.) kumulatsioonivõimet, selle sõltuvust eliminatsioonimehhanismidest, kardiaalsetest ja ekstrakardiaalsetest sidumistingimustest.

Hilisemal perioodil ilmus temalt olulisi töid barbituraatide rea uinutite ja kesknärvisüsteemi valuvaigistite farmakoloogia alalt. Viljakad olid teadusliku koostöö viimased 15 aastat Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehasega. Tema juhendamisel uuriti uute ravimpreparaatide farmakoloogilis-toksikoloogilisi omadusi, mille tulemusena mitmed neist (vipraksiin, najaksiin, sulfokamfokaiin jt.) on kliinikus kasutusele võetud.

Professor G. Kingisepa pedagoogiline töö kestis 44 aastat. Valdav osa Eesti NSV arste, farmatseute ja stomatolooge on professor G. Kingisepa õpilased. Ta on kahe originaalse farmakoloogiaõpiku autor (ilmunud 1948, 1963), kes tegi ühtlasi hindamatu töö eestikeelse erialaterminoloogia loomisel. Tema juhendamisel on valminud viis kandidaativäitekirja ja üle 200 tema õpilaste ja kaastöötajate uurimuse.

Professor G. Kingiseppale oli omane täpsus, kohusetunne, tagasihoidlikkus, sõbralikkus ja abivalmidus suhtlemisel

kolleegide ja üliõpilastega. Aastaid oli ta lektor arstide ja farmatseutide täienduskursustel. Märkimisväärne on G. Kingisepa osakaal teaduse populariseerijana. Surm katkestas töö kateedri ajalugu käsitleva raamatu koostamisel.

G. Kingisepp oli Eesti NSV Füsioloogide Seltsi ja Eesti NSV Farmakoloogide Seltsi asutajaliige, Üleliidulise Farmakoloogide Seltsi juhatusel liige, Eesti NSV Farmakoloogide Seltsi esimees, kahe erialaajakirja toimetuse

liige jne. Teenete eest farmakoloogia arendamisel autasustas Üleliiduline Farmakoloogide Selts teda 1970. aastal N. P. Kravkovi mälestusmedaliga.

Tartu Riiklik Ülikool on kaotanud võimeka, suure eruditsiooniga teadlase, väsimatu töömehe. Helge mälestus suurepärasest inimesest, teadlasest ja pedagoogist jääb nende südamesse, kes Georg Kingiseppa tundsid ja temaga koos töötasid.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond

## PROFESSOR VOOTELE MEIPALU

25. II 1928 ... 2. VII 1974

2. augustil tabas Tartu Riiklikku Ülikooli ja Eesti NSV arstkonda, eeskätt akušöör-günekolooge, raske kaotus. Oma parimas elu- ja loomeeas suri tööülesannete täitmisel TRÜ Arstiteaduskonna teadusala prodekaan, sünnitusabi- ja günekoloogiakateedri juhataja arstiteaduse doktor professor Vootele Meipalu.

Professor V. Meipalu sündis 25. veebruaril 1928. a. Kundas töölispererkonnas. Keskkooli omandas ta Rakvere Keskkoolis, mille lõpetas 1946. a. kuldmedaliga. Järgnesid õpingud TRÜ Arstiteaduskonnas, mille lõpetamisel 1952. a. määrati ta sünnitusabi- ja günekoloogiakateedrisse assistendiks. Sellel ametikohal töötas ta 1970. aastani, mil valiti sama kateedri professori kohale. 1971. aastast alates töötas professor V. Meipalu sünnitusabi- ja günekoloogiakateedri juhatajana. Arstiteaduskonna prodekaani vastutusrikkale ametikohale määrati ta 1973. aastal.

Üliõpilasaastail võttis V. Meipalu aktiivselt osa Üliõpilaste Teadusliku Ühingu tööst. Üliõpilaspõlves V. Meipalusse sattunud teadusepisik leidis eest soodsa pinnase. Koormusrohke pedagoogi ja akušöör-günekoloogi, samuti ühiskondliku töö kõrval valmisid põhjanevad uurimused, mis vormistati kandidaadidissertatsioonina 1964. a. ja doktoritööna 1969. a. Professor V. Meipalu sulest on ilmunud üle 70 tea-

dusliku artikli. Enamikus on käsitletud emakamüoomi kliinikut ja patogeneesi. Need uurimused on saanud mitte ainult üleliidulise, vaid ka ülemaailmse tunnustuse. Loominguliselt aktiivsemaks ja resultatiivsemaks osutusid aastad pärast doktoritöö valmimist. Lõpuleviidud teaduslikud uurimised ootasid vaid avaldamisjärjekorda ja rohke faktiline materjal süstematiseerimist ning läbitöötamist.

Professor V. Meipalu saavutas kasva-



tustöös märkimisväärseid tulemusi ja seda eeskätt oma usaldatavuse, meeldiva loomuse, korrektsuse ja nõudlikkusega. Ta oli täpne, kohusetundlik, tagasihoidlik, sõbralik ja abivalmis suhtlemisel kolleegide ja üliõpilastega. Professor V. Meipalule omane huumorimeel ja optimism kajastuvad ka fotol, tehtud juhuslikult mõni tund enne surma. Paljudes noortes kolleegides aga jõudis ta sisendada usku, kasvatada jõudu ja tahet arsti ja teadlase raske tee valimiseks.

Organisaatorina on V. Meipalul hindamatuid teeneid Tartu Kliinilise Sünnitusmaja rekonstrueerimisel.

**IMANTA MARIPUU**  
**27. IV 1925 . . . 2. X 1974**

2. oktoobril 1974 suri pärast pikka ja rasket haigust Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsepatoloogiaosakonna juhataja, vabariigi peakutsepatoloog, vanemteadur arstiteaduse kandidaat Imanta Maripuu.

I. Maripuu sündis 27. aprillil 1925 Muhu saarel Pädaste külas. Alghariduse omandas Simiste ja Hanila koolis, keskhariduse Lihula keskkoolis ja Kuresaare gümnaasiumis, viimase lõpetas 1944. aastal, seejärel oli Muhus kooliõpetaja.

Aastail 1945 . . . 1951 õppis I. Maripuu Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonnas. Pärast ülikooli lõpetamist määrati ta tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti, kus ta algul töötas nooremteadurina sisehaiguste osakonnas, mis 1952. aastal reorganiseeriti kutsehaiguste osakonnaks. Aastail 1955 . . . 1958 õppis I. Maripuu Moskvas aspirantuuris NSV Liidu Arstiteaduste Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudis, kus omandas kutsepatoloogi eriala ja kaitses 1959. aastal kandidaadiväitekirja teemal «Materjale mittespetsiifiliste pneumooniate kliiniliseks iseloomustamiseks siliikoozi puhul». 1960. aastal valiti I. Mari-

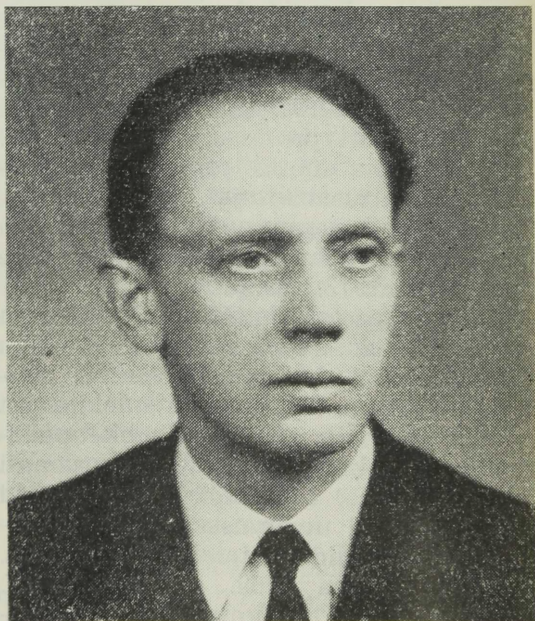
Ühiskondlikest ülesannetest on professor V. Meipalu alati täitnud tömahukaid: küll Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Meditsiini-nõukogu liikmena, küll NSV Liidu Kõrgema ja Keskerihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni konsultandina. Arstiteaduskonna vastuvõtukomisjoni esimehe kohustuste tõttu jäi puhkus ka sel suvel puhkamata.

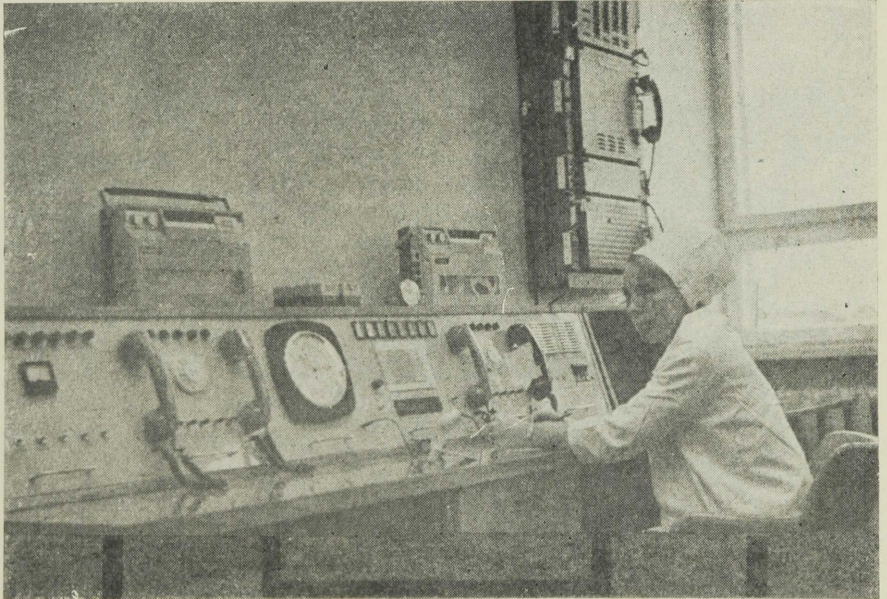
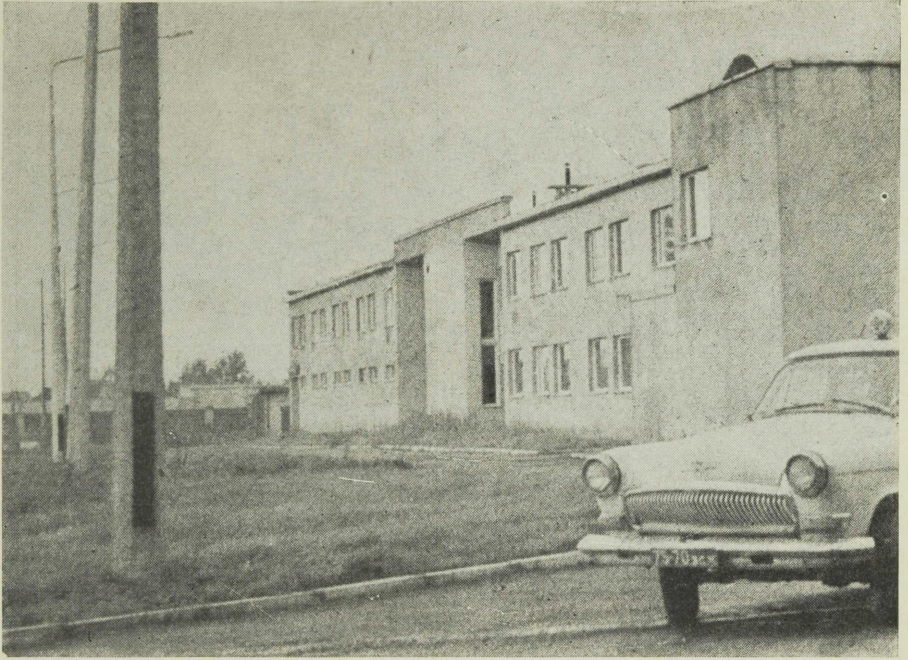
Tartu Riiklik Ülikool ja vabariigi arstikond on kaotanud suurepärase inimese, võimeka teadlase, väsimatu töömehe, targa arsti ja pedagoogi.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond

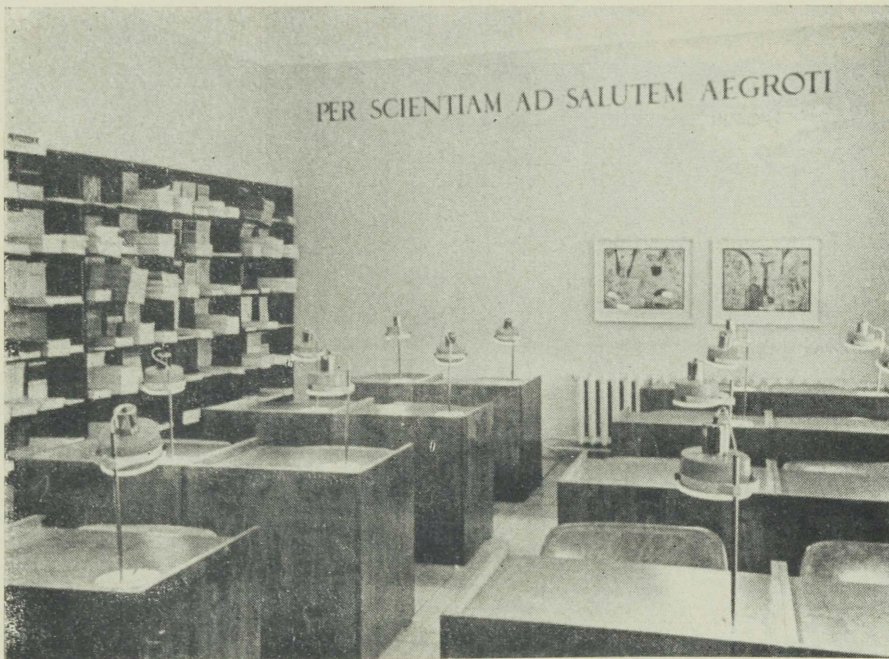
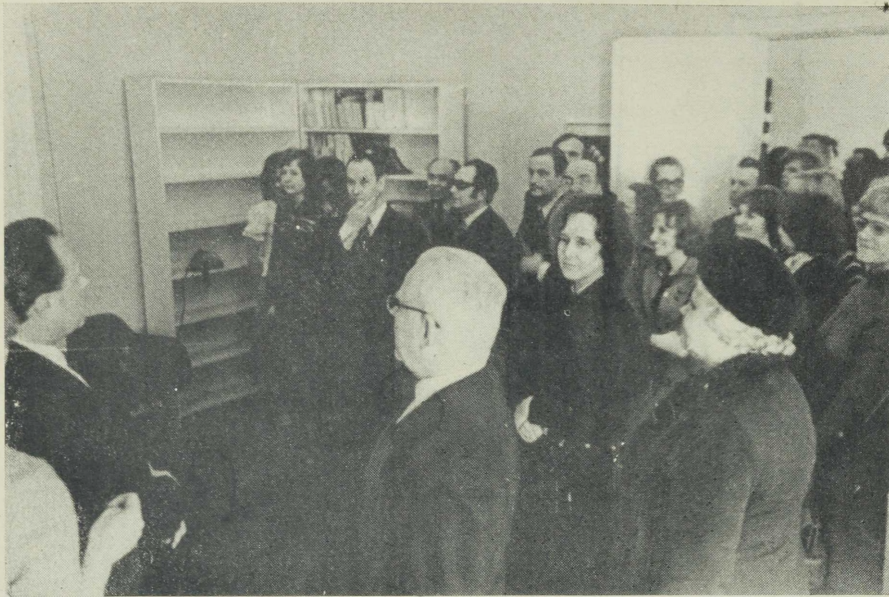
puu kutsepatoloogiaosakonna juhatajaks. Sellel ametikohal töötas ta kuni surmani. 1963. aastal anti talle vanemteaduri kutse.

I. Maripuu oli esimene vastava ettevalmistusega spetsialist kutsehaiguste alal Eestis. Juhtides ligi pooleteise aas-





Narva Linna Haigla kiirabijaama ja valveautode garaaž (vt. tekst lk. 564).  
Kiirabijaama dispetseriruum.



Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu uute ruumide avamiselt  
(vt. tekst lk. 565).

Vaade lugemissaali.

takümne vältel kutsepatoloogiaosakonna tööd, on ta väga palju teinud mitmete oluliste teaduslike ja praktiliste küsimuste lahendamisel, eriti professionaalsete kopsukahjustuste kliiniku ja profülaktika valdkonnas. Ta on üle 80 teadustöö autor ning juhendanud kolme kandidaadiväitekirja. Need tööd on kaalukaks panuseks kutsepatoloogia varasalve.

Hinnatud on I. Maripuu töö kutsepatoloogiasteenistuse korraldamisel ja arendamisel meie vabariigis, sealhulgas kutsehaiguste praeguse keskuse rajamisel Hiiul, vabariigi arstide ettevalmistamisel ja täiendamisel kutsepatoloogia

alal. I. Maripuu oli 1965. aastast Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi peakutsepatoloog.

Töökaaslastele on jäänud Imanta Maripuust mälestus kui tagasihoidlikust, enese ja teiste suhtes nõudlikust inimesest, abivalmis ja sõbralikust arstist.

Eesti meditsiiniüldsus on kaotanud tugeva arsti, erudeeritud teadlase ja võimeka organisaatori, ent jääb tema töö.

I. Maripuu puhkab kodusaares —  
Muhu kalmistul.

*Sit tibi levis terra patriae.*

*Eksperimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut*

## Meditsiinitehnika

### DISKUS- ELEKTROFOREESIAPARAAT

ANTS KALLIKORM

Tartu

UDK 543.545.4

Polüakrüülamiidgeel-elektroforeesi kasutuselevõtmine ja kiire areng viimasel aastakümnel on võimaldanud tunduvalt täpsemini analüüsida biopolümeeride koostist. Biopolümeeri lahutamine fraktsioonideks geelis ei sõltu üksnes fraktsioonimolekuli laengust, teatavat osa etendab veel molekulide suurus ja konfiguratsioon, sest geelivõrgustik avaldab erinevat takistust erineva suuruse ja kujuga molekulidele. Selline mitme teguri koosmõju ongi põhjus, miks geelelektroforeesile on iseloomulik tunduvalt parem lahutusvõime kui paberelektroforeesile. Aastakümneid kasutusel olnud paberelektroforees võimaldab hinnata seerumivalgu 5...7 erinevat fraktsiooni, polüakrüülamiidgeel-elektroforees aga 20...30, eri tingimustel isegi 50...60 seerumivalgu komponenti.

Akrüülamiidi polümeriseerimist ning polüakrüülamiidgeel-elektroforeesi on võimalik sooritada nii plaadil kui ka

torudes. Polüakrüülamiidgeel-elektroforeesi väljaarendamine ning tulemuste kvaliteet sõltuvad suurel määral elektroforeesiaparaadi konstruktsioonist, vastavusest selle meetodi paljudele teoreetilistele ja praktilistele nõuetele. Polüakrüülamiidgeel-elektroforeesi ühe autori B. Davise poolt 1964. aastal (1) kirjeldatud diskuselektroforeesiaparaadi põhiprintsiip on jäänud aluseks hilisematele, konstruktsioonilt palju täiuslikumatele sama tüüpi aparaatidele.

Üheaegselt polüakrüülamiidgeel-diskuselektroforeesi kasutuselevõtmisega eksperimentaalsete ja kliiniliste uurinute tegemisel Meditsiini Kesklaboratoriumis valmis meie jooniste järgi 1967. a. TRÜ konstrueerimis-eksperimentaalosakonnas osakonnajuhataja A. Jaagosilla juhendamisel ka esimene diskuselektroforeesiaparaat. Seni on ülikoolis valmistatud 34 sellist aparaati, 15 neist on tehtud asutuste jaoks väljaspool Eesti NSV-d. Oma tehnilise

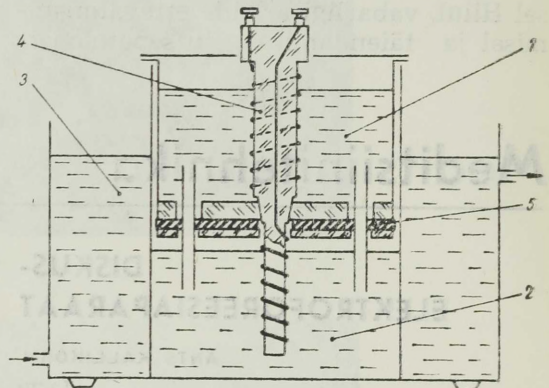
töötuse ja eksploatatsiooniomaduste poolest ei jää meie aparaat maha välismaistest. Kui teda võrrelda näiteks firma «Reanal» poolt toodetavaga — kuni viimase ajani ainuke aparaat, mida oli võimalik saada tellimise teel —, on ülikooli diskuselektroforeesiaparaat kompaktsem, selle töökorda viimine ja temal töötamine on tunduvalt lihtsam ning vähem aeganõudev. Aparaat on varustatud jahutuskambriga, elektrodide tugi on originaalset konstruktsiooni, lihtsam on ka torude kinnitamine aparaati. On veel mitmeid muid erinevusi, mis kokkuvõttes tagavad aine kvaliteetsema lahutamise elektroforeesil.

1971. aastal oli töö autoril Moskvas polüakrüülamiidgeel-elektroforeesi probleeme käsitleval üleliidulisel sümposiumil ning NSVL Rahvamajanduse Saavutuste Näitusel võimalus tutvustada TRÜ-s konstrueeritud diskuselektroforeesiaparaati ja ka densitomeetrit, mis on ette nähtud polüakrüülamiidgeel-elektroforeogramide kvalitatiivseks ja kvantitatiivseks analüüsiks (2, 4, 5). Meie kogemustega tutvusid põhjalikult ka meditsiinitehnika konstrueerimise ja tootmisega seotud instantside esindajad. Kahjuks peab mainima, et hiljuti tootmisesse võetud kodumaine diskuselektroforeesiaparaat jätab paljuski soovida nii konstruktsioonilise külje kui ka tehnilise töötuse poolest.

Et kirjutise ülesandeks ei olnud polüakrüülamiidgeel-elektroforeesi kirjeldamine, siis meie diskuselektroforeesiaparaadi tutvustamine ei käsitle täpsemalt aparaadi kui terviku ja tema üksikosade funktsioneerimist elektroforeesi käigus.

Diskuselektroforeesiaparaadi (vt. joonis) kõik detailid on valmistatud läbiipaistvast orgaanilisest klaasist. Aparaat koosneb ülemisest ja alumisest kambrist puhverlahuste jaoks, neid ümbritsevast jahutuskambrist, elektrodide toest ja hermeetilisest vahekihist, milleks oleme kasutanud kummi, mõnes aparaadis ka vaakumkummi. Ülemise kambri põhi ning hermeetilise vahekihi peal olev orgaanilisest klaasist hoideketas tagavad torude vertikaalasendi elektro-

foreesi käigus. Torud paigutatakse aparaati, surudes need kergelt läbi hermeetilise vahekihi avauste, eemaldatakse aga elektroforeesi lõppedes kerge tõmbega. Elektrodide tugi on kompaktne detail, mis on aparaadist eemaldatav torudega manipuleerimise lihtsustamise eesmärgil. Elektrodide tugi läbib ülemise kambri põhja, seejuures peavad isoleeritud olema mõlema kambri puhverlahused. See on saavutatav, kui elektrodide toe kambri põhja läbivale osale anda kooniline kuju.



Diskuselektroforeesiaparaadi skeem: 1 — ülemine kamber, 2 — alumine kamber, 3 — jahutuskamber, 4 — elektrodide tugi, 5 — hermeetiline vahekiht.

Elektrood väljub alumise kambri puhverlahusesse elektrodide toest allpool hermeetilist vahekihti. Jahutuskambri olemasolu võimaldab elektroforeesi vajalikul temperatuuril, kasutades läbi-voolutamiseks veevärgi vett või madalama temperatuuri vajadusel mingit jahutussegu. Standardsete 7...8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-liste geelidega töötamisel, kus elektroforeesi-aeg kõigub paari tunni ümber ning kui ei ole tegemist eriti termolabiilsete ühenditega, võib jahutamiseks edukalt kasutada vee ja jää segu, sulgenud eelnevalt jahutuskambri avad. Elektroforeesi on võimalik samal ajal teha 18 torus (paar aparaati on valmistatud 12 toruga). Torud, millesse valmistatakse polüakrüülamiidgeel, on lõigatud klaasitorust, vastavalt vajadusele erineva pikkuse ja diameetriga. Aparaat on

võimalik edukalt kasutada ka isoelekt-riliseks fokuseerimiseks, uuritava aine lahutumine fraktsioonideks põhineb osakeste migratsioonil oma isoelektri-lisse punkti, kus osakese laeng võrdub nulliga.

Meditsiini Kesklaboratooriumi mitme-aastased töökogemused kirjeldatud dis-kuselektroforeesiaparaadi ja densito-meetriga on näidanud, et neid võib edu-kalt kasutada valkude, sealhulgas ka fermentide, nukleiinhapete ja paljude muude ühendite lahutamiseks. Meie laboratooriumis on arvukalt uuringuid teinud nii meie oma laboratooriumi kui ka arstiteaduskonna kateedrite töötajad. Meie aparatuuri on kasutanud nii kodu-vabariigi kui ka vennasvabariikide pal-jude uurimis- ja raviasutuste töötajad (3, 6, 7, 8, 9). Praegu on polüakrüül-amiidgeel-diskuselektroforeesil saadud andmeid kasutatud kuue doktoriväite-kirja ning mitme kandidaadiväitekirja koostamisel.

KIRJANDUS: 1. Davis, B. J. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1964, 121, 404—427. — 2. Kalli-korm, A., Jaagosild, A., Raamat, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 3, 265—266.

3. Калликорм А. П. Уч. зап. Тарту-ского гос. ун-та, вып. 249. Труды по меди-цине XIX, 1969, 110—116. — 4. Калли-корм А. П. В кн.: Труды Всесоюзного семинара. М., 1971, 36—38. — 5. Калли-корм А. П., Яагосильд А. Д., Раа-мат Р. Э. В кн.: Труды Всесоюзного семи-нара. М., 1971, 39—41. — 6. Клименко А. И. Биохимия, 1974, 39, 1, 54—59. — 7. Лиллелехт Э., Калликорм А., Линд А. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, вып. 285. Труды по медицине XXIII, 1971, 100—104. — 8. Тээсалу С. А., Хинри-кус Т. Х., Калликорм А. П. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, вып. 319. Труды по медицине XXIX, 1974, 99—103. — 9. Хан-сон Х. М. Гистаминопексия, серотонино-пексия и дискэлектрофорез белков сыворот-ки крови при ишемической болезни серд-ца. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тар-ту, 1970.

TRÜ Meditsiini Kesklaboratoorium

## Uusi ravimeid

### APIFOOR (*Apiphorum, Ануфoр*)

Apifoor on mesilasmürgi preparaat. Sel-lel ravimil on omadus vähendada põletiku-nähte. Laiendades artereid ja kapillaare, pa-randab apifoor haigestunud elundite vere-ringet, nõrgendab valu.

Ravitoime sõltub annusest ja organismi tundlikkusest mesilasmürgi suhtes.

Naised on selle ravimi suhtes tundlikumad kui mehed. Korduval manustamisel võib or-ganism muutuda ravimiresistentseks.

Apifoor on näidustatud reumaatiliste hai-guste (polüartriitide, müosiitide), mittespet-siifilise nakkusliku polüartriidi, deformeeri-va spondüloartroosi, perifeerse närvisüsteemi haiguste (radikuliitide, neuralgiate, polü-neuriitide) puhul. On kasutamist leidnud ka veresoonte haiguste, näiteks trombofle-biidi ravimisel, kui ei esine mädaprotsessi, endarteriiti, jäsemete veresoonte ateroskle-rootilisi kahjustusi, põletikulisi infiltraa-te jm.

Apifoori manustatakse elektroforeesi teel. Apifooritableti lahustamiseks kasutatakse ainult destilleeritud vett.

Nahareaktsiooni tugevus elektroforeesil sõltub individuaalsest tundlikkusest, mesilas-mürgi kontsentratsioonist lahuses, voolutu-gevusest ja protseduuri kestusest.

Esimesel ravipäeval ei tohi lahuse kont-sentratsioon olla tugevam kui 1:20 000 (üks tablett á 1 mg, lahustatud 20 ml destilleeri-tud vees). Voolutugevus on 10 milliamprit, protseduuri kestus 10 minutit.

Organismi reaktsioonist olenevalt määra-takse protseduuride sagedus: kas iga päev või mõnepäevaste vaheaegadega. Kokku te-hakse 15...20 protseduuri.

Manustamiskohas tekivad hüperemia, nõrk turse, paikne nahatemperatuuri tõus, valulikkus, kihelus, mis võib kesta mõnest tunnist kahe-kolme päevani.

Kui ühe või kahe protseduuri järel tähel-datakse hüperemia foonil nõgestõve tunnu-seid, näitab see organismi kõrgeenenud tund-likkust mesilasmürgi suhtes. Sel puhul peab ravi jätkamisega ettevaatlik olema.

Kui kõrvaltoime (tekivad nõgestõbi, aller-giline nohu) on nõrk, piisab annuste vähen-damisest. Raskematel juhtudel manustatakse kaltsiumkloriidi, dimedrooli, efedriini. Ravi

kestel tuleb jälgida naha seisundit ja neeru- de talitlust.

Vastunäidustuseks apifoori kasutamisel on ülitundlikkus mesilasmürgi suhtes, nakkus- haigused, tuberkuloos, psüühilised haigused, maksa- ja pankreasehaigused ägedas järgus, neerupealiste haigused, neeruhaigused kaas- neva hematuuriaga, ägedad mädapõletikud, südame ja veresoonte decompensatsioon, ägeda vereringehäired, kesknärvisüsteemi orgaanilised haigused, kalduvus verejooksu- deks, kasvajad, organismi üldine kurtumus.

Tabletis on 1 mg mesilasmürki, originaal- pakendis 25 tabletti.

Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse kuivas, valguse eest kaitstud kohas.

Uus, defitsiitne preparaat.

## FUSIDIIN-NAATRIUM

(*Fusidinum-natrium*,

Таблетки фузидин-натрия,

Fusidiin-naatrium on antibiootikum, mida saadakse *Fusidium coccineum*'i kultuurist Valge, kollaka varjundiga kristalne pulber. Lahustub vees ja alkoholis. Fusidiin-naatrium toimib stafülo-, meningo- ja gonokokkidesse; pneumo- ja streptokokkidesse avaldab nõr- gemat toimet. Toimib ka stafülokokkidesse, mis on resistentsed penitsilliini, streptomü- siini, levomütsetiini ja erütromütsetiini suhtes.

Fusidiin-naatriumi toksilisus on madal. Sissevõetuna imendub ta hästi ja püsib ve- res pikemat aega. Pikaajalisemal kasutamisel võib kumuleeruda. Terapeutilistes annus- tes manustatud preparaat tungib nahka, na- haalusesse sidekoesse, kopsu-, maksa- ja luukoesse, kõhre ning sidekoesse, seljaajuve- delikku. Eritub suuremalt jaolt sapi, vähe- mal määral uriiniga.

Fusidiin-naatriumi ordineeritakse nende nakkuste puhul, mida tekitanud stafülokokid on resistentsed muude antibiootikumide suhtes, näiteks septitseemia, furunkuloos, abst- sessid, flegmoonid, pneumooniad, otiidid, infitseerunud haavad jm. Et ravim tungib luukoesse, kasutatakse teda osteomüeli- tide raviks. Fusidiin-naatriumi ordineeritakse gonorröa korral, mille tekitajaks on bensüül- penitsilliini suhtes resistentsed gonokokk.

Kui fusidiin-naatriumi antakse kaua, on resistentsete mikroobitüvede tekkimise välti- miseks teda vaja kombineerida poolsüntee- tiliste penitsilliinide (metitsilliin, oksatsilliin) või tetratsükliiniga.

Ravimit antakse suu kaudu. Täiskasvanu ühekordseks annuseks on 0,5...1,0 g, ööpäe- vaseks 1,5...3,0 g. Vastsündinuile ja alla ühe aasta vanustele lastele ordineeritakse 60...80 mg, 1...3 aasta vanustele 40...60 mg ja 4...14 aasta vanustele 20...40 mg fusidiin-naatriumi kehakaalu ühe kg kohta ööpäevas.

Vastsündinuile ja alla ühe aasta vanustele lastele antakse fusidiin-naatriumi suspen- sioonina siirupis. Ravi kestus sõltub haiguse laadist. Tavaliselt piisab 5...7 päevast, ras- ketel juhtudel võib ravi kesta kolm nädalat ja kauem.

Seoses ravimi ärritava toimega mao ja soolte limaskestadesse võib ta põhjustada valusid kõhus, kõhulahtisust, iiveldust ja oksendamist. Allergilisi nähte, suu ja neelu limaskesta punetust, valusid neelamisel tä- heldatakse harva.

Fusidiin-naatriumi tabletid ä 0,125 on kae- tud soolestikus lahustuva kestaga. Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse alla +25°C temperatuuril. Uus, kodumaine antibiooti- kum, mida toodetakse Pensas.

Aino Jürison

## Kroonika

Käesoleval aastal anti ekspluatatsiooni Narva Linna Haigla juurdeehituse I järk maksumusega 375 000 rbl. Uues hoones on alustanud tööd kiirabi ja valveautode garaaž (vt. tahvel XIX). Uues kiirabi jaamas on dispetšeril kahepoolne raadioside nii sõi- dus- kui ka kohalolevate brigaadidega, mis lubab haige juurde sõita kohe pärast välja- kutset. Kõik telefoni teel vastuvõetud välja- kutsed magnetfoonitorakse ja hoitakse alles kaks nädalat, vajadusel selgitamiseks tekki- nud arusaamatusi.

Haigla patoloogilise anatoomia osakond saab juurde kaks prosektoori, laboratooriume, sealhulgas ka kohtumeditiinilaboratoo-

riumi. Osakonnas on külmutusseadmed ja elektrikrematoorium. Soodsad töötingimused on meditsiinistatistikakabineti töötajatel, tu- leb vaid koondada ja korrastada arhiiv.

Apteek on ruumikas ning sisustatud nüü- disaja sisseseadega. Tulevikus võib apteek teenindada kuni 1100 voodikohaga haiglat. Haigla baasil töötavale Kohtla-Järve Medit- siinikeskkooli Narva osakonnale on eraldatud kaks õppeklassi ja abiruumid, mis peaksid tagama paremaid õppimisvõimalusi.

Uue hoone ehitamisel on silmas peetud meditsiinitöötajate töö- ja puhkeingimusi.

Manfred Silland

29. augustil 1974 võttis riiklik komisjon vastu Tartu Linna Onkoloogia Dispanseri uue korpuse, Tartu Rajooni Remondi- ja Ehitusvalitsuse tööle anti hea hinnang. Uues korpuses, mille ehitus läks maksma 147,6 tuhat rubla, on 586 m<sup>2</sup> kasulikku pinda. Kahel korrusel paiknevad röntgendiagnoosimise ja -raviruumid, arstikabinetid ja palatid. Gammaraviruum on parema kiirguskaitse saavutamiseks mäe külje sisse ehitatud. Soklikorrusel paiknevad laoruumid ja garaaz. Juurdeehitus on sisustatud nüüdisaegse kiiritusravi- ja röntgendiagnostikaaparatuuriga. Voodikohti lisandub dispanseris 20. nende koguarv küünib nüüd sajani.

Dispanseri juurdeehituse pidulikust avamisest võtsid osa Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, EKP Tartu Rajoonikomitee I sekretär I. Vahe ja Tartu Linnakomitee sekretär A. Kala, Tartu Rajooni TSN Täitevkomitee esimehe asetäitja V. Johanson jt. Tublimaid ehitajaid autasustati Tartu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee aukirjaga.

Maido Sikk

26. aprillil 1974 avas Eesti NSV tervishoiuminister A. Goldberg Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu uued ruumid.

Raamatukogu asub nüüd enam kui viiesaja-aastasest kahekorruselises hoones Lai tänav 22.

Uue hoone avamine oli kauaoodatud sündmus nii meditsiini- kui ka raamatukogutöötajate perele. Avamisel viibisid Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juhtkonna ja tervishoiuasutuste esindajate kõrval ka Riikliku Raamatukogude Inspektsiooni ja meie vabariigi teaduslike raamatukogude esindajad. Kohal oli Moskva Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Keskraamatukogu direktor N. A. Jakunin, Tervishoiuministri asetäitja O. Tamm luges ette tervishoiuministri A. Goldbergi käskkirja, mille alusel eduka töö eest kapitaalremondi tegemise ja raamatukogu üleviimise uude hoonesse premeeriti paremaid raamatukogutöötajaid.

Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu aukirjad said mitmed Tallinna arstid, kes ühiskondliku töö korras abistasid remondi tegemisel. Järgnesid õnnitlused ja lilled. Seejärel tutvuti uute ruumidega. Kohalviibijatele meeldisid hästi kujundatud ja mugavalt sisustatud ruumid (vt. tahvel XX).

Esimesel korrusel paiknevad töötoad, teine korrus on lugejate käsutuses. Siin on lugemissaal, abonement, bibliograafia- ja informatsiooniosakond ning kataloogid. Lugemissaalis köidab siseneja tähelepanu ladinakeelne kiri seinal: «Per scientiam ad salutem aegroti» — see on nii arstide-lugejate kui ka raamatukogutöötajate ühine eesmärk. Avariulitel asuvad entsüklopeediad, sõnastikud, teatmikud ja jooksva aasta pe-

rioodika. Eraldi ruumides asuvad abonement ja märksõnakataloog, mille kasutamisel abistab lugejaid bibliograaf-konsultant. Samas on ka uudiskirjanduse avariulid, kus kõikidel arstiteaduse aladelt on välja pandud ligi 500 erialast raamatut ja autoreferaatid.

Vastsed ruumid lubavad raamatukogu tööd igati mitmekesistada: korraldada lugejate konverentse, seminare, kirjandusnäitusi jm. Avatud on Apteekide Peavalitsuse informatsiooniosakonna uute ravimite näitus. Raamatukogu küllastajate arv on lühikese ajaga kahekordistunud, on tõusnud laenu- tuste arv nii abonemendis kui ka lugemissaalis.

Lugejate rõõmu uute ruumide üle näitavad sissekanded külalisteraamatus:

«*Ei oleks uskunud, et Tallinna vanalinnas võib väliselt halli hoone nii hubaselt ja maitsekalt kujundada...*»

arst I. Kleitsmann

«*Olen üllatatud ja vaimustatud raamatukoguga toimunud metamorfoosist...*»

prof. A. Chevalier

Nii lugejad kui ka raamatukogutöötajad ühinevad Tallinna Farmatseutide Teaduslikult Seltsilt saadud auaadressiga: «*Vivat bibliotheca et crescat labor futurus suus pro salutate medicinae nostrae.*»

Raamatukogu on avatud tööpäevadel 12—20, laupäevadel 10—18. Telefonid 458-53, 462-40.

Milvi Tedremaa

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Meditsiiniõukogu presiidium arutas tervishoiuministri asetäitja O. Tamme eesistumisel 11. septembril 1974 arstide seltside nõukogu tööd. Aruande esitas nõukogu esimees sotsialistliku töö kangelane A. Vares.

Eesti NSV-s tegutseb 27 vabariiklikku eriarstide seltsi, neil on kokku 42 filiaali vabariigi linnades ja rajoonides, peale nende on veel üheksa arstide üksikseltsi, kelle liikmeiks on teatava piirkonna arstid mitmetelt erialadelt. Samuti tegutsevad veel Meditsiinöödede Selts, kellel on 3744 liiget, ning Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Selts.

Arstide seltside tegevliikmeteks on 4189 kõrgema haridusega spetsialisti, sealhulgas 48 teaduste doktorit ja 194 teaduste kandidaati. Seltside liikmeiks on 87,5% arstide üldarvust, sealhulgas kõik otorinolarüngoloogid ja oftalmoloogid, üle 90% pediaatreid ning kirurge.

Arstide seltsid kannavad hoolt, et praktiseerivad arstid saaksid tegelda ka teadusliku uurimistööga, aitavad igati kaasa meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisele ja ideelispoliitilisele kasvatamisele. 1973. aastal tegeles ligikaudu 300 praktiseerivat arsti 19 teadusliku probleemiga, trükkis avaldati 738 artiklit,

sealhulgas keskajakirjades ja üleliidulistes väljaannetes 231 ning välismaal 13 artiklit. Teaduslike uurimistööde tulemusena on kasutusele võetud 68 uut diagnoosimis-, profülaktika- ja ravimeetodit. Kõikide konverentside ja sümposioonide teaduslikud ettekanded on avaldatud trükis.

Seltsid on koostöös paljude vennasvabariikide seltsidega ning on loonud sidemeid Poola, Ungari, Saksa DV, Tšehhoslovakkia, Soome, Rootsi, Taani, Saksa FV, USA jt. maade teaduslike asutustega, vahetatakse delegatsioone ja teaduslikku informatsiooni. 1197 arsti on ühingu «Teadus» liikmed. Üksnes mullu peeti elanikele 7460 loengut.

Teadusliku meditsiiniõukogu presiidium märkis muu hulgas, et arstide seltside nõukogu ja seltside juhatuste tegevuses on ka mõningaid puudusi. Nii ei ole arstide seltside nõukogu kuulunud kahel viimasel aastal ühegi seltsi juhatuse aruannet, harva on kontrollitud kohtadel nende tegevust. Nõrk on koostöö Tartu, Tallinna, Kohtla-Järve jt. linnade eriarstide seltside vahel oluliste arstiteaduse ja tervishoiu üldprobleemide arutamisel. Vähe on tegeldud teaduse saavutuste kasutuselevõetuga ravi- ja profülaktika-asutuste töös. Mõned vabariiklike arstide seltside (meditsiiniajaloolaste jt.) juhatused ei ole nõukogule esitanud 1973. aasta tegevuse aruannet ja 1974. aasta plaani. Seda ei ole teinud ka Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse.

Teadusliku meditsiiniõukogu presiidium võttis vastu otsuse, milles on antud juhised nii arstide seltside nõukogu kui ka seltside tegevuse parandamiseks.

Andrei Sarap

3. oktoobril 1974 toimus Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi saalis eriline sündmus. Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi vabariiklik koondis «Eesti Meditsiinitehnika» oli tänavu teises kvartalis eriti hästi töötanud ning tuli üleliidulise koondise «Meditsiinitehnika» süsteemi kuuluvate ettevõtete vahelises sotsialistlikus võistluses esikohale ja võitis üleliidulise rändpunalipu ning sai esimese rahalise preemia. Sellise ühise otsuse olid teinud NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi kolleegium ja Üleliidulise Tervishoiutöötajate Ametiühingu Keskkomitee.

Piduliku koosoleku avas Eesti NSV tervishoiuminister A. Goldberg. Rändpunalippu üle andma ja võidukat tervishoiuettevõtet õnnitlema oli saabunud NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi üleliidulise koondise «Meditsiinitehnika» ülem M. Rjabtšenkov. Tunnustavaid sõnu ütles ja tervitusi usinale töötajateperele tõi ka Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees I. Galanin.

Pidulikul koosolekul olid tervishoiuministri asetäitjad E. Kama ja O. Tamm, samuti ministeriumi parteiorganisatsiooni sekretär L. Lavrova ja paljud teised.

Koit Leet

Eesti NSV Tervishoiu Ministerium korraldas käesoleva aasta 4. maist kuni 6. juunini Tallinna Pelgulinna Haiglas 168-tunnilise kestusega vanemõdede spetsialiseerumise kursused vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi programmile. Registreeritud 56 osavõtjast käis kursustel 50, kursused lõpetas 49 (üks öde haigestus).

16 kursuslast töötavad peaðedena, 33 osakondades vanemõdedena ja üks meditsiiniõena. 22 kursustest osavõtnud vanem- ja peaðel oli tööstaaž 1...4, 10-1 5...10 ja 17-1 11...26 aastat.

Programmiliste põhiteemadena käsitleti töökorraldamist ja tööd kaadriga, raviküsimusi ja sanitaar-epidemioloogilist režiimi, ökonomikat, tööseadusi, tsiviilkaitset, sanitaarharidustööd, keskatme ja noorema meditsiini personali kvalifikatsiooni tõstmist ja tööd meditsiiniõukooli õpilastega.

Täiendavalt oli kursustel programmi võetud loenguid psühholoogiast, retoorikast («Kuidas kõnelda?»), tarbelistikast (harjutustööde ja praktikumiga), eetikast, esteetikast, geneetikast, psühhohügieenist ja iatrogenestest traumadest.

Kursantide huvi nii loengute kui ka praktikumide vastu oli väga elav, töömeeleolu enam kui kuu aja jooksul püsivalt hea. Ei puudunud põhjuste ega hilinetud.

Juba kursuste algul andsid kõik osavõtjad peale andmete oma töökoha, hariduse ja staaži kohta ka vastused teisele ankeediküsimusele oma tööalaste raskuste kohta. Nagu vastustest selgus, valmistavad õdedele kõige rohkem raskusi: 1) noorema meditsiini personali õpetamine ja kasvatamine; 2) keskatme meditsiini personali kvalifikatsiooni tõstmine; 3) sanitaar-epidemioloogiline režiim ja kontrollimine; 4) ohutustehnika; 5) tsiviilkaitse ja 6) seaduste tundmine.

Praktikumide jooksul tegid kursandid hulga kirjalikke harjutustöid sellistel teemadel nagu «Vanemõde tegevus noorema meditsiini personali juhtimisel ja õpetamisel», «Isiklike häid töökogemusi», «Keskatme meditsiini-töötajate kvalifikatsiooni tõstmisest», «Kuidas tagada sanitaarrežiimi?». Kõik kursustest osavõtjad andsid tabelülevaate oma tööandalast päeva- ja tunnikaupa. See materjal ootab analüüsimist ning kokkuvõtete tegemist. Tulemused pakuvad mõndagi huvitavat. Tarbestiili lühikursuse käigus korreeriti kirjaliku väljenduse tavalisemaid vigu ja harjutati nende vältimist.

Lektoriteks ja praktikumide juhendajateks olid 24 arsti, 9 meditsiiniõde ja 8 muude erialade spetsialisti.

Kahekümne kolme eksampileti teemadel kirjutas iga kursust kuulunud pea- ja vanemõde oma «diplomitöö». Diplomi kursuste lõpetamise kohta said 49 osavõtjat, kes kõik olid sooritanud eksami hindele väga hea. Pärast eksameid peeti 6. juunil Pelgulinna Haiglas lõppkoosolek, kus peaarst V. Ilmoja konstateeris kursuste head kordaminekut,



Eesti NSV tervishoiuasutuste vanemõdede spetsialiseerumiskursustest osavõtjaid Tallinna Pelgulinna Haiglas maikuul 1974.

õpihimulist püsikliimat ja kõigiti kõrget töömeeolu. Kuu aja jooksul tõeliseks õppekollektiiviks kujunenud spetsialiseerumiskursus reageeris seesugusele hinnangule pika ja südamliku aplausiga. Kursuse lõpetanud mainisid sõnavõttudes, et nad olid saanud palju uusi ja värsked teadmisi, omandanud hulga kasulikke oskusi ning tunnevad end tugevalt stimuleerituina oma tulevase töö üle põhjalikumalt järele mõtlema. Kursandid avaldasid üksmeelselt soovi, et Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium leiaks võimalusi korraldada niisuguseid kursusi vabariigi kõikidele vanemõdedele ja et kvalifikatsiooni juba omandanud vanemõed võiksid paari aasta pärast kümnapäevasel seminaril taas oma teadmisi värskendada.

Hilja Rüütli

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklik Komitee arutas pleenumil, mis toimus 30. augustil 1974 Pärnus, tervisespordi küsimisi vabariigis, lähtudes partei ja valitsuse vastavasisulistest määrustest.

Põhiettekanne oli Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ühiskondliku kehakultuuri- ja spordinõukogu esimehelt S. Laiksoolt. Ta märkis, et rahvaspordiga tegelevad meie tervishoiutöötajad tagasihoidlikult. Töövõimlemist on seni rakendatud vaid üksikutes asutustes ja organisatsioonides, ehkki vastavad kavad on tervis-

hoitootajail olemas. Tervisevõimlemisega tegeleb meie vabariigis vaid 423 tervishoiutöötajat. Hea tahtmise juures saab võimlemisrühma tööle rakendada igas asutuses.

Matkamas on tänavu käinud 1313 inimest. Jahispordi- ja kalaspordiosakondades osaleb 417 töötajat. VTK ettevalmistusrühmad on hästi töötanud Rapla rajoonis, kus tegutseb 14 10- kuni 12-liikmelist ettevalmistusrühma.

Meie vabariigis aga on VTK ettevalmistusele veel vähe mõeldud. Ettevalmistusrühmadesse on seni haaratud vaid 312 tervishoiutöötajat. Ujumisoskamatus on takistuseks 60% -l töötajatest.

Mullu asus VTK norme täitma 4778 tervishoiutöötajat ning märki omanikeks sai 597 töötajat. Tänavu on need arvud 3579 ja 172. Parimaid tulemusi tervishoiutöötajate tervisespordi radadele toomisel on Rapla, Paide, Pärnu, Valga ja mõnel Tallinna tervishoiuasutusel. Ühtki VTK-märklast pole käesoleval aastal ette valmistatud Narva, Jõgeva ja Võru tervishoiuasutustes.

VTK päevade korraldamine pole tihti küllalt läbi mõeldud: puudub eelnev reklaam, ei peeta osakondade- ja asutustevahelist võistlust, võitjaid ei autasustata. Tagasihoidlik on asutuste juhatajate ja ühiskondlike organisatsioonide juhtide isiklik eeskuju VTK normide täitmisel.

Sõnavõttudest selgus, et kehakultuur ja sport on viimasel ajal jäänud rohkem kesk-

ja vanemaerialiste harrastuseks. Noored on passiivsed ja nõrga kehalise ettevalmistusega.

Tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama sõnavõtust ilmnes, et vahel antakse VTK normide täitmisest vabastust liiga kergekäeliselt. Mõnele kroonilisele haigusele on aga lausa näidustatud mõõdukas keheline koormus. Sel juhul oleks VTK kompleksiks valmimine tervisele kasuks.

Pleenumil võeti vastu mitmeid asjalikke otsuseid VTK-alase töö ja rahvaspordi edasiarendamiseks tervishoiutöötajate hulgas.

Silvi Laiksoo

4. septembril 1974 toimus Vabariikliku Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu esimene koosolek sel aastal. Arutlusel olid Tartu, Pärnu ja Kohtla-Järve linna ning Valga, Põlva ja Viljandi rajooni rahvaülikoolide möödunud aasta töötulemused ja ülesanded järgnevaks. Avasõnad ütles tervishoiuministri asetäitja O. Tamm.

Rahvaülikooli töö oli varem hästi korraldatud Pärnus. Viimasel ajal on täheldatud tagasikäiku. Õppeaasta lõpetati 185 kuulajaga, suur oli noorte osakaal. Edukalt tegutsesid noorte meedikute, noorpaaride, noorte emade ja lastevanemate osakonnad. Kavas on hakata korraldama meditsiinitöötajate kaasabil rahvaülikoolide vilistlaste seminare.

Põlva rajooni rahvaülikoolis oli õppeaasta lõpul 100 kuulajat, kuid osavõtjate arvu on kavas suurendada 200...300 inimeseni. Sel õppeaastal avatakse rahvaülikoolid Põlva keskkoolis, lastepäevakodus, Räpina Tarbijate Kooperatiivis ning kogu rajooni autojuhtidele.

Ainukesena vabariigis tegutses miilitsatöötajate rahvaülikool Valga rajoonis. Uuei õppeaastal on mõeldud sporditöötajatele. Üldprogrammi kuulajateks on spordiühingu «Kalev» rajooninõukogu liikmed ja spordimetoodikud. Laitmatult oli töö korraldatud Sangastes, õppeaasta lõpetas 92 kuulajat. Tänavu avatakse seal ka osakond naistele.

Ka Tartu ja Kohtla-Järve linnas, samuti Viljandi rajoonis laiendatakse tervise rahvaülikoolide tegevust. Täiendavalt luuakse uued õpperühmad, enam tähelepanu pöörakse õppetöö kvaliteedile.

Uusi rahvaülikoolide osakondi luuakse ka mujal. Kõikjal oleks aga rohkem vaja mõelda sanitaarharidusinspektoritele, miilitsatöötajatele, autojuhtidele ja sporditöötajatele. Ka lasteasutuste juures tuleks organiseerida rahvaülikooli osakondi. Lapsevanemad on tingimata huvitatud lasteraamatute, toitute, riie- tuse jm. alastest loengutest. Kõige tänulikumad kuulajad on kindlasti nooremate laste vanemad.

Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp rõhutas, et tervise rahvaülikoolide töö on raske ja ainult osakondade

arvu suurendamisega muutuks see veelgi keerulisemaks. Rohkem tähelepanu tuleks pöörata organisatsioonilisele küljele. Vajalik on kontroll rahvaülikoolide linna- ja rajooninõukogude liikmete töö üle. On väga oluline ürituste kvaliteeti parandada. Õppeprogrammid on koostatud suhteliselt pikaks ajaks. Katseliselt on tänavu näidisprogramm õpilastele üksnes 30-tunniline.

Lia Art

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi alkoholismi vastu võitlemise alalise komisjoni järjekordne istung oli 11. juunil 1974. a. Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja V. Grüntal valgustas üksikasjalikult alkoholismi ravi võimalusi ja puudusi meie psühhiaatriaasutustes, pikemalt peatudes ravimoodustel ja -põhimõtetel. Sama haigla narkoloogiakabineti juhataja A. Steinberg analüüsis oma ettekandes Tallinna kümne ettevõtte juhtkonna vastuseid küsimustikule, mis oli koostatud alkohoolikute väljaselgitamiseks ja nende arvelevõtmiseks, samuti tõelise pildi saamiseks sellest, mida on ette võetud, mida on tehtud alkoholismi vastu võitlemisel, milline suhtumine valitseb ettevõttes alkoholi kuritarvitamisse.

A. Steinberg esitas soovitused, mille järgimine ja silmaspidamine ettevõtetes oleks väga oluline: alkoholismivastane töö ja propaganda ettevõttes peab olema pidev, alaline, süstemaatiline ja planeeritud ning üldine, kriteeriumid alkohoolikute väljaselgitamisel olgu ühtsed kõikjal, viinahaiged suunatagu viivitamata narkoloogiakabinetti ravi alustamiseks, neid kontrollitagu pidevalt, eriti pärast ravikuuri; alkoholi kahjuliku mõju selgitamine ja tervete eluviiside propaganda peaksid sanitaarharidustöös avalduma kaasa- tõmbavalt, mõtlemapanevalt, kirglikul sõn- jõul; alkoholi müügi kohtade arvu on vaja piirata, paljud neist lõplikult sulgeda.

Ettekannetele järgnenud arutelus võtsid sõna veel H. Väre, U. Luts, H. Kadastik, R. Lessina, J. Mõtus, E. Striz jt.

Vello Laos

Valga rajoonis asuva Taheva Vabariikliku Laste Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi töötajatele tõi tänavune suvi palju rõõmu. Lisaks üleliidulisel tervishoiuasutuste ülevaatusel võidetud aukirjale sai sanatooriumirahvas endale toreda 12 korteriga elamu. Maja on ehitatud uue projekti järgi. Korterid on kahe-, kolme- ja neljatoalised, kõikide mugavuste ja sisseehitatud seinakappidega. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ehitusosakonna juhataja E. Männik kiitis Valga MEK-i ehitajaid, kelle kätes tervishoiutöötajate elamu valmis tähtajaks ja mis võeti vastu hea hin- dega.

Koit Leet

Ю. М. Саарма — **Борьба против алкоголизма — медицинская и социальная проблема** (стр. 483).

Алкоголизм как комплекс психических и соматических последствий злоупотребления алкоголем является медицинской проблемой, прежде всего в области психиатрии. В то же время социальные аспекты играют первостепенную роль как в генезе, так и в профилактике и лечении алкоголизма. В статье особое внимание уделяется роли общественного мнения и бытовых оценок относительно употребления и злоупотребления алкоголем и по отношению к состоянию опьянения. Подчеркивается, что поставленная в решениях XXIV съезда КПСС цель воспитательной работы — достигнуть решительный сдвиг в общественном мнении, создав атмосферу нетерпимости и строгого осуждения злоупотребления алкоголем, — следует считать решающим фактором в первичной и вторичной профилактике алкоголизма.

Э. Ю. Кару — **Об экспертизе алкогольного опьянения** (стр. 485).

Рассматриваются некоторые корреляции между содержанием алкоголя в крови и клиническими симптомами алкогольного опьянения. Для правильной оценки степени опьянения к моменту преступления необходимо, кроме данных клинического исследования, использовать результаты количественного определения алкоголя в крови.

Х. Я. Вярэ, Х. Э. Сибуль — **Влияние алкоголя на сердечно-сосудистую систему** (стр. 488).

Исследовалось функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у 34 больных алкоголизмом и у 40 практически здоровых лиц. У алкоголиков наблюдались некоторые отклонения фазовой деятельности сердца по сравнению со здоровыми: увеличение средней скорости изгнания, укорочение времени изгнания и механической систолы. Результаты реоэнцефалографических исследований показали уменьшение кровонаполнения сосудов головного мозга у алкоголиков.

Однократная доза алкоголя вызывала у алкоголиков усиление деятельности сердца с одновременным улудшением некоторых

показателей сердечной деятельности; наблюдалось улучшение пульсаторного кровонаполнения и уменьшение тонуса артериол и мелких артерий мозга.

Характерных для гипертонии и атеросклероза изменений у алкоголиков не наблюдалось, но некоторые показатели поликардиограммы свидетельствуют о поражении миокарда при алкоголизме.

А. А. Стейнберг, Р. А. Васильев — **Принципы лечения алкоголизма** (стр. 492).

Лечение алкоголизма должно быть комплексным, этапным и индивидуализированным, тактика лечения зависит от тяжести заболевания. На I этапе немедленно прекращают употребление алкоголя и купируют абстиненцию. На II этапе применяется специальное лечение условно-рефлекторным или сенсibiliзирующими методами. На III этапе продолжают длительно, в течение 1—3 лет, поддерживающее лечение, регулярный контроль состояния, при необходимости общеукрепляющие и успокаивающие курсы лечения.

Пройти лечение можно по собственной инициативе или же по направлению с места работы или другого учреждения, причем необходимо указать объективные данные о злоупотреблении алкоголем.

Х. П. Ранне — **Частота туберкулеза бронхов в 1968—1973 гг. по данным Республиканского противотуберкулезного диспансера Эстонской ССР** (стр. 495).

Проанализированы данные о первично произведенных бронхоскопиях у 1632 больных легочным туберкулезом в 1968—1973 гг. Экссудативный специфический процесс бронха диагностирован у 168 больных, в том числе бронхожелезистый процесс у 0,85% (14 больных). Остаточные явления перенесенного бронхиального процесса найдены у 120 больных (7,3%). Данные 1968 года с данными других лет данного периода несопоставимы из-за ограниченных показаний к проведению бронхоскопий. Частота специфического поражения крупных бронхов имеет постоянную, статистически достоверную тенденцию к уменьшению, составляя в 1971—1973 гг. лишь 4—6% обследованных больных.

**С. Д. Коппель — Сознание как регулятор волевой деятельности человека** (стр. 498).

В. И. Ленин и И. П. Павлов доказали, что нет никакого конфликта между детерминистической необходимостью человеческих поступков и ответственностью человека. Рассматривается вопрос об анатомо-физиологических механизмах, обеспечивающих согласованность детерминированности человеческой деятельности с возможностью сознательной регуляции ее. Анализируя выдвинутые в истории философии и естествознания концепции о взаимоотношении материального и идеального (физиологического и психического) в жизнедеятельности человека, автор приходит к выводу, что сознание (идеальное) как свойство материи и вторичное в отношении материи, само по себе не может оказывать никакого влияния на телесные процессы. Активность сознания, его регулятивная роль определяется активностью, относительной самостоятельностью его анатомо-физиологического субстрата. Этот субстрат (рефлексы интерпозиционного отражения, речевые и подпороговые) как субъективная сторона объективной материальной практики, совершает огромное количество беспредметных операций, из которых практически-предметно реализуется только одна. Это и есть процесс постановки цели, рассуждения, предвидения результатов и выбора наиболее оптимального варианта действия. Субъективная практика является процессом, протекающим по принципам учения И. П. Павлова, но детерминированным не однозначно, а статистически. Правильный выбор обеспечивается детерминантами нервной деятельности (следами памяти о прежней практике, из которой наиболее существенными являются идейно-моральные).

**Г. О. Лоогна, Ю. М. Канн — Канцерогенные N-нитрозосоединения и их потенциальная опасность для человека** (стр. 503).

Описаны различные свойства N-нитрозосоединений, главным образом — нитрозаминов. Эти канцерогены широко применяются в экспериментальной онкологии, но являются потенциально опасными и для здорового человека, так как имеется много возможностей для контакта с ними на производстве и в быту. Нитрозамины обнаружены в низких концентрациях в различных пищевых продуктах, особенно в копченостях и в обработанных селитрой мясе и рыбе. Спонтанный синтез нитроаминов может произойти из их компонентов (нитриты, вторичные амины, амиды) при различных технологических и биологических процессах, даже в желудке животных и человека. Многие медикаменты и ряд пестицидов, являясь

вторичными аминами, могут быть нитрозированы, что приводит к синтезу нитрозаминов. Сопоставление данных о наличии N-нитрозосоединений в окружающей человека среде и в пищевых продуктах с результатами эпидемиологических исследований может выявить некоторые этиологические факторы рака человека. Это позволило бы разработать более конкретные меры гигиенической профилактики рака.

**А. А. Виру — Проблема стресса** (стр. 509).  
Дается обзор литературы и последних данных, касающихся понимания проблемы стресса.

**А. А. Рейнвальд — Аутоаллергическая бронхиальная астма** (стр. 513).

Рассмотрен патогенез инфекционно-аллергической бронхиальной астмы в свете новых достижений в области клеточной иммунологии и селективно-клональной теории Ф. Бернета. Представлены данные литературы, доказывающие наличие иммунопатологического патогенеза у части больных: обнаружение сывороточных аутоантител к легочной ткани, повышенной способности к бласттрансформации лимфоцитов, цитохимических изменений в них. Дан обзор предпринятых до сих пор попыток лечить больных бронхиальной астмой иммунодепрессивными препаратами. Дискутируются целесообразность и возможности проведения такого лечения более длительно, с целью добиться элиминации из организма «запрещенных» клонов лимфоцитов. Такой метод лечения больных далеко зашедшей, плохо поддающейся лечению другими методами, инфекционно-аллергической бронхиальной астмой автор считает перспективным и заслуживающим дальнейшего изучения.

**В. Ю. Грюнталь — О диспансеризации страдающих хроническим алкоголизмом** (стр. 516).

Необходимость применения диспансерного метода обусловлена медицинскими и социальными особенностями алкоголизма, его злокачественностью. Для разграничения степеней алкоголизма по тяжести разработаны диагностические критерии, рекомендованные методическим письмом Министерства здравоохранения ЭССР. Диагностика унифицирована в соответствии с действующей классификацией. Указаны обязанности врачей общей сети, контингенты алкоголиков, подлежащих отдельному диспансерному учету, длительность ремиссий, необходимая для снятия с диспансерного учета.

**Х. И. Кадастик — О роли клуба «Анти-Вакх» по реабилитации страдавших алкоголизмом** (стр. 519).

При Республиканской Тартуской психоневрологической клинической больнице работает пять лет коллектив мужчин, отказавшихся от употребления алкоголя — клуб «Анти-Вакх», задачей которого социальная реабилитация и предупреждение рецидивов алкоголизма у тех, кто прошел курс антиалкогольного лечения. Устав клуба «Анти-Вакх» утвержден Тартуским городским исполкомом совета депутатов трудящихся ЭССР.

Деятельность клуба организует избранное из членов клуба правление под контролем главного врача и нарколога больницы. Членами клуба становятся добровольно, член клуба обязан абсолютно отказаться от употребления алкогольных напитков. Клуб выполняет основную задачу, организуя интересные общие мероприятия в свободное время для мужчин, отказавшихся от употребления алкоголя, и их супруг. В течение пяти лет организовали 52 общих мероприятия, где прослушаны 25 лекций, осуществлены одно-двухдневные экскурсии, летние дни, лыжные лагеря, банные вечера, вечера за чашкой кофе итд. Банкетами ознаменовали юбилейные даты членов клуба, юбилей клуба и новый год. Клуб прививает своим членам антиалкогольные традиции, ведет пропаганду и вне клуба. Среди членов клуба выявилось только 12% рецидивов алкоголизма. Очень активными в борьбе с алкоголизмом являются 11 членов из правления клуба, которые по графику два раза в неделю бывают на приеме у нарколога в диспансере и беседуют с обращающимися туда алкоголиками.

Пятилетний опыт клуба «Анти-Вакх» позволяет рекомендовать такую форму борьбы с алкоголизмом при всех лечебных учреждениях, где осуществляется активное лечение алкоголизма, а также на более крупных производствах и культурных учреждениях.

**О. М. Тамм, И. Л. Шаханна — Борьба с инфекционной заболеваемостью в Эстонской ССР и экономический анализ** (стр. 522).

В работе сформулированы некоторые аспекты борьбы с инфекционной заболеваемостью, которые требуют проведения экономического анализа.

Приводится большой фактический материал, полученный авторами, характеризующий социально-экономическую значимость инфекционных болезней в Эстонской ССР, и обсуждаются пути совершенствования противозидемического обслуживания населения.

**Э. К. Хинт, А. В. Ярвет, А. А. Липпинг — Рак молочной железы у близнецов** (стр. 526).

В Республиканском Таллинском онколо-

гическом диспансере наблюдалась одна пара двухяйцевых близнецов, заболевших раком молочной железы друг за другом с интервалом в 1 год и 7 месяцев. У больных имело место совпадение некоторых признаков, как позднее наступление менопаузы и повышенное артериальное давление, которые признаются как факторы риска по раку молочной железы. Обе сестры были незамужние. Возраст матери при рождении близнецов равнялся 34 годам. Опухоли были сходной локализации и структуры.

**В. П. Салупере, С. А. Ару — Организация гастроэнтерологической службы и проблемы ее развития в гор. Тарту** (стр. 527).

**К. К. Кутсар — Цитомегалия и цитомегаловирусы** (стр. 531).

Цитомегаловирусы широко распространены среди людей и различных видов млекопитающих. Вирусы вызывают характерные цитопатологические изменения — образование увеличенных клеток, содержащих внутриядерные и цитоплазматические включения. Врожденная инфекция может привести к смерти плода или чаще — к поражению центральной нервной системы. Инфицирование цитомегаловирусом после рождения происходит очень часто, но в большинстве случаев инфекция протекает в скрытой форме. Широкое распространение случаев бессимптомной инфекции и возможность длительного выделения вируса при наличии специфических антител обуславливают необходимость осторожного подхода к интерпретации положительных результатов лабораторных исследований.

**И. И. Пилъз — Артериальная гипертония у детей** (стр. 533).

В структуре сердечно-сосудистой патологии у детей отмечается нарастание сосудистых дистоний. При углубленных осмотрах школьников следует регулярно измерять артериальное давление: в дошкольном возрасте, в III или IV классе, начиная с VI класса ежегодно. Для получения сравнимых данных надо придерживаться единой методики измерения. При выявлении повышенного артериального давления необходимо динамическое наблюдение. Дети с установленной артериальной гипертонией нуждаются в тщательном обследовании для исключения вторичной симптоматической гипертонии. Школьники освобождаются от дополнительных нагрузок, на уроках физкультуры занимаются в подготовительной или специальных группах. Кроме урегулирования режима при показаниях назначается медикаментозное лечение. Дети с артериальной гипертонией должны находиться на диспансерном учете.

**А. А. Талихярм — Избегать осложнений при инъекциях** (стр. 535).

При выполнении инъекций и после них возможны осложнения, которые не только снижают действие вводимых лекарственных веществ и ухудшают состояние больных, но и могут быть опасными для них. Осложнения зависят главным образом от нарушения правил асептики и антисептики и от технических ошибок. Медицинские сестры должны помнить об этих осложнениях и о мерах их предупреждения.

Осложнения при инъекциях бывают местные и общие. Чаще наблюдаются местные осложнения: послеинъекционные микробные и асептические инфильтраты и абсцессы, повреждения кровеносных сосудов и нервов, перелом инъекционной иглы и оставление ее в тканях.

К общим послеинъекционным осложнениям относятся воздушная и жировая эмболия, передача инфекционных болезней, аллергические реакции.

Медицинские сестры должны помнить, что инъекции являются серьезным медицинским вмешательством, требующим строгого соблюдения асептики и антисептики и техники инъекций.

**Подготовка кадров** (стр. 537).

**Э. Ф. Васар — 125 лет со дня рождения академика И. П. Павлова.** (стр. 539).

Статья посвящена 125-летию со дня рождения академика И. П. Павлова. Дается обзор жизни, научной и педагогической деятельности знаменитого физиолога. Приводятся некоторые данные касающиеся его связей с Эстонией. До первой империалистической мировой войны ежегодно семья И. П. Павлова и он сам проводили 3 летних месяца в дачной местности Силламяэ в Эстонии. На заседании совета медицинского факультета Тартуского университета 7 ноября 1924 года И. П. Павлов был избран почетным доктором медицины Тартуского университета.

**Х. А. Кахн — Симпозиум по вопросам физиологии и патологии обмена веществ порфиринов и гема** (стр. 542).

**Э. В. Саар — IX конференция Совета Южной Эстонии республиканского общества средних медицинских работников санитарной службы** (стр. 542).

**У. Ф. Сибуль — Симпозиум по вопросам хирургического лечения гастродуоденальных язв** (стр. 543).

**И. Н. Троицкий — VI Всесоюзная конференция ревматологов** (стр. 544).

**Э. К. Хинт — Заседание проблемной комиссии злокачественных опухолей при научном совете АМН СССР** (стр. 545).

**Э. Й. Раудам, И. Я. Рубинштейн — О деятельности Общества невропатологов, нейрохирургов и психиатров им. Л. Пуусепа Эстонской ССР** (стр. 545).

Общество неврологов было основано по инициативе Л. Пуусепа в 1921 году в Тарту. Под вышеуказанным названием Общество существует с 1965 года. В Обществе 194 члена, из них один член-корреспондент Академии медицинских наук СССР (профессор И. Саарма), шесть докторов медицинских наук, четырнадцать кандидатов медицинских наук, пять заслуженных врачей Эстонской ССР, семь врачей высшей, сорок восемь первой и двадцать шесть врачей второй категорий.

Научно-практическая деятельность Общества проводится в двух направлениях. В филиалах Общества ежемесячно обсуждаются научные доклады, анализируются истории болезней, обсуждаются научные труды членов Общества. Правление Общества ежегодно проводит республиканские пленумы, где обсуждаются вопросы, связанные с диагностикой, принципами консервативного и хирургического лечения эпилепсии, с физиологией и патологией сна, постановкой психотерапии в психиатрической и неврологической клинике. Состоялись симпозиумы по вопросам реабилитации неврологических больных, биохимии сна, неврофизиологии, лечения кровеносных сосудов головного мозга, а также о применении психологических методов в неврологической и психиатрической клинике.

Основные направления научно-исследовательской работы членов Общества касаются васкулярных заболеваний нервной системы, дискогенной патологии, опухолей нервной системы и травм черепа. В области психиатрии исследуются шизофрения, депрессивные состояния, отклонения в психике подростков, а также эпидемиология психических заболеваний в Эстонской ССР.

У членов Общества налажены тесные научные контакты с клиниками и лабораториями Советского Союза и за рубежом. У психиатрической клиники и кафедры установлен тесный контакт с университетами в Хельсинки, Осло, Монреале, Торонто и Праге. У членов секций неврологии и нейрохирургии тесный контакт с кафедрой неврологии и нейрохирургии Хельсинкского университета. Поддерживаются также связи с Туркуским университетом в Финляндии, Лундским университетом в Швеции и с Байлорским медицинским колледжем в Хьюстоне (США).

**Л. Й. Варик — Десятилетие Раквереского общества стоматологов** (стр. 547).

Со дня образования Раквереского общества стоматологов 14 апреля 1974 года прошло 10 лет. Все стоматологи района являются членами общества и принимают активное участие в научной работе. В течение 10 лет было проведено 60 общих собраний, на которых было заслушано 195 докладов. На республиканских конференциях и на собраниях других обществ было представлено 7 докладов. Проведены семинары для младшего и среднего медицинского персонала.

**А. А. Хаавель — Заседания врачебных общества на о. Сааремаа (стр. 548).**

**А. О. Тамм — Заседание научного общества гастроэнтерологов Эстонской ССР (стр. 548).**

**Н. А. Вихм — Заседание Научного общества стоматологов Эстонской ССР (стр. 549).**

**Я. Я. Карусоо — 243-ое заседание Таллинского научного общества терапевтов (стр. 549).**

**К. А. Ару — Юридические меры борьбы против алкоголизма (стр. 550).**

В оценке алкоголизма исходят как из медицинских, так и из социальных критериев, что влечет за собой необходимость использовать и социальные и медицинские меры в борьбе против алкоголизма. Раннее выявление больных алкоголизмом является обязанностью медицинских работников всех специальностей. Из медико-юридических мер наибольшее применение нашли принудительное лечение больных алкоголизмом и их работа в специализированных профилакториях. До настоящего времени, к сожалению, не нашло широкого применения ограничение дееспособности лиц, злоупотребляющих алкоголем, согласно ст. 16 гражданского кодекса ЭССР. Защита несовершеннолетних детей лиц, злоупотребляющих алкоголем, может осуществляться лишением этих лиц родительских прав.

**Юбилейные даты (стр. 552).**

**Н. В. Эльштейн — Книга по актуальной теме (стр. 556).**

Рецензируемая брошюра профессора К. Кырге посвящена все более актуальной проблеме ожирения. Автор книги отмеча-

ет, что ожирение привлекает внимание не только само по себе, но и как патологическое состояние, которое вызывает и которому сопутствуют болезни ряда органов и систем организма.

В книге излагаются вопросы физиологии питания, анализ чувства голода и чувства насыщения, а также сущность ожирения, его причины, проявления и последствия.

Книга написана ярким языком, а популярность изложения не идет в ущерб научности. Текст удачно дополняют иллюстрации, таблицы и приложения. Работа автора заслуживает высокой оценки и представляет интерес не только для широких слоев населения, но и для врачей.

**М. А. Конт — Библиографические карточки в медицинской библиотеке (стр. 557).**

**Некрологи (стр. 557).**

**А. П. Калликорм — Аппарат для диск-электрофореза в полиакриламидном геле (стр. 561).**

Интенсивное развитие метода электрофореза в полиакриламидном геле в последнее десятилетие создало необходимые условия для более точного анализа состава биополимеров. Качество результатов исследований, полученных данным методом, во многом зависит от совершенства аппарата для электрофореза.

В ЦМНИЛ-е Тартуского государственного университета уже с 1967 года используются аппараты собственной конструкции для дискового электрофореза в полиакриламидном геле. До настоящего времени экспериментальной мастерской ТГУ изготовлено 34 аппарата, из них 15 для учреждений вне республики. Аппарат вмещает одновременно 18 трубок. Все детали изготовлены из прозрачного органического стекла. Аппарат состоит из верхней и нижней камеры для буферных растворов, охлаждающей камеры, опоры электродов и герметизирующего промежуточного слоя. Наш многолетний опыт эксплуатации данных аппаратов разрешает заключить, что они не уступают образцам иностранного производства, а во многом превышают аппараты фирмы «Reanal», используемые во многих лабораториях Советского Союза.

**Новые лекарственные препараты (стр. 563).**

**Хроника (стр. 564),**

**J. Saarma — Battle against Alcoholism — a Medical and Social Problem (p. 483)**

Alcoholism as a complex of psychic and somatic consequences of heavy drinking represents a medical problem. But, at the same time, a number of social factors play an important role in the genesis, prevention and management of alcoholism. In this article special emphasis is laid on the role of atmosphere and public opinion in the consumption and abuse of alcohol and drunkenness. The author points out that the educational measures laid down by the 24th Congress of the Communist Party of the Soviet Union, envisage changes in public opinion, inculcation of an attitude of strict intolerance toward heavy drinking. The latter should be regarded as an important factor in the primary and secondary prevention of alcoholism.

**E. Karu — Assessment of Alcoholic Intoxication (p. 485)**

The article deals with some correlations between blood alcohol levels and clinical symptoms of alcoholic intoxication. An accurate determination of the amount of alcohol present in the offender's blood, at the moment of the crime, along with a clinical assessment of inebriation, should be carried out to provide a basis for estimating the gravity of intoxication.

**H. Väre, H. Sibul — The Effect of Alcohol on the Cardiovascular System (p. 488)**

A study on the functional state of the cardiovascular system was carried out in 34 alcoholics and 40 apparently healthy individuals. It was found that alcoholics had developed changes in the phasic action of the heart: an increased rate of systolic discharge, and shortening of the systolic discharge period and mechanical systole. REG studies revealed a decreased blood supply through cerebral vessels.

A single dose of alcohol brought about a rise in cardiac action with a simultaneous deterioration of a number of indicators of cardiac action. An improvement, however, in the pulsatile circulation and a decrease in

arteriole tone of the small cerebral arteries were observed.

No changes characteristic of hypertension and arteriosclerosis were observed in alcoholics, but a number of polycardiographic data indicated lesions in the myocardium.

**A. Steinberg, R. Vassilyev — Principles of the Management of Alcoholism (p. 492)**

The treatment for alcoholism should be complex, gradual and individual. The tactics of the treatment are dependent upon the severity of alcoholism. At the first stage of the disease drinking is cut short immediately and abstinence symptoms are brought under control. At the second stage a special therapy is used: it consists essentially of the formation of a conditioned reflex and sensitization against alcohol. At the third stage of alcoholism a prolonged treatment, for a period ranging from one to three years, is carried out. It consists of a number of cures, follow-up examinations accompanied by sedative and restorative treatment.

Referral of alcoholics to clinics for treatment is possible either on the patient's own initiative or by an organization for which the patient works. For this purpose a case history about patient's heavy drinking is required.

**H. Ranne — Bronchial Tuberculosis According to the Data Obtained from the Republican Antituberculous Dispensary (p. 495)**

**S. Koppel — Consciousness as a Regulator of Voluntary Action (p. 498)**

V. I. Lenin and I. P. Pavlov have suggested that the necessity of human action and moral responsibility are not at variance with each other. This article deals with anatomic-physiologic mechanisms which maintain harmony between human action and its mental regulation. The author, presenting an analysis of philosophical and naturalistic concepts of the relationship between matter and mind (the physical and psychical) in human existence, has arrived at the conclusion that consciousness itself (ideal), a secondary quality of matter, has no effect on bodily functions. The activity of consciousness, its regulative effect is dependent upon

the activity of its anatomico-physiological substratum and the relative independence of the latter. This substratum (interpositional reflection, speech and reflexes involved in subliminal practice), as a subjective side of objective material practice, carries out a number of immaterial operations, whereas only one of them is supposed to be realized in practice. This process includes organisation of desires and purposes, reasoning, the evaluation of anticipated consequences and selection of purposive action. According to I. P. Pavlov, subjective practice is a statistically determined process. A proper choice is made by the determinants of the nervous system (memory traces of earlier practice), whereas the moral ones are especially important.

**G. Loogna, J. Kann — A Potential Carcinogenic Risk to Man Created by N-Nitroso Compounds (p. 503)**

Various qualities of N-nitroso compounds, mainly of nitrosamines, are described. These carcinogens are widely used in experimental oncology. They also are potentially dangerous to man and, through exposure, can prove a health hazard both in industry and in the home. Nitrosamines are found in low concentrations in various foodstuffs, especially in fish and meat smoked or canned with the help of nitrites. Spontaneous synthesis of nitrosamines from their components (nitrites, secondary amines, amides) may occur in a number of technological and biological processes and even in the animal and human stomach. A great deal of drugs and pesticides represent secondary amines and their nitrosation can lead to the synthesis of nitrosamines as well. A comparison of data on the circulation of nitrosamines in human environment and foodstuffs with epidemiological data is commendable in order to explain some possible etiological factors in human cancer. This would enable us to elaborate more concrete preventive measures against it.

**A. Viru — Problem of Stress (p. 509)**

According to H. Selye stress signifies the sum total of all non-specific biological defence phenomena, produced under the influence of different injuries to the body. This is a physiological response, which can in certain conditions be changed into a pathologic reaction. The aim of such a non-specific response is the adaptation of tissues and raising their metabolism to the level which guarantees an optimum mobilization of body defences.

**A. Reinvald — Autoallergic Bronchial Asthma (p. 513)**

**V. Grüntal — Outpatient Management of Alcoholics and Follow-Up Observation (p. 516)**

**H. Kadastik — «Anti-Bacchus Club» and Rehabilitation of Alcoholics (p. 519)**

**O. Tamm, I. Shakhanina — Communicable Disease Control in the Estonian SSR and its Economic Analysis (p. 522).**

The article deals with some aspects of communicable disease control which requires an economic analysis. The authors point out that a great number of facts and data referring to the socio-economic significance of infectious diseases in the Estonian SSR, warrant further improvement of epidemiological protection of the population.

**E. Hint, A. Järvet, A. Lipping — Breast Cancer in Twins (p. 526)**

In Tallinn cases of breast cancer in dizygotic twins has been observed in the Republican Oncological Dispensary. The twins were unmarried. Late onset of menopause and high blood pressure were concurrent symptoms. These circumstances are known as risk factors for breast cancer. Their mother was 34 when she gave birth to the twins. The tumours were of identical localization and morphological structure.

**V. Salupere, S. Aru — Gastroenterologic Service and its Development Problems in Tartu (p. 527)**

**K. Kutsar — Cytomegalic Inclusion Disease and Cytomegalovirus (p. 531)**

**I. Pilv — Arterial Hypertension in Children (p. 533)**

**A. Talihärm — Avoid Complications due to Injections (p. 535)**

**Training of Personnel (p. 537)**

**E. Vasar — 125th Anniversary of Academician I. P. Pavlov's Birth (p. 539)**

The article is devoted to the 125th anniversary of Academician I. P. Pavlov's birth. It gives a brief review of the life, scientific and pedagogical activities of the great physiologist. The author attaches importance to I. P. Pavlov's personal contacts with Estonia. Before World War I he and his family more than once took their 3-month summer holidays at Sillamäe, a small resort in Estonia. The author also points out that the Tartu University's honorary degree of Doctor of Medicine was conferred on I. P. Pavlov on November 7, 1924.

**Conferences and Medical Meetings (p. 542)**

**E. Raudam, I. Rubinshtein — The Activities of the L. Puusep Scientific Society of Neurosurgeons, Neuropathists and Psychiatrists (p. 545)**

L. Varik — 10th Anniversary of the Rakvere Society of Stomatologists (p. 547)

K. Aru — Legislative Action for Alcoholism (p. 550)

Dates (p. 552)

N. Elshtein — A. Book on Present-Day Major Problems (p. 556)

Necrologies (p. 557)

A. Kallikorm — Apparatus for Disc Electrophoresis in Polyacrylamide Gels (p. 561)

The quality of immunological studies by the method of disc electrophoresis in polyacrylamide gels depends in many respects upon the precision of the apparatus used.

Since 1967, in the Central Medical Research Laboratory of Tartu State University the apparatus of the author's own construction has been used in various fields of research. Experience has shown that this apparatus is much easier to operate and has a number of superior qualities as compared with that of the "Reanal" firm.

New Drugs (p. 563)

Chronicle (p. 564)

## KONGRESSID, KONVERENTSID JA SÜMPOOSIONID 1975. AASTAL

1975. aastal on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Meditsiininõukogu plaanis korraldada kaheksa kongressi ja konverentsi ning kaks sümposiooni.

### Kongressid

Oktoobris korraldavad Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja Eesti NSV Terapeutilise Teadusliku Selts Tallinnas VI Eesti NSV terapeutiliste kongressi. Kongressi teemad on sisehaiguste epidemioloogia, sisehaiguste vältimatu abi, diagnoosimine, ravi ning profülaktika nüüdisaegsed seisukohad.

Novembris toimub Tallinnas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Eesti NSV Pediaatrite Teadusliku Seltsi korraldusel X Eesti NSV pediaatrite kongress. Töökavas on mitmeid vastsündinute füsioloogia ja patoloogia valdkonda kuuluvaid küsimusi ning laste ambulatoorne ja polikliiniline abi.

### Konverentsid

Mais on Haapsalu kurortoloogia- ja füsioteraapiakonverents, millega tähistatakse Haapsalu kuurordi 150. aastapäeva. Vastutavalt tegevad on Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariiklik Nõukogu, Eesti NSV Füsioterapeutiliste ja Kurortoloogide Teaduslik Selts ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Mais peetakse ka Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri, Vabariikliku Ftisiaatrite Seltsi ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi korraldusel IV vabariiklik ftisiaatria- ja pulmonoloogiakonverents Tallinnas. Päevakorras on tuberkuloosi ning krooniliste mittespetsiifiliste kopsupõletike diagnoosimine ja ravi.

Oktoobris toimub Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Vabariikliku Akušööride-

Günekoloogide Teadusliku Seltsi korraldusel Tallinnas VIII vabariiklik akušööride-günekoloogide konverents, kus käsitletakse perinataalset patoloogiat ja vastsündinute suremust. Samuti oktoobris korraldavad Eesti NSV Kohtuarstide Teaduslik Selts ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumedit-siini Peaekspertiisi Büroo IV vabariikliku patoloogide-anatoomide ning kohtuarstide konverentsi. Programmis on pahaloomuliste kasvujate morfoloogia ja traumade ning mürgituste kohtumedit-siiniline ekspertiis.

Novembris on tööstustöölise tööhügieeni ja kutsehaiguste alane konverents Tallinnas, mille korraldavad Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond ja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut. Samal kuul toimuva neuropatoloogide ja neurokirurgide konverentsi, mis on pühendatud professor L. Puusepa 100. sünniaastapäevale, korraldavad Tartu Riiklik Ülikool, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja L. Puusepa nimeline Eesti NSV Neuropatoloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Selts.

### Sümposioonid

Juunis organiseerivad Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut Tallinnas sümposiooni dispanseerimise täiustamise alal.

Detsembris korraldab Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut koos NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Kantserogeensete Ainete ja Profülaktikaabinõude Komiteega Tallinnas II sümposiooni kantserogeensete N-nitrosoühendite alal.

Andrei Sarap

# NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

1974

## SISUKORD

On ilmunud 100 numbrit «Nõukogude Eesti Tervishoidu»	291
PARMASTO, E. — NSV Liidu Teaduste Akadeemia 250-aastane	99
SAARMA, J. — Võitlus alkoholismi vastu — meditsiiniline ja sotsiaalne probleem	483

### Teooria ja praktika

AUL, J. — Eestlaste kehakaal ja selle hindamine	307
BIRKENFELDT, R. — Reumahaigete dispanseerimine Kingissepa rajoonis	202
DANILOVITS, A., KUKK, K. — Nakkusliku kollatõvega haigete laktaatdehüdrogenaasi isofermendid	195
HAAVEL, A. — ABO-süsteemi veregrupid ja sapipõiepõletik	11
HAAVEL, A. — Sapipõiepõletike kirurgiline ravi rajoonihaiglas	116
KAARMA, H. — Partogrammide sünnituse juhtimisel	111
KALITS, I., KELK, J. — Suhkurtõve esinemissagedus seoses mõningate suhkurtõve ohutegurite ja ohutunnustega	297
KAPRAL, H., ORLOVA, V., SUBI, V. — Vesinikioonide kontsentratsiooni määramine maos	392
KARU, E. — Alkoholijooje ekspertiis	485
KASK, K., VASAR, A. — Eesti NSV elanike toitumisstruktuur	23
KORNET, E. — Menstruaaltsükli taastumine pärast vaakumaborti	207
LOSKIT, V., VAPRA, A. — Reumatoidartriit invaliidisuse põhjustajana	15

## СОДЕРЖАНИЕ

Вышел в свет сотый номер журнала «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд».	291
ПАРМАСТО Э. Г. — Двухсотпятидесятилетие Академии наук СССР.	99
СААРМА Ю. М. — Борьба против алкоголизма — медицинская и социальная проблема.	483

### Теория и практика

АУЛ Ю. М. — Вес тела у эстонцев и оценка его.	307
БИРКЕНФЕЛЬДТ Р. Р. — Диспансеризация больных ревматизмом в Кингисеппском районе.	202
ДАНИЛОВИЧ А. А., КУКК К. В. — Изоферменты лактатдегидрогеназы у больных инфекционным гепатитом.	195
ХААВЕЛЬ А. А. — О связи между группами крови (ABO) и воспалением желчного пузыря.	11
ХААВЕЛЬ А. А. — Хирургическое лечение холециститов в условиях районной больницы.	116
КААРМА Х. Т. — Об использовании партограмм при ведении родов.	111
КАЛИТС И. А., КЕЛК Я. И. — Сахарный диабет в зависимости от наличия некоторых факторов риска.	297
КАПРАЛ Х. А., ОРЛОВА В. П., СУБИ В. О. — Внутрижелудочная рН-метрия.	392
КАРУ Э. Ю. — Об экспертизе алкогольного опьянения.	485
КАСК К. А., ВАСАР А. А. — Структура питания жителей Эстонской ССР.	23
КОРNET Э. Р. — Восстановление месячных после вакуумаборта.	207
ЛОСКИТ В. К., ВАПРА А. Н. — Ревматоидный артрит как причина инвалидности.	15

- LÕVI, M. — Kaasasündinud huule- ja suulaelõhed kombineeritud arenguano-  
maalsia tunnustena . . . . . 211
- METSА, E.-M. — Parodondi pehmete  
kudede separatsioonijärgne kinnitumine  
hambale . . . . . 303
- MIHKELSOO, E., VALDMETS, A. —  
Hüdronefroosi diagnoosimine ja kirur-  
giline ravi lastel . . . . . 101
- MÖLDER, K. — Laktatsiooni-mastiit .  
108
- POKK, L. — Müokardiinfarkt suhkru-  
haigetel . . . . . 300
- POKK, L. — Müokardiinfarkti ja aju-  
insuldi koosesinemine . . . . . 204
- PRIIMÄGI, L., VOROBJOVA, A.,  
GRINŠPUN, L., SUBI, K., URMAN, I.,  
LEMBER, A., MIHAILOVA, V., KA-  
PELMA, J., JAKOBIŠVILI, L., PIR-  
JATINSKI, L. — Peroraalselt kasuta-  
tava gripivaktsiini tõhusus 1973. a.  
gripipuhangu ajal . . . . . 18
- RANNE, H. — Bronhituberkuloos Vaba-  
riikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri  
andmeil . . . . . 495
- RONŽIN, V. — Prillide määramine  
tugeva ametropia korral . . . . . 312
- SILLASTU, H. — Hüpfüüsi ja neeru-  
pealiste koore funktsionaalsest seosest  
kopsutuberkuloosihaigeil . . . . . 294
- STEINBERG, A., VASSILJEV, R. —  
Alkoholismi ravi . . . . . 492
- TALVIK, R. — Öonesveenikanüülide  
steriilsus . . . . . 401
- TROITSKI, I. — Hilistüüpi ülitund-  
likkuse uurimisest süsteemset erütema-  
tooset luupust ja muid kollageenhai-  
gusi põdevatel haigetel . . . . . 197
- TRUDNIKOV, V. — Ravitüsistused koks-  
artroosi põdevatel haigetel . . . . . 13
- TÜNDER, E., ROOSTAR, L., PÖDER, K.,  
TIKKO, H., KULL, K., MÖLDER, V.,  
TAMM, K. — Arteri emboolia ja ägeda  
tromboosi ravi . . . . . 3
- URMAN, I., PRIIMÄGI, L., MIROTS-  
NIK, V., VASJUTINA, E., SUBI, K.,  
LEMBER, A. — Peroraalselt kasutatava  
gripivaktsiini epidemioloogiline tõhusus  
lastel puhangu ajal . . . . . 21
- VAHTER, H., SILM, H., ELBERG, E.,  
KANGUR, A. — Naha funktsionaalne  
seisund ja allergiline reaktiivsus epi-  
dermomükoosihaigeil . . . . . 118
- VAPRA, A., PÄI, L., ARU, S. — Tähele-  
panekuid reumatoidartriidahaigete  
etappravist Tartus ajavahemikul 1971 . . .  
1974 . . . . . 399
- ЛЫВИ М. О. — Врожденные расще-  
лины губы и неба . . . . . 211
- МЕТСА E.-M. И. — Послесепарацион-  
ное прикрепление мягких тканей па-  
родонта к зубу . . . . . 303
- МИХКЕЛЬСОО E. A., ВАЛДМЕТС  
A. Ю. — Диагностика и хирургиче-  
ское лечение гидронефроза у детей .  
101
- МЭЛЬДЕР К. Ю. — Лактационный  
мастит . . . . . 108
- ПОКК Л. Р. — Инфаркт миокарда  
при сахарном диабете . . . . . 300
- ПОКК Л. Р. — Сочетание инфаркта  
миокарда и мозгового инсульта . . . . . 204
- ПРИИМЯГИ Л. С., ВОРОБЬЕВА А. И.,  
ГРИНШПUN Л. Е., СУБИ К. X., УР-  
MAN И. С., ЛИМБЕР А. Э., МИХАЙ-  
ЛОВА В. А., КАПЕЛЬМАН Ю. С.,  
ЯКОБИШВИЛИ Л. X., ПИРЯТИН-  
СКИЙ Л. Б. — Эпидемиологическая  
эффективность гриппозной вакцины  
для перорального применения в пе-  
риод вспышки гриппа в 1973 году .  
18
- РАННЕ X. П. — Частота туберкулеза  
bronхов по данным Республиканского  
туберкулезного диспансера Эстонской  
ССР . . . . . 495
- РОНЖИН В. П. — Подбор очков при  
высоких степенях аметропии . . . . . 312
- СИЛЛАСТУ X. A. — О соотношении  
функций гипофиза и коры надпоч-  
ечников у больных туберкулезом  
легких . . . . . 294
- СТЕЙНБЕРГ А. А., ВАСИЛЬЕВ Р. А.  
— Принципы лечения алкоголизма .  
492
- ТАЛВИК Р. М. — Стерильность и  
канюли в верхней полой вене . . . . . 401
- ТРОИЦКИЙ И. Н. — Некоторые ас-  
пекты изучения гиперчувствительности  
замедленного типа у больных си-  
стемной красной волчанкой . . . . . 197
- ТРУДНИКОВ В. А. — Осложнения,  
наблюдающиеся при лечении боль-  
ных с коксартрозами . . . . . 13
- ТЮНДЕР Э. О., РООСТАР Л. А., ПЫ-  
ДЕР К. А., ТИККО X. X., КУЛЛЬ  
К. И., МЕЛДЕР В. Ю. — О лечении  
артериальной эмболии и острого  
тромбоза . . . . . 3
- УРMAN И. С., ПРИИМЯГИ Л. С., МИ-  
РОЧНИК В. В., ВАСЮТИНА Э. И.,  
СУБИ К. X., ЛЕМБЕР А. Э. — Эпи-  
демиологическая эффективность  
гриппозной вакцины для перораль-  
ного введения у детей в период эпи-  
демии . . . . . 21
- ВАХТЕР X. Т., СИЛЬМ X. A., ЭЛЬ-  
БЕРГ Э. К., КАНГУР А. А. — Функ-  
циональное состояние кожи и аллер-  
гическая реактивность у больных  
эпидермомикозами . . . . . 118
- ВАПРА А. Н., ПЯЙ Л. Т., АРУ С. Я. —  
Некоторые наблюдения этапного ле-  
чения больных ревматоидным артри-  
том . . . . . 399

VASAR, E., LAIDRE, H. — Vitaalkapatsiteedi normväärtuste leidmine lastel ja noorukitel . . . . .	387
VEINPALU, E. — Reumahaigete muda-ja kümblsruavi Eesti NSV sanatooriumides . . . . .	199
VESKE, M., TAMM, L. — Verekaotuse mõju süsivesikute ainevahetusele . . . . .	114
VÄRE, H., SIBUL, H. — Alkoholi toimest . . . . .	488
VÄRIMÄE, A., TIHANE, H. — Dialüüs-ravi ägeda ja kroonilise neerupuudulikkusega lastel . . . . .	104
VÄRIMÄE, A., TIHANE, H. — Peritoneaaldialüüs neerupuudulikkuse ravis . . . . .	8

### Filosoofia ja meditsiin

HUSSAR, Ü., MURASEV, E. — Meditsiin tänapäeva teaduste süsteemis . . . . .	403
KOPPEL, S. — Marksistlik-leninlik filosoofia kui tänapäeva meditsiini metodoloogia . . . . .	215
KOPPEL, S. — Teadvus tahtelise tegevuse regulaatorina . . . . .	498
LILLEORG, I. — Keskkonnateadvus kui ravi- ja profülaktiline tegur . . . . .	120

### Ülevaated

KUTSAR, K. — Kroonilised ja latentsed viirusnakkused . . . . .	35
KÖRGE, K. — Paroksüsmaalne tahhükardia . . . . .	316
LOOGNA, G., KANN, J. — Kantserogeensed N-nitrosoühendid . . . . .	503
PURDE, M. — Rinnavähi epidemioloogia . . . . .	124
PÄI, L. — Reumatoidartriidi ravi . . . . .	25
PÄRNAT, J. — Kehaline töövõime ja selle määramine . . . . .	407
REINVALD, A. — Autoallergiline bronhiaalastma . . . . .	513
REINVALD, L. — Krooniline <i>cor pulmonale</i> . . . . .	222
SCHAMARDIN, B. — Mikrotsirkulatsioon kui kliinilise uurimise objekt . . . . .	29
TAMM, O., KUTSAR, K. — Nakkushaiguste immunoprofülakтика aktuaalseid probleeme . . . . .	321
VELBRI, S. — Immunoloogilised meetodid endokrinoloogias . . . . .	219
VIRU, A. — Stressiprobleem . . . . .	509

VASAR Э. Ф., ЛАЙДРА Х. К. — Установление должных величин жизненной емкости легких у детей и подростков . . . . .	387
ВЕЙНПАЛУ Э. Ю. — Эффективность грязе-бальнеотерапии больных ревматизмом в санаториях Эстонской ССР . . . . .	199
ВЕСКЕ М. А., ТАММ Л. Я. — Влияние кровопусканий на углеводный обмен . . . . .	114
ВЯРЕ Х. Я., СИБУЛЬ Х. Э. — Влияние алкоголя на сердечно-сосудистую систему . . . . .	488
ВЯРИМЯЭ А. Й., ТИХАНЕ Х. М. — Лечение детей с острой и хронической недостаточностью почек методом гемо- и перитонеального диализа . . . . .	104
ВЯРИМЯЭ А. Й., ТИХАНЕ Х. М. — Применение перитонеального диализа у больных почечной недостаточностью . . . . .	8

### Философия и медицина

ХУССАР Ю. П., МУРАШЕВ Е. В. — Медицина в системе современных наук . . . . .	403
КОППЕЛЬ С. Д. — Марксистско-ленинская философия как методология современной медицины . . . . .	215
КОППЕЛЬ С. Д. — Сознание как регулятор волевой деятельности человека . . . . .	498
ЛИЛЛЕОРГ И. М. — Экологическое сознание как лечебно-профилактический фактор . . . . .	120

### Обзоры

КУТСАР К. К. — Хронические и латентные вирусные инфекции . . . . .	35
КЫРГЕ К. Х. — О пароксизмальной тахикардии . . . . .	316
ЛООГНА Г. О., КАНН Ю. М. — Канцерогенные нитрозо соединения и их потенциальная опасность для человека . . . . .	503
ПУРДЕ М. К. — Эпидемиология рака молочной железы . . . . .	124
ПЯЙ Л. Т. — Актуальные вопросы терапии ревматоидного артрита . . . . .	25
ПЯРНAT Я. П. — Физическая работоспособность и ее определение . . . . .	407
РЕЙНВАЛЬД А. А. — Аутоаллергическая бронхиальная астма . . . . .	513
РЕЙНВАЛЬД Л. А. — Хроническое легочное сердце . . . . .	222
ШАМАРДИН Б. М. — Микроциркуляция как объект клинического исследования . . . . .	29
ТАММ О. М., КУТСАР К. К. — Актуальные проблемы иммунопрофилактики инфекционных заболеваний . . . . .	321
ВЕЛБРИ С. К. — Иммунологические методы в эндокринологии . . . . .	219
ВИРУ А. А. — Проблема стресса . . . . .	509

BIRKENFELDT, R. — Liigeste seisundi dünaamilisest registreerimisest . . . . .	413
GRÜNTAL, V. — Alkohoolikute dispanseerimisest . . . . .	516
GULORDAVA, Š., LEHEPUU, B. — Anestesioloogia ja reanimatoloogia areng ning vältimatu kirurgia Eestis . . . . .	228
HINT, E. — Rinnakasvajate epidemioloogia NSV Liidus . . . . .	128
KADASTIK, H. — Klubi «Anti-Bakchos» ja alkohoolikute reabiliteerimine . . . . .	519
KLEITSMANN, S., TOMINGAS, J. — Reumat põdevate laste uus dispanseerse kaardi vorm . . . . .	40
MEIKAS, U. — Tallinna Noorukite Polikliinik . . . . .	326
RÄTSEP, L. — Rahvakontrolligruppide töö . . . . .	231
TAMM, O., MÄRTIN, J., DIDENKO, J. — Eesti NSV sanitaar- ja epidemioloogiajaamade bakterioloogialaboratooriumide tööst . . . . .	134
TAMM, O., ŠAHHANINA, I. — Nakkushaiguste tõrje Eesti NSV-s ja selle majanduslik analüüs . . . . .	522

## Kogemuste vahetamine ja kasuistika

ELLAMAA, A. — Spinaalne epiduraalne abstsess . . . . .	233
HINT, E., JÄRVET, A., LIPPING, A. — Rinnavähk kaksikutel . . . . .	526
KASE, K. — Cyriaxi sündroomi juht . . . . .	329
MAAROOS, H.-I., SACHRIS, N., KUTSAR, T. — Gluteenenteropaatia diagnoosimine . . . . .	42
SILDVER, L., TOPMANN, M. — Hemarraagilise vaskuliidi välkpurpuri hepariinravi . . . . .	414
TÜNDER, E., MÖLDER, V., TIIVEL, M. — Priapismi kirurgiline ravi . . . . .	235
VALDES, V. — Sapikivi-ileus . . . . .	327
VILKOMIR, V. — Tenioosi akrihhiinravi . . . . .	330

## Mõttevahetus

BELTSIKOV, J. — Onkoloogiliste haiguste hilise diagnoosimise peamised põhjused . . . . .	332
BIRKENFELDT, R. — Mõnedest sisehaiguste diagnoosimise puudustest polikliinikus . . . . .	48

BIRKENFELDT R. P. — О динамической регистрации состояний суставов . . . . .	
ГРЮНТАЛЬ В. Ю. — О диспансеризации алкоголиков . . . . .	
ГУЛОРДАВА Ш. А., ЛЕХЕПУУ Б. К. — Развитие анестезиологии — реаниматологии и ее влияние на неотложную хирургию в Эстонии . . . . .	
ХИНТ Э. К. — Изучение эпидемиологии опухолей молочной железы в пределах СССР . . . . .	
КАДАСТИК Х. И. — О роли клуба «Анти-Бакх» по реабилитации алкоголиков . . . . .	
КЛЕЙТСМАНН С. Х., ТОМИНГАС Ю. Э. — Новая форма карты для диспансеризации детей, болеющих ревматизмом . . . . .	
МЕЙКАС У. Э. — Таллинская подростковая поликлиника . . . . .	
РЯТСЕП Л. В. — О деятельности народных контролеров . . . . .	
ТАММ О. М., МЯРТИН Я. К., ДИДЕНКО Е. С. — О работе бактериологических лабораторий СЭС Эстонской ССР . . . . .	
ТАММ О. М., ШАХАНИНА И. Л. — Борьба с инфекционной заболеваемостью в Эстонской ССР и экономический анализ . . . . .	

## Обмен опытом и казуистика

ЭЛЛАМАА А. Н. — Спинальный эпидуральный абсцесс . . . . .	
ХИНТ Э. К., ЯРВЕТ А. В., ЛИППИНГ А. А. — Рак молочной железы у близнецов . . . . .	
КАСЕ К. И. — Случай синдрома Цирриакса . . . . .	
МАAROOS Х.-И. Г., САХРИС Н. Б., КУТСАР Т. Х. — О диагностике глютенентеропатии . . . . .	
СИЛЬДВЕР Л. М., ТОПМАНН М. Э. — Лечение гепарином молниеносной пурпуры геморрагического васкулита . . . . .	
ТЮНДЕР Э. О., МЭЛЬДЕР В. Ю., ТИЙВЕЛЬ М. М. — Хирургическое лечение приапизма . . . . .	
ВАЛДЕС В. А. — Желчнокаменная непроходимость кишечника . . . . .	
ВИЛЬКАМИР В. Я. — О лечении тенниозов акрихином . . . . .	

## Обмен мыслей

БЕЛЬЧИКОВ И. С. — Основные причины несвоевременного выявления онкологических болезней . . . . .	
БИРКЕНФЕЛЬДТ Р. Р. — О недостатках в диагностике болезней в поликлинике . . . . .	

ELSTEIN, N. — Diaagnoosimisvead ja arsti isiksus . . . . .	417
PÄI, L. — Sisehaiguste diaagnoosimise puudused ja vead . . . . .	136
REINVALD, A. — Eksidiaagnoosid pulmonoloogias . . . . .	236
SALUPERE, V., ARU, S. — Gastroenteroloogia organisatsioon ja arengu-probleemid Tartus . . . . .	527
TAPPO, I. — Diaagnoosimisvigade põhjused . . . . .	139
VOLOŽ, O. — Sisehaiguste diaagnoosimise parandamise mõnedest võimalus-test . . . . .	45

### Abiks velskritele ja õdedele

AAMER, Ü. — Esmaabi silmakahjustuste korral . . . . .	49
AAMER, Ü. — Esmane abi ägedate sil-mahaiguste korral . . . . .	239
FREIBERG, I., LAINEVEE, E. — Mäda-põletikud ja sepsis vastsündinuil ja imi-kuil . . . . .	146
JÖKS, S. — Gripiviirus ja gripi profü-laktika . . . . .	52
KUTSAR, K. — Herpes simplex'i viirus-ed ja nende põhjustatud haigused . . . . .	426
KUTSAR, K. — Tsütomegalaalia ja tsü-tomegaloviirused . . . . .	531
LEHEPUU, B. — Taaselustamise esma-abist . . . . .	420
LOOGNA, N. — Urtikaaria . . . . .	244
LÕIV, H. — Vesi ja haigused . . . . .	336
PILV, I. — Arteriaalne hüpertoonia lastel . . . . .	533
RÜÜTLI, H. — Mõni sõna pea- ja vanemõest . . . . .	423
TALIHÄRM, A. — Vältida tüsistusi süstimisel . . . . .	535
TULVA, T. — Pedagoogiline töö laste-haiglas . . . . .	339
VAGANE, E. — Toituda tuleb teadliku-malt . . . . .	142
VALDES, L. — Äge kopsupõletik . . . . .	148
VAPRA, A. — Infektsioos-allergiline poliartriit . . . . .	334
VÄRE, H. — Alkoholismi ravi põhi-probleeme . . . . .	242

### Kaadri ettevalmistamine

Ingeborg Veldre bioloogiadoktoriks . . . . .	56
JUUR, K. — Uusi arstiteaduse kandi-daate . . . . .	153
JUUR, K. — Uusi arstiteaduse kandi-daate . . . . .	432
JUUR, K., KIVILO, M. — Neli uut ars-titeaduse doktorit . . . . .	249

ЭЛЬШТЕЙН Н. В. — Диагностические ошибки и личность врача . . . . .	417
ПЯЙ Л. Т. — Ошибки и недостатки в диагностике внутренних болезней . . . . .	136
РЕЙНВАЛЬД А. А. — Диагностиче-ские ошибки в пульмонологии . . . . .	236
САЛУПЕРЕ В. П., АРУ С. А. — Орга-низация гастроэнтерологической службы и проблемы ее развития в гор. Tartu . . . . .	527
ТАППО И. Т. — Причины диагности-ческих ошибок . . . . .	139
ВОЛОЖ О. И. — О некоторых путях улучшения диагностики внутренних болезней . . . . .	45

### В помощь фельшерам и сестрам

ААМЕР Ю. Э. — Первая помощь при повреждениях глаз . . . . .	49
ААМЕР Ю. Э. — Первичная помощь при острых заболеваниях глаз . . . . .	239
ФРЕЙБЕРГ И. А., ЛАЙНЕВЭЭ Э. Ю. — Гнойные воспаления и сепсис у новорожденных и грудных детей . . . . .	146
ИБЫК С. Р. — Вирус гриппа и про-филактика гриппа . . . . .	52
КУТСАР К. К. — Вирусы герпеса простого и вызываемые ими заболе-вания . . . . .	426
КУТСАР К. К. — Цитомегалия и ци-тотомегаловирусы . . . . .	531
ЛЕХЕПУУ Б. К. — О мероприятиях первой помощи для реанимации . . . . .	420
ЛООГНА Н. А. — Крапивница . . . . .	244
ЛЫЙВ Х. Д. — Вода и болезни . . . . .	336
ПИЛВ И. И. — Артериальная ги-пертония у детей . . . . .	533
РЮЙТЛИ Х. К. — Несколько слов о главной (старшей) сестре . . . . .	423
ТАЛИХЯРМ А. А. — Избегать ослож-нений при инъекциях . . . . .	535
ТУЛВА Т. А. — Педагогическая ра-бота в больнице . . . . .	339
ВАГАНЕ Э. П. — Питаться нужно сознательно . . . . .	142
ВАЛДЕС Л. К. — Острое воспаление легких . . . . .	148
ВАПРА А. Н. — Инфекционно-аллер-гический полиартрит . . . . .	334
ВЯРЕ Х. Я. — О некоторых вопросах лечения алкоголизма . . . . .	242

### Подготовка кадров

ИНГЕБОРГ ВЕЛЬДРЕ — доктор био-логических наук . . . . .	56
ЮУР К. Ю. — Новые кандидаты ме-дицинских наук . . . . .	153
ЮУР К. Ю. — Новые кандидаты ме-дицинских наук . . . . .	432
ЮУР К. Ю., КИВИЛО М. О. — Четы-ре новых докторов медицинских наук . . . . .	249

KAAR, L. — Ain-Elmar KAASIK arstiteaduse doktoriks . . . . .	431
KADASTIK, H. — Professor Jüri Saar- ma NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige . . . . .	247
Kohtla-Järve Meditsiinikooli lõpetajad 1974. a. . . . .	436
LAAN, I. — Bioloogiadoktor Einar Vagane . . . . .	430
MAAROOS, I. — TRÜ Arstiteadus- konna lõpetajad 1974. a. . . . .	434
MAAROOS, I. — Uusi arstiteaduse kan- didaate . . . . .	432
Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1974. a. . . . .	435
Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1974. a.	435
TRUVE, R., MAAROOS, I. — Kaks uut arstiteaduse doktorit . . . . .	151

### Sanitaarharidustöö

RANNAMÄE, R. — Tervise rahvaüli- kool ühiskondlikele sanitaarinspektori- tele . . . . .	252
RANNAMÄE, R. — Tervisenädal Harju rajoonis . . . . .	57
RAUDSEPP, J. — See puudutab ka teid, arstid! . . . . .	155
RIIV, J. — Tartu koronaarklubi koge- musi . . . . .	342

### Arstiteaduse ajaloost

GUSTAVSON, H. — 75 aastat Paldiski maantee apteeki . . . . .	345
GUSTAVSON, H. — Uut Tallinna XVI sajandi arstiteaduse ajaloost . . . . .	158
MIROŠNITŠENKO, R. — Tallinna Har- jumäe Haigla 70-aastane . . . . .	437
NAGELMAA, A., KALNIN, V. — Fr. R. Kreutzwaldi kolm senitundmatut kir- ja aastast 1838 . . . . .	58
ROOTSMÄE, L. — Millal Eestis esma- kordselt rõugeid pandi? . . . . .	61
VASAR, E. — 125 aastat akadeemik I. P. Pavlovi sünnist . . . . .	539

### Konverentsid ja nõupidamised

AASAV, J. — IV üleliiduline nakkus- haiguste biokeemia ja morfoloogia konverents . . . . .	68
AJASTA, N. — Tervishoiuorganisaato- rite nõupidamine . . . . .	64
BIRK, K. — VII üleliiduline sanitaar- mikrobioloogide konverents . . . . .	255
ELŠTEIN, N. — Rahvusvaheline süm- poosion . . . . .	64
KALNIN, V. — I üleliiduline meditsiini- ajaloolaste kongress . . . . .	69

КААР Л. Ю. — Айн-Эльмар Каазик — доктор медицинских наук. . . . .	431
КАДАСТИК Х. И. — Профессор Юрий Саарма — член-корреспондент Академии медицинских наук СССР. Окончившие Кохтла-Ярвскую меди- цинскую школу в 1974 г. . . . .	247
ЛААН И. А. — Доктор биологических наук Эйнар Вагане. . . . .	436
МААРООС И. Ю. — Окончившие ме- дицинский факультет ТГУ в 1974 г. МААРООС И. Ю. — Новые кандида- ты медицинских наук. . . . .	430
Окончившие Таллинскую медицин- скую школу в 1974 г. . . . .	434
Окончившие Тартускую медицин- скую школу в 1974 г. . . . .	432
ТРУВЕ Р. А., МААРООС И. Ю. — Два новых кандидата медицинских наук. . . . .	435
	435

### Санитарно-просветительная работа

РАННАМЯЭ Р. Р. — Народный уни- верситет здоровья для общественных санитарных инспекторов. . . . .	252
РАННАМЯЭ Р. Р. — Неделя здоро- вья в Харьковском районе. . . . .	57
РАУДСЕПП Ю. Ю. — Это касается и вас, врачи! . . . . .	155
РИЙВ Я. Я. — Опыт работы Тарту- ского «коронарного клуба». . . . .	342

### Из истории медицины

ГУСТАВСОН Х. А. — 75 лет аптеке на Палдиски маантеэ. . . . .	345
ГУСТАВСОН Х. А. — Новое в исто- рии медицины Таллина в XIII веке. МИРОШНИЧЕНКО Р. С. — 70 лет Таллинской больнице Харьюмяэ. НАГЕЛМАА А. Э., КАЛНИН В. В. — Три неизвестных письма Ф. Р. Крейц- вальда с 1838 года. . . . .	158
РООТСМЯЭ Л. Т. — Когда было про- ведено первое оспопрививание в Эстонии? . . . . .	437
VASAR Э. Ф. — 125 лет со дня рож- дения академика И. П. Павлова. . . . .	58
	61
	539

### Конференции и совещания

AASAV E. Ю. — IV Всесоюзная кон- ференция по вопросам биохимии и морфологии инфекционных заболе- ваний. . . . .	68
AJASTA H. P. — Совещание органи- заторов здравоохранения. . . . .	64
BIRK K. Ф. — VII Всесоюзный съезд санитармикробиологов. . . . .	255
ЭЛЬШТЕЙН Н. В. — Международный симпозиум. . . . .	64
КАЛНИН В. В. — Первый Всесоюз- ный съезд историков медицины. . . . .	69

KAMA, E. — VIII üleliiduline ftisiaatrite kongress . . . . .	70	КАМА Э. К. — VIII Всесоюзный съезд фтизиатров.	
KAMA, E. — XXII ülemaailmne tuberkuloosikonverents Tokios . . . . .	71	КАМА Э. К. — Всемирная конференция в Токио по вопросам туберкулеза.	
KINK, K. — Üleliiduline nõupidamine meditsiinistatistika alal . . . . .	67	КИНК К. А. — Всесоюзное совещание по вопросам медицинской статистики.	
KSENOFONTOV, J. — Rahvusvaheline geneetikakongress . . . . .	167	КСЕНОФОНТОВ Ю. П. — Международный конгресс генетиков.	
LIIV, E. — Suurte liigeste artroplastika alane sümposioon . . . . .	350	ЛИИВ Э. Х. — Симпозиум по вопросам артроластики крупных суставов.	
LOOGNA, G. — Kantserogeensete N-nitroühendite sümposioon . . . . .	65	ЛООГНА Г. О. — Симпозиум по вопросам канцерогенных — нитрозосоединений.	
LUTS, A. — Eesti NSV otorinolarüngoloogide V konverents . . . . .	62	ЛУТС А. Э. — V конференция оториноларингологов Эстонской ССР.	
ORLOVA, V. — Laboratooriumiarstide esimene üleliiduline kongress . . . . .	255	ОРЛОВА В. Р. — Первый Всесоюзный съезд врачей-лаборантов.	
PANOV, A. — NSV Liidu oftalmoloogide IV kongress . . . . .	163	ПАНОВ А. В. — IV съезд офтальмологов СССР.	
PIEL, L. — Sümposioon koos Poola RV teadlastega . . . . .	162	ПИЭЛЬ Л. Л. — Симпозиум совместно с учеными Польской Народной Республики.	
PIEL, L. — Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine . . . . .	439	ПИЭЛЬ Л. Л. — Республиканское совещание терапевтов.	
POKK, L. — Üleliidulise Patoloogide-Anatoomide Seltsi juhatus VII pleenum . . . . .	165	ПОКК Л. Р. — VII пленум правления Всесоюзного общества патологов-анатомов.	
PRIIMÄGI, L. — Gripisümposioon . . . . .	71	ПРИЙМЯГИ Л. С. — Симпозиум по вопросам гриппа.	
PURDE, M. — NSV Liidu ja USA teadlaste nõupidamine vähiepidemioloogia alal . . . . .	163	ПУРДЕ М. К. — Совещание ученых СССР и США по проблемам эпидемиологии рака.	
PURDE, M. — Üleliiduline nõupidamine maovähi profülaktika alal . . . . .	349	ПУРДЕ М. К. — Всесоюзное совещание по профилактике рака желудка.	
RAHU, M. — IV meditsiinigeograafia-nõupidamine . . . . .	254	РАХУ М. А. — IV совещание по вопросам медицинской географии.	
RIIV, J. — II üleliiduline kardioloogide kongress . . . . .	66	РИИВ Я. Я. — II Всесоюзный съезд кардиологов.	
SAAR, E. — Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi Põhja-Eesti nõukogu VIII konverentsil . . . . .	440	СААР Э. В. — VIII конференция совета Северной Эстонии республиканского общества средних медицинских работников санитарной службы.	
SALZMANN, S., REINVALD, A. — Fluorograafiaalane nõupidamine . . . . .	253	ЗАЛЬЦМАНН С. М., РЕЙНВАЛЬД А. А. — Совещание по вопросам флюорографии.	
SALUPERE, V. — II üleliiduline gastro-intestinaalse endoskoopia sümposioon . . . . .	68	САЛУПЕРЕ В. П. — Второй Всесоюзный симпозиум по вопросам гастроинтестинальной эндоскопии.	
SARAP, A. — Meditsiinalane leiutajate ja ratsionaliseerijate vabariiklik nõupidamine . . . . .	439	САРАП А. А. — Республиканское совещание изобретателей и рационализаторов в разделе медицины.	
SARAP, A. — NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Meditsiini-nõukogu ja Arstide Seltside nõukogu ühine pleenum . . . . .	440	САРАП А. А. — Совместный пленум Ученого медицинского совета и Совета врачебных обществ Министерства здравоохранения СССР.	
SEEDER, J. — Sääreluumurdude ravi sümposioon . . . . .	160	СЕЭДЕР Я. О. — Симпозиум по вопросам лечения переломов берцовой кости.	
SILLA, R. — Kahe arstide seltsi istung ja peaarstide nõupidamine . . . . .	162	СИЛЛА Р. В. — Заседание двух обществ врачей и совещание главных врачей.	
SILLA, R. — Üleliidulise Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatus pleenum . . . . .	441	СИЛЛА Р. В. — Пленум правления Всесоюзного научного общества гигиенистов.	
ZOBEL, P. — Eesti NSV farmatseutide I kongress . . . . .	63	ЗОБЕЛЬ Й. Э. — Первый съезд фармацевтов Эстонской ССР.	

VAHTER, H. — VI üleliiduline dermato- veneroloogide kongress . . . . .	164
VIHM, N. — Üleliidulise Stomatoloogi- de Seltsi juhatause XII pleenum ja Sto- matoloogia Teadusliku Üürimise Kesk- instituudi VII väljasõidusessioon . . . .	166
VIRU, A. — Üleliiduline konverents lihasetalitluse füsioloogia ja biokeemia alal . . . . .	348

**Arstide seltsides**

HAAVEL, A. — Arstide seltside istun- gid Saaremaal . . . . .	548
LAAN, I — TRÜ Arstiteaduskonna pe- diaatriakateedri ja Tartu Pediaatrite Seltsi traditsiooniline seminar . . . . .	354
LILL, M. — Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosolekul . . . . .	259
LILL, M. — Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosolekud . . . . .	354
PIHL, H. — Epidemioloogide, Mikro- bioloogide ja Infektsionistide Vabariiklik Selts . . . . .	72
PLOOM, L. — Kingissepa Arstide Teaduslikus Seltsis . . . . .	259
RAUDAM, E., RUBINŠTEIN, I. — L. Puusepa nimelise Neurokirurgide, Neuropatoloogide ja Psühhiaatrite Teadusliku Seltsi tegevusest . . . . .	545
REINVALD, L. — Eesti Vabariiklikus Kardioloogide Seltsis . . . . .	259
REINVALD, L. — Eesti Vabariikliku Kardioloogide Seltsi ja Haapsalu Arstide Seltsi ühine koosolek . . . . .	446
SIIRDE, E., SÄRGAVA, V. — Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi tegevus . . . . .	167
TAPPO, I. — Eesti NSV Röntgenoloogide ja Radioloogide Teaduslikus Seltsis . . . . .	355
TROITSKI, I., JÜSSI, H. — Tallinna Akušööride-Günekoloogide Teadusliku Seltsi järjekordne koosolek . . . . .	445
ZOBEL, P. — Eesti NSV Farmatseutide Teaduslik Selts . . . . .	256
VARIK, L. — Kümme aastat Rakvere Stomatoloogide Seltsi . . . . .	547
VIHM, N. — Eesti NSV Stomatoloogide Teaduslik Selts . . . . .	442
VIHM, N. — Eesti NSV Stomatoloogide Teadusliku Seltsi koosolek . . . . .	549
VILLAKO, K. — Eesti NSV Gastroentero- oloogide Teaduslik Selts . . . . .	350

**Juriidilist nõuannet**

ARU, K. — Juriidilised abinõud võitluses alkoholismiga . . . . .	550
---	-----

ВАХТЕР Х. Т. — VI Всесоюзный съезд дерматовенерологов. ВИХМ Н. А. — XII пленум правления Всесоюзного общества стоматологов и VII выездная сессия Централь- ного н.-и. института стоматологии. ВИРУ А. А. — Всесоюзная конферен- ция по вопросам физиологии мышеч- ной функции и биохимии.	
---	--

**В врачебных обществах**

ХААВЕЛЬ А. А. — Заседания враче- бных обществ на острове Саарема. ЛААН И. Ю. — Традиционный сов- местный семинар кафедры педиатрии медицинского факультета ТГУ и Тар- туского общества педиатров. ЛИЛЛ М. А. — Заседание Таллинско- го научного общества терапевтов. ЛИЛЛ М. А. — Заседание Таллинско- го научного общества терапевтов. ПИХЛ Х. О. — Республиканское об- щество эпидемиологов, микробиоло- гов и инфекционистов. ПЛОМ Л. А. — В Кингисепском врачебном обществе. РАУДАМ Э., РУБИНШТЕЙН И. — О деятельности научного общества ней- рехирургов, невропатологов и психи- атров им. Лудвига Пуусепа. РЕЙНВАЛЬД Л. А. — В Респуб- ликанском обществе кардиологов. РЕЙНВАЛЬД Л. А. — Совместное за- седание Республиканского общества кардиологов и Хаапсалуского враче- бного общества. СИЙРДЕ Э. К., СЯРГАВА В. А. — О деятельности Научного общества ото- риноларингологов Эстонской ССР. ТАППО И. Т. — В Республиканском обществе рентгенологов и радиологов. ТРОИЦКИЙ И. Н., ЮССИ Х. А. — — Очередное заседание Таллинского научного общества акушеров-гинеко- логов. ЗОБЕЛЬ П. Э. — О деятельности На- учного общества фармацевтов Эстон- ской ССР ВАРИК Л. Й. — Десятилетие Рак- вереского общества стоматологов. ВИХМ Н. А. — О деятельности На- учного общества стоматологов Эс- тонской ССР. ВИХМ Н. А. — Заседание научного общества стоматологов Эстонской ССР. БИЛЛАКО К. П. — Научное общест- во гастроэнтерологов Эстонской ССР.	
---	--

**Юридическая консультация**

ARU K. A. — Медико-юридические меры борьбы против алкоголизма.	
---	--

PELLA, M. — Meditsiinitöötajate koha- kaaslusest	260
PELLA, M. — Pideva tööstaaži arvuta- mise uued eeskirjad	75
PELLA, M. — Tööraamatute pidamise kord	446

### Tähtpäevad

Benita Treufeldti 50 aasta tööjuubel	262
Dotsent Boris Luik 60-aastane	
Dotsent Eugen Murašev 60-aastane	449
Dotsent Selma Laanes 60-aastane	448
Elmar Rõigas 60-aastane	78
Evi Hint on juubilar	177
Georg Loogna 60-aastane	552
Harry Kanter 50-aastane	263
Juubilar Virve Tamm	357
Juubilar Volfgang Heidemaa	555
Lydia Rivis 60-aastane	262
Professor Jüri Teras 50-aastane	356

### In memoriam

Imanta Maripuu	
27. IV 1925 ... 2. X 1974	560
Johannes Koitmetc	
14. II 1891 ... 26. II 1974	358
Professor Georg Kingisepp	
30. V 1898 ... 19. VIII 1974	557
Professor Vootele Meipalu	
25. II 1928 ... 2. VIII 1974	559
Salme Lõvi 17. VII 1901 ... 29. IV 1974	
30. V 1898 ... 19. VIII 1974	359

### Kriitika ja bibliograafia

BRŽESKI, V. — Sotsiaalhügieen, ter- vishoiukorraldus ja arstiteaduse aja- lugu	264
ELŠTEIN, N. — Raamat aktuaalsel tee- mal	556
KONT, M. — Bibliograafilisi kartoteeke meditsiinilises raamatukogus	79, 367
MARKOV, A. — Terapeudid ja meditsii- ni spetsialiseerumine	174
SILLA, R. — Tervisesport	170

### Välismaalt

Kaks nädalat Vahemeremal	178
Kuus aastat Lyonis	267
Muljeid Hollandi-reisilt	80
SAARMA, J. — Meediku märkmeid Kanadast	359
SAARMA, J. — Tähelepanekuid Kana- da psühhiaatriast ja psühhofarmako- loogiast	450

ПЕЛЛА М. Х. — Работа по совмести- тельству медицинских работников.	
ПЕЛЛА М. Х. — Новые правила ис- числения непрерывного трудового стажа.	
ПЕЛЛА М. Х. — О ведении трудо- вых книжек.	

### Юбилейные даты

50-летие трудовой деятельности Бе- нита Трейфельда.	
60-летие доцента Бориса Луйка.	
60-летие доцента Эугена Мурашева.	
60-летие доцента Сельма Лаанес.	
60-летие Эльмара Рыйгаса.	
Юбиляр Эви Хинт.	
60-летие Георга Лоогна.	
50-летие Харри Кантера.	
Юбиляр Вирве Тамм.	
Юбиляр Вольфганг Хейлемаа.	
60-летие Лидии Ривис.	
50-летие профессора Юрия Тerasa.	

### Некрологи

Иманта Марипуу 27 IV 1925 — 2 X 1974	
Йоханнес Койтметс 14 II 1891 — 26 II 1974	
Профессор Георг Кингисепп 30 V 1898 — 19 VIII 1974	
Профессор Воотеле Мейпалу 25 II 1925 — 2 VIII 1974	
Сальме Лыви 17 VII 1901 — 29 IV 1974	

### Критика и библиография

БРЖЕСКИЙ В. И. — Социальная ги- гиена, организация здравоохране- ния, история медицины.	
ЭЛЬШТЕЙН Н. В. — Книга по акту- альной теме.	
КОНТ М. А. — Библиографические картотеки в медицинской библиоте- ке.	
МАРКОВ А. М. — Терапевты и спе- циализация медицины.	
СИЛЛА Р. В. — Оздоровительный спорт.	

### За рубежом

Две недели на Средиземноморье.	
Шесть лет в Лионе.	
Впечатления о поездке в Голландию.	
СААРМА Ю. М. — Заметки медика о Канаде.	
СААРМА Ю. М. — Наблюдения о психиатрии и психофармакологии в Канаде.	

- KALLIKORM, A. — Diskuselektrofooreesiaparaat . . . . . 561
- KINK, M. — Täiendus destilleerimisaparaadile . . . . . 272
- KINK, M. — Uus roiete röntgenograafia meetod . . . . . 364
- TOOMRE, M.-L., PÄSOK, M. — Emakakaela vähieelsete seisundite diagnoosimise tõhustamiseks . . . . . 456

- КАЛЛИКОРМ А. П. — Аппарат для дискэлектрофореза в полиакриламидном геле.
- КИНК М. А. — Дополнительное устройство к десталляционному аппарату.
- КИНК М. А. — Новый метод рентгенографии ребер.
- ТООМРЕ М.-Л. Р. ПЯСОК М. Я. — Совершенствование диагностики и предраковых состояний шейки матки.

Intervjuu

- Küsimustele vastab sotsiaalkindlustuse ministri asetäitja Georg Bachverk . . . 365

Интервью

- На вопросы ответит заместитель министра социального обеспечения Георг Бахверк.

Mitmesugust

- KARUSOO, J. — Nobeli preemia füsioloogia ja arstiteaduse alal 1973. a. . . . 273
- ROOTSMÄE, L. — Pikaeaalistest ja mitmikutest vanade kirikuraamatute andmeil . . . . . 367

Разное

- КАРУСОО Я. Я. — Нобелевская премия по физиологии и медицине за 1973 г.
- РООТСМЯЭ Л. Т. — О долгожителях и близнецах в старинных метрических книгах.

Uusi ravimeid

- JÜRISON, A. — Apifoor, fusidiinnaatrium . . . . . 564
- JÜRISON, A. — Benemütsiin. Midantaan . . . . . 458
- JÜRISON, A. — Biseptool. Dioksoonium . . . . . 368
- JÜRISON, A. — Etoonium. Gripivastane laktoglobuliin. Bametaansulfaat . . . 274
- JÜRISON, A. — Desferaal . . . . . 185
- JÜRISON, A. — Biossed. Riboflaviinmononukleotiid. Tavegüül . . . . . 83

Новые лекарственные препараты

- ЮРИСОН А. Я. — Апифор, циминаль.
- ЮРИСОН А. Я. — Бенемидин, мидантон.
- ЮРИСОН А. Я. — Бисептол, диоксоний.
- ЮРИСОН А. Я. — Этоний, противогрипозный лактоглобулин, баметансульфат.
- ЮРИСОН А. Я. — Десферал.
- ЮРИСОН А. Я. — Биосед, рибофлавина мононуклеотид, тавегил.

Asklepiose klubis

- Kehakultuur ja tervis . . . . . 458

В клубе Эскулапа

- Физическая культура и здоровье.

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

- KINDLAM, E. — Arupidamisi meditsiini terminoloogia küsimustes 84, 276, 369, 466

Вопросы эстонского языка в медицине

- КИНДЛАМ Э. К. — Толкование разных терминологических вопросов эстонского языка.

Kroonika

- 86, 185, 278, 372, 468,  
Meditsiiniuudiseid lühidalt 17, 20, 39, 55, 133,  
140, 150, 154, 176, 218, 230, 296, 333, 341, 344,  
355, 429, 436, 438, 538

Хроника

- Новое в медицине.

- VAHESALU, E. — Eesti NSV ilmunud uudiskirjandust . . . . . 186, 474

- ВАХЕСАЛУ Э. К. — Новые книги в Эстонской ССР.

... .. 100

... .. 101

... .. 102

... .. 103

... .. 104

... .. 105

... .. 106

... .. 107

... .. 108

... .. 109

... .. 110

... ..

... .. 111

... .. 112

... .. 113

... .. 114

... .. 115

... .. 116

... .. 117

... .. 118

... .. 119

... .. 120

... .. 121

... .. 122

... .. 123

... .. 124

... .. 125

... .. 126

... .. 127

... .. 128

... .. 129

... .. 130

... .. 131

... .. 132

... .. 133

... .. 134

... .. 135

... .. 136

... .. 137

... .. 138

... .. 139

... .. 140

... .. 141

... .. 142

... .. 143

... .. 144

... .. 145

... .. 146

... .. 147

... .. 148

... .. 149

... .. 150

... ..

... .. 151

... .. 152

... .. 153

... .. 154

... .. 155

... .. 156

... .. 157

... .. 158

... .. 159

... .. 160

... .. 161

... .. 162

... .. 163

... .. 164

... .. 165

... .. 166

... .. 167

... .. 168

... .. 169

... .. 170

... .. 171

... .. 172

... .. 173

... .. 174

... .. 175

... .. 176

... .. 177

... .. 178

... .. 179

... .. 180

... .. 181

... .. 182

... .. 183

... .. 184

... .. 185

... .. 186

... .. 187

... .. 188

... .. 189

... .. 190

... .. 191

... .. 192

... .. 193

... .. 194

... .. 195

... .. 196

... .. 197

... .. 198

... .. 199

... .. 200

... ..

... .. 201

... .. 202

... .. 203

... .. 204

... .. 205

... .. 206

... .. 207

... .. 208

... .. 209

... .. 210

... .. 211

... .. 212

... .. 213

... .. 214

... .. 215

... .. 216

... .. 217

... .. 218

... .. 219

... .. 220

... .. 221

... .. 222

... .. 223

... .. 224

... .. 225

... .. 226

... .. 227

... .. 228

... .. 229

... .. 230

... .. 231

... .. 232

... .. 233

... .. 234

... .. 235

... .. 236

... .. 237

... .. 238

... .. 239

... .. 240

... .. 241

... .. 242

... .. 243

... .. 244

... .. 245

... .. 246

... .. 247

... .. 248

... .. 249

... .. 250

... .. 251

... .. 252

... .. 253

... .. 254

... .. 255

... .. 256

... .. 257

... .. 258

... .. 259

... .. 260

... .. 261

... .. 262

... .. 263

... .. 264

... .. 265

... .. 266

... .. 267

... .. 268

... .. 269

... .. 270

... .. 271

... .. 272

... .. 273

... .. 274

... .. 275

... .. 276

... .. 277

... .. 278

... .. 279

... .. 280

... ..

... .. 281

... .. 282

... .. 283

... .. 284

... .. 285

... .. 286

... .. 287

... .. 288

... .. 289

... .. 290

... .. 291

... .. 292

... .. 293

... .. 294

... .. 295

... .. 296

... .. 297

... .. 298

... .. 299

... .. 300

... .. 301

... .. 302

... .. 303

... .. 304

... .. 305

... .. 306

... .. 307

... .. 308

... .. 309

... .. 310

... .. 311

... .. 312

... .. 313

... .. 314

... .. 315

... .. 316

... .. 317

... .. 318

... .. 319

... .. 320

... .. 321

... .. 322

... .. 323

... .. 324

... .. 325

... .. 326

... .. 327

... .. 328

... .. 329

... .. 330

... .. 331

... .. 332

... .. 333

... .. 334

... .. 335

... .. 336

... .. 337

... .. 338

... .. 339

... .. 340

... .. 341

... .. 342

... .. 343

... .. 344

... .. 345

... .. 346

... .. 347

... .. 348

... .. 349

... .. 350

... ..

... .. 351

... .. 352

... .. 353

... .. 354

... .. 355

... .. 356

... .. 357

... .. 358

... .. 359

... .. 360

... .. 361

... .. 362

... .. 363

... .. 364

... .. 365

... .. 366

... .. 367

... .. 368

... .. 369

... .. 370

... .. 371

... .. 372

... .. 373

... .. 374

... .. 375

... .. 376

... .. 377

... .. 378

... .. 379

... .. 380

... .. 381

... .. 382

... .. 383

... .. 384

... .. 385

... .. 386

... .. 387

... .. 388

... .. 389

... .. 390

... .. 391

... .. 392

... .. 393

... .. 394

... .. 395

... .. 396

... .. 397

... .. 398

... .. 399

... .. 400

# SISUKORD

J. SAARMA — Võitlus alkoholismi vastu — meditsiiniline ja sotsiaalne probleem . . . . .

483

## Teooria ja praktika

E. KARU — Alkoholijooobe ekspertiis . . . . .  
H. VARE, H. SIBUL — Alkoholi toime vereringeelundite talitlusse . . . . .  
A. STEINBERG, R. VASSILJEV, — Alkoholismi ravi põhijooni . . . . .  
H. RANNE — Bronhituberkuloos Vabariikliku Tuberkuloositorje Dispanseri andmetel . . . . .

485  
488  
492  
495

## Filosoofia ja meditsiin

S. KOPPEL — Teadvus tahtlase tegevuse regulaatorina . . . . .

498

## Ülevaated

G. LOOGNA, J. KANN — Kantserogeensed N-nitrosoühendid ja nende potentsiaalne ohtlikkus inimesele . . . . .  
A. VIRU — Stressiprobleem . . . . .  
A. REINVALD — Autoallergiline bronhiaalastma . . . . .

503  
509  
513

## Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

V. GRONTAL — Alkohoolikute dispanseerimisest . . . . .  
H. KADASTIK — Klubi «Anti-Bakchos» ja alkohoolikute rehabiliteerimine . . . . .  
O. TAMM, I. SAHHANINA — Nakkushaiguste torje Eesti NSV-s ja selle majanduslik analüüs . . . . .

516  
519  
522

## Koqemuste vahetamine ja kasuistika

E. HINT, A. JÄRVET, A. LIPPING — Rinnavähk kaksikutel . . . . .

526

## Mõttevahetus

V. SALUPERE, S. ARU — Gastroenteroloogia organisatsioon ja arenguprobleemid Tartus . . . . .

527

## Abiks velskritele ja õdedele

K. KUTSAR — Tsütomegalia ja tsütomegaloviirused . . . . .  
I. PILV — Arteriaalne hüpertoonia lastel . . . . .  
A. TALIHÄRM — Vältida tüsistusi süstimisel . . . . .

531  
533  
535

## Kaadri ettevalmistamine

K. JUUR — Uusi arstiteaduse kandidaate . . . . .

537

## Arstiteaduse ajaloost

E. VASAR — 125 aastat akadeemik I. P. Pavlovi sünnist . . . . .

539

## Konverentsid ja nõupidamised

H. KAHN — Porfüriinide ja hemi-ainevahetuse füsioloogia ja patoloogia alane sümposion . . . . .  
E. SAAR — Sanitaarala Keskkastme Meditsiinitöötajate Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu IX konverents . . . . .  
U. SIBUL — Gastrodüodenaaletsete haavandite kirurgilise ravi sümposion . . . . .  
I. TROITSKI — VI üleliiduline reumatoloogide konverents . . . . .  
E. HINT — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia teadusliku nõukogu juures asuva pahaloomuliste kasvajate probleemikomisjoni istung . . . . .

542  
542  
543  
544  
545

## Arstide seltsides

E. RAUDAM, I. RUBINSTEIN — L. Puusepa nimelise Neurokirurgide, Neuropatoloogide ja Psühhiaatrite Teadusliku Seltsi tegevusest . . . . .  
L. VARIK — Kümme aastat Rakvere Stomatoloogide Seltsi . . . . .  
A. HAAVEL — Arstide seltside istungid Saaremaal . . . . .  
A. TAMM — Eesti NSV Gastroenteroloogide Teadusliku Seltsi koosolekul . . . . .  
N. VIHM — Eesti NSV Stomatoloogide Teadusliku Seltsi koosolek . . . . .  
J. KARUSOO — Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi 243. töökoosolek . . . . .

545  
547  
548  
549  
549

## Juriidilist nõuannet

K. ARU — Juriidilised abinõud võitluses alkoholismiga . . . . .

550

## Tähtpäevad

Georg Loogna kuuekümnene . . . . .  
Dotsent Boris Luik 60-aastane . . . . .  
Juubilar Wolfgang Heidemaa . . . . .

552  
554  
555

## Kriitika ja bibliograafia

N. ELSTEIN — Raamat aktuaalsel teemal . . . . .  
M. KONT — Bibliograafilisi kartoteeke Meditsiinilises Raamatukogus . . . . .

556  
557

## In memoriam

Professor Georg Kingisepp 30. V 1898 . . . . .  
19. VIII 1974 . . . . .  
Professor Vootele Meipalu 25. II 1928 . . . . .  
2. VIII 1974 . . . . .  
Imanta Maripuu 27. IV 1928 . . . . .  
2. X 1974 . . . . .

557  
559  
560

## Meditsiinitehnika

A. KALLIKORM — Diskuselektroforeesiaparaat . . . . .

561

## Uusi ravimeid

A. JÜRISON — Apifoor, fusidiin-naatrium . . . . .

564

## Kroonika

Lühidalt . . . . .

564  
538



## HYDROCODONI PHOSPHAS

(Dihüdrokodeinoonfosfaat)  
Poolsüntetiline kodeiin

Mõjus köha vaigistav ravim kopsu- ja  
ülemiste hingamisteede haiguste  
(ka kopsu- ja kurgutuberkuloosi) puhul.  
Toimelt kodeiinist mõjusam.