



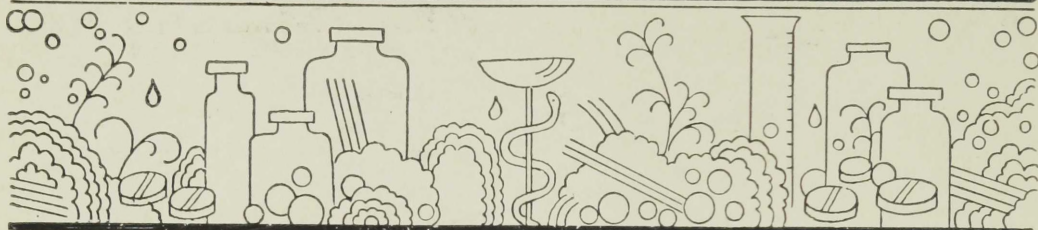
ISSN 0134—2320

ÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

3 · 1983



CORDANUM **SÜNONÜÜM: TALINOLOL**

**Kardioselektiivne beetablokaator.
Näidustatud südame kroonilise isheemiatõve,
rütmihäirete, hüperkineetilise sündroomi,
arteriaalse hüpertensiooni ja hüpertroofilise
subaortaalse stenoosi korral.**

**Pakendis 50 tabletti à 50 mg toimeainet.
Hind 4 rubla 2 kopikat.**

AETHMOZINUM

**Südame arütmiavastane ravim. Toimelt lähedane
kinidiinile.**

**Avaldab nõrka pärgartereid laiendavat, spasmolüü-
tilist, antihistamiinset ja M-kolinolüütilist toimet.**

**Pakendis 50 etmosiinitabletti à 25 mg (hind 2 rubla
52 kopikat) või 100 mg (hind 10 rubla 2 kopikat).**

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI
1983 · XXVI AASTAKÄIK

SISU:

TEORIA JA PRAKTIKA

R. Truve, U. Sibul — Vagotoomia ja elundit säästvad operatsioonid mao-
haavandihaigete ravis 163
A. Auranen, M. Äärmaa — Sukraalfaat
kaksteistsõrmiku haavandtõve ravis
168
U. Jõks, S. Giva, E. Tamm, V. Mar-
qus — Yersinia enterocolitica esine-
mine Eesti NSV-s 169
T. Rebane, J. Epp, O. Luha, T. Serka —
Aortokoronaararterite šuntide verevoolu
kvantitatiivne hindamine kinoaangio-
graafia meetodil 170

OLEVAATED

V. Salupere — Alkohol ja magu 174
A. Lipping, A. Figus — Maovähi kont-
septsioon 178
B. Hely, M. Majass — Palmoplantaar-
sed hüperkeratoosid 181
R. Zupping — Platseeboefekt 185

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASU- ISTIKA

H.-I. Maaroo — Whipple'i tõve kliini-
lised nähud ja diagnoosimine 187
L. Pokk, A. Vaopere — Pahaloomulise
mitmikkasvaja juht 189
H. Kadastik — Kes tulevad seksuoloo-
gi konsultatsioonile? 192

ARSTITEADUSE AJALOOST

L. Priimägi — Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku
Uurimise Instituut 30-aastane 195
A. Viksna — Veerand sajandit P. Stra-
dinši nimelist Meditsiiniajaloo Muuseu-
mi Riias 198

ABIKS VELSKRITELE JA ODEDELE

B. Lehepuu — Elustamisvõtete oskus-
test kutsevõistlustel 199
K. Leet — Tallinna Kiirabihaigla ödede
nõukogu tööst 201

MÖTTEVAHETUS

L. Tamm — Järelmõtteid pediaatria tee-
mal pärast üleliidulist kongressi 202

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

T. Hinrikus — Kaitsti kandidaadiväite-
kirja 204
Tallinna Meditsiinikooli lõpetajaid
1983. aastal 204
Tartu Meditsiinikooli lõpetajaid 1983.
aastal 205

UUSI TERVISHOIASUTUSI

V. Laos — Tallinna Vabariikliku Psüh-
honeuroloogiahaigla dispanseerne osa-
kond ja tööravi 205

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

L. Priimägi — NSV Liidu Arstiteaduse
Akadeemia üldkogu 49. istungjärg 208
E. Lond, H. Pärn — Gastroenteroloogia
Teadusliku Uurimise Keskinstituudi X
sessioon 209
A. Ellamaa — Neurokirurgide sümpos-
ioon 209
I. Piiv — Üleliiduline seminar «Laste-
polikliiniku profülaktilise töö organi-
satsioon terve lapse kasvatamisel» 209

ARSTIDE SELTSIDES

A. Haavel — Kingisepa Arstide Tea-
duslik Selts aastail 1981...1983 210
J. Reinaru, S. Umanski — Viie arstide-
seltsi ühine laiendatud plenaaristung
211
M. Moks — Eesti NSV Toksikoloogide
Teaduslik Selts 212
V. Kalnin — Üleliidulise terapeutide ja
meditsiiniajaloolaste teaduslike seltside
juhatuste ühispleenium 212

MEIE JUUBILARE 213

Kuno Kõrge, Hele-Riin Vassil, Livia
Kirsch, Harvey Tüür, Raimu Laubre,
Ellen Lopato, Salme Rooväli, Mall-Kitty
Leivalt, Armand Vardja

MITMESUGUST

O. Tamm, P. Krooni — Tervishoid ja
keskkonnakaitse 217

VÄLISMAALT

N. Elstein — Motteid pärast Sveitsi-
reisi 219

IN MEMORIAM

Wolfgang Heidemaa 10. X 1924...6. I
1983 221
Kira Vassiljeva 10. VII 1906...27. I
1983 222
Eesti NSV teeneline arst Harry Kanter
5. IV 1924...21. II 1983 223
Maido Luts 12. VI 1931...22. II 1983
224

JURIIDILIST NÕUANNET

E. Moik — Muudatusi ja täiendusi Ees-
ti NSV kriminaalkoodeksis 225

TOIMETUSE VEERG 226

KROONIKA 228

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi
235

Artiklite venekeelsed resümeed 236

Artiklite ingliskeelsed resümeed 239

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elšteine, K. Gross, M. Kivile, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, R. Silla, R. Zupping, O. Tamm (peatoimetaja), E. Tomberg.

Toimetuse nõukogu

M. Allik (Kingissepa), S. Elervee (Tartu rajoon), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), R. Mihelson (Hiiumaa), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), T. Tuisk (Kohtla-Järve), M. Vijard (Haapsalu), R. Vodja (Pärnu).

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 446-100. Ladumisele antud 18. 04. 1983. Trükkimisele antud 20. 05. 1983. Trükiarv 5750. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 8,89. Tell. nr. 1457. MB-01799. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервискойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Tallinn. Тираж 5750. Печ. лист. 5,0 Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд лист 8,89. Заказ № 1457. MB-01799. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Tallinn, Пярну маантээ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika»
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

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

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pärnu mnt. 8. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Teooria ja praktika

UDK 616.33.44-089

VAGOTOOMIA JA ELUNDIT SÄÄSTVAD OPERATSIIONID MAOHAAVANDIHAIGETE RAVIS

RANDO TRUVE UNO SIBUL · TALLINN

maohaavand, kirurgiline ravi, operatsioonijärgsed tüsistused, elundit säästvad operatsioonid, retsidiivhaavand

Et kirjanduses on hakanud ilmuma töid, mis käsitlevad esmaseid tulemusi säästvate maohaavandioperatsioonide korral, otsustasime esitada ka omapoolsed kogemused, liiati et elundit säilitavaid ja säästvaid operatsioone oleme teinud juba 1964. aastast alates.

Üldtunnustatud meetodiks on klassikaline maoreseksioon. On aga teada, et ulatuslik operatsioon põhjustab osal haigetel raskeid operatsioonijärgseid tüsistusi (*dumping-sündroom*, juurde-toova lingu sündroom jne.) ning on paljudel operatsioonijärgse invaliidsuse põhjuseks. Nii määratakse kuus kuud pärast maoreseksiooni II grupi invaliidsus 86%-le opereerituist ja aasta pärast maoreseksiooni säilib II ja III grupi invaliidsus vastavalt 8,9%-l ja 11,1%-l opereerituist (15).

Ravitulemuste parandamiseks ja invaliidsusjuhtude vähendamiseks on kaksteistsõrmikuhaavandiga haigete ravis üldise poolehoiu võitnud elundit säästvad operatsioonid koos vagotoomiaga (1, 4, 16, 17, 23). Maohaavandite kirurgilises ravis on taolisi operatsioone sobimatuks peetud vihjega nende erisugusele tekkele kaksteistsõrmikuhaavanditega võrreldes ja haavandi maligniseerumise võimalusele.

Kui kaksteistsõrmikuhaavandid saavad alati alguse maomahla püsivast ülihappesusest, millele lisandub maomotoorse aktiivsuse tõus, siis maohaavandite etioloogias olulist kohta omavate tegurite loetelu on märksa mitmekesisem, mistõttu maohaavandi tekkes on veel paljugi ebaselget (18). See eeldab otsingute vajadust ka maohaavandi ravis. A. Netšai ja O. Merkulovi koostatud väliskirjanduse ülevaate andmeil kujuneb 30...40% maohaavandeist mao hüpersekretsiooni tagajärjel (20). Ülejäänutel on haavandi esilekutsujaks kas gastrostaas, sapirefluks makku, mao limaskesta puudulik verega läbivoolutus, epiteelkoe mitteküllaldane uuendumine või limaproduksioon (6) või histamiinmetüültransferaasi aktiivsuse langus ning prostaglandiini kontsentratsiooni langus plasmas, maomahlas ja mao limaskestas (3). Sageli on koos maohaavandiga kindlaks tehtud ka gastriit, millest tingitud näärmetekahjustus on ka üks põhjusi, miks maohaavandi all kannatavatel haigetel on maomahla sekretsioon kas normi piires või madalam (12).

C. Johnson ja E. Judd (11) jaotavad kõik maohaavandiga haavandite etioloogiliste tegurite järgi nelja rühma:

1) prepüloorsed maohaavandid, mis tekkelt on sarnased kaksteistsõrmikuhaavandiga;

2) maohaavand koos kaksteistsõrmikuhaavandiga, mille puhul maohaavandi arenemine on tõuke saanud kaksteistsõrmikuhaavandist põhjustatud staasist maos;

3) mao distaalosa haavandid, mille etioloogiliste tegurite seas on juhtivaks kauakestev mao hüpersekretsioon;

4) maokorpuse haavandid, mis on tingitud mao limaskesta kaitsefunktsiooni puudulikkusest.

On ilmne, et maohaavandite sellise erisuguse tekke korral on näidustatud ka nende erisugune ravi.

Haigete rühmad ja ravitulemused. Aastail 1962...1982 oleme opereerinud 420 maohaavandiga haiget (vt. tabel 1), järgides seisukohta, et konservatiivselt ravimatu kroonilise maohaavandi kor-

Tabel 1. Maohaavandihaigete jaotumus operatsioonimeetodi järgi

Haavandi lokalisatsioon	Opereeritute arv						
	Kardia-reseksioon	B I	B II	AE+SV	Kiil-reseksioon	Suturat-sioon	Kokku
UV	1	213	63	—	54	26	357
UV+UD	—	39	13	10	—	1	63
Kokku	1	252	76	10	54	27	420

UV — *ulcus ventriculi*
 UV+UD — *ulcus ventriculi et ulcus duodeni*
 B I — *resectio ventriculi Billroth I*
 B II — *resectio ventriculi Billroth II*
 AE+SV — *antrumectomy et vagotomia selectiva*

ral on valikmeetodiks reseksioon. Et aga vältimatus korras (profuusne verejooks, haavandi perforatsioon kaugelearenenud peritoniidiga) on radikaalne operatsioon tihti suure riskiga seotud ning haavandi suturatsiooni halvad hilistulemused üldtuntud, siis oleme 1964. aastast alates kasutanud haavandit eemaldavat, aga magu säästvat kiilreseksiooni. Esialgu opereerisime vaid vältimatut abi vajavaid haigeid, kelle maoreseksioon raske üldseisundi tõttu osutus liiga riskantseks. Et operatsioonijärgsed vahetud ja hilistulemused osutusid maoreseksioonijärgsetega võrreldes paremaks ja julgustavaks, oleme maohaavandit eemaldava kiilreseksiooni kasutusele võtnud ka plaanilises korras opereeritavatel (vt. tabel 2).

Kui võrrelda hilistulemusi haigeil, kellel maohaavandi tõttu tehti maoreseksioon, hilistulemustega nendel, kellel tehti haavandit eemaldav kiilreseksioon, ilmnes, et esimese rühma haigetel tekkis mitmesuguseid hilistüsistusi enam kui teises rühmas (vt. tabel 3). Maoreseksioonijärgsetest hilistüsistustest on ülekaalus *dumping*-sündroom (*syndroma dumping*) (9,0%). Kõikidest maohaavandihaigetest, kellel tehti maoreseksioon Billroth II järgi, esines juurdetoova lingu sündroom 9,5%-l. Billroth I järgi tehtud maoreseksiooni järgselt (0,8%) arenes ühel haigel kahe aasta pärast maokõndi vähk. Resetseeritud mao limaskesta histoloogilisel uurimisel pärast esmast operatsiooni haavandi maligniseerumise tunnuseid sel haigel ei leitud. Ka mao kiilreseksiooni korral arenes ühel haigel 7 aastat hiljem maovähk. Kolm aastat pärast

kiilreseksiooni leiti ühel dispanseerituist maos retsidiivhaavand. Haiget oli opereeritud vältimatus korras maohaavandi jätkuva verejooksu tõttu. Retsidiivhaavand erinevalt esmasest antrumihaavandist tekkis mao subkardiaal-ses osas. Korduva operatsioonina tehti maoreseksioon Billroth I meetodil.

Ülejäänud 27 haiget, keda uuriti dispanseerselt 1...7 aastat pärast maohaavandi kiilreseksiooni, mingeid kaebusi ei esitanud. Ükski haige ei invaliidistunud. Kehakaal oli jäänud endiseks ühel haigel, ülejäänud 26 haigel oli see tõusnud 1...35 kg võrra, keskmiselt 9,7 kg, sest opereeritud ei pidanud dieeti. Kiilreseksiooni koht ei olnud enamikul uurituil röntgenoloogiliselt diferentsitav, evakuatsioon maost iseärasusteta. Ka gastroskoopilisel uuringul limaskesta voldilisuses olulisi muutusi ei leitud.

Meie opereeritud 420 maohaavandihaiGEST esines 63-l samal ajal ka kaksteistsõrmikuhaavand. Seejuures paiknes

Tabel 2. Operatsioonijärgne letaalsus opereeritud maohaavandihaiGETEL

Operatsioonimeetod	Vältimatud operatsioonid		Plaanilised operatsioonid	
	opereeritud	neist suri	opereeritud	neist suri
		arv %		arv %
Maoreseksioon	36	5 13,9	240	1 0,4
Kiilreseksioon	22	2 9,1	32	— —

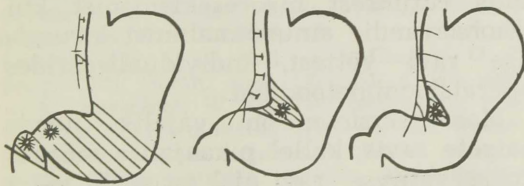
Tabel 3. Operatsioonijärgsed hilistüstused maohaavandihagetel (sulgudes protsentides)

Operat- siooni- meetod	Hilistüstused								
	Dispanseeritute arv	dumping- sündroom	retsidiiv- haavand	juurdetoova lingu sündroom	krooniline pankreatiit	krooniline koletsüstiit	anastomoosi stenoos	maovähk	kokku
Maoresekt- sioon	121	11 (9,0)	—	2 (9,5)	4 (3,3)	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (0,8)	21 (17,2)
Kiilresekt- sioon	29		1 (3,4)	—	—	—	—	1 (3,4)	2 (6,9)

maohaavand kõikidel haigetel antraal-
osas.

Enne operatsiooni tehtud pH-meet-
rilise uuringu andmeil oli selle rühma
haigetest vaid 10% -l maosekreedi ala-
happesus. 50% -l haigetest aga esines
tugevalt happeline maosekreet, mille
puhul antrum oli minetanud oma lee-
listava funktsiooni (maosekreedi pH
antrumis < 3,0). Seda arvesse võttes
oleme 10 selle rühma haigel klassikali-
se maoresektiooni asemel teinud selek-
tiivse vagotoomia koos haavandit
eemaldava antrumektomiaga (vt. joo-
nis). Ühelgi nimetatud 10 haigest pä-
rast operatsiooni tüsistusi ei ole tekki-
nud. Kaheksal haigel, keda 1...3 aast-
at pärast operatsiooni uuriti hilistule-
muste suhtes, vaevusi ei olnud.

Arutelu. Esimesena tegid magu sääst-
vaid operatsioone maohaavandtõve kor-
ral Farris ja Smith 1963. aastal (16).



Joonis. Kolm operatsioonivõtet maohaavandi
kirurgilises ravis sõltuvalt maosisest pH-
väärtusest: a — selektiivne vagotoomia +
antrumektomia, pH < 2,0; b — selektiivne
proksimaalne vagotoomia + haavandi välja-
lõikamine, pH 2,0 → 3,0; c — haavandi välja-
lõikamine, pH > 3,0.

Nende opereeritud 46 maohaavandihai-
gest ei tekkinud kuueaastase jälgimis-
aja jooksul ühtegi retsidiivi. Andmed
sarnanevad meie ravitulemustega, eri-
nevad aga suuresti E. Amdrupi and-
metest, kes leidis retsidiive 33% -l ope-
reerituist (1). Selline erinevus seletub
meie arvates sellega, et E. Amdrupi
jälgitud haigetel tehti maohaavandtõ-
ve korral proksimaalne vagotoomia
ilma maohaavandit eemaldamata. Meie
ravitaktika eeldab alati haavandi
eemaldamist nii, nagu seda on soovita-
nud ka H. E. Jensen kaasautoritega (10)
jt. Võimalust, et haavand võib malig-
niseeruda, ei pea M. Kuzin, F. Nišanov
ja G. Viljavin (16) elundit säilitava
operatsiooni vastunäidustuseks. Auto-
rid arvavad, et enne operatsiooni ja
operatsiooni ajal tehtud uuringud vä-
listavad tõenäoliselt võimaluse, et ope-
reeritakse maligniseerunud haavandit.

Arvestades võimalust, et mao-
haavandid osal haigetel maligniseeruda
võivad, on XXX üleliidulise kirurgide
kongressi otsuse põhjal nende kirurgi-
lise ravi valikmeetodiks soovitatud
maoresektiooni (22). Seda ei saa igno-
reerida, kuid oleme nõus seisukohaga,
et prekantseroosideks tuleb pidada
vaid neid maohaavandeid, mis esine-
vad intestinaalse metaplaasiaga kulgeva
atroofilise gastriidi puhul (2). Taolised
muutused mao limaskestas kujunevad
välja haiguse kauaaegse kroonilise ku-
lu korral.

Seega mitte kõikidel maohaavandihaigetel ei ole vaja ette võtta onkoloogilist printsiipi silmaspidavaid maoreseksioone. Sellest tulenevalt on erialakirjanduses hakatud rõhutama maohaavandite varajase opereerimise vajadust. Nii seab O. Clagett (5) nõudeks suunata maohaavandihaigete operatsioonile siis, kui kahenädalase konservatiivse ravikuuri järel ei ole haavand vähenenud poole võrra. Kui aga haavandi läbimõõt on üle 2,5 cm, on autori arvates konservatiivne ravi vastunäidustatud ja haige vajab kohest kirurgilist ravi. I. Kliminski ja kaasautorite (15) kriteeriumide kohaselt kuuluvad kirurgilisele ravile kõik maohaavandihaigeted, kellel haigus on kestnud üle kolme aasta, samuti need, kellel alla kolme aasta, kuid 6...8-nädalase statsionaarse konservatiivse ravi tulemusena haavand ei ole armistunud. Lähtudes eespool toodud kriteeriumidest ja V. Salupere andmetest peptiliste haavandite paranemise kohta, oleks kirurgilist ravi vajavate haigete protsent küllalt kõrge (36,9% maohaavandiga haigestest).

Eespool loetletud autorite seisukohati tuleb hinnata positsioonilt, et siiani ei ole veel laimalt levinud selline konservatiivse ravi viimase paari aasta saavutus, nagu seda on sapisoolasid ja lüsoletsitiini siduv kõrge adsorptsioonivõimega antipepsiin — sukraalfaat. See ravim ei imendu ja, moodustades täiendava kaitsebarjääri, takistab mõjusalt pepsiini ja maohappe tagasiimendumist (9). Sukraalfaatravi annab esialgsel andmetel paremaid tulemusi kui ainult antatsiidide kasutamine ning tsiimetidiiniga võrreldes on tal mõningaid eeliseid (2).

Omaette rühma moodustavad haiged, kellel üheaegselt on haavand nii kaksteistsörmikus kui ka maos. L. Dragsdetti 1956. a. avaldatud (16) ja tänapäeval üldtunnustatud teooria kohaselt on etioloogiliselt juhtivaks sel korral mao kestva hüpersekretsiooni tagajärjel arenenud kaksteistsörmikuhaavand. Haavandi armistumisest põhjustatud kaksteistsörmiku ahenemine ja kaks-

teistsörmikusisaldise evakuatsioonihäired põhjustavad gastrostaasi. Viimane tingib omakorda mao antraalosa pideva ärrituse, mis stimuleerib maosekretsiooni seni, kuni tekib maohaavand. Eeltoodut arvestades tuleb sellise haavandikombinatsiooniga haigeid vaadelda kõi kaksteistsörmikuhaavandihaigete. H. Burge (4) järgi on kombineeritud haavandi lokaliseerimise puhul küllaldane piirduda vagotoomia ja püloroplastikaga. Maohaavandi eemaldamist ei pea autor vajalikuks, sest koos sekretsiooni normaliseerumise ja gastrostaasi likvideerimisega maohaavand paranevat. Kahjuks ei saa selle seisukohaga nõustuda, sest haavandi säilitamine maos (vagotoomiale vaatamata) ei mõju haiguse kulule soodsalt ning kätkeb haavandi ägedate tüsistuste ohtu.

Seega maohaavandi kirurgilises ravis on jõutud arusaamisele, et rutiinne maoreseksioon ei ole alati põhjendatud. Ravitulemuste parandamiseks on hakatud otsima uusi lahendusi kirurgilise ravi individualiseerimise suunas (vt. joonis). Elundit säästvate operatsioonide rakendamisele on suuresti langenud operatsioonijärgne letaalsus. Nii on A. Netšai ja O. Merkulovi koostandmeil letaalsus pärast magu säilitavaid operatsioone vaid 1,6%, maoreseksioonijärgselt ($n=46\ 000$) aga 5,6% (20). Ka ravi hilistulemusi peetakse elundit säilitavate operatsioonide järgselt paremaks võrrelduna maoreseksiooni tulemustega (16).

Kokkuvõte. Maohaavandite kirurgilises ravis (analoogiliselt duodenaalhaavandite raviga) on otstarbekohane loobuda rutiinsest maoreseksioonist kui maohaavandi ainuvõimalikust kirurgilise ravi võttest, individualiseerides operatsioonimetoodikat.

Maoreseksioon on vajalik nende haigete ravis, kellel pikaajalise mõjusa konservatiivse ravi ajal on siiski välja kujunenud atroofilise gastriidiga kulgev suur kalloosne maohaavand, millega kaasneb mao limaskesta intestinaalne metaplaasia. Antrumektomia koos vagotoomiaga on näidustatud neil, kellele eeldatakse G-rakkude hüperplaa-

siat või leitakse kaksteistsõrmikuhaavandi kombineerumine maoantrumi pröpüloorse haavandiga. Operatsioonijärgsete tulemuste parandamiseks tuleb maohaavandihaiaged saata kirurgilisele ravile varakult, pärast esimesi tulemusteta jäänud konservatiivse ravi kuure. See võimaldaks piirduda haavandit eemaldava kiilreseksiooniga.

Vagotoomia tegemist lisaks kiilreseksioonile kõikidel maohaavandihaigetel (olenemata maomahla happesusest), mida on soovitanud I. Batšev (14) ja K. Mõškin kaasautoritega (19), ei pea me põhjendatuks, sest kõrge happesproduksioon on vaid osal haavandtõbe põdejail (12).

Haavandi ekstsisiooni eelistada haavandi suturatsioonile peetakse soovitatavaks neil haigeil, kellel radikaalsem operatsioon raske üldseisundi tõttu on liiga riskantne.

Oleme arvamusel, et süstemaatiline elundit säästvate operatsioonide kasutuselevõtt ja hilistulemuste hindamine peab toimuma ainult keskustes, kus on suured gastroenteroloogilise kirurgia alased kogemused. Peame vajalikuks rõhutada, et rajoonides peab uute ravi-võtete kasutuselevõtule eelnema operatsioonitehnika üksikasjadega tutvumine kollektiivis, kus on küllaldaselt kogemusi. Kuigi mao kiilreseksioon ei ole haigele küll mahukas operatsioon, on tema tehnika küllalt keerukas.

KIRJANDUS: 1. *Amdrup, E.* Ann. Chir. gynaecol., 1983, 72, 1—2. — 2. *Auranen, A., Äärismaa, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 3, 168. — 3. *Barth, H.* In: Hypothesen zur Bedeutung des Histamins und der Prostaglandine in der Ulcuspathogenese. Hochresezierende Ulcuschirurgie. Berlin—Heidelberg—New York, 1980, 8—19. — 4. *Burge, H.* Lancet, 1971, 1, 19, 1301. — 5. *Clagett, O. T.* Surg. Clin. North. Am., 1971, 51, 4, 901—906. — 6. *Domschke, W.* In: Zur Bedeutung protektiver Schleimhautfaktoren für die Pathogenese des Ulcus ventriculi. Nicht resezierende Ulcuschirurgie. Berlin—Heidelberg—New York, 1980, 30—34. — 7. *Douglas, M. C., Duthie, H. L.* Brit. J. Surg., 1971, 58, 10, 721—724. — 8. *Dragstedt, L. R.* Gastroenterol., 1956, 30, 208. — 9. Duodenal ulcer. Gastric ulcer. Sucralfate. A new Therapeutic Concept. Sucralfate symposium XI International Congress of Gastroenterology, Hamburg, 8.—13. June 1980. München—Wien—Baltimore, 1981,

133. — 10. *Jensen, H.-E., Badskjaer, J., Andersen, B. N. a. o.* World J. Surg., 1979, 3, 6, 765—773. — 11. *Johnson, C. L., Judd, E. S.* Surg. Clin. North. Am., 1971, 51, 4, 907—914. — 12. *Salupere, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 2, 110—118. — 13. *Salupere, V., Tamme, A., Kutti, B.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 1, 8—13.

14. *Бачев И. И.* Хирургия, 1982, 12, 39—42. — 15. *Климинский И. В., Галлинир Ю. И., Смирнов А. С. и др.* Хирургия, 1982, 3, 18—22. — 16. *Кузин М. И., Нишанов Ф. Н., Вилявин Г. Д.* Хирургия, 1983, 2, 3—7. — 17. *Кузин М. И., Постолов П. М., Кузин Н. М.* Хирургия, 1982, 12, 7—14. — 18. *Кузин Н. М., Постолов П. М.* Хирургия, 1981, 8, 33—37. — 19. *Мышкин К. И., Скопец М. Д., Скопец С. М.* Хирургия, 1983, 2, 11—14. — 20. *Нечай А. И., Меркулов О. А.* Вестн. хир., 1981, 7, 125—129. — 21. Рекомендации XXX Всесоюзного съезда хирургов по проблеме: «Хирургическая гастроэнтерология». Хирургия, 1981, 12, 40—41. — 22. *Рятсен В. И.* В сб.: Актуальные вопросы хирургии. Тарту, 1974, 38—40. — 23. *Сибуль У. Ф., Труев Р. А.* Вестн. хир., 1982, 4, 19—22.

Tallinna Pelgulinna Haigla
Tallinna Linna RSN Täitevkomitee
Tervishoiuosakond

Alkoholi liigtarvitamine on südamepuudulikkuse peamine põhjus — see on kardioloogide ühtne seisukoht. Alkohoolikud surevad südamehaigusse neli korda sagedamini kui maksätsirroosi põdejad. Kõrgest alkoholikontsentratsioonist alkohooliku mao- ja soolenõres on põhjustatud neil sagedane hemorraagiline gastriit. Neil tekivad ka peensoole mukoosete rakkude kahjustused, vitamiinivaegus suurendab resorptsioonihäireid. Muutuvad ka pankreaseenõre omadused. Ikka enam on alkohoolikutel avastatud pankreatiite, millest omakorda tulenevad kõhunäärme viimajuhade umbumised. Alkoholi toksilise mõju põhjused ei ole veel lõplikult välja selgitatud. Tõenäoliselt on väga oluline mitokondrite membraanide kahjustused. Seetõttu võrreldes kulutatud O₂-hulgaga on ATP- ja soojuseproduksioon suhteliselt väiksem. Just intensiivse energiakäibega elundid (süda, maks, kesknärvisüsteem) kahjustuvad alkoholi toimel eriti. Neerud ja kopsud, mida organism nende spetsiifilise funktsiooni soodustamiseks varustab verega rikkalikumalt, on alkoholi mõju suhtes «immuunsed».

Dtsch. Ärzztebl., 1981, 51.

UDK 616.342-002.44-08

SUKRAALFAAT KAKSTEIST-SÖRMIKU HAAVANDTÕVE RAVIS

AARRE AURANEN MARKKU ÄÄRIMAA · TURU

kaksteistsörmiku haavandtõbi, sukraalfaatravi

Peptilise haavandi teket on palju uuritud ning selle etioloogia ja patogeneesi kohta on esitatud palju teooriaid. Ehkki meie teadmised on veel üsna napid, on ometi ilmne, et soolhappel ning pepsiniil on keskne osa mao- ja kaksteistsörmikuhaavandi tekkes. Soolhappe osa arvatakse olevat pepsini aktiveerimiseks vajaliku happesusega keskkonna loomine (1, 6).

Peptilise haavandi ravi on suundunud peasjalikult mao happeerituse vähendamisele või eritunud happe neutraliseerimisele. Niimoodi on võimalik tõkestada pepsini aktiveerumist. Püüd leida aine, mis pepsini otseselt mõjutaks, on teadlased juhatanud sukraalfaadi uurimiseni ja kasutamiseni (5).

Sukraalfaat on sahharoosi oktasulfaadi alumiiniumisool, vees lahustumatu ja tal puuduvad paljude teiste sulfoonitunud polüsahhariidide antikoagulandi omadused, samuti ka koliiti põhjustav kõrvaltoime. Kahjulikud omadused on õige vähesed ja need ilmnevad ennekõike mao ja soolestiku piirkonnas. Tema ebasoodsam kõrvaltoime on põhjustada kõhukinnisust.

Sukraalfaadi peptilist haavandit raviv toime tugineb neljale toimemehhanismile (5): 1) mao ja kaksteistsörmiku limaskesta kaitsev toime; 2) pepsini proteolüütilist mõju tõkestav omadus; 3) hapet neutraliseeriv võime; 4) sapphapete sidumise võime.

Sukraalfaat moodustab koos proteiiniga haavandi põhjas kompleksi. See seos on reversiibel, kuid säilib paljude tundide kestel. Pepsinogeeni inaktiveerimine on irreversiibel ja maosekretsiooni pepsiniaktiivsus tõkestatakse sukraalfaadi annuse toimel 1...2 tunniks. Sukraalfaat ei ole tõeline antatsiid, kuid leeliselisusest johtuvalt on üks gramm sukraalfaati võimeline toimima puhvrina 13 milliekvivalendi vesinikioonide suhtes (kui pH on 4) ning see mõju avaldub limaskesta lähedal. Sukraalfaadi sapphapteid siduv võime on suurim happelises keskkonnas.

Sukraalfaadi ravitoime kohta on mitmel pool maailmas kliinilisi uurimusi üle 50 (7). Sukraalfaadi toimet on võrreldud platseebo, antatsiidi ja tsimetidiini toimega. B. Fixa ja O. Komárová (2) tõdesid neli nädalat kestnud sukraalfaatravi järel, et kaksteistsörmikuhaavand paranes 80% -l ja maohaavand 71% -l ravialustest. Platseeborühmas olid need protsendid vastavalt 60 ja 40. Soome teadlaste ühises uurimistöös, milles osalesid mitmed raviasutused, võrreldi sukraalfaadi ja antatsiidi mõju (3). Sukraalfaadi toimel paranes neli nädalat väldanud ravi tulemusena 60% duodeenumihaavandihageist, kaheksanädalase ravikuuri tulemusena 93% hageist. Antatsiidiga ravitute rühmas oli paranenute protsent vastavalt 44 ja 31. Maohaavanditõvest paranes pärast neljanädalast sukraalfaatravi 57% hageist, pärast kaheksanädalast ravikuuri 78%, antatsiidi kasutamise tulemusena aga vastavalt 13% ja 35%. I. Marks jt. (4) on võrrelnud sukraalfaadi ja tsimetidiini raviefektiivsust. Kaksteistsörmikuhaavandeist paranes kuuenädalase sukraalfaatravi järel 83% ja 12-nädalase ravi järel 100% hageist, tsimetidiiniga ravimisel vastavalt 71% ja 86%. Maohaavandeist vabanes sukraalfaatravi tulemusena kuue nädala jooksul 63% hageist, 12-nädalase ravi järel 83%, tsimetidiiniga ravitutest vastavalt 75% ja 89%.

Sukraalfaat on meie arvates kasutamiskõlblik preparaat peptilise haavandi ravis. Tema ravitoime on niisama hea kui tsimetidiinil ja kõrvalmõjud esineb vähe.

KIRJANDUS: 1. *Alphin, R. S., Vokac, V. A., Gregory, R. L. a. o.* Gastroenterology, 1977, 73, 495. — 2. *Fixa, B., Komárová, O.* In: Duodenal Ulcer, Gastric Ulcer, Sucralfate. A New Therapeutic Concept. Sucralfate Symposium. XI International Congress of Gastroenterology, Hamburg, 8—13. June 1980. Hamburg, 1980, 80—84. — 3. *Lahtinen, J., Äärimaa, M., Alakäila, K. a. o.* Farnos Medical News, 1982, 1, 14—16. — 4. *Marks, I. N., Wright, J. P., Denny, M. a. o.* SA Med. J., 1980, 57, 567—573. — 5. *Nagashima, R. J.* Clin. Gastroenterol., 1981, 3, (suppl. 2), 103—110. — 6. *Samloff, I. M. J.* Clin. Gastroenterol., 1981, 3, (suppl. 2), 91—94. — 7. *Äärimaa, M.* Farnos Medical News, 1982, 1, 11—13.

Turu Ülikooli Kirurgiakliinik

UDK 616.384-002:616-009

YERSINIA ENTEROCOLITICA ESINEMINE EESTI NSV-S

UNNA JÕKS SILVI GIVA EVE TAMM
VIIVE MARGUS · TALLINNJersinioos, *Yersinia enterocolitica* isoleerimine, epidemioloogia, esinemine Eesti NSV-s

Jersinioos on zoonooside hulka kuuluv vähe uuritud nakkushaigus. Haigusele on iseloomulik seedetrakti kahjustus, intoksikatsioon ja bakterieemia. Jersinioosi kliinilised ilmingud võivad olla väga mitmekesised, nagu gastriit, toksikoinfektsioon, enterokoliit, terminaalne ileiit, sepsis, hepatiit, hepatolienaalne sündroom, koletsüstiit, polüartriit, ostiit, Parinaud' ja Reiteri sündroom (3, 7).

Jersinioosi kliinilisest vormist olenevata täheldatakse seedetrakti kahjustusi alati. Omapäraks on kliiniliste ilmingute seos haigete vanusega. Gastroenterokoliidid esinevad peamiselt kuni 9...10 aasta vanustel lastel. 10...20-aastastel on ülekaalus pseudoapendikulaarne vorm, 20...40-aastastel terminaalne ileiit, 30...50-aastastel artriidid (7).

Esimesed andmed jersinioosi kohta ilmusid kirjanduses 1930-ndatel aastatel, mil inimeselt esmakordselt isoleeriti mikroobitüved, hilisema nimetusega *Yersinia enterocolitica* (6). Sihipäraselt hakati jersinioosi uurima 1960-ndatel aastatel Prantsusmaal, Belgias ja Šveitsis, nakkuse sage esinemine tehti kindlaks Skandinaaviamaades. Samal ajavahemikul oli jersinioosi diagnoositud ka Nõukogude Liidus (7).

Nii inimeste kui ka loomade haigestumist on registreeritud kõikides maailmajagudes (5). Nakkusallikana on oluline *Yersinia enterocolitica* esinemine koduloomadel, eriti sigadel, koertel ja ka kassidel (4).

Käesoleva töö eesmärk oli uurida jersinioosi levikut Eesti NSV-s selleks, et täpsustada selgitamata etioloogiaga ägedate soolenakkuste põhjusi.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Ajavahemikul 1981...1982 uurisime 475 uhteproovi, neist 180 juurviljalaost juur- ja puuviljalt, säilitusruumide seintelt, põrandalt ning taaralt ja 295 seakehalt Tallinna Lihakombinaadist. Samal ajavahemikul uurisime 181 haige fekaaliproovi. Kasutasime tahket Endo ja Ploskirjovi söödett ning Serovi rikastussöödet või puhverlahust (8). Fekaale külvasime paralleelselt nii kummalegi tahkele söötmele kui ka rikastussöötmetesse. Uhteproovid külvasime ainult rikastussöötmetesse. Neid hoidsime temperatuuril +4...+8 °C kuni 21 päeva, tehes Endo söötmele korduvaid väljakülve. Kõiki külve tahketel söötmetel inkubeerisime 24 t. temperatuuril 37 °C, seejärel niisama palju aega veel toatemperatuuril. *Yersinia*'ga sarnased pesad isoleerisime Olkenitski diferentsiaaldiagnostilisele söötmele. Seejärel uurisime kultuuri tavalise skeemi järgi, mida kasutame *Enterobacteraceae* sugukonda kuuluvate mikroobide identifitseerimiseks.

Uurimistulemused. Eraldasime kaks *Yersinia enterocolitica* tüve uhteproovidest, mis olid võetud Tallinna Lihakombinaadis tapetud sigade siseelunditelt (magu, maks), ning kuus tüve haigetelt.

Yersinia'd isoleeriti 2...14 aasta vanustelt lastelt. Haiguse algus oli äge, tekkisid kõrge kehatemperatuur ja kõhulahtisus. Iste 3...10 korda päevas, väljaheide vesine või oli selles rohkesti lima. Iste teisel-kolmandal haiguspäeval normaliseerus, kahel iste sagesenes. Haigus kestis kuni 15 päeva.

Kõik isoleeritud *Yersinia enterocolitica* kultuurid olid tüüpilised morfoloogiliste, tinktoriaalsete, kulturaalsete ja biokeemiliste omaduste poolest (1). Nad kujutasid endast polümorfseid, gramnegatiivseid kepikujulisi baktereid. Kõik kultuurid olid oksüdaasinegatiivsed, redutseerisid nitraate ning lõhustasid glükoosi oksüdeerimise ja fermentimise teel. Kultuurid moodustasid ureaasi nii Olkenitski kui ka Christenseni söötmel, ei assimileerinud tsitraati Simmonsi söötmel ning ei moodustanud fenüülalaniindesaminaasi. Nagu *Yersinia enterocolitica* liigile iseloomulik, olid kõik kultuurid liikumata temperatuuril 37 °C, liukuvad aga toatemperatuuril, andsid negatiivse Vogesi-Proskaueri reaktsiooni temperatuuril 37 °C ning positiivse toatemperatuuril, toatemperatuuril moodustasid

UDK 616.12-005.4-089

AORTOKORONAARSETE ŠUNTIDE VEREVOOLU KVANTITATIIVNE HINDAMINE KINOANGIO- GRAAFIA MEETODIL

TIIT REBANE JAAN EHA OLEV LUHA
TARMO SERKA · TALLINN

südame isheemiatõbi, aortokoronaarne šunteeri-
mine, šundiangiograafia, šundi verevool

ornitiindekarboksülaasi ning olid resis-
tentsed penitsilliini suhtes. Üks tüvi,
mis oli eraldatud seamaksalt, osutus
harvem esinevaks ramnoosipositiivseks
Yersinia enterocolitica variandiks (2).

Kolm esimest tüve identifitseeriti
NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi
Epidemioloogia Teadusliku Uurimise
Keskinstituudis: tüvi nr. 33 kuulub
serogruppi O3 ja tüvi nr. 87 serogruppi
O5, tüve nr. 92 aga tüpiseerida ei saa-
dad.

Kokkuvõte. Jersinioosijuhte on ette
tulnud ka meie vabariigis. *Yersinia*
bakterioloogilise uurimisega alustamine
laborites on igati põhjendatud. Sihi-
pärased uuringud aitaksid dešifreerida
ebaselge etioloogiaga soolenakkuste
suurt rühma, samuti ka haigusi, mis
kulgevad jersinioosi teiste kliiniliste
vormidena ning seetõttu satuvad kirur-
gide ja terapeutide vaatevälja.

KIRJANDUS: 1. *Bercovier, H., Alonso, J. M., Bentaiba, Z. N. a. o.* In: *Yersinia enterocolitica. Biology, Epidemiology and Pathology.* 3rd International Symposium on *Yersinia*. Montreal, 1977, 12—22. — 2. *Brenner, D. J.* Ibidem, 33—34. — 3. *Larsen, J. H.* Ibidem, 257—269. — 4. *Hurvell, B., Glatthard, V., Thal, E.* Ibidem, 243—248. — 5. *Mollaret, H. H., Bercovier, H., Alonso, J. M.* Ibidem, 174—184. — 6. *Shayegani, M., Menegio, E. J., McGlynn a. o.* Ibidem, 197—205.

7. *Ющенко Г. В.* Кишечные иерсиниозы. Научный обзор. М., 1977. — 8. Методические рекомендации по лабораторной диагностике кишечного иерсиниоза. Иркутск, 1979.

Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam
Tallinna Merimetsa Haigla

Müokardi kirurgiline revaskularisee-
rimine on tänapäeval südame isheemia-
tõve laialt levinud ravimeetod. Nende
operatsioonide tulemuste hindamisel on
tähtis koht operatsioonijärgsel korona-
rograafial ja šundiangiograafial (13,
15). Tulemuste analüüsimisel on ena-
mik autoreid piirdunud vaid kvalita-
tiivset laadi järeldustega, nagu näiteks
aortokoronaarne šunt avatud (oklusee-
runud), šunt ühtlase diameetriga (ahe-
nenud), šundi varustusala hea (rahul-
dav, mitterahuldav) jne. (2, 5, 7, 11,
15).

Käesoleva töö eesmärk oli koronaar-
šuntide funktsiooni kvalitatiivsele hin-

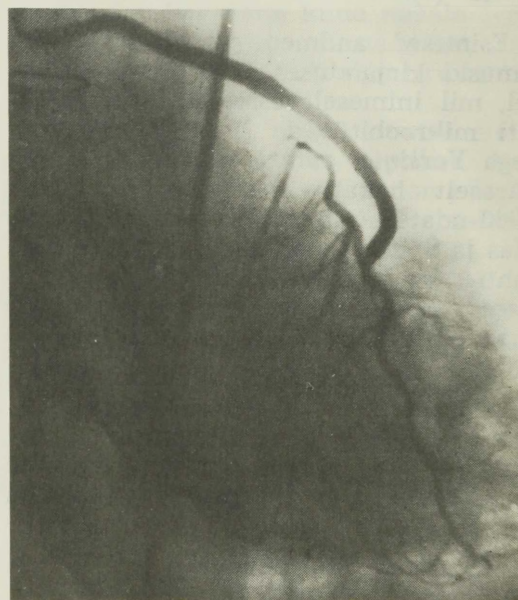


Foto 1. Eesmise vatsakestevahelise haru aorto-
koronaarne šunt (verevool 83 ml/min.).

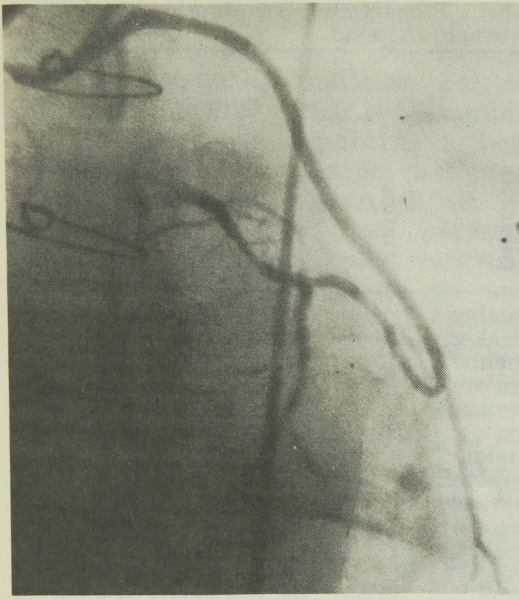


Foto 2. Vasaku pärgarteri nüriserva haru aortokoronaarne šunt (verevool 95 ml/min.).

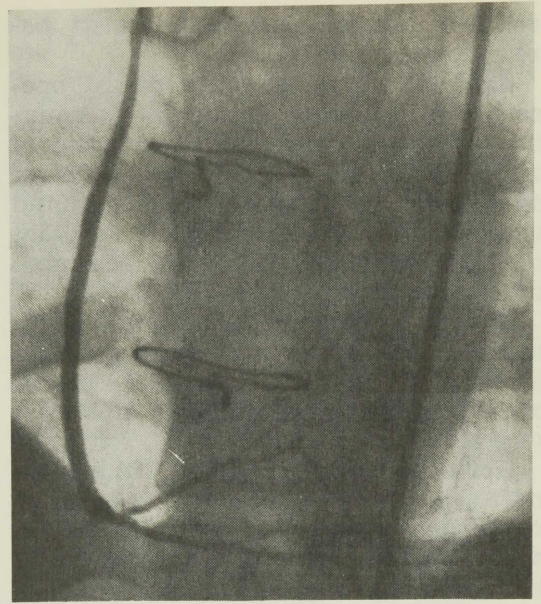


Foto 3. Parema pärgarteri aortokoronaarne šunt (verevool 37 ml/min.).

damisele lisaks ka kvantitatiivne hindamine, kasutades selleks šunti läbiva vere mahtu ajaühikus (edaspidi verevool).

Uurimismaterjal ja -meetod. Uuriti 26 haiget vanuses 37...61 aastat (keskmiselt 48,7 a.). 21-l oli müokardi revaskulariseeriv operatsioon plaaniline ja viiel haigel erakorraline.

Uuritule tehti kokku 55 šunti, nendest neli mammarokoronaarsed ja 51 veenšundid, seega keskmiselt 2,1 šunti haige kohta. Sealhulgas oli kuuel haigel üks šunt, 13-l kaks, viiel kolm ja kahel haigel neli šunti. Kõige sagedamini oli šunteeritud eesmise vatsakes-tevahelise haru artereid (29 juhul), harvem vasaku pärgarteri ümbritseva haru artereid (12) ja paremat pärgarterit (10 juhul) (vt. fotod 1, 2, 3).

21 haige operatsioonieelseks diagnoosiks oli krooniline südame isheemiatõbi NYHA III või IV funktsionaalse klassiga ning viiel erakorraliselt opereeritud infarktieleelne sündroom.

Enne operatsiooni tehti kõigil haigevil selektiivne koronarograafia koos vasaku südamevatsakese ventrikulograafiaga. Tulemustest lähtudes valiti müokardi revaskulariseerimise maht.

Operatsioonieagne verevool aortokoronaarsetes šuntides määrati elektromagnetilise floumeetriga (firma *Could Statham*, mudel 2204). Tehniliselt tehti seda vahetult enne operatsiooni lõppetappi, enne rindkere sulgemist. Šundi ümber asetati vastava kalibriiga andur ning aparadi skaalalt saadi lugem.

Suurema täpsuse huvides tehti seda mitu korda.

Mammarokoronaarsetel šuntidel määrati operatsioonieagne verevool vabavoolu meetodil, mis seisneb selles, et distaalsest šundi otsast lastakse verd voolata kindla ajavahe-miku kestel mõõteklaasi.

Operatsioonijärgne kontrolluuring tehti keskmiselt kuus ja pool kuud pärast operatsiooni (ajavahemikul 1...25 kuud). Kordusuuringul tehti selektiivne koronarograafia ja vasaku südamevatsakese ventrikulograafia ning selektiivne šundiangiograafia. Operatsioonijärgne verevool šuntides määrati K. Someri kirjeldatud meetodil (13): šundi selektiivsel kontrastuuringul jäädvustati kujutis kinofilmile kiirusega 50 kaadrit sekundis. Seejärel mõõdeti kinoprojektori ekraanile projitseeritud kujutiselt šundi tegelik pikkus ja läbimõõt, määrati kindlaks kontrastaine liikumise kiirus šundis. Andmete põhjal arvutati šundi verevool (ml/min.).

Tulemused. Aortokoronaarsetest veenšuntidest, mida oli kokku 51, osutsid operatsioonijärgsel kontrolluuringul avatuks 37. Vähemalt üks šunt oli avatud 21-l 23 haigest. Kõik neli mammarokoronaarset šunti olid pärast operatsiooni avatud.

Tabelist nähtub, et operatsiooni ajal oli pärgarterite šuntide keskmine verevool ligilähedane, näitajad erinesid

rohkem pärast operatsiooni, eriti parema pärgarteri osas.

Eraldi arvutasime välja pärast operatsiooni avatuks osutunud veenšuntide keskmise verevoolu operatsiooni ajal, see oli $58,6 \pm 21,5$ ml/min. Pärast operatsiooni okluseerunuks osutunud veenšuntidel oli keskmine verevool operatsiooni ajal $42,7 \pm 19,2$ ml/min., mis on oluliselt väiksem ($P < 0,05$).

Mammarokoronaarsetel šuntidel oli operatsiooni ajal määratud verevool keskmiselt $92,8 \pm 13,1$ ml/min., pärast operatsiooni angiograafiliselt määratud verevool $26,7 \pm 14,4$ ml/min.

Aortokoronaarsed šundid rühmitasime vastavalt sellele, milline oli šundi verevool operatsiooni ajal ja pärast seda. Esimeses rühmas on 9 šunti, mille keskmine verevool operatsiooni ajal ja pärast operatsiooni oli võrdne, vastavalt $69,9 \pm 25,5$ ja $64,7 \pm 24,1$ ml/min. ($P < 0,5$). Teise rühma kuulub 14 šunti, mille verevool operatsiooni ajal oli väiksem kui pärast operatsiooni, vastavalt $49,1 \pm 18,1$ ja $92,8 \pm 29,4$ ml/min. ($P < 0,001$). Kolmandas rühmas on 13 šunti, verevool operatsiooni ajal oli suurem kui pärast operatsiooni — $59,5 \pm 19,9$ ja $28,4 \pm 12,5$ ml/min. ($P < 0,001$).

Arutelu. Aortokoronaarseid ja mammarokoronaarseid šunte oleme iseloomustanud neid läbiva verevoolu alusel, mis summaarse näitajana peegeldab šundi ja tema varustusala funktsiooni. Aortokoronaarsetel veenšuntidel on verevool operatsiooni ajal üks šundi avatuks jäämist või okluseerumist määravaid tegureid (6, 8, 12, 14). Lisaks sellele võivad aortokoronaarsete šuntide okluseerumise põhjused olla veel mitmed teised, nagu subintimaalne proliferatsioon šundis (1, 7), konkureeriv verevool neil puhkudel, kui ühe ja sama pärgarteri eri harudele on asetatud mitu šunti (16), operatsioonitehnika vead (2, 6, 10), mitmesugused põletikulised muutused (16).

Tulemustest nähtub, et pärast operatsiooni avatuks jäänud veenšuntidel oli verevool operatsiooni ajal oluliselt suurem kui okluseerunutel. Seda on

Tabel. Pärgarterite veenšuntide keskmised verevoolu näitajad

Sunteeritud pärgarter	Suntide arv	Pärast operatsiooni avatud operatsiooni ajal	Keskmine verevool ml/min.	
			operatsiooni	pärast operatsiooni
Eesmine vatsakestevaheline haru või diagonaalharu	29	22	$54,0 \pm 21,4$	$61,6 \pm 35,5$
Vasaku pärgarteri ümbritsev haru või nüriserva haru	12	10	$54,3 \pm 23,9$	$65,2 \pm 43,3$
Parem pärgarter	10	5	$54,8 \pm 23,5$	$41,0 \pm 21,0$
			$P < 0,05$	
Kokku	51	37		
Keskmine			$54,2 \pm 22,0$	$59,3 \pm 31,4$

kinnitanud ka mitmed teised autorid, väites, et suurema operatsiooniaegse verevoolu korral okluseeruvad veenšundid harvem (4, 6, 8, 9, 12, 14).

Vaadeldud neljal mammarokoronaarsetel šundil oli verevool operatsiooni ajal küllalt kõrge ($92,8 \pm 13,1$ ml/min.), angiograafiline verevool pärast operatsiooni aga suhteliselt madal ($26,7 \pm 14,4$ ml/min.). Mammarokoronaarsete šuntide analoogilisi verevoolu näitajaid on esitatud ka kirjanduses (3, 4). Peamine põhjus, miks mammarokoronaarsed šundid ka verevoolu väikese mahu juures avatuna püsivad, arvatakse olevat neid läbiva verevoolu 2...3 korda suurem joonkiirus aortokoronaarsete veenšuntidega võrreldes (3).

Meie andmeil olid veenšuntide keskmised verevoolu väärtused operatsiooni ajal 50...60 ml/min. piires (vt. tabel), eesmisele vatsakestevahelisele harule asetatud šuntides üksikjuhtudel kuni 115 ml/min., vasaku pärgarteri ümbritseva haru šuntides kuni 95 ml/min. ja parema pärgarteri šuntides kuni 88 ml/min.

Kirjanduse andmeil võivad nimetatud verevoolu väärtused olla ka tunduvalt suuremad, näiteks eesmise vatsakestevahelise haru šuntides 250 ml/min., vasaku ümbritseva haru šuntides 180 ml/min. ja parema pärgarteri šuntides 135 ml/min. (8, 13, 16).

Tulemustest selgub, et paremale pärgarterile asetatud šuntide verevoolu väärtused pärast operatsiooni on operatsiooniaegsega võrreldes suhteliselt madalad, vastavalt $54,8 \pm 23,5$ ml/min. operatsiooni ajal ning $41,0 \pm 21,0$ ml/min. pärast operatsiooni.

Vaadeldes šuntide rühmi, kus oli võrreldud šundi verevoolu operatsiooni ajal ja pärast seda, selgub, et verevool jäi praktiliselt samaks üheksal juhul 36-st, suurenes pärast operatsiooni 14-l ning vähenes 13 juhul. Esimesel juhul oli šundi ja tema varustusala seisund operatsiooni ajal ja pärast seda ilmselt sarnane. Teisel juhul oli šunteeritav pärgarter operatsiooni ajal funktsionaalselt täielikult avanemata, küll aga avanes pärast operatsiooni.

Kolmanda rühma šuntide verevool osutus pärast operatsiooni oluliselt madalamaks kui operatsiooni ajal, enamasti alla 30 ml/min. Kas siin on tegemist mõne šunti okluseeriva protsessi algusega või müokardi vereringe ümberkohastumisega, seda näitavad sama kontingendi kordusuuringud.

Järeldused.

1. Elektromagnetiline floumeetria ja kinoangiograafiline verevoolu määramine aortokoronaarsetes šuntides annavad omavahel võrreldavaid tulemusi.

2. Kinoangiograafiline verevoolu määramise meetod võimaldab operatsioonijärgsel kontrolluuringul kvantitatiivselt hinnata šuntide funktsiooni ja võrrelda näitajaid operatsiooniaegsega.

3. Avatuks jäävatel aortokoronaarsetel veenšuntidel on keskmine verevool operatsiooni ajal suurem kui pärast operatsiooni okluseerunutel.

KIRJANDUS: 1. *Bukley, B. H., Huteins, G. M. Circulation, 1977, 55, 1, 163—169.* — 2. *Campeau, L., Lesperance, J., Corbara, F. a.o.*

Can. J. Surg., 1978, 21, 2, 118—120. — 3. *Dobrin, P., Canfield, T., Moran, J. a.o. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1977, 74, 3, 445—454.* — 4. *Flemma, R. J., Singh, H. M., Tector, A. J. a.o. Circulation, 1974, 49/50, Suppl. III, 110.* — 5. *Fowler, N. B., Marshall, L. J., Zir, L. a.o. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1980, 79, 2, 288—293.* — 6. *Grondin, P. R. Ann. Thorac. Surg., 1981, 31, 5, 398—399.* — 7. *Hamby, R. J., Hoffman, J., Weisz, D. a.o. Am. Heart J., 1980, 17, 5, 607—613.* — 8. *Hochberg, M. S., Merrill, W. H., Michaelis, L. L. a.o. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1978, 75, 1, 38—46.* — 9. *Kolibash, A. J., Lewis, R. P., Goodenow, J. S. a.o. Chest, 1980, 77, 1, 17—23.* — 10. *Schmuziger, M. Vasc. Surg., 1979, 13, 6, 365—373.* — 11. *Sivertsen, E., Semb, G. Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1979, 13, 3, 241—249.* — 12. *Smith, H. C., Frye, R. L., Davis, G. D. a.o. Circulation, 1971, 44, Suppl. 2, 107.* — 13. *Somer, K. Ann. Clin., Res., 1979, 11. Suppl. 23, 1—57.* — 14. *Suzuki, A., Kay, E. B., Hardy, J. D. Circulation, 1973, 48, Suppl. 3, 199.* — 15. *Uriccio, J. F., Bentivoglio, L. G. Am. J. Med., 1978, 65, 10, 619—626.* — 16. *Urschel, H. C., Rolando, J., Solis, M. Am. J. Cardiol., 1972, 26, 2, 295.*

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut
Tallinna Kiirabihaigla

Inimese vähigeeni avastamisest on üksteisest sõltumatult ning samaaegselt teatanud kolm USA teadlaste uurimisrühma. Seejuures on kõne all üks soolevähi-, üks kusepõievähi- ja üks rinnavähigeen. Üks teadlastest on arvamusel, et üks ja sama geen võib põhjustada nii kopsuvähki kui ka soolevähki. Nüüd on vaja üksikute geenide põhijärjekord välja selgitada ja nende asukoht kromosoomidel kindlaks teha. Vähigeenide olemasolu tõestus aitab vähi päritavuse probleemi selgitada ja võib-olla meil ka edasi jõuda vähi varajaseks avastamiseks tehtud püüdlustes.

Wissenschaft u. Fortschritt, 1983, 3, 99.
Biowiss. Inform., 1982, 1, 33.

Alkoholiitarvitus Saksa FV-s on ümberarvestatult 12,7 liitrit absoluutset etanooli iga inimese kohta aastas. Niisugust laialdast alkohoolsete jookide tarvitamist on kirjanduses nimetatud alkoholiepideemiaks. 4,5% täiskasvanuist, s.o. 2,2 miljonit inimest, joob Saksa FV-s iga päev 150 ml etanooli ning neid peetakse alkohoolikuteks. Iga täiskasvanu energiatarvidus kaetakse seal keskmiselt 10% ulatuses alkohoolseid jooke pruukides.

Humanitas, 1983, 7.

Ülevaated

UDK 616.33:613.81(047)

ALKOHOL JA MAGU

VELLO SALUPERE . TARTU

alkohol, magu, äge kahjustus, krooniline gastriit

Kroonilise alkoholismi puhul võivad alati kahjustuda peaaegu kõik elundid, eriti seedeelundid. Ent tavaliselt kahjustub üks neist rohkem kui teised (4). Muu hulgas on alkoholismi korral erilist tähelepanu pälvinud just nende elundite seisukord, mille kaudu alkohol organismi sisekeskkonda jõuab, näiteks magu, või milles enamik temast metaboliseeritakse, näiteks maks.

Kui vaadelda alkoholi toimet maosse, siis torkab silma selle probleemi kaks külge. Üks neist on alkoholismi vahekord maohaigustega ja teine on küsimus, pahatihti küll vääriti hinnatud, kas ja kuidas alkoholi ühekordne pruukimine veel mittealkohoolikul mõjutab tema mao talitlust ning maohaiguste teket. Tihtilugu ei ole just alkoholi ühekordse väikese annuse (tervisenapsi) keelamine või lubamine tervele ja paraku ka maohaigele arstide poolt piisavalt motiveeritud.

Toit püsib maos tema konsistentsist, mao toonuse ja motoorika individuaalsetest iseärasustest johtuvalt paarikümnest minutist paari tunnini. Elanike seas sageli ettetuleva kroonilise gastriidi, eriti tema atroofiliste vormide korral pikeneb maosisaldise evakuatsiooniaeg veelgi (3). Äsja öeldu valgusel saab mõistetavaks, miks alkohoolsetest jookidest ei kahjustu söögitoru — toit ja ka etanool püsivad söögitoru-

valendikus niivõrd lühikest aega, et tavalise joogikangusega alkohol ei jõua limaskesta kahjustada. Öigupoolest on tähtis ka see, et söögitoru vooderdab mitmekihiline lameepiteel, mis on muutunud vastupidavaks väliskeskkonnast päritolevate söövitava toimega ainete vastu. Mao näärmeepiteeliga on lood teised.

Alkoholi ühekordne annus ergutab maosekretsiooni, eriti teevad seda lahjemad alkohoolsed joogid, nagu õlu ja vein. Suur annus kanget alkoholi tekitab mao limaskestas ägeda hüperemia, hemorraagiaid, isegi veritsevaid pindmisi haavandeid — erosioone (11). Eriti märkimisväärne on toime siis, kui alkohol toimib tühjasse maosse, kui alkoholi pruukimise ajal ei sööda. Niisugusel juhul võib osa soolhapet tootvaid parietaalrakke isegi nekrotiseeruda. Ent toime on ajutine, see sõltub alkoholi kontsentratsioonist joogis ja joodud joogi hulgast. Nii näiteks leiti H. M. Spiro (14) andmeil kuus tundi pärast rohket joomist mao limaskestas nekroosikoldeid, intensiivseid rakkinfiltraate ja erosioone. 7... 20 päeva hiljem osutus biopsialeid 90% -l juhtudest normis olevaks. Ka C. S. Pitchumoni ja G. B. J. Glass (10) rõhutavad, et pärast alkohoolist põhjustatud kahjustust regenereerub mao limaskest intensiivselt.

Püsivat mao limaskesta kahjustust alkoholi ühekordne pruukimine seega ei põhjusta. Kuid ka tavalise joogikangusega alkoholi ja eriti lahjemate (õlu, vein) jookide maosekretsiooni ergutav toime on halb seetõttu, et pahatihti ei sööda alkoholi pruukimise ajal piisavalt ja et alkohol ise ei seo enda poolt esilekutsutud peptiliselt aktiivset sekretsiooniprodukti. Alkohol lõhub alati mingil määral ka mao limaskesta barjääri ja sellest süguneb vesinikiooni rohke tagasidifusioon läbi limaskesta (2, 10, 11). Niiviisi võib alkohol analoogiliselt muude sekretoorselt aktiivsete ainete, nagu kange must oakov, lihapuljongid või muud ained, osutada ultserogeenseks, s. o. haavandi teket (ägenemist) vallandavaks. Ometi on ekslik arvata, et alkohoolsed joogid

põhjustavad haavandtõbe. Haavandtõve patogenees on osalevate tegurite rohku- se tõttu selleks liiga komplitseeritud. Inimesele, kellel haavandivalmidust ei ole, ühekordne jooming tõenäoliselt haavandtõbe ei tekita, kuigi taolisel alkoholi pruukimisel on kaheldamatu, ehkki ajutine toime maosse. Ja siit järeldus — ühekordne väike alkoholikogus (tervisenaps) ei ole ka haavandtõbi- sele halb, kuid tingimusel, et haavand on paranenud ja et samal ajal korrali- kult söödaks.

Teisiti on lugu kroonilise alkoholis- miga, mille korral inimene päev-päev- valt aastaid on tarvitanud joovastavaid jooke, päevas vähemalt 80 g absoluut- sele alkoholile vastavas koguses. Kir- janduses vaieldakse peamiselt selle üle, kas aastaid väldanud joomine tekitab mao limaskesta kroonilise taaspöördu- matu kahjustuse — kroonilise gastriidi. Küsimus on tähtis, sest kroonilise gast- riidi tekkimise ja püsimise seaduspära- sused ei ole veel piisavalt selged.

Suurem osa alkoholi imendub peen- soolest. Mingil määral imendub eta- nooli ka maost, kuid seda limiteerib al- koholi kui vedeliku suhteliselt kiire maos edasiliikumine. Vaid pülooruse täielik ligeerimine koertel on võimal- danud tõdeda, et 200 ml 37%-list alko- holi imendub maost 180...210 minu- tiga (2). See on siiski eriolukord, sest tavalistes tingimustes alkohol maos kaua ei püsi ja maoseinas oluliselt ei metaboliseeru. Inimese maoseina kaks alkoholdehüdrogenaasi isoensüümi on alkoholi metabolismis vähetahtsad, sest nende aktiivsus (1...2 T_U) on maksa aktiivsusega võrreldes (1000 T_U) tühi- ne (6). Järelikult ka alkohoolikul, hoo- limata alkoholi sagedast pruukimisest, toimib etanool maos lühiaegselt, tema imendumine maost on vähene ja meta- boliseerumine maoseinas tühine. Maini- tud seigid on eelduseks, mis sunnivad kahtlema võimaluses, et alkohol tekitab mao limaskesta püsikahjustuse.

Kirjanduse andmeid alkoholi kestva pruukimise toime kohta maosse tuleb käsitleda teatud kriitikaga. Ja seda mit- mel põhjusel.

Esiteks, senini ei ole olnud täpset meetodit joodud etanooli hulga, kahjuks ka joomisaja kindlaksmääramiseks. See johtub eri kangusega jookide tarvitami- sest ja sellest, et osa alkohoolikuid ei anna täpseid andmeid teadlikult, osa aga oma joomise üksikasju kuigi täp- selt ei mäleta.

Teiseks, kroonilise gastriidi kui prak- tiliselt kõige tähtsama alkoholismi mao- kahjustuse diagnoosimine ei ole autori- tel pahatihti piisavalt korrektne. See- pärast ei saa tõsiselt arvestada näiteks neid töid, milles gastriidi diagnoosimi- seks on kasutatud sobimatuid meeto- deid, nagu röntgenuringut, maomahla- analüüsi või isegi gastroskoopiat. Kroo- nilise gastriidi nüüdisaegseks diagnoosi- miseks kõlbab vaid gastrobiopsia ja se- da tingimusel, et proovitükid võetaks mitte ainult maokorpusest, vaid ka maoantrumist (18). Just niisuguse me- toodikaga töid on eriti vähe.

Kolmandaks ei arvestata (ei ole või- malik arvestada) uuritavate mao limas- kesta seisundit enne alkohoolikuks saa- mist. Krooniline gastriit on täiskasva- nute seas alkoholismist sõltumatult vä- ga sage haigus. M. Siurala ja kaasauto- rid (13) leidsid epidemioloogilisel uuri- misel, et näiteks Soomes põeb ainuüksi korpusegastriiti 53% täiskasvanud ela- nikest, sealhulgas 25% atroofilist gast- riiti. K. Villako ja kaasautorite (16) andmeil on Eesti NSV-s neid 45% ja 20%. K. Villako lisab ka antrumigast- riidi sageduse vaadeldavas populatsioo- nis: 68% ja 29%.

G. Wolff (17), kes võttis ja uuris 1006 inimesel maokorpusest proovitükke, jä- reldab oma tööst, et alkohol kroonilise gastriidi teket ei mõjuta, sest 207 isi- kut, kellel maokorpuse limaskest oli normaalne, jõid joovastavaid jooke keskmiselt rohkem kui 435 atroofilist gastriiti põdejat. Samuti ei erinenud maokorpuse limaskestaleid õlle ja brän- di joojate vahel (250 ml õlut = 20 ml brändit).

Ent vastupidiselt G. Wolffile väidab D. M. Roberts (12), et alkohol on mao limaskesta kahjustuse klassikaline ek- sogeenne põhjuslik tegur ja et tema

pidev tarvitamine tekitab gastriidi otse toime kaudu limaskestasse. D. M. Roberts võttis maokorpuse limaskestast ühe proovitüki pärast kestvaid rohkem joomist tugevas alkoholjoobes hospitaliseeritud 31 isikult, 25 düspeptiliste vaevuste all kannatavalt joodikult (*heavy drinker*), 27 düspeptiliste vaevustega, kuid mittejoodikult ja võrdles neid andmeid 19 kontrollrühma isiku andmetega, kellel sümptoome ei olnud. Ta leidis, et 31 haigel oli gastriit pärast kestvaid joomist raskem kui kontrollrühma isikuil, kes ei joonud. 25 joodikut aga jäid nimetatud rühmade vahepeale. Raskeastmelist limaskestaatroofiat täheldati väga harva mittealkohoolikutel, ehkki viimane rühm ei olnud D. M. Robertsil eriti arvukas ning nende keskmine vanus oli vaid 21,1 aastat, seevastu 31 alkohooliku keskmine vanus 34,1 aastat. Lisaks vähearvukale kontrollrühmale, mis koosnes noortest, 18...28-aastasest — selles vanuses esineb gastriiti tavaliselt harva —, oli D. M. Robertsil töös veel muidki meetodilisi puudusi, mis sunnivad tema järelduste tõepärasuses kahtlema. Nii näiteks ei olnud tal andmeid gastriidi sageduse kohta enda uuritud populatsioonis. Ta võttis vaid ühe proovitüki, leiu hindamisel kasutas ajast ja arust hüpertroofiamõistet, atroofiat hindas muu hulgas mao limaskesta paksuse järgi jms.

E. D. Palmer (7) on oma lühivastuses toimetuse artiklile seisukohal, et krooniline gastriit ei ole alkoholismi tagajärg. Ta arvab, et krooniline gastriit alkohoolikutel ei ole sagedam kui näiteks teejoojalil.

G. B. J. Glass ja C. S. Pitchumoni (5) järeldavad 100 kroonilise alkohooliku ja 80 mittealkohoolikust kontrollisiku nüüdisaegsel gastrobiopsiameetodil uurimise põhjal, et kroonilisele alkohoolikule iseloomulikuks limaskesta muutuseks on antrumigastriit, sest neil esineb seda ligikaudu kaks korda sagedamini kui karsklastel. Maokorpuse gastriidi sagedus mõlemas rühmas aga ei erinenud. Viimase tööga valgusel oli

ootuspärane, et C. S. Pitchumoni kaasautoritega (9) ei leidnud vahet parietaalrakkude antikehade esinemissageduses alkohoolikutel ja joovastavaid jookke mittepruukivail isikuil. Nende andmetega on väga sarnased ka F. F. Parli ja kaasautorite (8) tulemused, mille nad on saanud 72 alkohooliku ja 24 mittealkohooliku uurimisel. Lisaks juba märgitud antrumigastriidi sagedusele alkohoolikutel oli neil ka limaskestakahjustus raskem. Alla 45-aastasest leiti krooniline gastriit üksnes alkohoolikutel.

Viimastel aastatel on lisandunud veel mõned alkoholi toimet maosse käsitlevad uurimused, mille tulemused kahjuks aga on eespool toodutele jällegi vasturääkivad. J. Valencia-Parparcén (15) pooldab oma ülevaates kategooriliselt seisukohta, et krooniline gastriit ei ole alkohoolset päritolu. R. Cheli kaasautoritega (1) võrdles omavahel mittealkohoolikuist voluntääre, kellel sümptoomid puudusid, ning joodikuid kas maksakahjustustega või ilma nendeta ja maksatsirroosihaigeid-mittealkohoolikuid. Ta kasutas nüüdisaegset multipli gastrobiopsia meetodit: kolm tüki korpusest ja kaks antrumist. R. Cheli ja kaasautorite arvates ei ole alkoholil spetsiifilist osa gastriidi tekkes, sest kui võrrelda eespool mainitud haigeid vanuserühmade kaupa, siis erinevust gastriidi esinemises nende vahel ei ole.

Kokkuvõtteks. Alkohoolised joogid, isegi juhupruukimise korral, kaheldamatult toimivad maosse. See seisneb peasjalikult maosekretsiooni ergutamises, tugevatoimelisemate jookide pruukimise korral ka limaskesta hemorraagiatega, nekrobioosi ja erosioonide tekkes. Enamasti (alkoholist loobumise korral) on äge limaskestakahjustus taaspöörduv. Teatud asjaolude kokkusaatumisel (tühi kõht, haavandtõve eeldustega isik) võib aga maosekretsiooni tõus soosida haavandit või haavandtõve ägenemist. Haavandtõve põhjuseks alkoholi aga päris kindlasti pidada ei saa.

Mao uurimine kroonilise alkoholismi korral on seniajani põrganud oluliste

metoodiliste raskuste vastu, mistõttu osa autorite tulemused on väheusaldatavad. Paljudel juhtudel ei võeta küllaldaselt proovitükke mõlemast maosast, hinnatakse üle limaskesta paksuse tähtsust, kontrollrühmad ei ole alkohoolikute rühmadega vanuseliselt võrreldavad jne. Enamik järeldusi alkoholismi toimest põhineb ühemomentsetel uuringutel, arusaadavatel põhjustel ei ole õnnestunud kindlaks teha mao limaskesta seisundit enne joomisega alustamist. Ei teata gastriidi sagedust võrreldavates vanuserühmades samas populatsioonis, kust alkohoolikud pärinevad. Selle kõige tõttu saab seniste uuringute põhjal öelda vaid seda, et alkoholism näib mao limaskesta seisukorda mõjutavat mitteoluliselt. Vaid mõne autori poolt leitud antrumigastriidi sagedam esinemine on teatud määral ühendatav alkoholi pideva tarvitamisega. Et seedimiseks vajaliku sekretoorse talitluse eest vastutab maokorpus, siis on ilmne, et nii mao talitluse kui ka kliiniliste nähtude seisukohalt ei peaks alkohoolikud erinema populatsiooni muudesse võrreldavatesse vanuserühmadesse kuuluvaist isikuist. Alkoholist johtuva antrumigastriidi tõeline sagedus ja võimalikud tagajärjed, eriti maovähi tekke seisukohalt, näib olevat tuleviku üks perspektiivseid uurimisuundi.

KIRJANDUS: 1. *Cheli, R., Giacosa, A., Marrenco, G. a. o.* Z. Gastroenterol., 1981, 19, 9, 459—463. — 2. *Chey, W. Y.* Digestion, 1972, 7, 3/4, 239—251. — 3. *Davies, W. T., Kirkpatrick, J. R. a. o.* Scand. J. Gastroenterol., 1971, 6, 4, 297—301. — 4. *Edmondson, H. A.* Am. J. Clin. Pathol., 1980, 74, 5, 725—742. — 5. *Glass, G. B. J., Pitchumoni, C. S.* Human Pathol., 1975, 6, 2, 219—250. — 6. *Hempel, J. D., Pietruszko, R.* Alcoholism (NY) 1979, 3, 2, 95—98. — 7. *Palmer, E. D.* JAMA, 1973, 223, 6, 691—692. — 8. *Parl, F. F., Lev, R. a. o.* Human Pathol., 1979, 10, 1, 45—55. — 9. *Pitchumoni, C. S., Lopes, J. D., Glass, G. B. J.* Am. J. Gastroenterol., 1975, 64, 3, 189—190. — 10. *Pitchumoni, C. S., Glass, G. B. J.* In: Progress in Gastroenterology, vol. III. New York, San Francisco, London, 1977, 717—758. — 11. *Porter, L. E.* Gastroenterology, 1981, 81, 3, 594—615. — 12. *Roberts, D. M.* Gut, 1972, 13, 10, 768—774. — 13. *Siurala, M., Isokoski, M. a. o.* Scand. J. Gast-

roenterol., 1968, 3, 2, 211—223. — 14. *Spiro, H. M.* Clinical Gastroenterology. New York, Toronto, London, 1977. — 15. *Valencia-Pararcén, J.* Clin. Gastroenterol., 1981, 10, 2, 389—399. — 16. *Villako, K., Kekki, M., Tamm, A. a. o.* In: 10. International Congress of Gastroenterology. Abstracts, II. Budapest, 1976, 676. — 17. *Wolff, G.* Scand. J. Gastroenterol., 1970, 5, 289—291.

18. *Салутере В. П.* Проблема хронического гастрита. Таллин, 1978.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

Vähiuurimise ja -tõrje prognoos 2000. aastani on sotsialistlike riikide teadlaste koostöös olulisel kohal. Molekulaarbioloogia tormilise arengu tõttu on veel sellel sajandil vähiprobleemis suuremat selgust oodata. Ühisuurimises on mitmeid andmeid: vähihaigestumus suureneb, vähktõvest põhjustatud suremus jääb konstantseks. Euroopas sureb iga viies inimene vähki. 30...50-aastaste eurooplannade surma põhjuste hulgas on vähk esimesel kohal. Rinnavähki haigestumine sageneb, samuti nagu jämesoolevähi esinemissagedus naiste hulgas. On selge, et vähi teke on mitmeastmeline ja komplitseeritud protsess. Tuumoriviroloogia on praegu jõudnud selleni, et viiruste osalemise kohta inimorganismis mõningat liiki kasvajate tekkes on esitatud usaldatavaid tõestusi. See aga ei tähenda veel seda, et vähktõbi on nakkav nagu nakkushaigus. Raku molekulaarbioloogilised uurimised annavad meile tõenäoliselt uusi teadmisi selle kohta. Vähiimmunoloogias on märkimisväärsed uurimistulemused saanud NSV Liidu ja Saksa DV teadlased.

Humanitas, 1983, 7.

UDK 616.33-006.6-072.1-086(047)

MAOVÄHI KONTSEPTSIOONAGU LIPPING · TALLINN
ALBERT FIGUS · JÁSZBERÉNY

maovähk, vähieelsed seisundid, düsplaasia, endoskoopiline polüpektoomia, kirurgiline ravi

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni eksperdid eristavad mao limaskestas vähieelset seisundit vähieelsest kahjustusest. Esimene on kliiniline mõiste ja hõlmab haigete rühma, kellel on vähirisk suur. Vähieelne kahjustus aga tähistab haiguslikult muutunud kude, mille puhul vähi teke on tõenäolisem. Vähieelseteks seisunditeks peetakse atroofilist gastriiti, maohaavandit, pernitsioosset aneemiat, maokõnti, mao polüüpe ja Ménétrier'tõbe. Oluline pahaloolumisuse potentsiaal on neist üksnes atroofilisel gastriidil, pernitsioosel aneemial, maokõndil ja mõnel polüübil (18).

Maohaavand · pahaloolestub 1... 2% -l juhtudest (25), niisama harva leitakse haavandivähkisid maovähi operatsioonipreparaatides (30). Varajastest maovähkidest hõlmavad haavandunud vormid 59... 72% (21, 30). Kuni 5 mm läbimõõduga kartsinoomide seas oli lamedaid (IIB) maovähi makroskoopilisi vorme 43%, mis kasvamiselt hiljem kas madalduvad või kõrgenevad (11). Niisuguseid algvorme on ka jaapanlaste ligikaudu 1000 analüüsitud varajasest maovähhist ainult 1,6% (21). Vabariikliku Onkoloogiadispenseri 11 aasta jooksul saadud operatsioonipreparaatides leiti kaks lamedat varajast maovähki (2,4%) ja needki koos samaaegsete või varem diagnoositud suurte invasiivsete maovähkidega (30). Endoskoopia põhiprobleemiks mao limaskesta haavandiliste defektide puhul jääb sekundaarselt haavandunud maovähi välistamine.

Ménétrier' tõbe on ingliskeelses perioodikas 25 aasta jooksul kirjeldatud 50 juhtu 37 sünonüümse nimetusega. Nagu möödunud sajandil, peetakse nüüdki vähi teket kroonilise hüpertroofilise gastriidi alusel võimalikuks, kuid mitte tõestatuks (5).

Maokõndi vähk nagu atroofiline gastriitki on sagedam Billroth II järgi resecteeritud magude puhul (6). Vähi tekitav tegur maokõndis on duodeno-gastraalne refluks. Rottidega tehtud katsed on tõestanud maokõndi vähi esinemissageduse sõltuvust mao—tühisoole anastomoosi tüübist. Eelistatuim on Y-kujuline Roux' gastroenterostoom, mis juhib sapi ja pankreaseenõre tühisoolde (2, 15). Brauni anastomoosita gastroenteroanastomoos (obligatoorne refluks) põhjustas Billroth II järgi resektiooni korral maokõndi vähi 30% -l katseloomadest, Brauni anastomoosiga gastroenteroanastomoos (osaline refluks) 23,1% -l katseloomadest, ent Y-kujulise Roux' gastroenterostoomia korral vähi ei tekkinud (15). Koertel pärast gastrektomiajärgse osalise refluksi kõrvaldamist Roux' anastomoosi abil läheb krooniline gastriit tagasi histoloogilisse normi, mukoossetest näärmekaela piirkonna rakkudest areneb kuni 10% uusi parietaalrakke (16).

Pernitsioosse aneemiaga haigetel tekitab mao limaskestas intestinaalse metaplaasiaga atroofilise gastriidi foonil polüpoidsed vohandid, mille kohta ei ole ühtset definitsiooni ega terminoloogiat (18).

Mao polüüpidest on pahaloolestumise võime üksnes adenoomidel. 5% varajasi maovähke tekib adenoomidest (10). Mittekasvajalistes hüperplastilistes polüüpidest areneb maovähk väga harva. Düsplastilised muutused polüübis, mis eelnevad vähile, on seletatavad kartsinogeneeni ülemäärase absorptsiooniga (7). 10% -l juhtudest kaasnevad varajaste maovähkidega hüperplastilised polüübid (10), kusjuures tavaliselt esineb vähk mitte polüüpidest, vaid mujal limaskestas (19).

Jämesoole lümfaatiline põimik (pleksus) paikneb limaskestast lihaslestmest, ainult üksikud tõmbiotsalised lümfaatilised lüngud ulatuvad krüptide aluseni (4). Seepärast jämesoole intramukoosne vähk ilma invasiivse kasvuta limaskestast lihaslestmesse veel kliiniliselt pahaloostuline ei ole, kuid jämesoole

kartsinoomide resetseerimisel leiti 25%–l juba 1...2 metastaatilist regionaarset lümfisõlme (1). Maos ulatuvad lümfisooned limaskesta, mistõttu juba varajasel vähil võib olla metastaase (3, 30). Endoskoopiline polüpektoomia on maligniseerunud polüüptide puhul terapeutiline, kui on täidetud kolm nõuet: 1) polüüp on eemaldatud tervete kudede piirides; 2) on tegemist kõrgelt või mõõdukalt diferentseerunud adenokartsinoomidega; 3) puudub kartsinomaatoosne lümfangiit; sel juhul on metastaaside risk vähem kui 3% ning operatsiooni tagajärjel suuremise riskist väiksem. Kui mõni eeltoodud nõuetest jääb täitmata, on näidustatud operatsioon, sest operatsioonirisk on väiksem metastaaside tekke riskist (3).

Atroofilise gastriidi hindamise teeb suhteliseks dünaamiline üleminekutsoon, mis haige vananemisel nihkub kardiasuunas, kiiremini piki väikest kõverikku (13). Praktilises töös piisab kroonilise gastriidi jaotamisest kolme rühma: 1) superfitsiaalne gastriit, kui lümfotsüüdid, plasmarakud ja eosinofiilid lokaliseeruvad limaskesta välimises kolmandikus; 2) atroofiline gastriit, mille puhul mao kehaosa spetsiifilised funktsionaalsed rakud on arvuliselt vähenenud või asendunud mukoidsete näärmetega ja 3) atroofiline gastriit koos intestinaalse metaplaasiaga, kui parietaal- ja pearakud on asendunud mukoidsete näärmetega, võimalik on isegi tüüpiliste peensoole krüptide teke.

Samal ajal on üldise arusaamaga vastuolus seisukoht pidada normiks ja mitte omistada kliinilist tähtsust intestinaalsele metaplaasiale mao üleminekutsoonides, nagu kardias, antrumi-korpuse piiritsoon ja prepülooriline piirkond (22). Enamik intestinaalseid metaplaasiasid on kõrgelt diferentseerunud, nende omadused on lähedased peensoole omadustele, mis patsiendi vananemisel ja metaplaasia levimisel omandavad jämesoole limaskesta omadused. Sellisel muutunud intestinaalne metaplaasia on madalalt diferentseerunud ja on tihedamalt seotud kantserogeneesiga kui intestinaalne metaplaasia tervikuna

(26). Atroofilist gastriiti ja intestinaalset metaplaasiat kasutatakse epidemioloogiliste markeritena maohaavandite puhul, neist informatiivsem on epiteeli düsplaasia.

Düsplaasia on vähieelne kahjustus kõikide vähieelsete seisundite puhul, mida esineb foveolaarses või intestinaalses epiteelis. Düsplasiaajuhtudel täheldatakse rakulist atüpsismi, ebanormaalselt diferentseerumist ja limaskesta desorganiseerunud ehitust. Vastavalt kahjustuse raskusele eristatakse nõrka, mõõdukat ja rasket düsplasiat (18). Düsplasia on intestinaalse maovähi võimalik eellane. Mitmekihilises lameepiteelis regresseerub 50% düsplasiatest täielikult, 30% jääb stabiilseks kogu patsiendi eluajaks ja ainult 20% muutub kahe kuu kuni 10 aasta vältel pahaloomuliseks, arenedes pooltel juhtudel (10%) tõeliseks invasiivseks vähiks (9). Ühe aasta jooksul regresseerub 74% rasketest düsplasiatest, 25,5% jääb aga stabiilseks.

Järelkontrolli andmeil püsib üle kolme aasta 76% rasketest düsplasiatest muutumatuna, 15,3% regresseerub ja ainult 8,7% areneb varajaseks maovähiks (20). Varajase maovähi subkliiniline kasv kestab 2...33 aastat (8, 27). Maos on limaskesta pärisleste kohev, mehhaaniline vastupanu nõrk, invasiivne kasv võib alguse saada igast epiteelirakust. Intraepiteliaalse vähi mõistet kasutati esmalt emakakaela tupeosa mitmekihilise lameepiteeli muutuste kohta, milles üksnes basaalne rakukoht on võimeline invasiivseks kasvuks ja aluskude on tihke. Emakakaela invasiivsele vähile eelnev latentne periood peaks olema veelgi kestvam kui maovähi puhul (14).

Seega on düsplasia enamasti pöörduv kahjustus ja ei ole maoresektiooni näidustus, piisab vaid riskirühma patsientide jälgimisest. Mao limaskesta intraepiteliaalse vähi definitsioon on ebakohane ja seda ei soovitata kasutada (9, 14, 20). Platsentaarse leeliselise fosfataasi isoensüümi (Regani ensüümi) ja aneuploidse DNA sisaldus 70% mõõdukate ja raskekujuliste düsplasiatega ning

maovähkide puhul võimaldab neid kasutada pahaloomulise transformatsiooni markeritena teadustöös (28).

Difuused vähid tekivad alati näärmete kaelaosas kas sörmusrakkude irdkompleksidena või harvad antraalsed anaplastilised vormid näärmekaelte düsplaasiana (9, 29). Varajase maovähi patohistoloogiline uurimismetoodika on tõmahukas (17), praktilises töös rakendatakse E. Grundmanni taktikat, mis näeb ette töödelda operatsioonipreparaadi tükke nii palju kui vajalik ja nii vähe kui võimalik.

Maovähi prognoos sõltub rohkem bioloogilistest iseärasustest kui diagnoosimise ajast või ravi algusest. Endoskoopiate arvu suurenemine 10 korda ei mõjutanud ei prognoosi ega diagnoosi, varajast maovähki diagnoositi ikkagi stabiilselt 1,6...1,7% -l juhtudest (12).

Maovähi lokaalsete retsidiivide tekkes on oluline maovähi kaugus lähima operatsioonitasapinnani. Retsidiveerunud ja mitteretsidiveerunud vähkide puhul on keskmised kaugused 3,5 ja 6,5 cm (23). Operatsioonil tuleb arvestada kolme järgmist aspekti: 1) kasvaväli; 2) invasiivne kasv — difuuserite maovähkide puhul võivad makroskoopilised ja mikroskoopilised vähi piirid erineda 12...30 cm; 3) lümfogeensed metastaasid. Enamasti on kaugus 5 cm kasvajast resektsiooni tasapinnani piisav, aga regionaarsete lümfisõlmede metastaasideta testinaalsete vähkide puhul, kui see teeb nõutavaks gastrektoomia, on seda liiga palju (24).

KIRJANDUS: 1. Colacchio, T. A., Forde, K. A., Scantlebury, V. P. *Ann. Surg.*, 1981, 194, 12, 704—707. — 2. Dahm, K., Werner, B., Eichen, R. a.o. In: *Gastric Cancer*. Berlin—Heidelberg—New York, 1979, 44—59. — 3. Deyhle, P. *Endoscopy*, 1980, Suppl., 35—46. — 4. Fenoglio, C. M., Kaye, G. I., Lane, N. *Gastroenterology*, 1973, 64, 1, 51—66. — 5. Fieber, S. S., Rickert, R. R. *Am. J. Gastroenterol.*, 1981, 76, 4, 321—329. — 6. Figus, A. I., Simon, L., Mózsik, Gy. In: *Current Views in Gastroenterology*. Budapest, 1977, 563—568. — 7. Franzin, G., Novelli, P. *Endoscopy*, 1982, 14, 1, 28—30. — 8. Fujita, S. *Pathol. Res. Pract.*, 1978, 163, 4, 297—309. — 9. Grundmann, E., Schlake, W. In: *Gastric Cancer*. Berlin—Heidelberg—New York, 1979, 72—82. — 10.

Hermanek, P. In: *Gastric Cancer*. Berlin—Heidelberg—New York, 1979, 147—148. — 11. *Hirota, T., Itabashi, M., Suzuki, K.* a.o. *Stomach Intest.* (Tokyo), 1979, 14, 8, 1027—1036. — 12. *Holdstock, G., Bruce, S.* *Gut*, 1981, 22, 673—676. — 13. *Kimura, K.* *Gastroenterology*, 1972, 63, 4, 584—592. — 14. *Kraus, B., Cain, H.* *Pathol. Res. Pract.*, 1979, 164, 3, 342—355. — 15. *Langhans, P., Heger, R. A., Hohestein, J.* a.o. *Hepato-Gastroenterology*, 1981, 28, 2, 34—37. — 16. *Lawson, H. H.* In: *Gastric Cancer*. Berlin—Heidelberg—New York, 1979, 112—119. — 17. *Mochizuki, T.* In: *Early Gastric Cancer*. Baltimore—London—Tokyo, 1971, 57—65. — 18. *Morson, B. C., Sobin, L. H., Grundmann, E.* a.o. *J. Clin. Pathol.*, 1980, 33, 8, 711—721. — 19. *Neimark, S., Rogers, A. I.* *Am. J. Gastroenterol.*, 1982, 77, 8, 585—587. — 20. *Oehlert, W.* In: *Castric Cancer*. Berlin—Heidelberg—New York, 1979, 91—104. — 21. *Ota, H., Takagi, K., Ohashi, I.* a.o. *Nippon Shokaki Geka Gakkai Zasshi*, 1980, 13, 6, 619. — 22. *Ottenjann, R., Elster, K.* (ed.) *Atlas of Diseases of the Upper Gastrointestinal Tract*. Philadelphia, 1980, 134—135. — 23. *Papachristou, D. N., Fortner, J. G.* *J. Surg. Oncol.*, 1981, 1, 47—53. — 24. *Priesching, A.* In: *Gastric Cancer*. Berlin—Heidelberg—New York, 1979, 205—214. — 25. *Salupere, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 5, 345—349. — 26. *Sipponen, P.* *Ann. Clin. Res.*, 1981, 13, 3, 139—143. — 27. *Siurala M., Villako, K., Ihämäki, T.* a.o. In: *Pathophysiology of Carcinogenesis in Digestive Organs*. Tokyo, 1977, 135—150. — 28. *Szentirmay, Z., Sugár, J., Kralovánszky, J.* *Cancer Detect. Prevent.*, 1982, 5, 2, 185—194. — 29. *Szentirmay, Z., Wittman, I.* *Acta Morphol. Acad. Sci. Hung.*, 1976, 24, 4, 317—330.

30. *Липпинг А. А., Салк Р. А.* В сб.: *Тезисы докладов V конференции онкологов Эстонской ССР, Латвийской ССР и Литовской ССР*. Таллин, 1981, 29.

Tallinna Vabariiklik
Onkoloogia Dispanser

Jászberény Linnahaigla Ungari RV-s

UDK 616.5-003.84-02-036(047)

PALMOPLANTAARSED HÜPERKERATOOSID

BOHDAN HOLY · ZILINA
MATI MAJASS · TALLINN

etioloogia, kliiniline pilt, klassifikatsioon, päri-
liikkus

Palmoplantaarseid hüperkeratoose tuleb dermatoloogiapraktikas ette küllalt sageli ning nad mõjutavad haigete töövõimet märgatavalt. Kliinilis-funktsionaalne kahjustus on ulatuslik: vähe märgatavatest erüteemidest ja pindmisest ketendustest kuni sarvkihi tunduva paksenemiseni. Mõne vormi puhul on leitud isegi kontraktuure ning sõrmede distaallülide mutilatsioone (13, 16, 20, 25).

Tüsistuste tõttu, mis tekivad palmoplantaarsete hüperkeratooside korral, peavad haiged töölt eemal olema pikka aega. Nahavoltides tekivad püsivad valulikud lõhed, mis osutuvad sekundaarse infektsiooni allikaiks. Peopesade ja jalataldade närvilõpmed kaotavad hüperkeratoosi tõttu oma põhifunktsiooni ning muutuvad haiguslike aistingute edastajaiks (2, 5).

Sageli ei võeta igapäevases ambulatoorses praktikas palmoplantaarsete hüperkeratooside diagnoosimisel arvesse etioloogilist tegurit. Põhjuseks on haige küllalt pinnapealne uurimine ning laialt levinud seisukoht, et paikne ravi piirdub niikuinii keratolüütikumide kasutamisega (2, 8, 12).

Seepärast tuleks seni käibelolev skeem hüperkeratoos—keratolüütik—retsidiiv asendada skeemiga hüperkeratoos—etioloogiline diagnoos—põhjuslik ravi. Siinjuures on kõige raskem õige diagnoosi määramine.

Tabel 1. Pärilike palmoplantaarsete keratodermiate klassifikatsioon (lööbe laad, kaasnevad sümptomid, kirjanduses enam esinevate diagnooside loetelu)

Difuussed, kaasnevate sümptoomideta

1. *Keratosis extremitatum hereditaria progrediens Greither, Syndroma Greither.*
2. *Keratosis palmo-plantaris hereditaria dif-*

fusa circumscripta. Keratoderma palmaris et plantaris diffusa hereditaria, typus Thost-Unna. Syndrom Thost-Unna.

3. *Keratosis palmo-plantaris mutilans. Keratoderma mutilans. Syndroma Vohwinkel.*
4. *Acrokerato-elastoidosis Costa. Acroelastoidosis. Acrokeratosis papulosa inversa.*
5. *Syndroma Bureau-Barrière-Thomas.*

Difuussed, kaasnevate sümptoomidega

1. *Keratoderma palmo-plantaris hereditaria transgrediens. Morbus Meleda. Mal de Meleda.*
2. *Keratoderma palmo-plantaris hereditaria transgressiva cum parodontopathia. Keratoderma typus Papillon-Lefevre. Syndroma Papillon-Lefevre.*
3. *Keratoderma palmo-plantaris hereditaria cum carcinomate oesophagi.*
4. *Syndroma Volavšek.*

Dissipeerunud, papuloossed, kaasnevate sümptoomideta

1. *Kerätosis punctata. Keratoderma maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris Buschke-Fischer. Keratoderma palmaris et plantaris hereditaria areata. Keratoderma papulosa palmaris et plantaris. Keratoma hereditarium palmare et plantare circumscriptum typus Buschke-Fischer.*
2. *Kerätosis punctata Mantoux. Porokeratosis papillomatosa. Keratoderma erythematosa symmetrica punctata (Besnier). Keratoderma verrucosa nodularis (Lortat-Jacob). Porokeratosis spinulosa palmaris et plantaris (Maschkilleisson-Neradon). Syndroma Mantoux.*
3. *Keratoma palmo-plantare disseminatum s. papulosum. Keratoma hereditarum dissipatum palmare et plantare.*

Dissipeerunud, papuloossed, kaasnevate sümptoomidega

1. *Pachyonychia congenita. Syndroma Jadassohn-Lewandowsky. Morbus Jadassohn-Lewandowsky.*
2. *Syndroma Schaefer.*
3. *Syndroma Richner-Hanhart.*
4. *Syndroma ectodermale. Syndroma Hanhart.*

Lineaarsed ja koldelised kaasnevate sümptoomidega

1. *Syndroma Brünauer. Syndroma Brünauer-Fuchs.*
2. *Keratosis palmo-plantaris varians Wachters.*
3. *Keratoderma transgrediens Siemens. Keratosis hereditaria palmo-plantaris transgrediens Siemens. Keratosis palmo-plantaris areata Siemens. Keratosis palmo-plantaris areata et striata Siemens.*

Kaasnevate sümptoomidega

1. *Keratosis palmo-plantaris circumscripta s. areata Brünauer; Schaefer; Richner; Hanhart; Franceschetti; Kuske.*
2. *Keratoderma palmo-plantaris disseminata cum dystrophia cornea.*

Diagnoosimise hõlbustamiseks on palmoplantaarseid hüperkeratoose klassifitseeritud mitmeti. Enamiku pärilike vormide klassifikatsioonide aluseks on võetud kliinilise leiu erinevus ning pärilikkuse edasikandumise mehhanism (9, 10, 25).

Histoloogiline leid on teatavasti mitespetsiifiline, sest pärilikule palmoplantaarsele hüperkeratoosile on iseloomulikud hüperkeratoos, hüpergranuloos, akantoos ning mõõdukas põletikuline infiltratsioon derma ülakihis. Mõnevõrra eriline leid on vaid *keratosis palmo-plantaris punctata*, s. o. hüperkeratoos, mis võtab enda alla kõik epidermise kihid, surudes Malphigi kihi allapoole; dermas puudub põletikuline infiltraat (14).

Klassifikatsioonidest on välja jäetud kaks suurt rühma hüperkeratoose: hereditaarsed dermatoosid, mille puhul peopesade ja jalataldade kahjustused esinevad kaasnevate sümptomidena, ning muudest teguritest tingitud palmoplantaarsed hüperkeratoosid.

Samal ajal esineb hereditaarsete palmoplantaarsete hüperkeratooside kirjeldamisel märgatav segadus: ühte ja sama dermatoosi kirjeldatakse eri kirjandusallikates mitme nimetuse all.

Need asjaolud nõuavad ühtset klassifikatsiooni, mis hõlbustaks dermatoloogide, terapeutide, kirurgide, stomatoloogide, pediaatrite või muude eriarstide igapäevast tööd.

Meie koostatud palmoplantaarsete hüperkeratooside klassifikatsiooni aluseks on etiopatogeneetiline printsiip, kusjuures hereditaarsed palmoplantaarsed hüperkeratoosid on jaotatud põhisümptomide lokalisatsiooni järgi: on arvesse võetud ka lööbe paigutuse laad, kliinilise leiu erinevus, morfoloogiliste elementide iseärasused ning mitmesuguste kaasnevate sümptomide esinemine või puudumine naha teistes piirkondades või teistes elundites ja süsteemides (vt. tabel 1).

Esimese rühma haiguste pärilikkuse ülekanne on autosomaatilis-dominantne. Esimesed kliinilised tunnused ilmuvad imikueas või varajases nooruses. Peo-

Tabel 2. Pärilikkud dermatoosid, mille puhul võib esineda palmoplantaarseid hüperkeratoose (lööbe laad, diagnoosid)

Difuused

1. *Ichthyosis vulgaris*.
2. *Ichthyosis lamellaris neonatorum*.
3. *Hyperkeratosis ichtyosiformis bullosa*. *Erythrodermia ichtyosi formis congenita bullosa*.
4. *Incontinentia pigmenti typus Bloch-Sulzbergeri*. *Syndroma Bloch-Sulzbergeri*.
5. *Syndroma Conradi*. *Syndroma Conradi-Hünemann*.
6. *Syndroma Naegeli*. *Syndroma Franceschetti-Jadassohn*. *Naevus chromatophoricus familiaris*.
7. *Dysplasia ectodermalis anhidrotica*. *Polydystrophia hypoplasica ectodermalis Tournaire*. *Dysplasia ectodermalis multiplex Weech*. *Anhidrosis hypotrichotica cum hypodontia Siemens*. *Syndroma Christ-Siemens*.
8. *Dysplasia ectodermalis hidrotica*. *Syndroma Clouston*. *Syndroma Magitot*.
9. *Dysplasia neuro-ectodermalis congenita*. *Syndroma Van Bogaert-Hozay*.
10. *Dyskeratosis congenita*. *Syndroma Zinsler-Engman-Cole*. *Syndroma Cole-Rausenkolb-Toomey*.

Dissipeerunud

1. *Dyskeratosis follicularis Darier*. *Morbus Darier*.
2. *Progeria adulatorum*. *Syndroma Werner*.
3. *Poikiloderma congenita cum hyperkeratosis verrucosae*. *Syndroma Thompson*.
4. *Syndroma Fischer*.
5. *Syndroma Spannlag-Tappeiner*.

pesadel ja jalataldadel moodustub ühtlane hüperkeratoos, mis tervest nahast on eraldatud teravate piirjoontega. Hüperkeratootiline pind võib olla ümbritsetud põletikulise valliga. Esineb funktsionaalne hüperhidroos. Tüsistussena tekivad hüperkeratootilistel pindadel valulikumad pakatised. Vohwinkeli sündroomi korral võib tekkida V varba või sõrme keskmise lüli mutilatsioon (10, 17, 21, 22).

Teise rühma haiguste pärilikkuse ülekanne on põhiliselt autosomaatilis-retsessiivne. Kliiniline pilt saab alguse imikueas. Algul tekivad erüteeminähud, hiljem hüperkeratoos. Haigus progresseerub. Haigusest võib tabanduda ka randme või hüppeliigese piirkond.

Enamik haigeid on ka kehaliselt ja vaimselt alaarenenud, lisanduvad perio-

dontoos, alveolism, hammaste väljalangemine, aju kõvakelme kaltsifikatsioon (1, 17, 19, 22).

Kolmanda rühma haiguste pärlikkuse ülekanne on autosomaatilis-dominantne. Kliinilised tunnused ilmnevad tavaliselt teisel elukümnel või veelgi hiljem. Peopesadel ja jalataldadel tekib hulgaliselt 2...10 mm suurusi hüperkeratootilisi kollakaid paapuleid. Paapulite eemaldamisel jäävad alles kraatritaolised süvendid hüperkeratootiliste seintega (3, 4, 6, 11).

Neljanda rühma alla loetletud haiguste pärlikkuse ülekanne on põhiliselt autosomaatilis-retsessiivne. Tavaliselt saab haigus alguse varajases lapseeas. Tekivad piirdunud paapulid. Peaegu alati kaasnevad follikulaarse keratoosi nähud ka küünarnukkidel ja põlvedel. Väga sageli esineb ka suu limaskesta leukokeratoosi, küünte kahjustusi, hammaste düstroofiat, katarakti, hüpo-genitalismi, kolju anomaaliat, uriinipidamatust; haiged võivad olla vaimselt alaarenenud (24, 26).

Viienda rühma haiguste pärlikkuse ülekanne on autosomaatilis-dominantne. Kliiniline pilt ilmub teisel aastakümnel või hiljem. Peopesadel ja jalataldadel tekib hulgaliselt punktikujulisi keratoose, mis laatuivad lineaarseteks, sagedamini ümmargusteks kolleteks. Mõnikord on kahjustunud ainult peopesad või jalataldad (2, 15, 13, 26).

Kuuenda rühma haiguste pärlikkuse ülekanne on autosomaatilis-retsessiivne. Esimesed tunnused ilmnevad lapseeas. Põhiliselt ümmarguste kolletena tekiivad hüperkeratoosikolded algul jalataldadel, hiljem ka peopesadel, eriti sõrmeotstel.

Sageli lisanduvad ka suu limaskesta leukoplaakia, küünte düstroofia, sarvkesta düstroofia, vaimne alaareng, lipoomid (7, 23).

Lisaks eespool tooduile on hulgaliselt pärlikke dermatoose, mille puhul esineb samuti peopesade või jalataldade kahjustus. Tavaliselt on neid dermatoose võrdlemisi kerge diagnoosida, sest põhisümptoomid, esinedes tüüpilistes kohtades, on haiguse kliinilisele pil-

Tabel 3. Muudest teguritest tingitud palmo-plantaarsed hüperkeratoosid (tegurid, diagnoos)

Paikselt toimivad tegurid

1. Mehhaanilised: *Tyloma*.
2. Keemilised: *Dermatitis contagiosa*.
3. Mikroobsed: *Tuberculosis cutis verrucosa*.
4. Mükootilised: *Epidermophytia hyperkeratolica*.
5. Viiruslikud: *Verrucae*.
6. Allergilised: *Eczema*.

Tingitud mitmesugustest haigusseisundest ja mürgitustest

1. Mürgitused keemiliste vahenditega: *Keratosis arsenica*.
2. Parainfektsioosid: *Clavi syphilitica*, *Morbus Reiter*, *Keratoderma gonorrhoeica*.
3. Ainevahetuslikud: *Hyperkeratosis palmo-plantaris diabetica*.
4. Paraneoplastilised: *Acrokeratosis paraneoplastica Bazex*, *Syndroma Howel-Ewans*.
5. Hormonaalsed: *Keratoderma palmo-plantaris climacterica*.
6. Selgitamata etioloogiaga dermatoosid: *Psoriasis vulgaris*, *Lichen ruber*, *Pityriasis rubra* jt.

dile iseloomulikud. Eksiteele võib viia haige puudulik läbivaatus, sest lööbed peopesadel ja jalataldadel häirivad haigeid kõige enam.

Ka nende pärlilike dermatooside esinemisel võib märgata vastavust meie toodud klassifikatsiooni põhiprintsiipidele (vt. tabel 2).

Esimesse rühma kuuluvad dermatoosid, mille puhul võib esineda difuusne hüperkeratoos peopesadel või jalataldadel, mis mõne haiguse korral (*incontinentia pigmenti*, *syndroma Conradi*, *dyskeratosis congenita* jt.) on väga tugev, mõne korral (*syndroma Naegeli*, *dysplasia ectodermalis anhidrotica* jt.) vaevu märgatav (13, 16, 18).

Teise rühma dermatooside all kannatavail haigeil on peopesade ja jalataldade dissipeerunud hüperkeratoosi vorm. Kõige sagedamini on täheldatud punktikujulisi hüperkeratoosikoldeid, mis sageli muutuvad ümmargusteks või kiilukujulisteks kolleteks. Kolded on koondunud põhiliselt survekohtadele (13, 16, 25).

Peopesadelt ja jalataldadelt saab rikkaliku informatsiooni naha seisundi kohta, nad peegeldavad ka muid organismis toimuvaid haigusprotsesse.

Lisaks pärilikele dermatoosidele võib peopesadel ja jalataldadel olla hüperkeratoosilööbeid, mille puhul pärilikkust otseselt küll konstateerida ei saa, kuid seda ei saa ka eitada.

Palmoplantaarsete hüperkeratooside seisukohalt lähtudes on nende protsesside klassifikatsioon toodud tabelis 3.

Mitmed ühed ja samad tegurid võivad esile kutsuda palmoplantaarseid hüperkeratoose nii eksogeenselt kui ka üldhaigestumise tagajärjel. Diagnoosimine neil puhkudel ei ole raske ning põhihaiguse ravi tulemusena ka peopesad ja jalataldad tervistuvad.

Arutelu. Viie aasta jooksul on teadmiste pagas epidermise morfoloogiast ja keemilisest koosseisust märgatavalt rikastunud. Vähem on tähelepanu pööratud teguritele, mis mõjutavad ja kontrollivad epidermise keratisatsiooni. Nagu nähtub, võivad peopesade ja jalataldade hüperkeratooside tekkest osa võtta paljud tegurid, kusjuures pärilikkuse osa on küllalt suur, eriti dermatoloogiliste haiguste korral lastel (5, 12, 20, 27).

Õige diagnoos nõuab haigetelt täpset anamneesi kogumist, kõigi elundüsteemide põhjalikku uurimist ning suurt teoreetiliste teadmiste pagasit. Eriti oluline on, et tuntaks haiguslikke muutusi peopesadel ja jalataldadel, tähtis on ka nende etioloogia selgitamine. Seni puudus kirjanduses klassifikatsioon, mis oleks hõlmanud palmoplantaarseid hüperkeratoosseid haigusi komplekselt. Otseselt nendest asjaoludest tulenevad õige ravimeetodi valik ning haige õige töösuunitlus.

Pärilike dermatooside seisukohalt on tingimata vajalik, et mõne piirkonna elanikke palmoplantaarsete hüperkeratooside suhtes laialdasemalt uuritaks (Fatra ja Kõrg-Tatra mägismaastik, Saaremaa ja Hiiumaa).

XIV rahvusvahelisel geneetikute kongressil rõhutati põhjalike geneetikalaaste teadmiste vajalikkust tegevarstidel, vaid sellisel juhul muutub teoreetiline meditsiin praktiliseks meditsiiniks.

- KIRJANDUS: 1. *Bach, J. N., Levan, N. E.* Arch. Dermatol., 1968, 97, 154. — 2. *Bologa, E. I.* Dermatol. Wochenschr., 1966, 152, 446. — 3. *Brown, F. C.* Arch. Dermatol., 1971, 104, 682. — 4. *Buchanan, R. N.* Arch. Dermatol., 1963, 88, 644. — 5. *Buterworth, T., Streat, L. P.* Clinical Genodermatology. Baltimore, 1962. — 6. *Callan, N. J.* Australas. J. Dermatol., 1970, 11, 76. — 7. *Frenk, E., Tapernoux, B.* Dermatologica, 1976, 153, 253—262. — 8. *Goodman, R. M.* Int. J. Derm., 1980, 19, 9, 506—507. — 9. *Greither, A.* Hautarzt, 1977, 28, 395—403. — 10. *Greither, A.* Hautarzt, 1952, 3, 198. — 11. *Herman, P. S.* Dermatologica, 1973, 147, 206. — 12. *Karásek, J.* Čs. Dermatologia, 1977, 52, 6, 391—398. — 13. *Kopf, A. W., Andrade, R.* The Year Book of Dermatology. Chicago, 1978. — 14. *Lever, W. F., Schaumburg-Lever, G.* Histopathology of the Skin, 5th Edition. Philadelphia—Toronto, 1978. — 15. *Lorette, G., Geerois, M., Arbeille-Brassart, B.* a.o. Ann. Dermatol. Venerol., 1980, 107, 8—9, 799—805. — 16. *Malkinson, F. D., Pearson, R. W.* The Year Book of Dermatology. Chicago—London, 1978. — 17. *Meyer-Rohn, J.* Dermatol. Wochenschr., 1954, 129, 49. — 18. *Muscianese, V., Scola, M. S.* Chron. Dermatol., 1980, 11, 4, 608—613. — 19. *Rauch, H.-J., Neumayer, K. Z.* Hautkr., 1981, 56, 2, 102—108. — 20. *Sauer, E. C.* Manual of Skin Diseases. Philadelphia—Toronto, 1973. — 21. *Schirren, C., Dinger, R.* Arch. Klin. exp. Dermatol., 1964, 220, 266. — 22. *Salamon, T., Bogdanovic, B., Lazovic-Teravac, O.* Dermatologica, 1969, 138, 433. — 23. *Vitucci, R., Gobello, T., Lombardo, G. A.* a.o. Chron. Dermatol., 1980, 1, 4, 602—604. — 24. *Weiss, R., Rasmussen, J. E.* Arch. Dermatol., 1980, 116, 6, 669—671. — 25. *Ведрова И. Н., Кряжева С. С., Михайлова М. Б.* Вестн. дерматол., 1981, 11, 20—24. — 26. *Попов Л.* Синтетическая дерматология. София, 1963. — 27. *Суворова К. Н., Антоньев А. А.* Наследственные дерматозы. М., 1977.

Zilina Linnahaigla
Tšehhoslovakkia SV-s

Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste
Dispanser

UDK 616-08(047)

PLATSEEOEFEKT

REIN ZUPPING · TALLINN

platseebo, platseeboefekt, teraapia, rahvameditsiin, platseebovahendite klassifikatsioon

Placebo tuleneb ladinakeelsest sõnast *placere* ja tähendab «meeldin, rahuldun». Arstiteaduses tähendab platseebo terapeutilist protseduuri, mis avaldab mõju haige organismile, haigusele või selle sümptomidele, kuid mis objektiivselt on ilma spetsiifilise mõjuta (10, 11, 14). Platseebot võib defineerida ka kui igasugust ravi, mida tehakse sihilikult mittespetsiifilise, psühholoogilise või psühhofüsioloogilise efekti saavutamiseks või mida määratakse oletatava spetsiifilise toime tõttu, millel aga antud haigusele sellist mõju ei ole (12). Platseebot tuleb eristada platseeboefektist, mis platseebole võib järgneda või mitte ning mis haigusele ja selle sümptomidele võib mõjuda soodsalt või mittesoodsalt. Platseebot mingi indiferentse aine kujul kasutatakse ka kui võrdlusvahendit ravimite terapeutilise efekti uurimisel.

XIX sajandini baseerus arstiabi haiguse sümptomide leevendamisel või kõrvaldamisel. Tollal oli arstikunsti põhikriteerium sümptomaatilise ravi efektiivsus, sest haiguse suhtes spetsiifilisi ravimeid veel ei teatud. Kasutatud vahendite spetsiifilise toime puudumisele või vahel isegi terviseohtlikkusele vaatamata paranesid haiged väga sageli ning arstidel oli tarkade ravijate maine. Arsti respekteritud positsiooni määras haige inimese omadus soodsalt reageerida ravimise imiteerimisele: võidmistele, punkteerimistele, villide tekitamisele, haavade tegemisele, okseleajamisele, klistiirile, lahtisti andmisele jms. Nende raviv toime seletub platseeboefektiga, mistõttu võib öelda, et teraapia ajalugu on põhiliselt platseebo ajalugu (13).

Ka tänapäeval on arengumaades veel laialt levinud traditsioonilised rahvameditsiini ravimeetodid, mis avalda-

vad haige psüühikasse toimet: meditatsioon, transi indutseerimine, kurjade vaimude väljaajamine, sellised rituaalid nagu tants, manamine ja palved, ohverdamine. Nende ridade kirjutajal oli hiljuti võimalus näha üht sellist protseduuri Sri Lankal. Haige lamas voodis, tema ümber tantsis trummipõrina saatel ravitavale haigusele «vastavat» maski kandeve mees ja pealtvaatajatena võttis sellest osa vähemalt pool küla elanikest. Seanss pidi kestma öhtust varahommikuni. See jättis väga imponeeriva mulje.

Paljud lähiminevikus kasutatud ja tol ajal mõjusaks hinnatud ravimid ja ravimeetodid on hilisemal täpsemal kontrollil osutunud samuti platseebovahenditeks. Nii on viimase 40 aasta kestel stenokardia ravis esialgselt heade tulemustega kasutatud ksantiinipreparaate, kelliini ja E-vitamiini, samuti oli kasutusel *arteria thoracica interna* ligeerimine ja müokardi implanteerimine. Nende vahendite mõjul paranes algul entusiastlike uurijate poolt ravimist kuni 80% (2). Peale kaebuste kadumise täheldati haigeil ka objektiivseid muutusi: suurenes koormusetaluvus, vähenes nitroglütseriinivajadus ja paranes elektrokardiograafiline leid. Kahekordse pimekatse teel tehtud hilisemates uuringutes vähenes nende ravimeetodite efektiivsus 30...40%-le ja võrdus platseebo omaga. Huvitav on see, et *arteria thoracica interna* ligeerimine osutus niisama mõjusaks kui nahalõige.

On selge, et ka mingi osa farmakoloogiliselt aktiivsete ja terapeutiliselt mõjusate ravimite ning raviprotseduuride sümptomaatilise toimest on põhjustatud platseeboefektist. Vististi võib väita, et paljude praegu kasutusel olevate ravimite mõju taandub suures osas platseeboefektile.

Igasuguse ravitulemuse hindamisel peab alati arvestama ka haiguse võimalikku spontaanset paranemist, mida võib ette tulla enamiku tüsistusteta kulgevate akuutsete haiguste ja krooniliste haiguste ägenemise korral. Väga

sageli võib kogeda, et haige usk ravimisse või raviprotseduuri pärineb sellest, et nende kasutamine langes ühte haiguse loomuliku paranemise perioodiga.

Platseebovahendid võib jaotada nelja rühma (11).

1. «Tõeline» platseebo on aine ilma spetsiifilise farmakoloogilise toimeta (tärglis, keedusoolalahus, suhkur jms.). Neid kasutatakse võrdlevates uuringutes ravimite terapeutilise mõjususe hindamiseks.

2. «Pseudoravimid» on farmakoloogilise toimega preparaadid, mis aga antud haiguse korral ei ole näidustatud ja millega ei saa seletada raviefekti. Nende vahendite määramisel ei ole arstil kavatsust haiget petta, sest ta on veendunud preparaadi näidustatuses. Selliste vahendite näitena võib tuua vitamiinid, mida antakse enesetunde parandamise eesmärgil. Pseudoravimite on negatiivne sotsiaalne aspekt, sest nad põhjustavad asjatuid majanduslike kulutusi. Nende kasutamise tagajärjeks võivad olla ka põhjendamatud allergilised reaktsioonid.

3. Spetsiifilise toimega ravimite kasutamisel võib nende mõju platseeboefekti lisandumise tõttu olla tunduvalt tugevam, kui antud annuselt oodata võiks. Siia rühma kuuluvad psühhofarmakonid, analgeetikumid ja suur hulk laialt levinud ning kergelt kättesaadavaid ravimeid.

4. Platseeboefekt võib olla ka diagnostilistel protseduuridel ja kirurgilistel vahelesegamistel. Paranemine võib järgneda röntgenoloogilistele ja endoskoopilistele uuringutele, kõhuvalu kaduda pärast ussripiku eemaldamist, kuigi selle põletikku ei olnud.

Platseebo toimel on samasugused farmakoloogilised seaduspärasused nagu tõelistel ravimitelgi (10): teatava aja järel pärast manustamist saabub toime maksimum, korduva manustamise korral esineb kumulatiivne efekt, toime sõltub haiguse raskusest.

Platseebo kasutamise korral võivad tekkida ka kõrvalnähud, millest sagedam

damad on peavalu, pearinglus, uimasus, väsimus, isutus, iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus, nägemishäired (10). Kõrvalnähte on leitud kuni 20% -l platseebo kasutanud isikuist.

Platseebole reageerib hästi 35...80% inimestest (4, 16). Ta võib soodsalt mõjutada mitte ainult psühhoogeense päritoluga haigusi, vaid ka orgaaniliste haiguste sümptoome. On leitud, et 30% -l valu all kannatavatest vähihaigetest vähenes valu intensiivsus platseebo toimel rohkem kui poole võrra (9). Haiguste ja sümptomide korral on leitud järgmist positiivse platseeboefekti esinemissagedust (10): peavalu 62%, migreen 32%, unehäired 7%, neuroosid 34%, alkoholism 22%, stenokardia 18%, hüpertensioon 17%.

Platseeboefekti määravad väga paljud, sageli isegi tühistena tunduvad tegurid. Kõige tugevam mõju on kindlasti usalduslikel suhetel arsti ja haige vahel, haige usul arstisse, nii haige kui ka arsti usul ravi mõjususse (1, 3). Kui arst on oma ravimeetodi toimes veendunud ja kui ta seda veendumust avaldab ka haigele, on tema vastu tähelepanelik, oma seisukohtades kindel ja uurib haiget põhjalikult, on tal kõige suuremad eeldused positiivseks platseeboefektiks (1, 5, 6, 10, 17). Tähtis on samuti arsti populaarsus ja autoriteet, tema käitumine, sageli ka aeg, mis haige uurimiseks on kulutatud (7). Positiivse reaktsiooni üks eeltingimusi on haige teadlikkus ravimi toimest ja kasutamise eesmärgist. Kahjuks see lihtne reegel sageli unustatakse.

Platseebole reageerimine oleneb väga palju ka haigest endast. Tavaliselt on efekt seda suurem, mida suurem on mure oma tervise pärast. On leitud, et platseebole reageerivad oskustöölised paremini kui lihttöölised, töötavad naised paremini kui kodused, mittesuitsetajad paremini kui suitsetajad (9). Soolisi ja ealisi erinevusi platseebole reageerimises ei ole leitud.

Ravi tulemusi mõjutab oluliselt ka miljö, kus ravi toimub. Juba arsti juurde minek mõjub haiguse kulule sa-

geli soodsalt. Korras ja puhas haigla, ka tähelepanelik ja abivalmis personal endab suurt osa haige paranemises.

Platseeboefekti psühholoogilisteks determineerijateks on patsiendi ning arsti ootused ja lootused. Selle olulisteks koostisosadeks on eesmärgi teeniv tegevus, rituaal, usk ja entusiasm. Platseebo füsioloogiline mehhanism on suuremas osas tundmatu. Uuemad andmed viitavad sellele, et tema valuvastane toime võib olla seoses endorfiinide, opiaatide sarnaste ainete vabanemisega organismis (9). Viimased leevendavad valu opiaatide retseptorite stimuleerimise teel.

Kokku võttes võib öelda, et platseebo on mõjus, kõige levinum ja kõige odavam ravivahend. Platseeboefekt on iga terapeutilise protseduuri osa. Kui ravi või ravimeetodi valik põhineb teaduslikel alustel, siis platseeboefekt on olemas arstikunstist. Kõige paremaid tulemusi saavad need arstid, kes põhjalikult teavad arstiteaduse saavutusi ja täielikult valdavad arstikunsti.

KIRJANDUS: 1. *Benson, H., Epstein, M. D.* JAMA, 1975, 232, 1225—1227. — 2. *Benson, H., McCallie, D. P.* New England J. Med., 1979, 300, 1424—1428. — 3. *Bogdanoff, M. D., Nichols, C. R., Klein, R. F. a. o.* JAMA, 1965, 192, 45—48. — 4. *Chadha, D. R., Dasilva, I. M.* Curr. Ther. Res., 1977, 21, 748—752. — 5. *Gryll, S. L., Katahn, M.* Psychopharmacology, 1978, 57, 253—261. — 6. *Halhuber, M. J.* Ther. Ggn. 1978, 117, 143—161. — 7. *Kessel, N.* Lancet, 1979, 1, 1128—1133. — 8. *Levine, J. D., Gordon, N. C., Fields, H. D.* Lancet, 1978, 2, 654—657. — 9. *Moertel, C. G., Taylor, W. F., Roth, A., Tyce, F. A. J.* Mayo Clin. Proc., 1976, 51, 96—100. — 10. *Netter, P.* Münch. Med. Wochenschr., 1977, 119, 203—208. — 11. *Peek, C. J.* Biofeedback Self Regul., 1977, 2, 327—335. — 12. *Piechowiak, H.* Schweiz. Med. Wochenschr., 1981, 111, 1222—1231. — 13. *Schindel, L.* Eur. J. Clin. Pharmacol., 1978, 13, 231—235. — 14. *Shapiro, A. K.* Am. J. Psychotherapy, 1961, 18, 73—88. — 15. *Spriet, A., Simon, P.* Rev. Med., 1978, 19, 341—352. — 16. *Vrhovac, B.* Int. J. Clin. Pharmacol., 1977, 15, 161—165. — 17. *Wheatley, D.* Lancet, 1967, 2, 1133—1135.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK [616.341:612.386]-07

WHIPPLE'I TÕVE KLIINILISED NÄHUD JA DIAGNOOSIMINE

HEIDI-INGRID MAAROOS · TARTU

malabsorptsioonisündroom, peensoole limaskest, PAS-positiivsed makrofaagid

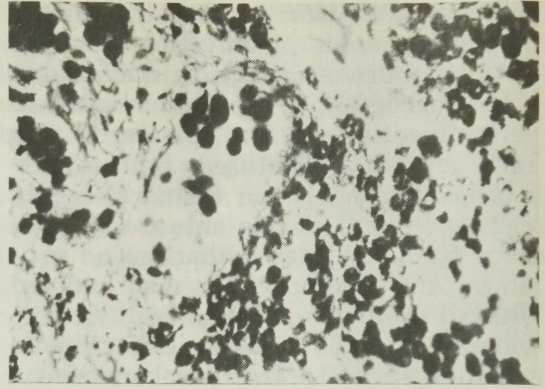
Whipple'i tõbi, mida kirjanduses on nimetatud ka intestinaalseks lipodüstroofiaks, on harva esinev peensoolehaigus. Seni on maailmakirjanduses kirjeldatud ligikaudu 100 haigusjuhtu, seejuures $\frac{2}{3}$ neist viimase kahekümne aasta jooksul tänu peensoolebiopsia laialdasele kasutuselevõtule. Mitmest patogeneesi hüpoteesist on praegu tunnustatud bakteriaalne, kusjuures Whipple'i tõve tekitajateks peetakse α -hemolüütilist streptokokki (5, 6). Immuunpuudulikkuse osatähtsus haiguse etioloogias vajab veel selgitamist (6).

Kirjeldame Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosakonnas diagnoositud Whipple'i tõve juhtu.

Haigusjuht. 49-aastane meeshaige H. A. (Tartu Kliinilise Haigla haiguslood nr-d 22099/1981, 20089/1982, 20905/1982) suunati 14. detsembril 1981. a. kõhulahtisuse, kõhnumise ja aneemia tõttu Tartu Linna Onkoloogiadispanseri kirurgiaosakonnast Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosakonda. Nende vaevuste tõttu oli tehtud mao ja jämesoole röntgenuuring, gastroskoopia, rektoskoopia, urograafia, laparoskoopia, kuid pahaloomulist kasvajat ei leitud. Gastroenteroloogiaosakonda saabumisel esines



Mikrofoto 1. Jejunumbiopsia: laiad hatud, lamina propria mucosae's PAS-positiivsed makrofaagid. Värving hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 40 korda.



Mikrofoto 2. Jejunumbiopsia: PAS-positiivsed makrofaagid. PAS-värving, suurendus 90 korda.

haigel peensooletüüpi kõhulahtisus. Haige kaalus 56,3 kg (pikkus 172 cm).

Patsient oli olnud täiesti terve 1979. aastani. Sellest ajast peale oli ta tundnud valu suurtes liigestes (põlve-, õla- ja hüppeliigestes). Oli ravil olnud Viljandi haiglas. Aegajalt oli kehatemperatuur tõusnud kuni 39°-ni, mõnikord harva oli tekkinud kõhulahtisus, mis 1981. a. septembrist alates oli ägenenud, defekatsioon 3...4 korda päevas, väljaheidet palju, tenesme ei esinenud. Haige kõhnus, tekkis jõuetus. Detsembris oli kehakaal 10 kg vähenenud. Haige oli kuni 1981. a. septembrini töötanud kolhoosi pearaamatupidajana, töötamise haiguse tõttu katkestanud.

Vereanalüüs: hgb. 9,4 g%, erütrots. 3,16 miljonit, retikulots. 4/1000, SR 31 mm/t., leukots. 6000. Uriinianalüüs normis. Üldvalku 69 g/l, albumiini 52,2, globuliini 47,8, neist α_1 6,4, α_2 9,1, β 11,5, γ 20,8 g/l. Leeliseline fosfataas 1,8 Bodansky ühikut, GOT 2, GPT 1 ühik, amülaasi vereseerumis 19 ühikut, uriinis 78 mg, Na⁺ 139 mekv/l, K⁺ 4,5 mekv/l. Rasvaeritus väljaheitega van de Kameri järgi 16,3 g/24 t. (norm 6,0 g/24 t.). d-ksüloosi-proov: kahe tunni jooksul eritunud uriinis 0,32 g (norm >0,7 g), viie tunni jooksul eritunud uriinis 0,80 g d-ksüloosi (norm >1,2 g). Immunoglobuliinid: G 714, A 370, M 380 mg% (normis). Peensoole röntgenuuriting: proksimaalsetes peensoolelingudes kontrastaine flokulatsioon. Peensoolebiopsia: luupmikroskoobis näha varieeruva kujuga hatud, sörmjatest vallitaolisteni (osaline atrofia), valgusmikroskoobis hematoksüliin-eosiiniga ja Schiffi järgi värvitud preparaatides PAS-positiivsed makrofaagid — leid iseloomulik Whipple'i tõvele (vt. mikrofotod 1, 2).

Raviks määrati tetratsükliini 1 g päevas. Haige jätkas ravi kodus. Läbivaatuse and-

meil oli kuu aega hiljem kõhulahtisus kadunud, kehakaal tõusnud 4 kg. Steatorröad ei olnud (rasvasisaldus väljaheites 2,8 g/24 t.).

Haiget uuriti veel 10 kuud pärast haiguse diagnoosimist. Et ta ravimite võtmise kodus vahepeal oli katkestanud, tekkis peensooletüüpi kõhulahtisus uuesti. Eespool loetletud uuringuid korراتi. Selgus, et uuesti olid tekkinud ka steatorröa ja aneemia. Peensoole limaskesta histoloogiline leid oli endine: esines PAS-positiivseid makrofaage. Järjekordselt määrati 1 g tetratsükliini päevas, ravi jätkub.

Whipple'i tõbi on krooniline haigus, mis põhjustab malabsorptsioonisündroomi, kuid samal ajal ei ole kahjustatud üksnes peensool, vaid ka paljud elundid, nagu maks, põrn, süda, kopsud, kesknärvisüsteem. Sellesse haigestuvad mehed 40. eluaastast alates (1, 3, 5).

Whipple'i tõvele on tüüpiline kestus aastaid enne malabsorptsioonisündroomi väljakujunemist ning vaevustena pikka aega liigesevalud koos turse, punetuse ja deformatsiooniga. Selles haigusfaasis diagnoositakse Whipple'i tõbe harva (1, 2). Meie kirjeldatud haige oli samuti kolm aastat kannatanud liigesevalude all ning alles siis tekkinud tüüpilised malabsorptsioonisündroomi tunnused — peensooletüüpi kõhulahtisus, steatorröa, kõhnumine, aneemia, d-ksüloosi, laktoosi ja glükoosi-galaktoosi imendumise häired. Whipple'i tõve diagnoosi võimaldab määrata peensoolebiopsia. Iseloomuliku

UDK 616-006.6-031.81-07

PAHALOOMULISE MITMIKKASVAJA JUHT

LEO POKK AARNE VAOPERE · TARTU

pahaloomulise mitmikkasvaja juht, kliiniline
kulg, lahanguleid

tunnusena leitakse peensoole limaskes-
tas PAS-positiivseid makrofaage, nii ka
kirjeldatud haigusjuhul (vt. mikrofoto-
d 1, 2), PAS-positiivseid makrofaage lei-
takse ka maksas, põrnas, ajus või
mujal (1, 5). Elektronmikroskoopiliste
ja immunoloogiliste uuringutega on
kindlaks tehtud, et PAS-positiivsed
makrofaagid sisaldavad baktereid ja
bakterite jäänuseid. Neil makrofaagidel
on streptokokkide antigeenile iseloomu-
likud omadused ning seepärast pee-
takse Whipple'i tõve tekitajaks α -
hemolüütilist streptokokki (1, 2, 4, 6).

Whipple'i tõve raviks kasutatakse
tetratsükliini või penitsilliini ning
tulemus nendega ravimisel on hea —
malabsorptsioon paraneb, limaskestast
PAS-positiivsed makrofaagid kaovad.
Haigusnähud aga taastuvad pärast ravi
katkestamist, mistõttu neid preparaate
peab kasutama pidevalt (1, 5). Ka
meie kirjeldatud haige paranes tetra-
tsükliiniga ravimisel hästi, kuid ravi-
mite tarvitamise katkestamise järel
tekkisid haigusnähud uuesti. Glüko-
kortikoidide kasutamisest Whipple'i
tõve ravimisel on loobutud, sest mit-
med uuringud lubavad oletada, et
Whipple'i tõve korral on haigetel im-
muunpuudulikkus (6).

KIRJANDUS: 1. *Bayless, T. M.* In: G. Stol-
lerman. *Advances in Internal Medicine*. Chi-
cago, 1970, 16, 171—189. — 2. *Hendrix, T.,*
Yardley, J. H. In: W. Card, B. Creamer. *Mo-
dern Trends in Gastroenterology*. 4, London,
1970, 229—251. — 3. *Maizel, H., Ruffin, J. M.,*
Dobbins, W. O. *Medicine*, 1970, 49, 175—205.
— 4. *Maxwell, J. D., Ferguson, A., McKay,*
A. M. a. o. *Lancet*, 1968, 1, 887. — 5. *Spiro,*
M. H. *Clinical gastroenterology*. London, New
York, 1972. — 6. *Tavarelo, V. F., Saliero, J.*
Vaz., Baptista, F. a. o. *Am. J. Gastroenterol.*,
1981, 6, 419—425.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonna-
sisehaiguste kateeder

Pahaloomulisi mitmikkasvajaid esi-
neb suhteliselt harva, kuid viimastel
aastatel on mitmed autorid täheldanud
nende esinemissageduse suurenemist
(1, 3, 5, 8). See on tingitud edusammu-
dest paljude vähivormide (nahavähk,
huulevähk, emakakaelavähk jt.) ravi-
misel, mistõttu haigel pärast ühe kas-
vaja radikaalset ravi võib mõne aja
pärast tekkida teine pahaloomuline
kasvaja. Mitmikkasvajate esinemi-
sageduse suurenemine seletub ka täp-
sema diagnoosimise, arstide teadmiste
täienemise ja onkoloogiliste haigete
täpsema analüüsiga.

Mitu pahaloomulist kasvajat ühel
haigel pakub huvi nii teooria kui ka
praktika seisukohalt, sest üha sageda-
mini on teateid pahaloomuliste mitmik-
kasvajate eduka radikaalse ravi kohta.
Mitme autori arvates ei ole pärast ühe
kasvaja radikaalset ravi prognoos uue
pahaloomulise kasvaja tekkimise kor-
ral sugugi halvem kui samasuguse
lokalisatsiooniga solitaarse kasvaja
puhul (4, 7, 10).

Pahaloomulise mitmikkasvaja kor-
ral esineb tavaliselt kaks, märgatavalt
harvem kolm kasvajat, I. Mihhirjevi ja
T. Mihhirjeva (8) andmeil täheldatakse
kolme pahaloomulist kasvajat 5...
6%-l kõigist mitmikkasvaja juhtudest.

Esitame andmed meie täheldatud
juhu kohta.

Haigusjuht. 74-aastane mees I. M. (ambu-
latoorne kaart 1394/1979) saabus 11. juunil
1979. a. Tartu Kliinilise Haigla kõrva-, nina-
ja kurguosakonda konsultatsioonile. Ta oli
haigestunud umbes kahe kuu eest, mil oli
tekkinud ka häälekadu. Kahe nädala eest oli
haige pidevalt tundnud tugevat nõrkust, vii-
masel nädalal oli kehatemperatuur tõusnud
38°-ni. Larüngoskoopiliselt ja biopsia teel
diagnoositi kõrivähk. Tuumor lokaliseerus
vasakul kõripealise sisepinnal ja mõlemal

esikukurrul. Biopsia nr. 4246/1979. a.: *carcinoma planocellulare typus cornescens*. Haige saadeti Tartu Onkoloogiadispanseri radioloogiaosakonda, kus ravi toimus kahes etapis. I etapp 20. juunist 16. juulini 1979. a. (haiguslugu nr. 756/1979. a.): telegammaraavi KD=2600 rad, ND=2500 rad. Samal ajal manustati prospidiini 200 mg kaupa veeni, kokku 1,85. Prospidiinravi jätkus patsiendil ka kodus. Esimese ravietapi lõpul oli enesetunne märksa parem, hääl tuli tagasi. II etapp toimus 7. augustist 6. septembrini 1979. a. samas osakonnas (haiguslugu nr. 934/1979. a.). Haige sai telegammakiiritust (KD=5980 rad) kõri piirkonda. Haige talus ravi hästi. Kodus prospidiinravi jätkus. Haige käis regulaarselt järelekontrollil. Enesetunne oli hea. Algul püsis kõripealise serval veel väike paksend, alates 29. septembrist 1979. a. oli larüngoskoopiline leid normis, retsidiive ei täheldatud.

Patsient haigestus 1980. a. septembris uuesti, mil nõrkus, väsimus ja isutus aegamööda süvenesid. Jalad paistes. Tekkisid valud vasakul pool seljas, mis ei lasknud magada. Nende kaebuste tõttu saadeti ta 14. oktoobril 1980. a. Tartu Onkoloogiadispanseri radioloogiaosakonda (haiguslugu nr. 1091/1980. a.). Valulikkus vasakul paravertebraalselt, paremal keskväljades märgi räginaid. Rindkere röntgenoskoopia: *emphysema levis pulmonis dextri; fluidothorax sinister et infiltratio lobi superioris pulmonis sinistri*. Tugev infiltratsioon umbes 6 cm läbimõeduga alal, mille segmentaarne lokaliseerimine tagumise ja eesmise segmenti piiril ei ole päris selge. Diagnoos: pleuropneumoonia. Vereanalüüs: SR 52 mm/t., hgb. 12,6 g%, erütrots. 4,2 milj., leukots. 14850. Pleuraõõne punktaadi tsütoloogiline uuring (nr. 6222): erütrotsüütide foonil lümfotsüüte. Tsütoloogiline uuring (nr. 6221): röga mädane. Tuumorirakke ei leitud. Pulmokardiaalne puudulikkus ravist (antibiootikumid, vitamiinid, südamevahendid) hoolimata järjest süvenes. 27. oktoobril 1980. a. haige suri. Lõplik kliiniline diagnoos: *carcinoma laryngis III kl. gr. cum metastasibus pulmonum? Pleuropneumonia bilateralis. Cystitis et pyelonephritis sinistra. Fluidothorax sinister. Insufficiencia cardiovascularis II^b*.

Väljavõte lahanguprotokollist (nr. 643/1980. a.): kõris makroskoopilisel ega histoloogilisel uurimisel kasvaja tunnuseid ei leitud. Ulatuslik kasvaja (9...10 cm) leiti vasakus peabronhis, mis infiltreerivalt oli kasvanud ka vasaku kopsu koesse. 3...4 cm läbimõeduga kasvajasõlmi oli rangluuülistes lümfisõlmedes, keskseinandis, pleurallestmetel, diafragmal ja paraaortaalses lümfisõlmedes. Vasaku neeru alumises osas oli 3,5 cm läbimõeduga pehmet konsistentsi kasvajasõlm.

Histoloogilisel uurimisel selgus, et kopsus oli väikeserakuline anaplastiline vähk. Samasuguse ehitusega olid ka metastaasid. Pare-

mas neerus olev kasvaja osutus heledarakuliseks vähiks.

Pärast lahangul võetud koetükkide histoloogilist uurimist määrati järgmine patoanatomiline diagnoos: *carcinoma pulmonis sinistri cum metastasibus pleurae visceralis et parietalis sinistral, mediastini anterioris et posterioris, diaphragmatis, lymphonodorum supraclavicularium et paraaortalium. Pleuritis carcinomatosa sinistra. Deformatio oesophagi et arteriae pulmonalis sinistral e tumore. Endocarditis verrucosa valvae tricuspidalis. Insufficiencia cardiopulmonalis chronica, hepar moschatum. Cachexia. Carcinoma renis sinistri. Sclerosis parietis laryngis post radiotherapiam. Emphysema chronicum pulmonis dextri. Atherosclerosis aortae et arteriarum coronarium cordis. Cardiosclerosis. Adenoma prostatae. Vesica urinaria trabecularis. Diverticulum oesophagi.*

Seega oli meie poolt kirjeldatud haigel kolm pahaloomulist kasvajat, nimelt kõrivähk, rohkete metastaasidega kopsuvähk ja neeru heledarakuline vähk. Kõigil vähkidel oli erisugune histoloogiline ehitus: kõris oli lamedarakuline vähk sarvestumisega (vt. mikrofoto 1), kopsus ja metastaasides oli anaplastiline väikeserakuline vähk (vt. mikrofoto 2) ning neerus heledarakuline vähk (vt. mikrofoto 3). Histoloogilise leiu alusel ei ole mingit kahtlust, et kõigis neis elundites olid tekkinud primaarsed kasvaja.

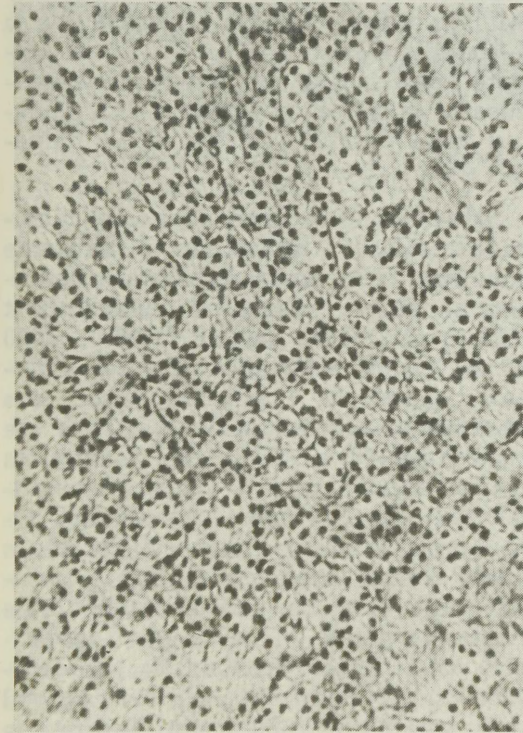
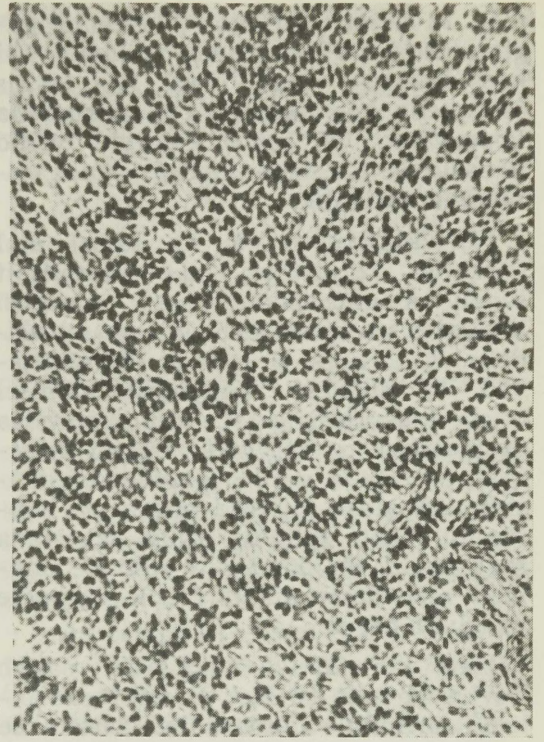
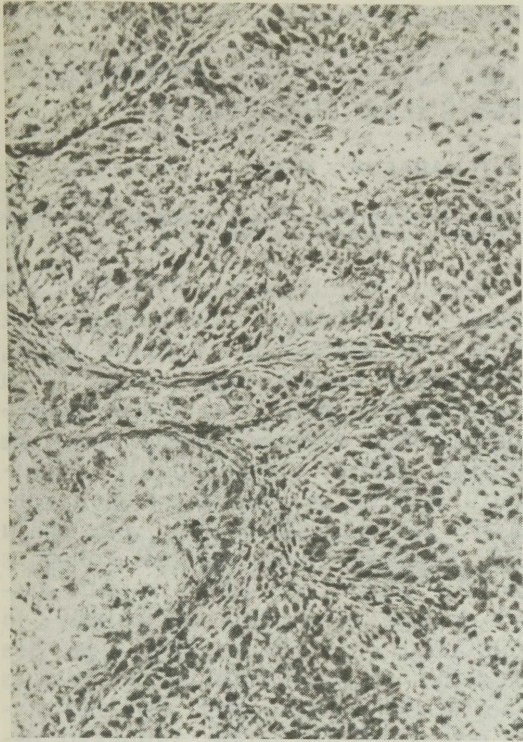
Kirjanduse andmeil esineb mitmik-kasvajate puhul kombinatsiooni «kõrivähk + kopsuvähk» suhteliselt sageli, mida seostatakse ühesuguste etioloogiliste tegurite mõjuga (6). Sel puhul on tavaliselt täheldatud vähkide meta-kroonset teket, kusjuures kõrivähk tekib enamikul juhtudel varem (6, 9). E. Drukin ja L. Zak (6) esitavad koondand-

Mikrofoto 1. Lamedarakuline vähk sarvestumisega kõris. Värving van Giesoni järgi, suurendus 210 korda.

Mikrofoto 2. Anaplastiline väikeserakuline vähk kopsus. Värving van Giesoni järgi, suurendus 210 korda.

Mikrofoto 3. Heledarakuline vähk neerus. Värving van Giesoni järgi, suurendus 210 korda.

Mikrofoto 4. Anaplastilise väikeserakulise kopsuvähi metastaasid (tumedad) neeru heledarakulises vähis (heledam osa fotost). Värving van Giesoni järgi, suurendus 210 korda.



med 13 autori töö kohta, kes olid jälginud kokku 131 kõrivähi ja kopsuvähi koosesinemise juhtu. Neist 79-l tekkis esimesena kõrivähk ja 13-l esimesena kopsuvähk, 39 juhul esinesid vähid üheaegselt. Ka meie uuritul ilmnes esimesena kõrivähk.

Kõrivähijärgselt või ka samal ajal tekkinud kopsuvähk jääb kliiniliselt sageli diagnoosimata, sest muutusi kopsudes peetakse kõrivähi metastaasideks. E. Drukin ja L. Zak (6) rõhutavad, et rindkere röntgenoskoopimisel tuleb kõrivähahaigetel, kui kopsudes avastatakse ümmargune vari või infiltmaat, arvestada mitte niivõrd metastaaside võimalust, kui võrd primaarse kopsuvähi teket. Mainitud tuleb arvestada seda enam, et nimetatud autorite andmeil metastaseerub kõrivähk allapoole rangluid harva.

Meie kirjeldatud haigusjuht pakub huvi veel selle poolest, et mikroskoopilisel uurimisel avastati heledarakulise vähi koes kopsuvähi mikrometastaase (vt. mikrofoto 4). Pahaloomulise kasvaja metastaaside tungimist teise pahaloomulisse kasvajasse või ka healoomulisse kasvajasse on täheldatud väga harva. R. Hirtzleri ja kaasautorite (2) arvates oli 1975. a. kirjandusest teada vaid 50 sellist juhtu.

KIRJANDUS: 1. Barz, H., Barz, D. Arch. für Geschwulstforsch., 1977, 45, 5, 428—436. — 2. Hirtzler, R., Pavelić, Z., Kubović, M. u. o. Zentralbl. allg. Pathol., 1975, 119, 4, 272—275. — 3. Moertel, Ch. O. Multiple primary malignant neoplasms. Berlin, 1966. — 4. Pokk, T., Pokk, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 4, 258—260.

5. Аргюх Г. Ф. Клин. мед., 1972, 5, 24—29. — 6. Брусилевский Е. А. Вопр. онкол. 1969, 1, 70—74. — 7. Друкин Э. Я., Зак Л. Р. Вопр. онкол., 1971, 4, 89—93. — 8. Мартынюк В. В., Калинкина В. И. Вопр. онкол., 1968, 11, 92—95. — 9. Михирев И. В., Михирева Т. Н. Вопр. онкол., 1976, 8, 79—83. — 10. Светланов М. И. Раковые опухоли гор-тани. М., 1964. — 11. Харченко В. П., Фотин Х. С., Любарова Н. Ф. и др. Вопр. онкол., 1978, 8, 103—105.

TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateeder

Tartu Kliiniline Haigla

UDK 616.89-008.442:614.2

KES TULEVAD SEKSUOLOOGI KONSULTATSIOONILE!

HEITI KADASTIK · TARTU

seksuoloogiline abi, seksuaalteadmised, seksuaal-nõuandlus, impotentia generandi

Vaevalt leidub arenenud inimest, kes kahtleb seksuoloogi töö vajalikkuses. Kuid veel paarkümmend aastat tagasi, 1960-ndate aastate algul, kui Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas esimesena meie vabariigis alustati elanike seksuoloogilist vastuvõttu ja koos sellega ka seksuoloogia-alast sanitaarselgitustööd, oli palju neid, kes seksuoloogi tegevust kohatuks pidasid. Skeptikuid leidis samuti arstide hulgas, eriti kurb, et ka laste- ja kooliarstidele tooni andjate seas. See pidurdas seksuaalprofülaktikat, halvas noorte seksuaalkasvatust, sest sellealase ettevalmistuse järele tunnevad pedagoogid puudust veel senini. Nüüdki võib leida koole, kus Eesti NSV haridusministri ja Eesti NSV tervishoiu-ministri ühist ringkirja «Keskoolide ja 8-klassiliste koolide V ja VII klassi õpilaste isikliku hügieeni kursuse sisseviimisest» (1963. a. novembrist) on täidetud väga puudulikult või ei ole täidetud seda üldse.

Samasugune olukord on ka seksuaalkasvatusalaste hilisemate direktiivide nõuetega, 1980. aastal kehtestatud perekonnaõpetuse programmi elluviimisest rääkimata. Kui aastail 1968...1970 korraldasime seksuaalteadmistest ülevaate saamiseks TRÜ üliõpilaste seas anonüümse ankeetküsitluse, näitas see väga suuri lünki üliõpilaste teadmistes (10 küsimusest vastati õigesti keskmiselt 4,8). Ilmselt noorte puudulik ettevalmistus abieluks ja perekonnaeluks tuleb arvesse ka tegurina, mis abielulahutuste arvu on suurendanud. Meie direktiivorganid on tähelepanu pööranud abielude ja perekondade koospüsimise suurendamisele, millele peavad kaasa aitama ka 1980. aastal Tallinna ja

Tabel 1. Soo, vanuse ja päritolu järgi jaotusid vaadeldud protsentuaalselt järgmiselt

Vanus	Mehed			Naised			Kokku		Kokku
	linnast	maalt	kokku	linnast	maalt	kokku	linnast	maalt	
Kuni 20 a.	1	—	1	1	—	1	2	—	2
21...30 a.	20	15	35	5	1	6	25	16	41
31...40 a.	12	7	19	3	2	5	15	9	24
41...50 a.	8	4	12	1	1	2	9	5	14
51...60 a.	5	4	9	—	1	1	5	5	10
61 a. ja vanemad	8	1	9	—	—	—	8	1	9
Kokku	54	31	85	10	5	15	64	36	100

Tartu teenindusministeeriumi süsteemis asutatud perekonnanõuandlad. Nõuandlate konsultantide seas on üks külastatavamaid seksuoloog, kuigi ka tervishoiuministeeriumi süsteemis on juba 1968. a. seksuoloogi-psühhoterapeudi ametikohad.

Seksuoloogi poole pöördumine on veel seni olnud paljudele nagu võõrastav, mõnikord kardetakse sellega kahjustada oma reputatsiooni. On patsiente, kes arsti usutlevad, et kas ka varem on temasuguseid konsultatsioonil käinud. Et saada ülevaade kontingendist, kes meil seksuoloogi poole nõuannete ja abi saamiseks pöördub, on artiklis vaatluse alla võetud 1981/1982. a. sügistalvel Tartus esmakordselt seksuoloogi vastuvõtule tulnud 100 inimest.

Nagu tabelist 1 nähtub, on seksuoloogilt nõu ja abi saama tulnute seas suures ülekaalus mehed (85%). Naiste tagasihoidlikkust võib seletada nende suurema häbelikkusega ja oma seksuaalmurede kannatlikuma talumisega, seda küll ajani, kui seksuaalkonfliktist tingitud neurooside tõttu on nad sunnitud ravile pöörduma. Naiste jaoks on ka oma eriarst — günekoloog, kes isikususest olenevalt võib ka seksuologiaalast nõu anda. Meeste eriarsti — androloogi — meie vabariigis ei tööta ja seetõttu on meestel seksuaalsfääri puudutavate igasuguste muredega võimalik pöörduda vaid seksuoloogi poole. Paraku aga ei saa ta üksi kõiges selgust tuua, mistõttu tuleb kasutada ka uroloogi, veneroloogi, neuroloogi, endokriinoloogi või muude eriarstide abi. Seda

eriti näiteks *impotentia generandi* esinemisel, mis spermatoloogi puudumise tõttu jääb kahjuks enamikul juhtudel kas selgitamata või ravimata. Seetõttu ka mehest tingitud lasteta abielude puhul tuleb rohkem mõelda kasulapse võtmisele.

Seksuoloogi konsultatsioonile pöördunud $\frac{2}{3}$ (64%) on pärit linnast, $\frac{1}{3}$ (36%) maalt. See suhe ei ole tingitud ainuüksi populatsioonis esinevast linna- ja maaelanike vahekorra, vaid tuntav on maainimeste, eriti naiste, kartlikkus. Arvesse tuleb ka maaelanike väiksem informeeritus seksuoloogilise abi võimalustest.

Seksuoloogi konsultatsioonile on pöördunud eranditult täiskasvanud, mida tuleb ka õigeaks pidada, peamiselt 21...30-aastased (41%), seega need, kes tavaliselt elavad kõige intensiivsemat suguelu. Vastavalt vanuse suurenemisele seksuoloogi poole pöördumine nii meeste kui naiste osas järjest väheneb, kuid üle 60 aasta vanuste meeste puhul võib taas rääkida külastuste rohkene misest, seda just linnameeste osas. Selles vanuses naised seksuoloogi poole enam ei pöördunud. Kõige noorem seksuoloogi poole pöörduja oli nii meeste kui ka naiste puhul 19-aastane, kõige vanem 81-aastane mees.

Nagu tabelist 2 ilmneb, on seksuoloogi nõuandeid ja abi vajanud peamiselt abieluinimesed, eriti naised — $\frac{4}{5}$ seksuoloogi poole pöördunud naistest on abielus. Meestest on küllalt suur osa ka vallalisi, ligi $\frac{1}{3}$. Vallaliste meeste suurem abivajadus on ilmselt seoses

Tabel 2. Seksuoloogi konsultatsioonile pöördunute jaotumus perekonnaseisu järgi (%-des)

Perekonnaseis	Kontingent		Üldarv
	mehed	naised	
Abielus	59	80	61
Vallalised	30	13	27
Lahutatud	8	7	8
Lesed	4	—	4

abielueelse sugueluga ja sageli juhuslikest vahekordadest ja ühekordseltki kogetud seksuaalnõrkuse nähtudega. Lahutatud mehi ja naisi on abivajajate hulgas võrdselt. Lesestunud naised ei ole seksuoloogi poole pöördunud, lesestunud meestest vaid need, kes on uuesti abielluda kavatsenud.

Seksuaalfunktsioon on füsioloogilistest funktsioonidest ainuke, mille optimaalseks realiseerumiseks on vaja kahe eri soost organismi harmoonilist koostööd. Seetõttu ei ole selle funktsiooni häirimisel piisav piirduda ühe partneri vaevuste-kaebuste selgitamisega, vaid arstil tuleks ära kuulata kumbki pool. Vallaliste puhul on see vaevalt teostatav, vähe usutav, et seksuoloogi juurde tullakse oma juhusliku seksuaalpartneriga. Kuid ka abieluinimesed eelistavad seksuoloogi juurde tulla üksinda, sageli ilma abikaasa teadmata, tema eest seda külastust isegi varjates. On olnud ka juhtumeid, kui teine abielupool on seksuoloogi juurde kaasatulemast kutsele vaatamata kategooriliselt keeldunud. Sellist tõrkumist on ette tulnud nii abielumeeste kui ka -naiste poolt. Vaadelduist (esmakordsel pöördumisel) on abikaasad seksuoloogi juurde tulnud koos vaid kahel juhul.

Patsiente on olnud küllalt erineva haridusega. Esikohal on kesk- ja kesk-eriharidusega inimesed (36%), seejärel 5...8-klassilise haridusega töötajad ja pensionärid (32%). Kõrg- ja lõpetamata kõrgharidusega on olnud 28% ja kuni 4-klassilise haridusega 4%, äärmused poolelijäänud abikooliharidusest professorikutseni välja. Et meie elanike haridustase on tõusnud — Tartus tuleb arvestada ka ülikoolilinna omapära —, siis ei saa lausa väita, et mida väiksem

on haridus, seda vähem pöördutakse oma seksuaalmuredega arsti poole. Küll võib aga kinnitada seda, et vaimse töö tegijate seksuaalsus on kehalise töö tegijate seksuaalsusest tavaliselt tagasihoidlikum, kergemini häiruv. Kui aga seksuoloogi poole pöördub väheharitud, primitiivne inimene, siis torkab silma seksuaalsuse ületähtsustamine oma elus, sageli on ta harituist hoopis pretensioonikam, tahtes mingite imeravimitega oma seksuaalnõrkusest kohe üle saada, tervislikke eluviise ja seksuaalpsühholoogilisi nõuandeid seejuures aga millekski pidamata. Raskusi on piiratud intellekti ja alkohoolikutest meespatsientidega, kelle prognooski jääb alati kahtlaseks.

Siinkohal peab märkima seda, et seksuaalteadmised ei ole mitte otseses seoses formaalse haridusega. Oma murede sõnastamine on raske ja nagu piinlikki paljudele, ei teata viisakat terminoloogiat. Nii mõnigi algharidusega inimene võib seda teha palju ladusamalt ja korrektsemalt kui kõrgkooli lõpetanu.

Vaatlusaluste suguelu alguse jaotumus vanuse järgi: <15 a. oli suguelu alustanud 8%, 16...17 a. 24%, 18...20 a. 30%, > 21 a. 26% ja alustamata oli suguelu 12%-l vaatlusalustest.

Seega oli enamik (62%) suguelu alustanud esimese 20 eluaasta sees, seejuures 1/3 (32%) alaealistena (enne 18. sünnipäeva, ühe erandiga kõik mehed). Seksuoloogi poole pöördudajad, kelle kaebuseks oli seksuaalvahekorra puudumine, olid kõik mehed, vallaliste kõrval ka üks abielumees. Kõikide vanus oli 20...40 aastat, kõigil anamneesi järgi üks või mitu ebaõnnestunud *coitus'*e katset.

Ülevaates ei ole analüüsitud seksuoloogi konsultatsioonile tulnute meditsiinilist aspekti, näidustusi, mis inimesi on sundinud pöörduma seksuoloogilt abi saama. Võib vaid öelda, et naiste peamine mure on anorgasmia kujul fikseerunud psühhogeenne frigiidsus ja rahulolematuse oma abikaasa madala seksuaalkultuuriga. Meestel on ülekaalus erektsiooninõrkus või enneaegne

ejakulatsioon, kuid küllaltki tuntav on just nooremate meeste puudulik ja väär seksuaalteadlikkus, sellest ka pseudoimpotentsuse avaldused.

Eeltoodust võib järeldada, et seksuolooži poole pöörduvad igas vanuses mehed ja naised, nii linnast kui ka maalt, haridustasemest ja perekonna seisust olenemata. Seksuaalhäirete all kannatajaid aga on kahtlemata rohkem kui seksuolooži poole pöördunud. Ikka veel häbenetakse oma intiimseid muresid kohalikule arstile avaldada, kui seda siiski tehakse, siis on juhtunud sedagi, et arst on neid kaebusi ignoreerinud kui väheolulisi. Mõnikord aga võivad kõrvalseisjale pisisajadena tuntavad seisad olla asjaosalisele väga valusad, enesetunnet ja meeleolu kogu aeg häirivad, kogu elu varjutavad. Kui sellised psüühikat traumeerivad asjaolud pärinevad seksuaalsfäärast, siis on küllalt tavaline, et neile ei osata ega julgeta asjatundlikku abi leida. Abivajajatel on enne seksuolooži juurde tulekut olnud liiga kaua kõhklemist ja hoovõtmist. Palju on neid, kes konsultatsioonilt lahkudes on öelnud: «Oleks ma seda kõike aastate eest teada saanud, oleks kõik võinud paremini minna.» Seetõttu oleks igal arstil, kellele patsiendid kurdavad ka oma seksuaaleluga rahulolematuse üle, asjakohane olnud anda nõu ja julgust seksuolooži poole pöördumiseks (saatekiri oleks vajalik vaid selleks, et informeerida varem diagnoositud somaatilistest haigustest ja analüüside tulemustest). Kuigi ka seksuoloog ei saa kõikidele patsientidele alati anda garantiikirja seksuaalelu kordaseadmise kohta, võib ta juba asjatundliku selgitusega (ratsionaalse psühhoteraapiaga) kannatusi paljudel juhtudel kergendada. Seksuoloogilise abi võimalused Tartus ei ole veel ammen-datud, neid võimalusi tuleks kasutada rohkem.

Tartu Perekonnanõuandla

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2«1952/1982» (474.2)(091)

TALLINNA EPIDEMIOLOOGIA, MIKROBIOLOOGIA JA HÜGIEENI TEADUSLIKU UURIMISE INSTITUUT 30-AASTANE

LUDMILLA PRIIMÄGI · TALLINN

Instituut on vabariiklik teadusliku uurimise ja uurimismetoodika keskus epidemioloogia, meditsiinilise mikrobioloogia, viroloogia ja hügieeni alal. Instituut asutati 16. septembril 1952. aastal Vabariikliku Vaktsiinide ja Seerumite Instituudi baasil, mis omakorda oli alguse saanud Tartus 1920. aastal tolelaegsest põllumajandusministeeriumi riiklikust seerumiinstituudist. Seda kõike silmas pidades on instituudil töoaastaid juba 62, kuid tema praegune nimetus, teadustöö profiil ja uurimisuunad fikseeriti 30 aastat tagasi.

Epideemiatõrje meie vabariigis oli instituudi rajamise aastal intensiivses arenemisstaadiumis. Sel ajal tegid väga palju ära V. Hion, G. Uibo, A. Goldberg, K. Vassiljeva, A. Vorobjova, I. Urman, I. Masik, A. Kuusik, L. Stepanova jt. — hügienistid, tervishoiujuhid, mikrobioloogid, epidemioloogid, virooloogid, kellega instituut tegutses käsikäes profülaktika- ja epideemiatõrjeabinõude elluviimisel. Instituudi asutamisel olid eriti tegevad T. Ustinova, E. Närska ja A. Jannus.

Instituudil on tugev tänapäevane laboratoorne baas. Palju on ära tehtud meie vabariigi teaduse edendamiseks ja

elanike tervise tugevdamiseks. 30 aasta jooksul on instituudis lõpetatud 223 uurimust, on kaitstud ja kinnitatud 50 väitekirja, sealhulgas viis doktoritööd, on korraldatud kokku 35 kongressi, konverentsi, sümposiooni, üleliidulist nõupidamist, kirjastatud 55 raamatut (kokku 12 500 lehekülge), avaldatud 2050 teadusartiklit. On esitatud ja kasutusele võetud 109 ratsionaliseerimiseettepanekut, koostatud 97 meetodilist soovitusi ja juhendit, sealhulgas üleliiduliseks kasutamiseks seitse.

Esimese tegevusaasta lõpul oli instituudis 35 töötajat, neist 10 teadurit, käesoleval aastal seevastu 148, sealhulgas kõrgharidusega töötajaid 59. Töötajate arv on suurenenud ühtlaselt, peamine teadusproduktioon on sündinud viimase 15 aasta kestel.

Instituudi kümnenda tööaasta lõpul oli 19 teadurist vaid neljal teaduskraad, nüüd aga 50 teadurist 26-1, sealhulgas kolmel doktorikraad.

Paljud instituudi spetsialistid on ettevalmistuse saanud Moskva ja Leningradi juhtivate teadusasutustes. Viimastel aastatel on koosseis noorenenud 14 kõrgkoolilõpetaja tööletuleku tõttu. Seitse töötajat õpivad aspirantuuris Moskva keskinstituutides. Igal aastal suunatakse sihtaspirantuuri kaks-kolm noort teadlast.

Elavalt tegutseb noorteadlaste nõukogu. Pööratakse tähelepanu instituudi kaadrile — täiustatakse kutsemeisterlikkust, omandatakse uusi, tänapäevaseid uurimismeetodeid, tegeldakse ideelis-poliitilise ja kõlbelise kasvatustööga. Teadlaste kvalifikatsiooni tõstmise üks vorme on väitekirja koostamine ja kaitsmine. 1981. aastal jõudsid selleni neli teadlast, 14 teadlasele on kinnitatud dissertatsiooni plaan. On loodud inglise, saksa ning eesti keele õpperühmad, igal aastal õpib osa töötajaid marksismi-leninismi ülikoolis, patendinduse alal või muudes õpperühmades. Instituudis töötab suurte kogemustega kvalifitseeritud kaader, kes õpetab noorteadlasi, andes edasi oma teadmisi, kogemusi ja instituudi töötraditsioone. Nii on kaheksa teadlast instituudis töö-

tanud 25...30 aastat, seitse 20...25 aastat, viis 15...20 aastat ja 14 10...15 aastat.

Instituudi küllalt suur teaduspotentsiaal tugineb kõrge kvalifikatsiooniga kaadrile, tänapäeva nõuetele vastava teadusaparatuuri kasutamisele, samuti värskete teadusinfote.

Üks neljandik instituudi uurimisteedest on võetud NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Teaduse ja Tehnika Komitee ülesandel, üks kolmandik teemasid on lülitatud meie vabariigi rahvamajanduse arengu plaani ning kõik teemad kuuluvad üleliidulistesse probleemitemaatilistesse plaanidesse. Mitmel teemal toimub koostöö üleliiduliste keskinstituutide ja teiste vabariiklike instituutidega, kaks teemat on rahvusvahelise teadusliku koostöö plaanides (üks Soome teadlaste ja teine VMN-i maade teadlastega). Instituudil on tihedad sidemed meie vabariigi teadus- ja raviasutustega ning ka teiste rahvamajandusharude asutustega.

1976. aastast alates on instituudis toimunud sotsialistlik võistlus, mille eesmärk on teadustööde meetoodika, kvaliteedi ja resultatiivsuse parendamine. 1977. aastast alates oleme sotsialistlikus võistluses Leedu NSV Tervishoiu-ministeriumi analoogilise instituudiga. Igal aastal teeb kokkuvõtteid ühendatud žürii. Viie aasta kestel on kolm korda, sealhulgas kahel viimasel aastal, võitjaks tulnud meie instituut.

1981. aastal tuli instituut võitjaks Eesti NSV tervishoiuasutuste vabariiklikul ülevaatusel esimeses rühmas ja pälvis diplomi ja rahapreemia.

Leiutus- ja ratsionaliseerimistegevuse alal on instituut ülevabariigilises sotsialistlikus võistluses pälvinud juba neljandat aastat järjest teise koha Eesti NSV ministeeriumide ja ametkondade kolmandas rühmas.

Kõik aastakümned on instituut meetoodikakeskuseks spetsialistide ettevalmistamisel ja kvalifikatsiooni tõstmisel bakterioloogia, viroloogia, biokeemia, toksikoloogia tänapäevaste uurimismeetodite tundmaõppimise alal. Instituudis töötades on spetsialiseerunud mitte



Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudi juhtkond 1982. aastal. Esireas vasakult: viroloogiaosakonna juhataja V. Vassilenko, teadussekretär A. Tetsov, direktor L. Priimägi, direktori asetäitja teadusalal R. Silla, direktori asetäitja majandusalal E. Rea. Tagareas vasakult: pearaamatupidaja E. Allorg, hügieeniosakonna juhataja M. Teoste, sanitaarkemialabori juhataja R. Rahhimov, atmosfääriõhu toksikoloogia labori juhataja S. Etlin, epidemioloogiaosakonna juhataja J. Reinaru, informatsiooni- ja organisatsioonilis-metoodilise töö osakonna juhataja S. Umanski, toidutoksikoloogialabori juhataja V. Mittšenkov, sanitaarbakterioloogialabori juhataja K. Birk, J. Ney foto.

üksnes meie vabariigi raviasutuste ja uurimisinstituutide töötajad, vaid ka Moskva, Leningradi, Vilniuse, Jerevani, Bakuu ja teiste linnade teadusasutuste töötajad.

Põhitöö kõrvalt annavad instituudi teadurid meie vabariigi tervishoiusüsteemile märkimisväärset abi. Laborite baasil on loodud ja tegutsevad vabariiklikud keskused šigellade, salmonellade, ešerihhiate uurimise alal, funktsioneerib gripikeskus ning sellest tööst esitatakse ülevaateid. Mainitule lisaks uuritakse diagnoosimise eesmärgil igal aastal tuhandeid haigeid, kes põevad mitmesuguseid bakteriaal- ja viirusnakkusi. Samuti võetakse väliskeskkonna objektidelt tuhandeid analüüse, antakse kümneid ekspertiise, antakse kirjalikku ja suulist konsultatsiooni, kooliõpilaste päevarežiimi ja õppimistingimuste sanitaar-hügieenilisi hinnanguid. Meie vabariigi tervishoiutöötajatel on võimalus instituudis iseseisvalt või koos instituudi teaduritega

tegelda teadusliku uurimisega. Nende jaoks on sisustatud eraldi labor.

Instituudi teaduslikud uurimistööd on sihitud mitme meil ettetuleva nakkushaiguse leviku seaduspärasuste väljaselgitamiseks, samuti kindlaks tegemaks väliskeskkonna tingimuste mõju inimorganismile, sealhulgas lapse organismi kasvu ja arengu seaduspärasuste väljaselgitamiseks jms. Need uurimistööd aitavad kaasa mitmetest nakkustest põhjustatud haigestumise juhtude vähenemisele, diagnoosimis- ja profülaktikameetodite täiustamisele, rahva tervise tugevdamisele. Instituudi teadusliku uurimistöö tulemusi kasutatakse laialdaselt praktiliste soovitude ja normatiivide koostamisel. Need tulemused on aluseks edaspidiste peamiste uurimissuundade perspektiivsele arengule keskkonnakaitse, laste ja noorukite hügieeni, bakteriaalsete ja viirusnakkuste epidemioloogia, diagnoosimise ja profülaktika alal.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

UDK 614.2(474.3)«1957/1982»(091)

VEERAND SAJANDIT P. STRADINŠI NIMELIST MEDITSIIINIAJALOO MUUSEUMI RIIAS

ARNIS VIKSNA · RIIA

P. Stradinši nim. Meditsiiniajaloo Muuseum, asutamise ajalugu, muuseumi funktsioonid, koosseisud, teaduslik uurimistöö

1957. aastal asutati akadeemik Paul Stradinši kollektsiooni põhjal Riias Paegle t. 1 meditsiiniajaloo muuseum¹, mis praegu on esimene ja ainus taoline Nõukogude Liidus, kus komplekselt on eksponeeritud kogu maailma ravikunsti areng ürgajast tänapäevani.

Väljapanekuid uuendatakse pidevalt, eriti ulatuslikke täiendusi on tehtud nõukogude perioodi kohta — siin köidavad küllastajate tähelepanu eelkõige kosmosemeditsiini ja -bioloogiat tutvustavad väljapanekud. Lisaks põhiekspositsioonile korraldatakse ligi paar-kümmend eriteemalist näitust aastas. Ei ole karta, et unikaalsetest esemetest puudus tuleks, praegu on neid hoidlas üle saja viiekümne tuhande, vaatajate silma all aga kõigest kolme protsendi ümber. Loomulikult viitab see tõsiasi süvenevale ruumipuudusele, ehkki nii esindusliku ja avara hoone pörandapind ulatub 2800 ruutmeetriini. On rõõmustav, et esindatud on ka Eesti NSV, kusjuures suurem hulk materjali on Suure Isamaasõja järgse perioodi ning Tartu Riikliku Ülikooli kohta.

Muuseumis on kümme teadustööosakonda, neli fondisektorit, kolm eritöökoda jne. Töötajaid on 81 (1957. aastal ainult 14), neist teadlasi 28. Asutami-

sest alates on muuseumis käinud umbes kaks miljonit küllastajat, seega on küllastajaid aastas olnud keskmiselt 180 000. Sissepääs on teatavasti tasuta.

On avaldatud ligikaudu 340 teadustööd (sealhulgas 15 raamatut) ja pool tuhat populaarteaduslikku kirjutist, lisaks veel brošüüre ja kogumikke. 1957. aastast alates on muuseum regulaarselt välja andnud kogumikku «Из истории медицины», mille 12. number jõudis lugejani 1981. aastal.

P. Stradinši nimeline muuseum ei ole üksnes eksponeeriv asutus, vaid ta on ka teaduslik uurimiskeskus ning kultuurhariduslik paik, tugipunkt Riia Meditsiiniinstituudi sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedrile. Muuseumi tulevad täienduskursustele arstid, meditsiiniajaloolased ja muuseumitöötajad kogu Nõukogude Liidust, omandamaks uusi meetodikaalaseid teadmisi. 1982. a. alates kuulub muuseum Läti NSV sotsiaalhügieeni, tervishoiuorganisatsiooni ning meditsiiniajaloo õppe-, teadus- ja praktikakoondisse.

Juubeli puhul korraldati muuseumis 25. ja 26. novembril 1982. a. teadus-sessioon, millest osavõtjaid oli üle saja NSV Liidust ja välismaalt. Eesti NSV poolt oli V. ja M. Kalnini ettekanne «Arstiteaduskonna arengu kajastumine Tartu Riikliku Ülikooli Muuseumis». Tähtpäevaks anti välja mitmeid trüki-seid museoloogia alalt ja P. Stradinši nimelise muuseumi kohta eriti. Tähelepanu väärrib ka mälestusmedal.

P. Stradinši nimeline Meditsiiniajaloo
Muuseum

¹ Toetudes ajaloo teaduses valitsevale tavale, võinuks muuseumi arvestatav vanus suurem olla: P. Stradinši kollektsioonist, mis sai alguse 1933. aastal, rajati süstematiseeritud ekspositsiooniga meditsiinimuuseum ja see avati 1945. a. talvel. 1952. a. läks muuseum Riia Meditsiiniinstituudi valdusse ning alles 1957. a. 3. septembril kehtestatud määruse põhjal rajati olemasoleva baasil praegune muuseum.

Heino Gustavson

A *biks* **velskritele** **ja õdedele**

UDK 616-036.886-082

ELUSTAMISVÖTETE OSKUSTEST KUTSEVÖISTLUSTEL

BERNARD LEHEPUU · TALLINN

taaselustamine, esmaabivõtted, kunstlik hingamine, südamemassaaž, kutsevõistlus, ämmaemanda te oskused

Kiire ja oskuslik tegutsemine loob eeldused edukaks elustamiseks äkksurma korral. Tegutsemise kiirus ja oskused aga olenevad selleks valmisolekust, personali treenitusastmest. Teatud ülevaate keskastme meditsiinitöötajate valmisolekust haigete abistamiseks kliinilise surma staadiumis annavad kutsevõistlused.

15. detsembril 1982 toimunud I vabariiklikul ämmaemandate kutsevõistlusel oli üks praktilisi ülesandeid demonstreerida mannekeenil elustamisvõtteid A, B ning C. Et võistlusjuhend, mannekeen ja ka hindajad olid samad mis eelmise aasta I vabariiklikul keskastme meditsiinitöötajate kutsevõistluselgi, siis oli võimalik võrrelda andmeid nii võistlejate koosseisu, ettevalmistuse kui ka tulemuste kohta.

Konkursist võttis osa 29 ämmaemandat 13 raviastutusest. Nende vanus 21... 55, keskmiselt 33,6 aastat; meditsiiniline üldstaaž 3... 35, keskmiselt 12,5 aastat; erialal töötanud 1... 35, keskmiselt 11,4 aastat; elustamisvõtetega tuttav 0... 16, keskmiselt 2,7 aastat; treeninguid mannekeenil 1... 15, keskmiselt 3,9 korda; elustamiskatsetest osa võt-

nud 0... 4, keskmiselt 0,9 korda, neist täielikke elustumise juhte 0... 2, keskmiselt 0,7 korda.

Kui andmeid võrrelda õdede konkursi ankeediandmetega, ilmnevad märgatavad erinevused: kuigi ämmaemandate konkursis osalesid suurema staažiga töötajad — keskmine staaž ämmaemandatel 11,4 aastat, õdedel 7,5 aastat —, pidasid nad elustamise esmaabivõtetega tutvumise aega lühemaks (ämmaemandatel 2,7, õdedel 5,6 aastat). Kui vahet elustamiskatsetest osavõtmise (ämmaemandatel 0,9 ja õdedel 7,6 korda) ja edukate elustamiskatsete arvu vahel (ämmaemandatel 0,7 ja õdedel 2,8 korda) võib seletada asjaoluga, et sünnitusabis tuleb täiskasvanute elustamiskatseid ette suhteliselt harvem kui muudel erialadel, siis treeningukordade vähesus mannekeenil ei ole (ämmaemandatel 3,9 ja õdedel 4,8 korda) kuidagi põhjendatud, pealegi toimus ämmaemandate kutsevõistlus poolteist aastat hiljem. Järelikult ei ole mannekeenil treeningu võimalusi küllaldaselt kasutatud.

Võistluste ajal demonstreerisid osavõtjad elustamiskatset selliselt, nagu seda on kirjeldatud õdede kutsevõistluse kirjelduses (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 4, 285—287). Kohtunike hinnete alusel fikseeriti ühe ämmaemanda kohta miinuspunkte 3... 20, keskmiselt 8,3 punkti (ühe õe kohta 7... 17, keskmiselt 11 punkti). Erinevusi miinuspunktide jaotumisel ilmnas mitmesuguste esmaabivõtete korral. Ämmaemandate kutsevõistlusel oli eksempli kõige enam kahekesi abistamise võtte C puhul, kokku 105 punkti, keskmiselt 3,6 punkti (õdedel kokku 128, keskmiselt 4,3 punkti). Abistamisel üksi võtete A, B ja C sooritamise eest märgiti kokku 89, keskmiselt 3,1 punkti. Õdede kutsevõistlusel sama osa eest oli miinuspunkte kokku 149, keskmiselt 5,0 punkti. Ligilähedaselt samasugune edu oli kahekesi abistamisel võtete A ja B korral (ämmaemandatel kokku 47, keskmiselt 1,6, õdedel 54, keskmiselt 1,8 punkti).

Elustamise esmaabivõtete üksikelementide osas oli vigu järgmiselt: võtte

A puhul ämmaemandatel 29, keskmiselt 1,0 viga (õdedel 34, keskmiselt 1,1 punkti), võtte B puhul 72, keskmiselt 2,5 viga (õdedel 86, keskmiselt 2,9 viga), võtte C puhul 140, keskmiselt 4,8 viga (õdedel 211, keskmiselt 7,0 viga).

Nagu ilmneb, said ämmaemandad kõigi elustamisostkuste demonstreerimisel paremaid tulemusi kui õed vabariiklikul kutsevõistlusel. Samal ajal ei olnud ämmaemandad mannekeeni rohkem treeninud ega täiskasvanute elustamiskatsetest osa võtnud. Võib arvata, et igapäevases töös omandatud vastsündinute elustamise alased kogemused ja töö laad on elustamisvõtete omandamisele hästi mõjunud. Kummagi kutsevõistluse tulemusi mõjutas soodsalt ka esinemiskindlus erakorralistel näidustustel antava abi korral. Ämmaemandate oskused olid ligilähedased õdede rühmas võistelnud anestesistide, reanimatsioon- ja intensiivravipalati õdede oskustele.

Hingamisteede vabastamise meetodika olid omandanud kõik võistlejad. Torakas silma vaid viga, et abistaja kahekesi abistamise korral vabastas mannekeeni pea kahe hingamistsükli vaheajal. Selle vea tegid ämmaemandatest 7, õdedest 15. Rahuldav hinne saadi mannekeeni kopsude kunstliku ventileerimise eest. Vigadena toodi esile arütmilist tegevust, mis väljendus pikkade pausidena kunstliku hingamise tsüklite vahel üksi abistamisel (ämmaemandatel 15-l, õdedel 22 juhul), ning tegevuse kooskõlastamatust kahekesi abistamisel (ämmaemandatel ja õdedel kummalgi 11 korral).

Rindkerevälise südamemassaaži (võte C) demonstreerimisel ilmnnes kõige rohkem vigu. Nagu teistel keskastme meditsiinitöötajatel, oli ka ämmaemandatel sagedam puudus abistaja käte vale paigutus mannekeeni rindkerel (ämmaemandatel 19, õdedel 21 korral). 20 võistlejat ei määranud orientiire käte rindkerele õigeks paigutamiseks (õdedest 24), 22 võistlejat lasksid käed rindkerelt lahti (õdedest 22), 19 võistlejal ei olnud alumine rindkerele toetuv käsi haige rindkerega risti (õdedest 21-l), 8

võistlejal, kellel käte paigutus oli küll õige, ilmnesisid liiga tugevad süstolid (õdedest 23). Rindkereväline südamemassaaž elustamiskatsel näitab võistlejate treenitust.

Rindkereväline südamemassaaž tagab küll vereringluse, kuid võib tekitada täiendavaid vigastusi ja olla haigele ohtlik. Vajakajäämised selles osas nõuavad veel kord rõhutamist.

Kohtumeditšiiniteenistuse andmeil on elustamiskatsetel tekkinud vigastused hulgaliste roietemurdudena ja siseelundite vigastustena sagenenud. Vigastused on tingitud just eespool loetletud põhjustest, sest käte juhuslikul rindkerele paigutamisel ei ole garanteeritud surve tugevus rindkere keskjoonel rinnaku alumise ja keskmise kolmandiku piiril, kus rindkere on kõige elastsem. Alumise käe asend rindkere suhtes, kas piki või põiki, ei taga põidlamõhna fikseerumist rinnaku kohal paiknevas pikivaos ja käe libisemisel tekkiv ebasümmeetriline surve võib põhjustada roiete murdumist. Käte rindkerelt eemaldamisel kontakt rindkerega katkeb, südamemassaaži liigutused kaotavad sujuvuse, meenutades lööke rindkerele. Täiendavate vigastuste teke on sage, sest löögid loovad eelduse selleks.

Elustamisvõtete õpetamise miinimumprogrammina oli meil võetud eesmärgiks, et iga meditsiinitöötaja oleks elustamisvõtteid mannekeeni treeninud vähemalt korra. Sellest aga kaugeltki ei piisa. Paljude autorite tähelepanekute kohaselt muutub elustamisvõtete rakendamine ligilähedaseks automaatsele tegevusele alles pärast kuuekordset treeningut kolme aasta vältel: esimesel aastal kolm, teisel kaks ja kolmandal üks treening. Järelikult ei tohi elustamise miinimumprogrammis ettenähtuga rahulduda, vaid endiselt on vaja elustamisalaseid õppusi nii meditsiinitöötajatele kui ka elanikkonnale tihti korraldada.

Tallinna Vabariiklik Haigla

TALLINNA KIIRABIHAIGLA ÕDEDE NÕUKOGU TÖÖST

Õdede nõukogu loodi haiglas peaarsti, Eesti NSV teenelise arsti U. Meikase käskkirja põhjal 1979. aasta septembris, seega kolm kuud enne haigla avamist ja esimeste haigete vastuvõtmist. Nõukogu tegevuse üldeesmärk on aidata haigla juhtkonda keskastme meditsiini-personali töö igakülgtsel korraldamisel. Nõukogu tegetsemise põhisuunad on õdede erialateadmiste ja praktiliste oskuste täiendamise, sel eesmärgil õdede konverentside, seminaride, kutsevõistluste, ka õppekursioonide korraldamine ning osakondadevaheline kogemuste vahetamine, samuti maailmavaate kujundamine ja kutse-eeetika-alane kasvatustöö. Nõukogu esinaiseks valiti haigla peaõde A. Tambur, sekretäriks vanemõde M. Gustavson. Esimene ajutine õdede nõukogu oli kümneliikmeline.

Nõukogu tegevus toimub tööplaanide järgi, mis koostatakse üheks aastaks. 1980. aastal suurenes nõukogu koosseis 13-liikmeliseks, loodi kolm sektorit, mille kaudu tõhustati ürituste korraldamist ning kordaminekut. Esimese sektori tegevusülesanne oli osakondade ja kõõgiploki sanitaarseisundi alatine kontroll, teisel sektoril kontrolli aseptika- ja antiseptikanõuetest kinnipidamise ning reeglite täitmise üle osakondade protseduuri- ja sidumistubades, bensidiinproovide järelkontroll, kolmandal sektoril ruumide esteetilise kujundamise, õdede, sanitaride, toidujagajate välimuse jälgimine ja kontroll.

1981. aastal moodustati nõukogu tegevuse tõhustamiseks veel kaks sektorit: neljas sektor hakkas tegelema õdede õppe- ja kasvatustööga, viies aga organiseeris ja kontrollis sanitaarharidustööd.

Nende aastate kestel on nõukogu väga elavalt tegutsenud, sektorite koordineeritud töö on palju kasu toonud, alatine kontroll ja nõuandmine on distsiplineerinud mis tahes tööpaigas töötavaid õdesid. Samal aastal valiti veel juurde 9 liiget, õdede nõukogu on nüüd 22-liikmeline, sekretäri kohal on vanemõde H. Kaljuvee. Plaaniplisi koosolekuid peetakse kord kuus, lisaks veel erakorralised. Kuuplaanis on igal koosolekul kuulata üks instrueeriv ettekanne, näiteks apteegijuhatajalt, pearaamatupidajalt, statistikaosakonna arstilt, bakterioloogialabori arstilt, kaadriosakonna töötajalt jt.

Suur on olnud õdede nõukogu töö Tallinna Meditsiiniikooli õpilaste praktikumide juhendamisel ja nende korraldamisel. Ka Tallinna 3. ja 54. Keskkooli õpilastele on 10 loengut peetud, on tutvustatud haiglaõde tööd eesmärgil äratada abiturientides huvi meditsiini vastu.

Õdede kutsevõistlusi on haiglas korraldatud korduvalt, see on siin traditsiooniks saanud.

Võistlustega tehti algust 1980. aastal. Esimene võitja, reanimatsiooniosakonna õde N. Turaškina, võitis ka ülelinnalise õdede kutsevõistluse. Järgmisel aastal sai Tallinna raviasutuste õdede kutsevõistluse võitjaks anestezioloogiaõde M. Kalatšova.

Kiirabihaiglas korraldatud õdede kvalifikatsioonitõstmise kursused on lõpetanud 19 operatsioonioõde, 15 reanimatsioonioõde ja 18 anestesisti. Õdede kutsevõistluste ja kvalifikatsioonitõstmise kursuste algataja ja igas suhtes abistaja on olnud peaarsti asetäitja kirurgia alal A. Talihärm. Nõukogu on abiks olnud ka elavalt tegetseva koronaarklubi asutamisel ja selle tegevuses.

Sõpruskohtumisi on korraldatud Harju Rajooni Keskpolikliniku, Tartu Kliinilise Haigla õdedega, ka meditsiiniõdede kesknõukogu ning Soomest külla sõitnud õdedega. Kõik need kohtumised on olnud südamlikud, teadmisi rikastavad, kogemuste vahetust soodustavad ning kutsekvalifikatsiooni tõstmise aspektist igati vajalikud. On tutvumas käidud Narva Linna Keskaigla, Rapla Rajooni Keskaigla ja Tartu Kliinilise Haigla tööga. Tallinna Kiirabihaigla õdede nõukogu tegeleb ka kutse-eeetika ning töödistsipliini rikkumise juhtude analüüsiga ja taoliste juhtude ärahoidmisega. Haiglas on osakondi, näiteks koronaarkirurgia-, I ja II kirurgia-, vastuvõtu-, infarkti-, oftalmoloogia-, otorinolarüngoloogia-, anestezioloogiaosakond jt., kus kõik õed töötavad laitmatult, innustatult.

Haigla õdede nõukogu tegevus kulgeb õiges suunas. Et see nii on, nähtub ka Tallinna Kiirabihaigla mitmekülgsest edasiminekest. Niisuguses suures tervishoiuasutuses on nõukogu töö eriti tähtis.

1982. aastast alates on õdede süstemaatilise kvalifikatsiooni tõstmise eesmärgil igas kvartalis toimunud kõigile õdedele kohustuslikud teaduskonverentsid, kus ettekanded on arstidelt. Nii on dotsent A. Kivik valgustanud hospitaalhügieeni olulisi tahke, haige põetamise põhimõtteid, ÜMPI teadur M. Saks psühholoogia osa meditsiinis, vanemteadur L. Maser emotsioonide ja närvisüsteemi mõju tõlvõimele.

Lisaks toimuvad kord kuus ka õdede nõupidamised, kus juhendatakse tööpõhimõtete alal, distsipliniküsimustes, puudutatakse kasvatuseprobleeme, meditsiinilise deontoloogia juhtumõtteid. Seminaridel kuulatakse vanemõdede ettekandeid tööteemadel, kusjuures kuulajate hulgas on ka arste. Näiteks vanemõde K. Kurvits käsitles üksikasjalikult, mida sanitaarseisundist peavad teadma õed, ka protseduuriõed.

Tallinna Kiirabihaigla õdede nõukogu töös on tuntav asjalikkus, kindel suund, sihipärane ja kooskõlastatud tegevus, mis arstiabi kvaliteedile ning raviasutuse reputatsioonile kahtlemata kasuks tuleb.

Koit Leet

Mõtte- vahetus

UDK 616-053.2(474.2)(049.2)

JÄRELMÕTTEID PEDIAATRIA TEEMAL PÄRAST ÜLE- LIIDLIST KONGRESSI

1982. aasta detsembris korraldatud Tartu Lastearstide Teadusliku Seltsi konverentsil esitasin kokkuvõtte XI üleliidulise lastearstide kongressi resolutsioonist. Silmas pidades ühelt poolt dokumendi tähtsust ja teiselt poolt konverentsist osavõtjate vähesust, avaldan resolutsiooni põhiseisukohad mõne omapoolse kommentaariga.

Lastepolikliinikute meditsiinitöötajate kvalifikatsioon, töökorraldus ning varustatus nüüdisaegse meditsiiniaparatuuriga on määravad 1982. a. augustis vastuvõetud NLKP KK ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse täitmisel. Me peame looma emade ja laste tervise kaitse ühtse süsteemi. Kõikide laste ja noorukitega, eriti tütarlastega, tehtav sanitaarharidustöö, samuti lastevanemate hügieeniteadmiste täiendamine peab olema tervete laste kasvatamise alus. Vajame rohkem raadio ja televisiooni abi tervislike eluviiside propageerimisel, lastevanematele ja lastele tervishoiuteadmiste õpetamisel. Tervise rahvaülikoolide loengutel peaksid ülekaalus olema noored, mitte aga pensionialised kuulajad. Et noored loengute vastu huvi tunneksid, peaksid need olema huvitavad ning lektorite esitulaad haarav. Pareim töövorm on kahtlemata klubid. Miks meil ei võiks olla näiteks noorte emade, noorukite, neidude erikursusi? Koronaarklubi on ju end õigustanud.

Miks koolides korraldatakse peamiselt liiklusviktoriine? Niisama hästi võiksid toimuda ka tervishoiualased viktoriinid, konkursid, mängud. Palju suurem peaks olema kooli Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni osa tervishoiuteadmiste õmandamisel. Laste ja noorukite hügieenialaste teadmiste süvendamine on resolutsiooni üks põhipunkte.

Lastepolikliinikute profülaktilise töö kvaliteet sõltub jaoskonnapediaatrite ja -õdede teadmistest. Kindlasti tuleks korraldada lastefüsioloogia-, -psühholoogia- ja -hügieenialaseid täienduskursusi. Et laste arvu jaoskondades vähendatakse, peaks meditsiinipersonalil jääma rohkem aega erialateadmiste täiendamiseks. Vabariiklikel seminaridel ning nõupidamistel tuleks ankeetküsitluste ja testide põhjal välja selgitada pediatrite teadmiste puudujäägid. Siis ei tuleks atesteerimisel kellelgi punastada.

Kuigi laste tervishoiuasutused on diagnoosi- ja raviaparatuuri rohkesti juurde saanud, on aparateid halb kvaliteet, uusi aparateid hooldava inseneritehnilise personali vähene ettevalmistus põhjustanud olukorra, et neid kasutatakse vähe. Sageli on ette tulnud, et pediatrid ei valda instrumentaalseid diagnostilisi uurimismeetodeid.

Ilmselt on diagnoosiaparatuuriga töötavatele pediatritele otstarbekas kohapeal korraldada erikursusi, sest välja poole meie vabariiki täienduskursustele saatmine on komplitseeritum.

Kuigi resolutsioonis on öeldud, et kõigis liiduvabariikides on haiglate baasil loodud nefroloogia-, kirurgia- ning silma- ja närvihäiguste keskused, tuleb meil ilmselt suurendada nende keskuste ravi-, diagnoosimis- ning teaduslikku potentsiaali. Kindlasti ei rahulda lastevanemaid ka taastusravisüsteem nägemis-, kuulmis- ja kõnehäirete ning kirurgiliste häiguste all kannatavate laste tarvis. Meil ei ole sanatooriume piisavalt.

Paremaks on muutunud vastsündinute ja enneaegsete hooldamine ja ravimine Tallinna ja Tartu erioskondades. Lõplikult aga ei ole lahendatud,

kuidas kõik enneaegsed ja lapsed esimestel elukuudel nendes osakondades vajaduse korral kvalifitseeritud abi saaksid. Peri- ja postnataalse suremuse vähendamisel ei ole me soovitud tulemusteni veel jõudnud.

Eelkooliealiste asutustes on ägedatesse hingamiseldundite ja soolenakkushaigustesse haigestumine vähenenud. Parem aga peaks olema laste kehalise arengu ning karastamise teadlik suunamine. Teiste liiduvabariikide lastepoliiklinikutes ja lasteasutustes on ehitatud basseine ning spordisaale, meil aga ei ole veel selleni jõutud. Linnades puuduvad koolilastel võimalused kehakultuuriga aastaringset tegelemiseks. Regulaarne massisport on asendunud kitsa tippportlaste ettevalmistamisega. Ent igas vanuses kooliõpilasel peab olema võimalus osa võtta treeningust sellel spordialal, mille vastu ta huvi tunneb. Meil ei jätkuvat spordisaale, kuid nn. andetute pidev eemaldamine spordi juurest on lastele traumeeriv ja mõjub halvasti õppeedukusele.

Edule lastetervishoiu saame loota üksnes siis, kui hakkame enam tähelepanu pöörama, eelisolukorras arendama pediatraalast teadustööd. Lastehaiguste alal on riiklikku programmi võetud ainult üks teema meie vabariigist. Sellegi tähtmine on ohus, sest poolteise aasta jooksul ei ole suudetud üle saada finantsraskustest. Meie liiduvabariik on ainuke, kus on ainult üks teadustedoktor pediatraia alal. Teistes liiduvabariikides on juba kümmekond aastat olnud võimalus doktoriväitekirja koostada NSV Liidu juhtivate uurimisasutuste juures, komandeeritavatele on leitud ametikohad. Teadlaskaadri ettevalmistamine lastehaiguste alal ei rahulda. Samuti puudub meil ealise patoloogia uurimise rühm. Tunduvalt monoliitsem peaks olema akušöörigünekoloogide ja pediatrite teadusalane koostöö.

Lastehaiglate arstid peaksid osalema teaduslikus uurimistöös. Seni on sellega tegelnud vaid vähesed. Ikka jälle kasutatakse teaduskraadiga pediatreid oma kvalifikatsioonile mittevastavalt,

see aga halvab meie vabariigi pediatraalast teadustööd.

Tänaseni ei ole veel täit selgust meditsiinilise geneetika keskuse rajamise kohta.

Kongressi resolutsioonist juhindudes tuleb Eesti NSV Lastearstide Teaduslikul Seltsil, seltsi filiaalidel ja tervishoiuministeriumil 1983. aastal koostada ja kasutusele võtta perinataalse haigestumise vähendamise ja profülaktika plaan. Rohkem tuleb kasutada võimalust tutvuda paremate ravi- ja profülaktikaasutuste tööga (Merimetsa Haigla, Tartu ja Tallinna kliinilised lastehaiglad, Tallinna I Lastehaigla) ning neid kogemusi argitöös rakendada. Eritähelepanu vajavad riskirühmadesse kuuluvad lapsed. Eelistada tuleb masilisi läbivaatusi lastekollektiivides.

Leo Tamm

Intrauteriinsete ja neonataalsete nakkuste profülaktika oli Saksa DV-s Rostockis tänavu toimunud sümposiumil «Rasedus ja väikelapse areng» peateema, millest võttis osa 11 riigi günekoloogide, neonatoloogide, pediatreid, mikrobioloogide ja patoanatoome. Et eri põhjustel kahjustatud laste arv ka edaspidi väheneks, on väga tähtis, et raseduse ajal, samuti enne ja pärast sünnitust hoidutaks mis tahes nakkusest. Sel eesmärgil peaks kõlvide rasedate suhtes põhjalikult tegelema ennetava profülaktikaga: rangelt vältima kokkupuuteid infitseeritud inimestega, loobuma toorlihas valmistatud roogadest, samuti igati vältima kokkupuutumisi loomadega, eriti kassidega. Sünnitusmajades ja -osakondades peab aseptika- ja antiseptikanõudeid täidetama enam kui rangelt, samal ajal ei tohi arst diagnoosimisel ega ravimeetodite valikul eksida ning peab tegutsema suurima tähelepanu ja hooliga.

Humanitas, 1983, 6.

Kaadri ettevalmis- tamine

KAITSTI KANDIDAADIVÄITEKIRJA

16. veebruaril 1982 kaitses Leningradi Keemia ja Farmaatsia Instituudis kandidaadiväitekirja «Eesti NSV-s kasvava teekummeli keemiline ja farmakognostiline uurimine» TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri vanemõpetaja **Elmar Arak**. Väitekirja põhiosa valmis Eesti NSV Tervishoiu-ministeriumi Apteekide Peavalitsuse Tartu Kontrollanalüüsi Laboratooriumi juhataja ametikohal töötamise ajal. Teaduslikuks juhendajaks oli farmaatsiakandidaat dotsent J. Tammeorg. Oponeerisid bioloogiadoktor prof. G. Jakovlev Leningradist ja farmaatsiakandidaat dotsent V. Iriste Riias. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrge-ma Atestatsioonikomisjoni otsuse põhjal 30. juunist 1982 kinnitati E. Arakule farmaatsiakandidaadi kraad.

Töös on kindlaks tehtud Eesti NSV vajadus teekummeli droogi järele (umbes 15 tonni aastas), on uuritud teekummeli kultiveeritavust ja eritegurite mõju saagikusele. Esmakordselt on kindlaks tehtud teekummeli põhikomponentide (hamasuleen, farneseen, bisabolool, bisabolooloksiidid A ja B, bisaboloonoksiid A, tsiss-en-inditsükloeeter) olemasolu keelõite eeterlikus õlis, taime lehtedes ja varres, samuti farneseenisaldus õisiku eri osades. Õisiku eeterlikus õlis tehti gaaskromatograafiameetoditel kindlaks 41 komponenti. Selgus, et need varieeruvad Eesti NSV eri paikadest kogutud teekummeli eeterlikus õlis. Uuriti eeterliku õli põhikomponentide biosünteesi olenevalt õisikute arengustaadiumist ja nende sisaldust droogis. Huvi pakuvad ka katsete andmed, mis selgitavad kuivatamisviisi mõju droogi eeterliku õli ja tema

komponentide sisaldusele. Tegevarstid on andnud hea hinnangu teekummeli eeterliku õli solubilisaadi aerosoolina kasutamisele ülemiste hingamisteede põletike ravis.

Väitekirja materjal on avaldatud 20 teadustöös. Töö tulemused on kasutusele võetud Üleliidulises Ravimtaimede Instituudis, Eesti NSV Tervishoiu-ministeriumi Apteekide Peavalitsuses ja Tartu Kliinilises Haiglas.

E. Arak on sündinud 28. jaanuaril 1938. a. 1956. a. lõpetas Tõrva Keskkooli ning 1962. a. TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Seejärel töötas Eesti NSV Tervishoiu-ministeriumi Apteekide Peavalitsuse Tartu osakonna inspektorfarmatseudina, Tartu Tuberkuloosidisperseri apteegi juhatajana. 1964. a. usaldati talle Eesti NSV Tervishoiu-ministeriumi Apteekide Peavalitsuse Tartu Kontrollanalüüsi Laboratooriumi rajamine, mille juhatajana töötas 1979. aastani. 1979. a. alates on E. Arak olnud farmaatsia kateedri õppejõud.

Toivo Hinrikus

TALLINNA MEDITSIIKOOI LÕPETAJAJD 1983. AASTAL

Irina Andrejeva, Natalia Aunapu, Svetlana Avdejeva, Irina Dobrodušenko (kiitusega), Tatjana Djatškova, Jelena Dubonina, Ivi Elhi, Nadežda Galeta, Olga Gontšarova (kiitusega), Svetlana Gorelova (kiitusega), Jekaterina Gorškova, Ella Gortšinskaja (kiitusega), Rita Grištšuk, Guzjal Hasjanova, Helin Heinsalu, Juri Hmelnitski, Irina Hodunkova, Lema Idrissova, Irina Ivanova, Veronita Jerihhova, Marje Järveveer, Taivi Kaljola, Gaidi Kaseväli, Svetlana Kisko, Tatjana Kisseljova, Natalia Klepets, Olga Kossogova (kiitusega), Zinaida Kovalko, Galina Kovšik, Ene Kurema, Jelena Kvassova, Marina Kämärä, Meelike Käärrik, Jelena Lebedeva, Ly Leetus, Jelena Makaronskaja, Natalia Makejeva (kiitusega), Liidia Männik, Tiina Männistu, Nina Neštšeretova, Riina Oolberg, Tiina Orover, Tiia Pent (kiitusega), Marina Petrova, Rita Pillmaa (kiitusega), Tatjana Pogodina, Ljudmila Prošina (kiitusega), Irina Pähkel, Anne Pärnpuu, Janika Pääro, Kaja Raigna, Lea

Rohusaar (kiitusega), Lidia Rünt, Alla Saifudinova (kiitusega), Vaigi Saks, Marina Sannina, Marina Seraja (kiitusega), Inga Sini-
vee, Ljudmila Solomjannaja, Tatjana Solov-
jova, Tatjana Sossinovitš, Signe Sulg, Helle
Suurmäe, Anastassia Suvorova-Stogova, Ta-
mara Šprenk, Marina Zabolotnaja, Sarmite
Zamors, Ninel Zidkihh, Marina Zvereva, Nina
Žitkonogova (kiitusega), Irina Žukovina (kii-
tusega), Lea Telling, Tiina Tilk, Maarika To-
mingas (kiitusega), Oleg Tretjak (kiitusega),
Ireene Tsirel (kiitusega), Jelena Tširkova,
Marina Tšurilina, Elvi Valle, Viive Veide, Ly
Velt, Maris Verpson, Tiina Viidik.

TARTU MEDITSIIKOOOLI LÕPETAJAID 1983. AASTAL

Heiki Aak, Ala Agakerimova, Toomas Arike,
Liia Gussev, Piret Hindo, Maie Hordo, Sirje
Hunt, Ere Jänes, Reet Jüris, Reet Karu, Ülle
Kert, Diana Keskküla, Heli Koemets, Üllar
Kond, Hele Korbun, Luise Krüger, Laile Kut-
sar, Mari Kuusik, Kaie Kärgerberg, Urve Kü-
bar, Kaja Laasik, Urve Leesment, Marika
Lepp, Piret Lillemaa (kiitusega), Urmas Lille-
maa, Milvi Matti, Anne-Ly Miggur (kiituse-
ga), Marina Mitrahhovitš, Malle Mooses, Tiina
Murd, Margus Mäekalda, Marje Mölder, Eve
Niilo, Maie Notberg, Reet Pahk (kiitusega),
Küllike Pikk, Tiiu Poola, Ülle Poolak, Helle
Pormeister, Marella Randoja (kiitusega), Ene
Raotma, Riina Reidla, Tiina Saar, Liina Sa-
bas (kiitusega), Laine Sild, Tiina Suits (kiitu-
sega), Pille Zimmermann, Urve Tasumäe, An-
neli Tigane, Anu Tirrul, Tiiu Tõnisson (kii-
tusega), Aive Uuväli (kiitusega), Sirje Vester,
Kaia Viljur, Liana Vorobjova, Eva Vumba
(kiitusega), Merle Vösu.

Uusi tervishoiu- asutusi

TALLINNA VABARIIKLIKU PSÜHHONEUROLOOGIAHAIGLA DISPANSEERNE OSAKOND JA TÖÖRAVI

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuro-
loogiahaigla uus dispanseri- ja admi-
nistratiivhoone on kasutusel alles esi-
mest aastat. Kolmekorruseline huvitava
projekti järgi rajatud hoone on galerii
kaudu ühendatud kahekorruselise 16
ruumiga administratiivhoonega. Haigla
dispanserne osakond töötab nüüd hea-
des ning avarates ruumides. Seal on
psühhiaatrite vastuvõtukabinetid, hästi
varustatud füsioteraapiaosakond, EEG-
kabinet, ka üldterapeudi- ja nõelravi-
kabinetid ning kohtumeditasiinieksperti-
isi ruumid, lisaks veel avarad regist-
ratuuriruumid, kust andmeid saab
nüüd kiiresti. Hooned ehitati valmis
mõne aastaga ja läksid maksma 520 000
rubla. Mis aga peamine, uued hooned
rajasid Tallinna Vabariikliku Psühhoneuro-
loogiahaigla Tööravi- ja Toot-
mistöökojad oma vahendite arvel ning
nende töö sai hea hinde. Väga tore
näide tööravijaoskondade tööst, mis
muutis selle haigla igapäevast tegevust
väga suurel määral.

Tööravi väärtuse kohta andis selgi-
tust NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia
korrespondentliige, TRÜ arstiteadus-
konna psühhiaatria kateedri juha-
taja prof. J. Saarma.

Tööd kui ravivahendit on psüühiliste
haigete tervendamisel kasutatud stiihiliselt
juba sajandeid, kuid alles täna-
päeval ollakse suutelised mõistma ja on
juba kujunenud õige arusaam, milline



Foto 1. Vaade dispanserihoone peasissekäigupoolsele küljele.

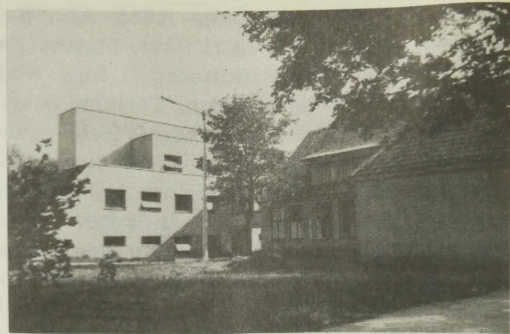


Foto 2. Paremalt administratiivhoone, mis galerii kaudu on ühendatud dispanseriga.

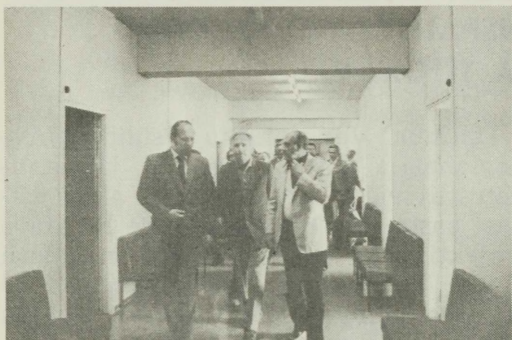


Foto 3. Avamispäeval uue hoonega tutvumas. Paremalt: Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimene asetäitja A. Green, tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt, haigla peaarst A. Haug.



Foto 4. Dispanserihoone avamise päeval. Vasakult: peapsühhiaater ja -narkoloog prof. H. Väre, TRÜ psühhiaatria kateedri juhataja prof. J. Saarma, tööravi- ja tootmistöökodade direktor T. Tiits.

mõju, milline osa on tööl inimesele üldse ja haigele inimesele eriti. Me hindame tööravi psüühikahäiretega haigete tervendamisel üheks kolmest põhilisest ravimeetodite rühmast. Need kolm peamist on psühhoteraapia, somatoteraapia ning tööravi. Tööl kollektiivis, tööl üldse on mõlemad toimekomponendid olemas — nii psüühiline kui ka somaatiline.

Oluline aga on töö mõju inimesele kui sotsiaalsete väärtuste loojale, kui kollektiivilikmele. Psüühiliselt ja akuutselt haigel inimesel aga on töö oma sotsiaalse sisu minetanud. Kui psüühiliselt haige inimene paraneb ning samal ajal töötab (tööravi), hakkab töö tema silmis omandama taas sotsiaalset sisu. Tööravi ülesanne ongi haige inimese sotsiaalne rehabiliteerimine. Taas jõuab ta tunnetuseni, et

tema sotsiaalne väärtus, tema eksistentsi sisu seisneb eelkõige selles, ka oleneb sellest, kui palju ja mida ta suudab anda, luua, ära teha. Just see sotsiaalse väärtuse tunnetamine, teiste hulgas oma koha taastunnetamine ongi tööravi kõige tähtsam komponent.

Selle kõrval ei tohi me mööda vaadata tööravi teisest komponendist — see on tööravi sotsiaalne väärtus. Tööravi kestel luuakse materiaalseid väärtusi, on need siis käsitöösened, õmblustooted või suurepärase dispanserihoone, mis tööravita oleks jäänud tegemata. Seega on tööravi vahend, millega suurendame materiaalsete väärtuste hulka, ilma et me selleks lisakulutusi peaksime tegema. Psüühiliselt haigete ravis on tööravi kasulik ja hädavajalik. Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla Tööravi- ja

Tootmistöökojad on erakordse asjaga hakkama saanud.

Ka Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas on juba 10 aasta jooksul ikka enam tähelepanu pööratud tööravimeetodite kasutamisele ja tööravi rakendamiseks võimaluste loomisele. Tööravi korras töötavate haigete töö tasustamiseks on isegi koostatud ja kehtib spetsiaalne premeerimissüsteem. Tööravijaoskonnad on renoveerinud juba sajandi vastupidanud haigla peahoone, selle välimusele ja siseruumidele ajakohase vormi andnud. Ehitustööde kõrval tegeldakse ka kartonaaži- ja puidutöödega.

Eesti NSV Tervishoiuministeriumi peapsühhiaater ja -narkoloog prof. H. Väre, Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst, tõi andmeid selle kohta, millises ulatuses on meie vabariigis kasutamist leidnud psüühiliste ja narkoloogiliste haigete tööravi.

Tööravi on tänapäeva psühhiaatrias haigete rehabiliteerimise põhiline koostisosa, mis toetab psühhofarmakonide raviefekti ja aitab taastada patsiendi töövõimet. Meie vabariigi suurimaks ja ka kõige eeskujulikumaks tööraviasutuseks on Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla juures tegutsevad tööravi- ja tootmistöökojad, sealhulgas õmblus-, kartonaaži- ja puidutöökojad ning ehitustöödejaoskonnad. Tööravija Tootmistöökodade direktor T. Tiits on aastate jooksul rajanud materiaalse baasi ning viinud tööravi- ja tootmisjaoskondade toodangu mahu ja tööravist hõlmatud haigete üldarvu tasemele, mis on üks paremaid mitte ainult meie vabariigis, vaid ka kogu NSV Liidus. Lisaks sellele on ta abistanud teiste psühhoneuroloogiahaiglate töökodade rajamist Tartu ja Jämejala psühhiaatria- ja haiglate juures.

1981. aastal oli meie vabariigi psühhiaatria- ja haiglates töökohti haigete jaoks kokku 635 (Tallinnas 440, Tartus 120, Jämejalas 75 töökohta). Jämejala haigla juures tegutseb põllumajanduslik abimajand, mille valduses on maad ligikaudu 500 hektarit. Narkoloogilised

haiged töötavad väga mitmel pool ehitus- ja põllutööl (Tallinna, Tartu, Jämejala, Kohtla-Järve, Taagepera haigla juures).

Ravialuste toodangu maht oli 1981. aastal Tallinna tööravi- ja tootmisjaoskondades ligikaudu kolm miljonit rubla, Tartu tööravijaoskondades 594 000 rbl., Jämejala haigla töökodades 125 000 rbl. ja abimajandis 180 000 rbl.

Haigete tööravist laekunud kasumissummasid on kasutatud haigete olme parandamiseks, tööravijaoskondade laiendamiseks ja kapitaalremondiks.

1980. aastal NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu ühismääruses psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi intensiivistamise kohta on toodud ülesanded ka meie vabariigi psühhiaatriaasutuste võrgule lähemaks 10 aastaks. See hõlmab ka uute töökotade loomist ja tööravijaoskondade laiendamist veel 600 töökoha võrra.

Mullu suurendati töökohtade arvu ka Jämejala haigla tööravijaoskondades, laiendatakse ka Tartu psühhiaatria- ja haigla tööravijaoskondi, Kohtla-Järvel on vaja lõpetada selliste töökodade rajamine. Organiseeritakse Tarvastu ja Taagepera psühhiaatria- ja haiglate tööraviasutused — haiged töötavad põldudel.

Võidakse küsida: kas on ikka õige haigeid tööd tegema kohustada? Jah, somaatilisi haigeid mitte, kuid psüühiliselt haigete, narkoloogiliste haigete tervendamisel on tööravi erakordselt tähtis tegur ning selleks ta jääb alati. Sihipärane töö ei mineta kunagi oma tähtsust niisuguste haigete puhul, ta jääb alati haigele hästi mõjuvaks ravikomponendiks, sest töö on alati olnud inimeksistenti ja arengu põhitegur.

Tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt rõhutas dispanserihoone avamisel, et mainitu on hea näide selle kohta, mida tervishoiuasutused on ise võimelised haigete heaks tegema, korda saatma, ka oma töötingimusi parandama siis, kui me seda väga soovime ning ühises koostöös jõupingutusi ei väldi.

Vello Laos

Konverentsid ja nõupidamised

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia üldkogu 49. istungjärgk toimus Moskvas 10...11. märtsini 1983, kus põhiteemaks oli viroloogia. Sessioonile olid kutsutud ka liiduvabariikide tervishoiuministrid, teaduslike meditsiinilise tervishoiuakadeemiate, teaduslike meditsiinilise tervishoiuakadeemiate ja viroloogiaga tegelevate teaduslike uurimis-instituutide esindajad.

Avasõnad olid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia presidendilt akadeemik N. Bloh-hinilt. Pikema kõne pidas NSV Liidu tervishoiu-minister S. Burenkov. Ta käsitles meditsiinilise viroloogia ülesandeid ja viirusnakkuste profülaktikaga seoses olevaid teadusprobleeme. Antibiootikumide ja keemiliste ravimpreparaatide kasutamise tulemusena on bakteriaalnakkustest põhjustatud haigestumus märkimisväärselt vähenenud. Nakkushaiguste struktuuris on nüüd kõige esilekündivamad viirusnakkused, seejuures gripp ja teised ägedad respiratoorsed haigused moodustavad 60...85%. Ehkki meie kasutuses on viis gripi-vaktsiini (kaks elusvaktsiini ja kolm inakti-veeritud), ei lahenda see veel gripiprofülak-tikaga seoses tekkinud küsimusi: millises eas lapsi vaktsineerida ja mitmel korral; intrana-saalne elusvaktsiini manustamine viis; viiruse bioloogilise tiitri suurendamine elusvaktsiini-des selle immunogeense aktiivsuse tõstmise eesmärgil; inaktiveeritud vaktsiiniga iga-aas-taste kaitsepookimiste võimalused ja sihipära-sus jt. Minister rõhutas, et keerukas tervis-hoiuprobleem nii meil kui ka teistes maades on viirushepatiitid, sest nende virooloogilisel ja seroloogilisel diagnoosimisel on niisama suuri raskusi kui hepatiidiviiruse kindlaks-tegemisel veekogudes. Vaktsiinid A- ja B-hepatiidi vastu on alles väljatöötamisel. Ehkki leetritõrjeks on korraldatud laialdasi kaitse-pookimisi, ei vähene leetrihaigestumus sellele vaatamata veel küllaldasel määral. On vaja tõsta leetrivaktsiini termostabiilsust, väga tähelepanelikult uuesti läbi vaadata leetri-vaktsiini kasutamise vastunäidustused.

Moskva Viiruspreparaatide Teadusliku Uuri-mise Instituudi direktor akadeemik O. Andžaparidze ütles, et nagu leetrihaigestumuse analüüs mitmes linnas on näidanud, 10% lastest, keda ei ole vaktsineeritud meditsiiniliste vastunäidustuste tõttu, ja 19% muudel põh-

justel leetrite vastu vaktsineerimata jäetud lastest on tegelikult terved. Ja kõik need lap-sed soodustavad leetrite levikut. Seetõttu ongi laste õige valik ja õigeaegne vaktsineerimine vastavalt vaktsineerimise kalenderplaanile just need põhitingimused, mis võimaldaksid leetrihaigestumust vähendada.

D. Ivanovski nimelise Viroloogiainstituudi direktor akadeemik V. Ždanov vaatles oma ettekandes grippi nii teoreetilisest kui ka praktilisest aspektist. Vaatamata gripivaktsii-nide mitmekesisusele ning laialdasele vaktsi-neerimisele, ei ole gripihaigestumus kogu maailmas vähenenud. Täiesti puudub kaitse grippi haigestumise vastu väikelastel ja kroo-nilisi haigusi põdevatel eakatel. Nende immu-niseerimiseks on välja töötatud, juba apro-beerimisel, spetsiaalne gripivaktsiin, millest oma sõnavõtus kõneles akadeemik M. Tšuma-kov.

Gripi elusvaktsiini eelistest surmatud vakt-siini ees ja intranasaalse elusvaktsiini täius-tamisest rääkis akadeemik A. Smorodintsev, kelle juhendamisel töötatakse geneetilisi re-kombinatsioone kasutades välja kõrge immu-nogeensusega vaktsiinivõid.

Arstiteaduse doktor M. Balojani ettekan-ne käsitles A-hepatiidi etioloogiat, diagnoosimist ja vaktsiiniprofülaktika perspektiive. Alles vii-mastel aastatel on kindlaks tehtud, et A-hepa-tiiti tekitab viirus on oma karakteristikute poolest tüüpiline enteroviirus ning ta on klas-sifitseeritud pikornaviiruste perekonda. Sil-mapaistev ameerika viroloog J. Melnick tegi isegi ettepaneku nimetada see viirus entero-viiruseks 72. Viiruse eripära on see, et ta pal-juneb organismis vaid maksarakkudes, samuti tema varajane ja suhteliselt lühiajaline eks-kreatsioon fekaalidega ning spetsiifiliste ant-ikehade intensiivne moodustumine. Seevastu B-hepatiidi-viirus on DNA-viirus ja kuulub uude hepadnaviiruste omapärasesse rühma, nagu prof. V. Ananjev oma ettekandes teatas. Üha enam on kogunenud andmeid selle kohta, et B-hepatiidi-viirusel, mille genoom on või-meline integreeruma raku genoomi, on seosed esmase maksavähiga.

Poliomüeliidi ja Viirusentsefaliitide Insti-tuudi direktori akadeemik S. Drozdovi ette-kanne käsitles üksikasjalikult viiruslikke gastroenteriite, andis karakteristikud rota- ja astroviiruste ning *calicivirus*'e kohta, mis põhjustavad ägedaid gastroenteriite peamiselt just vastsündinuil ja väikelastel. Ta tutvustas ka nende viiruste tähtsamaid laboratoorse diagnoosimise meetodeid.

Akadeemik V. Votjakov valgustas viimaste aastate saavutusi keemiliste preparaate sünteesimisel viirusnakkuste profülaktika ja ravi otstarbel kasutamiseks. Niisugustest preparaatidest on gripi profülaktikas osutunud väga tõhusaks remantadiin, eriti perekondlike nakkuskohtade puhul ja haiguse varajases staadiumis.

Ludmilla Priimägi

Gastroenteroloogia Teadusliku Uurimise

Keakinstituudi X sessioon toimus 3...5. veebruarini 1983 Moskvas. Avaistungil rääkis akadeemik N. Blohhiin seedeelundite pahaloomulistest uudismoodustistest, akadeemik N. Botškov meditsiinilistest geneetikast ja selle perspektiividest ning NSV Liidu peaterapeut A. Loginov teraapia integratsioonist.

Ümmarguse laua diskussioonil arutati krooniliste hepatiidide klassifikatsiooni, morfoloogiat, kliinilist pilti, ravi ja immunoloogiat. Diskussioon on avaldatud trükis (Tep. apx., 1982, 12, 123—134.).

Diagnoosimismeetoditest tutvustati sonograafia võimalusi (A. Toporkov), peptiidi FLL (K. Astašenkova ja kaasautorid) ja 5-nukleotidaasi (T. Skobeleva ja kaasautorid) määramise tähtsust krooniliste maksahaiguste korral. A. Petrakov ja kaasautorid esitasid inimese süljese antipüriini määramise kiirmetodi. Uutest kaksteistsõrmikuhaavandi ravi preparaatidest oli vaatluse all gastrosopiim.

Haiguste profülaktikas ja epidemioloogias pöörati eriti tähelepanu seedeelundite haiguste varajasele väljasegitamisele lapseas. Rõhutati toitumisrežiimi ja kehalise aktiivsuse osatähtsust ning sanatoorse ravi vajalikkust lastel.

Meie vabariigist oli kaks tööd. K. Villako käsitles mao prekantserooside nüüdisaegseid seisukohti ning kollektiivne töö Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonnast (N. Elštein, H. Pärn, U. Mardna, E. Lond, M. Jürgenson, U. Josia, Ü. Heinla) kaksteistsõrmiku ja mõningate teiste seedeelundite kaasinevaid haigusi.

Ene Lond Helga Pärn

Neurokirurgide sümposium toimus 17...18. märtsini 1983. a. Riia 7. linnahaigla saalis. Peeti järjekordselt nõu ekstra- ja intrakraniaalsete arteriaalsete anastomooside rajamise üle.

Sümposioonile, mille kokkukutsumise initsiaatoreiks olid Riia Vabariikliku Neurovasculaarkeskuse üks juhte arstiteaduse kandidaat J. Kupč ning Riia Vabariikliku Neurokirurgiakeskuse juhataja prof. R. Kikut, saabus ligikaudu poolsada mikroneurokirurgia tegelevat arsti peaaegu kõigist NSV Liidu suuremaist neurokirurgiakeskustest. Meie vabariiki esindasid Tartust R. Anton ning Tallinnast J. Kõrm, T. Randvere, R. Viilu, A. Nurmiste ja allakirjutanu.

Ootuspäraselt diskuteeriti eelkõige ekstra- ja intrakraniaalsete mikroanastomooside rajamise näidustuste ja vastunäidustuste üle. Selgus, et tänaseks, mil Nõukogude Liidus on tehtud juba üle poole tuhande taolise operatsiooni, puuduvad siiski ühtsed seisukohad nii opereeritavate valikus kui ka operatsiooniaegade kindlaksmääramises. Palju tähelepanu pöörati operatsiooni mõjususe prognoosimisele, abistavate uurimistööde osale selles ning operatsiooni tulemuste hindamise meetoditele.

Korduvalt on rõhutatud leidnud neuroloogiliste-neurokirurgiliste komplekside rajamise vajadus, milles nähakse ainust reaalselt võimalust edendada ajuisheemiaga haigete ravimist. Taoliste võimsate komplekside olemasolu Riias — kaks ligi kahesaja voodikoha neuroloogia-neurokirurgiakeskust — on end igati õigustanud.

Pea kõik sõnavõtjad osutasid tõsiasjale, et mikroanastomooside rajamine ei ole mitte ainult ühe haigeterühma ravimise võte, vaid hädavajalik tehniline oskus ka teiste neurokirurgiliste operatsioonide sooritamisel. Leiti, et terminid «mikrokirurgia» ja «neurokirurgia» on lahutamatud mõisted.

Ühel sümposiooni päeval oli vaatluse all ekstra- ja intrakraniaalsete soonte vaheliste ühenduse rajamise tehnika. Selgus, et samal ajal kui enamiku operatsioonide sooritamisel kasutati juba klassikaliseks saanud võtteid, on Riia kolleegid operatsioonitehnika täiustamisel suure sammu edasi astunud. Nii on J. Kupč soone õmbluste tegemiseks kasutusele võtnud argoonlaseri, I. Aksik aga on anastomooside rajamisel kasutama hakanud bioloogilisi liime, millega sooneotsi õnnestub korrektselt ühendada. Kostis murelikke häälid, kui tuli jutuks mikrokirurgiliste operatsioonide tegemiseks vajalik instrumentarium, mikroskoobid ja õmblusmaterjal. Et sobiva õmblusmaterjali korral on võimalik edukalt ühendada ka veresooni, mille diameeter on 0,3...0,5 mm, näitas veenvalt Vilniuse kirurgide ettekanne, mis oli illustreeritud suurepäraste näidete replantatsiooni kohta.

Rõõmsa teate olid endaga kaasa toonud Kiievi tööruhma liikmed, kelle teada juba lähemal ajal saabub kliiniliseks katsetamiseks uus kodumaine õmblusmaterjal, mis katsetes on end näidanud laitmatuna.

Andres Ellamaa

Üleliiduline seminar «Lastepolikliiniku profülaktilise töö organisatsioon terve lapse kasvatamisel» toimus 23...25. märtsini 1983. a. Moskvas.

Kehaliselt ja vaimselt terve ning harmooniliselt arenenud lapse kasvatamine, tema teravise tugevdamine, haiguste ennetamine ning nende varajane avastamine on lastepolikliiniku profülaktilise tegevuse põhiülesanne. Eespool toodud teematikat käsitleti kahel seminaripäeval. Kolmandal päeval külastati kaht eesrindlike kogemuste kooli — Moskva 9. lastepolikliinikut ja Babuškini rajooni sanitaarharidusmaja.

Varaealiste laste arendamine ja kasvatamine, uued seisukohad ning töövormid lastepolikliinikute profülaktilises tegevuses oli Arstide Täiendamise Keskinstituudi laste arengufüsioloogia ja kasvatuse kateedri juhataja prof. R. Tonkova-Jampolskaja ettekande teema. Kateedri töötajad on välja töötanud ning kasutusele võtnud laste tervisliku seisundi kompleksse hindamise süsteemi, mis põhineb

kuuel kriteeriumil. Neuropsüühilise arengu määramisel lähtutakse (erinevalt välismaal kasutatavatest arengutestidest) komplekssest hindamismetoodikast, mille aluseks on seitsme näitajate rühma informatiivsus ja nende ealine dünaamika. Lähemalt rääkis esineja laste profülaktikakabineti (vene k. комната здорового ребёнка) organiseerimise printsiipidest ning koostööst jaoskonnaarsti ning -õega. Lapse ettevalmistamine koolieelsesse lasteasutusse minekuks kestab pikka aega ning toimub jaoskonnaarsti ja -õe ning laste profülaktikakabineti õe juhendamisel.

V. Guterma (basseini «Moskva» peaarst) rääkis imikute ujuma õpetamisest, ujumise metoodikast ning mõjust laste arengu stimuleerimisele ning haigestumuse vähendamisele. Nõukogude Liidus on võimalus imikuid ujuma õpetada 53 linna lastepolikliinikus. Tema andmeil on imikute haigestumus vähenenud 2,7 korda ja terviseindeks tõusnud 80% -le.

Puusaliigese nihetuse varajane diagnoosimine (R. Osmanov), stomatoloogi ja pediaatri (T. Vinogradova) ning neuroloogi ja pediaatri (E. Edelstein) koostöö võimaldab laste polikliinilist arstiabi veelgi paremaks muuta.

Seminaril räägiti ka laste ratsionaalsest toitumisest, rõhutades raseda ja imetava ema õiget toitumisrežiimi, toodi esile toitumise ealisi iseärasusi ning tutvustati tööstuslikult toodetavate lastetoitude nomenklatuuri (K. Ladodo). Aktuaalne on õpilaste tervise kaitse, väsimuse ja neuropsüühiliste häirete profülaktika (A. Suhharev). Rõhutati sõeltestide perspektiivsust õpilaste massilistel profülaktilistel läbivaatustel (N. Ananjeva). See meetod võimaldab säästa arsti tööaega, sest seda teeb kooli meditsiiniõde.

Moskva lastepolikliinikute töökogemusi tutvustas Z. Bašljajeva. Välja on arendatud erialane arstiabi. On avardunud taastusravi võimalused. Umbes pooltele imikutele õpetatakse ujumist. Lastepolikliinikuid abistavad juhtivad teadlased.

Panevežyse lastepolikliinik on kinnitatud eesrindlike kogemuste kooliks, kus 1983. a. alates hakkavad regulaarselt toimuma teoreetilised ja praktilised õppused juhtivatele pediaatritele. Polikliiniku peaarst I. Gurskis käsitles profülaktilise töö korraldust.

Võimalus oli tutvuda Babuškini rajooni sanitaarharidusmaja tööga (peaarst A. Isserlis), mis on eesrindlike kogemuste kool ning kus rakendatakse uusi töövorme nii lastevanemate sanitaarpropaganda kui ka meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmise alal.

NSV Liidu Tervishoiuainisteeriumi korralduse põhjal on 1983. aastast alates kõikides liiduvabariikides ühiskondlikel alustel tööle määratud peaspetsialist laste profülaktilise töö alal, kelle ülesandeist räägiti lähemalt NSV Liidu Tervishoiuainisteeriumis toimunud peaspetsialistide nõupidamisel.

Ilme Pilv

Arstide seltsides

KINGISSEPA ARSTIDE TEADUSLIK SELTS AASTAIL 1981... 1983

Kingissepa Arstide Teaduslik Selts on asutatud 1926. a. 69 meie rajooni terapeutid on seltsi liikmed 61. Seltsil on kolm auliiget — professorid A. Rulli ja K. Kõrge ning tervishoiuainisteeriumi esimene asetäitja E. Väärt. Seltsi liikmetest on E. Veskis Eesti NSV teeneline arst.

26. veebruaril 1983 kohtusid rajooni arstid Mändjalas Saare KEK-i puhkebaasis, et heita pilk Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi tööle viimastel aastatel. Selle aja tegevuse aruande esitas allakirjutanu.

Selts on pidanud 20 töökoosolekut, on kuulatud 41 ettekannet. Ühiseid koosolekuid on korraldatud Tartu Kardio- loogide Teadusliku Seltsiga ja Läti NSV Talsi Rajooni Arstide Teadusliku Seltsiga. Külalislektoritena on esinenud Tartu Kliinilise Haigla südamekirurgid, Riia Traumatoloogia ja Ortopeedia Instituudi kirurgid, Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri onkoloogid. Seltsi liikmed on trükkis avaldanud 16 teadus- artiklit. On esitatud kaks ratsionaliseerimissetepanekut, mis käsitlevad sapiteede kirurgilise ravi tehnikat. Need on Eesti NSV Tervishoiuainisteerium heaks kiitnud.

Seltsi liikmed on osa võtnud üleliidulistest kongressidest. J. Kirss võttis osa terapeutide kongressist, M. Haavel pediaatrite kongressist, R. Tammur gastroenteroloogide kongressist. Allakirjutanu käis veel üleliidulisel kirurgide, samuti onkoloogide ning gastro-

enteroloogide kongressil. Eesti NSV ja Soome lastearstide ühisel nõupidamisel viibisid M. Haavel, L. Keinast ja T. Lumiste, rahvusvahelisel traumatoloogide seminaril Riias A. Taul ja H. Haavel ning Eesti NSV ja Soome gastroenteroloogide nõupidamisel R. Tammur. Allakirjutanu kuulub Eesti NSV ja Soome kirurgide koostöörühma ja on viibinud selle nõupidamistel Turus, Tallinnas ja Tartus. VII Ülemaailmse Gastroenteroloogiaorganisatsiooni kongressi kogumikus avaldati R. Tammuri ja kaasautorite, samuti A. Haaveli ettekanded. R. Tammurilt ilmus veel Skandinaavia gastroenteroloogide ajakirjas ühine artikkel Tartu ja Soome teadlastega. On viibitud ka üleliidulistel seminaridel: R. Tammur gastroenteroloogide seminaril Kaluugas, allakirjutanu sapikivitõbe käsitleval seminaril Dušanbes, sapiteede kirurgilise ravi seminaril Moskvas Üleliidulises Kirurgia Teaduskeskuses ja Gastroenteroloogia Instituudi teadusessioonil.

Agaralt on osaletud meie vabariigi suurüritustes, näiteks terapeutide kongressil oli meie arstidelt kolm ettekannet, Eesti NSV Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatusse valiti J. Kirss. Osa on võetud ka infektsionistide, günekoloogide ja lastearstide kongressist, kus Eesti NSV Lastearstide Teadusliku Seltsi juhatusse valiti E. Veskis. I vabariiklikule kirurgide kongressile esitasid meie rajooni kirurgid kuus teadustööd. Eesti NSV Kirurgide Teadusliku Seltsi juhatusse valiti allakirjutanu.

Selts tähistas ka Tartu Riikliku Ülikooli 350. aastapäeva. Ettekande arsti-teaduskonna ajaloost esitas Tartu Riikliku Ülikooli professor K. Kõrge. Viidi lilli prof. A. Paldroki hauale ja mälestati teenekat teadlast kui ülikooli naha- ja suguhaiguste kateedri ning meie rajooni arstide seltsi rajajat.

Tänavu veebruaris valiti seltsi uus juhatuse, kuhu nüüd kuuluvad A. Rubinstein, Ü. Tomasberg, S. Vaher, M. Haavel, L. Jantra, M. Allik, J. Kirss, R. Tammur ja esimehena allakirjutanu.

Samal korral toimunud seltsi koosolekul esines Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Ta andis ülevaate meie vabariigi tervishoiust ja selle perspektiividest, rääkis üksikasjaliselt Saaremaa tervishoiuprobleemidest. Sel aastal alustatakse Kingissepa Rajooni Keskaigla juurdeehitise rajamist, millest peaksid nii nõu kui ka jõuga osa võtma kõik Saaremaa meedikud.

Samal päeval tähistas selts Orissaare jaoskonnahaigla peaarsti E. Lopato tööjuubelit. Ta on haiglas töötanud 25 aastat. Ettekandes, milles vaatluse all oli jaoskonnaarsti töö, jagas ta oma rikkalike töökogemusi. Prof. V. Rätsep andis E. Lopatole üle Eesti NSV Tervishoiuministeriumi aukirja.

Eesti NSV Tervishoiuministeriumi arstide teaduslike seltside nõukogu otsusega tunnistati Kingissepa Arstide Teaduslik Selts koos Pärnu Arstide Teadusliku Seltsiga rajoonide arstide seltsidest parimaks ja seltsi esimeest autasustati Eesti NSV Tervishoiuministeriumi aukirjaga. Aktiivsemad liikmed pälvisid Kingissepa Rajooni RSN Täitevkomitee aukirja.

Ants Haavel

Viie arstide seltsi ühine laendatud plenaaristung toimus 26. jaanuaril 1983. a. Tallinnas. Istungi, mis oli pühendatud fagotsütoosi avastamise 100. aastapäevale, avas J. Reinaru. Ta rõhutas I. Metšnikovi avastatud fagotsütoosi fenomeni ülemaailmset tähtsust bioloogias, eriti immunoloogias kui uue teadusharu arendamisel meditsiinis.

E. Russakova (Moskva) ettekandes «100 aastat fagotsütoosidoktriini» mainiti, et fagotsütoosi avastamine kiirendas tunduvalt makrofaagide ja leukotsüütide füsioloogiliste ning biokeemiliste funktsionaalsete iseärasuste kindlakstegemist. Fagotsütoosidoktriini loomine mõjutas suuresti nii teoreetilist kui ka praktilist meditsiini. Nüüdisajal on üsna täpset fagotsütoosi aktiivsuse registreerimise meetodid ning selle testi kasutamiseks on antud täpne kliinilis-laboratoorne hinnang.

O. Smirnova (Moskva) käsitles makrofaagide struktuuri ja nende põhifunktsioonide sekretoorset ning immunoloogilist vastust. Makrofaag sekkub immunoloogilise vastuse mõnesse lülisse üheaegselt T- ja B-lümfotsüütidega. O. Smirnova, I. Issitsenko, L. Muravjeva, V. Zujeva ettekandes näidati, et 188

mädanakkuse ja leukoosiga haigel olid perifeerse vere neutrofiilid suurema fagotsüteerimisvõimega.

Huviga kuulati E. Beltšikovi (Tallinn) ettekannet 900 stomatoloogilise haige uurimise tulemustest. Selgus, et paljudel parodontoiisihaigetel on fagotsütoosi aktiivsus haiguslikult muutunud. Rakulist ja humoraalset immuunoloogilist seisundit komplekselt hinnates võime õigel ajal rakendada immunoreguleerivat ravi. G. Salnova kaasautoritega (Moskva) leidis, et fagotsütoositesti võib edukalt kasutada ka väliskeskkonna keemiliste, füüsikaliste jt. tegurite organismile avaldatava mõju hindamiseks. L. Trapido (Tallinn) rõhutas testi suurt väärtust makrofaagide aktiivsuse hindamisel mitmesuguste immuunpuudulikkusega haiguste puhul. Fagotsütoosi fenomeni füsioloogia ja patoloogia piiritlemise aspektist pakkus suurt huvi G. Kondrašovi ettekanne, samuti V. Maltsevi (Moskva) ettekanne ioniseeriva radiatsiooni mõjust fagotsütaarsele reaktiivsele. Praktilise meditsiini seisukohalt vääri- vad esiletõstmist A. Fissuni ja kaasautorite (Tallinn) ettekanne intraleukotsütaarse mikrobitsiidse süsteemi uurimisest sisehaiguste kliinikus, O. Kutkova ja E. Kuznjetsi (Moskva) uurimus inimese fagotsütaarse aktiivsuse muutustest soojeneva mikrokliima puhul ja teised ettekanded.

Joosep Reinaru Semjon Umanski

Eesti NSV Toksikoloogide Teaduslik Selts asutati 14. jaanuaril 1982. a. Esimesel tööaastal oli viis koosolekut ning neil arutati eksperimentaalse ja kliinilise toksikoloogia pakilisi küsimusi. Bioloogiadoktor T. Orav käsitles toksikoloogilist geneetikat. Tema arvates on paljudel ainetel tsütogeneetiline toime. Mutageense ja kantserogeense toime suhtes on põhjalikult uuritud umbes 1000 ainet. Rohkesti on uurimusi kofeiini kohta. Kofeiin on taastumisprotsesside tugev pärssija. Kohvis ja tees leidub veel teofüllüüni ja teobromiini, millel on mutageenne toime. Alkoholil on väga tugev teratogeenne toime. Suitsetamise, alkoholitarvitamise ja kohvijoomise võib arvata väikese toksikomaania hulka.

H. Noor tõi näiteid klinitsisti praktikast atropiiniatsetaate ja fosfororgaaniliste ainetega mürgituse juhtude kohta.

Arstiteaduse kandidaat E. Blinova ettekanne «Toksiliste ainete lubatud piirkontsentratsioonide määramise kriteeriumid ja meetodid individuaalse ja kombineeritud toime korral» kuulub eksperimentaaltoksikoloogia valdkonda. E. Blinova aastatepikkuse töö tulemusena on välja töötatud normeermisviisi suhteliselt püsiva koostisega segude jaoks.

1982. a. kujunes seltsi töös kõige sisukamaks väljasõiduistung Tartus. Istungil rääkis H. Noor ägedate mürgituste ravi ajaloost Tartu Kliinilises Haiglas. Hemosorptsiooni kasutamise kahe aasta tulemustest tegi kokkuvõtte A. Kõrgvee. Seejärel tutvustati seltsi

liikmetele Tartu Kliinilise Haigla reanimatoloogiaosakonda ja selle tööd. Arutati ka kliinilise toksikoloogia alase koostöö võimalusi. H. Kahn rääkis Üleliidulise Toksikoloogide Teadusliku Seltsi I pleenumi tööst, mis toimus 1982. a. novembris Repinos.

Seltsi initsiatiivil korraldavad 1983. a. Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi ja N. Sklifassovski nimelise Moskva Linna Kiirabi Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad kliinilise toksikoloogia alase arstide täiendustükli Tallinnas.

Milvi Moks

Üleliiduline terapeutide ja meditsiiniajaloolaste teaduslike seltside juhatuste ühispleenum toimus 30. septembril 1982 Leningradis. Pühendatud oli see S. Botkini 150. sünniaastapäevale. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmed B. Petrov, J. Lissitsõn, professorid J. Gembitski, A. Georgijevski, N. Petrov, I. Leonov jt. rääkisid S. Botkini kujunemisest silmapaistvaks kliinilise meditsiini teoreetikuks ja praktikuks, tema osatähtsusest kliinilise meditsiini spetsialiseerumisel kitsamateks erialadeks ning tema teeneist väliteeraapia rajamisel. Esinejad rõhutasid S. Botkini osa ka kliinilise meditsiini uue teooria — nervismi — loojana ning toonitasid tema panust Peterburi elanike arstiabi parandamisse ning Venemaa tervishoiukorraldusse üldse.

Oli võimalus näha S. Botkini doktoriväitekirja «Rasvade imendumine sooltes», mis oli valminud Moskva Ülikoolis ja pühendatud F. Inozemtseville. Siin kajastusid ka S. Botkini kontaktid Tartu Ülikooliga. Tema õpetajateks olid olnud Tartu Ülikooli Professorite Instituudi kasvandikud F. Inozemtsev ja J. Varvinski. Sajandivahetusel (1892... 1903) oli Tartu Ülikoolis teaduskonnateraapia kateedri ja kliiniku juhatajaks S. Botkini õpilane S. Vassiljev. 1920. a. valiti hospitaalteraapia kateedri ja kliiniku juhatajaks akadeemik V. Sirotnin, S. Botkini õpilane ja järgija, kes aga ei saanud välismaalt Tartusse tulla.

Viktor Kalnin

Meie juubilare

JUUBILAR ON TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI PROFESSOR KUNO KÕRGE

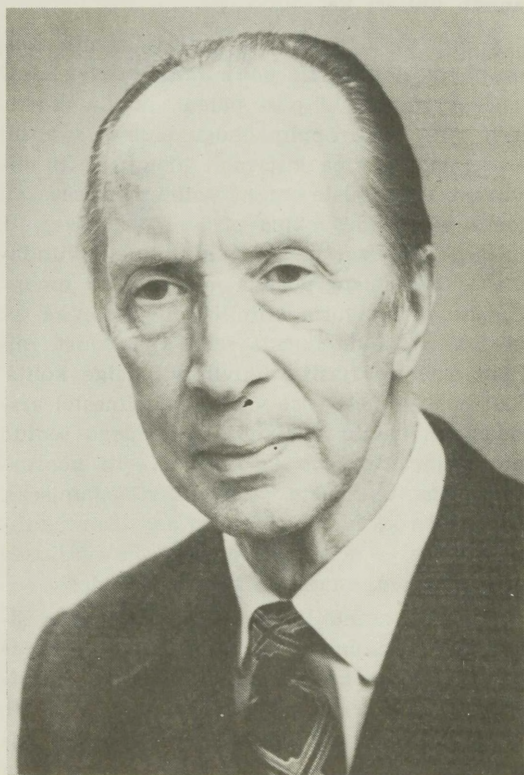
Auväärse Tartu Riikliku Ülikooli õppejõud, arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri professor arstiteaduse doktor Kuno Kõrge saab 8. juunil 1983 70-aastaseks. Auväärne juubilar on meile kõigile tuntud silmapaiste sisehaiguste eriarst, hiilgav diagnostik, suure eruditsiooniga teadlane ja õppejõud. Ta on palju andnud, väga paljusid arste õpetanud inimene, kes arstitööd ja meditsiini on kandnud südames. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetus palus juubilari vastata mõnele küsimusele.

1. Mis on kõige tähtsam arsti mõttelaadis, pürgimustes, kutsetöös, et täita seda, mida temalt oodatakse iga päev, iga tund, alati?

Elkõige peab arstil muidugi olema küllalt palju teadmisi nii teoreetilise kui ka praktilise meditsiini alal ja ta peab neid pidevalt täiendama. Et kutsetööd hästi teha, ei piisa üksnes teadmiste hulgast. Arstitöö kvaliteet avaldub oskuses neid teadmisi kasutada. Haige uurimine, haiguse diagnoosimine ja ravi on loometöö. Mingi šablooni järgi arst töötada ei saa. Iga haige on kordumatu, iga haigusjuht omanäoline, tõe jälile saab vaid haigusnähtude tähelepaneliku analüüsi ja sünteesi teel. Arstitöö kvaliteeti võib tänapäeval ohustada liigne toetumine instrumentaalsete ja laboratoorsete uuringute tulemustele, mille tagajärjel haige ise jääb tagaplaanile. Noorele kasvavale arstkonnale ei saa küllalt rõhutada vajadust pühendada anamneesile piisavalt aega ja tähelepanu, süveneda haige inimese psüühikasse. See annab arstile hindamatut diagnostilist informatsiooni ja tähelepaneliku vestlusega võidetakse haige usaldus, mis on ka ravi mõjususe oluline eeldus. Haige murede ärakuulamiseks peab arstil aega jätkuma!

2. Mis on see jõud, mis on aidanud Teil teha nii palju ja nii paljude aastakümnete kestel haigete heaks, kolleegide abistamiseks, üliõpilastele arstiteadmiste andmiseks?

Kui mul on õnnestunud inimesi nende hädades aidata, siis on see olnud minu valitud elukutse endastmõistetav eesmärk ja ka sellest tulenev kohustus. Võidakse küsida, miks ma arstiks õppisin. Eks sellele aitas kaasa keskkond, milles kasvasin, minu kodu. Audaku leprosooriumi velskri pojana harjusin varajasest lapsepõlvest peale nägema oma isa hoolitsust leeprahaigete eest, kellele lisandusid veel abivajajad ümbruskonnast. Arste oli ju selle sajandi esimestel aastakümnetel



Saaremaal vähe. Praegugi meenutan tänutun-
duse oma isa Hendrik Kõrget, «Audaku toht-
rit», nagu teda rahvas nimetas, kes ligi 40
aastat elust pühendas leeprahaigete vaevade
leevendamisele ja kes mulle vaikse, kohuse-
tundliku töömehena on jäänud alatiseks ees-
kujuks. Soe tunne tuleb südamesse, kui mõni
eakas saarlane meenutab, et sinu isa arstis
mind lapsepõlves kopsupõletikust terveks või
et ta õmbles mõne vikatiga löödud haava kin-
ni. Tunnen, et minu juured kinnituvad prae-
gugi kodusaare pinnas, kust ma käin ikka
jälle jõudu ammutamas. Palju, väga palju on
mulle andnud Tartu oma ülikooliga, millega
olen üliõpilasena ja arstiteaduskonna õppe-
jõuna seotud olnud juba 52 aastat. Pulbitsev
värske elurütm, mis tuksub selles pidevalt
noorenevas auväärse *alma mater*'is, lihtsalt
ei luba kõrvale jääda ei meditsiini arengust
ega jätta oma kogemusi jagamata meedikute
noorele põlvkonnale, nagu seda kunagi tegid
ka minu unustamatud akadeemilised õpeta-
jad. Olen õnnelik, et võisin olla üks tagasi-
hoidlikke lülisid Tartu Ülikooli teadustradi-
tsioonide edasiandmisel, eriti arstiteaduskonna
sõjajärgsel taastamisel. See kõik kohustab ja
annab ühtlasi ka jõudu.

3. Kui palju peab arst õppima, et olla hea, osavõtlik, oma eriala põhjalikult tundev arst?

Ükski teadus ei püsi paigal, nii ka mediti-
siin. Arst peab õppima kogu eluaja, s. t. nii
kaua, kui ta oma kutsealal töötab. Eriti vil-
jakas on teadmiste omandamine nooruses, mil
loetu ja kuuldu mälus püsivamalt salvestub,
millega luuakse teadmistele kindel vunda-
ment. Teadmiste püsiva ja plastilise oman-
damise parim vorm kliinilise meditsiiniga te-
geleval arstil on lugeda seda kirjandust, mis
käib oma parajasti ravilviibiva haige kohta.
Kui hästi mäletan ise veel oma esimestel ar-
stiaastatel ravitud haigeid ja nendega seotud
probleeme. Seetõttu kasutagem eriti noorus-
aega oma teadmiste pidevaks rikastamiseks.
On ju see ka kõige viljakam aeg loominguli-
seks tööks — originaalsed ideed ja avastused
on valminud enamasti noortes peades.

4. Kuhu suundub meditsiin? Mis peaks lä- hemail aastakümneil olema tähtsaim arstide koolituses, et arst suudaks võimekalt ja lait- matult täita tegevarsti kohust?

Jah, kuhu suundub meditsiin? Küsimus, mis
on väga mitmetahuline ja millele vastata on

kõige raskem. Olen arstiteaduse arengule
saanud kaasa elada pool sajandit, millesse
mahub palju põhjapanevaid meditsiinisaa-
vutusi ja kogu selle eriala struktuuri muutu-
mine. Kui haarata veelgi tagasi, langevad
minu eluaja sisse niisugused arstiteaduse
suursaavutused nagu suhkurtõve insuliinra-
vi ja pernitsioosse aneemia ravi maksapre-
paraatidega kahekümnendatel aastatel, kol-
mekümnendatel aastatel sulfaniilamiidiprepa-
raatide ja neljakümnendatel antibiootikumide
kasutuselevõtmine — kõik epohhilooavad
sündmused. Sellesse aega langeb ka tuberku-
loosi kui massiliselt levinud haiguse likvidee-
rimine jne. Sügavalt on arstide tegevust ja
haiguste struktuuri mõjutanud meditsiini
profülaktiline suund ning tasuta arstiabi ja
selle kättesaadavuse paranemine. Arstina
sellele kõigele kaasa elada on olnud suur õnn.

Inimkonda aga jäävad ähvardama mitmed
ohud, millele tuleb ka meedikutel vastu as-
tuda. Muret valmistavad haigustest endiselt
ateroskleroos, pahaloomulised kasvaja-
d, viirushaigused, immunoloogilised haigused jt.
Muret tekitab ka see, et tsivilisatsioon toob
endaga kaasa uusi haigusi — inimese närvi-
süsteem ei suuda ilmselt sammu pidada teh-
nilise progressi peadpööritava tempoga, mu-
ret teeb ka elukeskkonna üha süvenev saas-
tumine. Ja kaugeltki mitte viimasel kohal on
haigused, mis tekivad ravimite kõrvalmõju-
na, olgu need siis allergilist, toksilist või te-
ratogeenset laadi.

Oma mõtted meditsiini, eriti sisemeditsiini
tuleviku, selle üha süveneva spetsialiseerumi-
se kohta olen ühes selles ajakirjas hiljuti
ilmunud artiklis avaldanud. Jääb vaid kor-
rata: spetsialiseerumine on paratamatu vaja-
dus, niisama paratamatu aga on ka laia pro-
fiiliga sisemeditsiini kui eriala teadlik säilita-
mine ja arendamine, polikliiniku ja üldsise-
osakonna terapeudi positsiooni tugevdamine.
Tuleb hoiatada liiga varajase spetsialiseeru-
mise eest meditsiiniõpingute ajal. Kui üliõpi-
lane III või IV kursusel end juba näiteks
kirurgiks nimetab, tähendab see enamasti
tema puudujääki üldmeditsiinilises silmarin-
gis. Spetsialiseerumine võiks alguse saada
alles internatuuris ja lõpule jõuda hilisemas
töös.

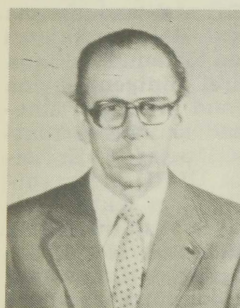
Küsimused esitas
Vello Laos



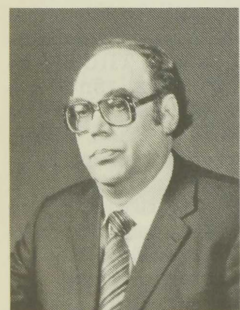
Hele-Riin Vassil, Apteekide Peavalitsuse Tartu Rajoonidevahelise Kontori juhataja, sai 23. veebruaril 60-aastaseks. Sündinud 1923. a. Tartus. 1949. a. lõpetas TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna ja asus tööle Tartu Kivisilla apteegis retseptaarina. 1951. a. alates on juubilar töötanud praeguses töökohas, algul inspektorina ning 1952. aastast alates juhatajana. H.-R. Vassil on lõpetanud täienduskursused Moskvas ning TRÜ juures ning ta on kõrgema kategooria proviisor-organisaator. Pikaajalises organisatoritöös tuleb eriti esile tõsta H.-R. Vassili tegevust Lõuna-Eesti apteekide rekonstrueerimisel. Juubilar on aktiivne ühiskondlikus elus. Ta on olnud rahvasaadik, praegu on juubilar rahvakaasistuja ja Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuse liige. Silmapaistva erialase ja ühiskondliku töö eest on H.-R. Vassilit autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, tervishoiu eesrindlase ja sotsialistliku võistluse võitja rinnamärgiga ning arvukate aukirjadega. Sõbraliku, abivalmis ning nõudliku kolleegina on ta võitnud kaastöötajate lugupidamise.



Livia Kirsch, TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri dotsent, sai 19. märtsil 60-aastaseks. Sündinud 1923. a. Tallinnas töölisperekonnas. Tallinna 8. Keskkooli lõpetas ta 1941. a. ning TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna 1946. a. Sellest aastast alates on L. Kirsch töötanud TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedris, algul assistendina ning 1958. aastast alates dotsendina. Kandidaadiväitekirja «Mitmesuguse kontsentratsioonilise alkoholiga valmistatud palderjanitinktuuride võrdlev (bioloogiline) uurimus» kaitses ta 1952. a. Lisaks arvukatele teaduslikele artiklitele on juubilar mitme õppevahendi autor. Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi kauaaegse liikmena on ta hinnatud lektor seltsi koosolekuil ja apteegitöötajate nõupidamistel. L. Kirsch on aktiivselt osalenud nii ametiühingu, rahvakontrolligrupi kui ka ühingu «Teadus» töös. Tema hea erialane ning ühiskondlik töö on pälvinud Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi aukirju.



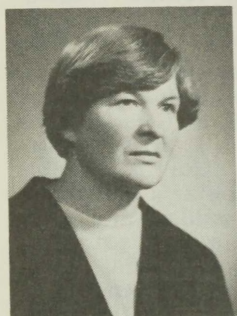
Harvey Tüür, Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja, sai 26. märtsil 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölisperekonnas. 1940. a. lõpetas Kärddlas reaalkooli, 1949. a. Tallinna Meditsiinikooli ning 1965. a. TRÜ arstiteaduskonna. Praegusel ametikohal on juubilar töötanud 1968. aastast alates. Nakkushaiguste tõrje on H. Tüüri tegevuse keskmes olnud juba meditsiinikooli lõpetamisest peale. Erilise rõhu on ta asetanud koolieelsete lasteasutuste sanitaarja epidemioloogilise režiimi korraldusele. Sellealase töö tulemusena on epidemioloogiaosakond tunnistanud eesrindlike kogemuste kooliks. H. Tüür on I kategooria arst. Argitöös on juubilari töö- ja täpsusearmastus, teotahtelisus ning sirgjoonelisus eeskujuks olnud kõikidele kolleegidele. Asjaliku ja sõbraliku suhtumise tõttu kaastöötajatesse on teda mitmel korral valitud ametiühingukomitee esimeheks. Hea töö eest on teda autasustatud partei- ja nõukogude organite aukirjadega ning Eesti NSV Tervishoiuministeerium on avaldanud talle tänu.



Raimu Laubre, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi Kutsehaiguste Kliiniku osakonnajuhataja, sai 7. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Tartus töölisperekonnas. Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli lõpetas 1952. a. ning Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna 1963. a. Ajavahemikul 1963...1969 töötas terapeudina, kiirabi-arstina Tallinnas ja õpetajana Tartu Meditsiinikoolis. Aastail 1969...1971 oli Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarsti asetäitja. 1971. aastast alates on R. Laubre töötanud Kutsehaiguste Kliinikus kutsepatoloogina. Ta on teinud palju vastavatu kliiniku töö korraldamisel. 1978. aastast on osakonnajuhataja. Oma erialakvalifikatsiooni on ta täiendanud mitmel täienduskursustel. R. Laubre on II kategooria terapeut, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi mittekoosseisuline teadustöötaja, ühingu «Teadus» lektor. Teenete eest kutsepatoloogiategenistuse rajamisel meie vabariigis ning hea kutsetöö eest on R. Laubret autasustatud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirjaga.



Ellen Lopato, Orissaare jaoskonnahaigla peaarst, sai 12. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Jõhvis töölisperekonnas. 1952. a. lõpetas Viljandis keskkooli ja 1958. a. TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Pärast ülikooli lõpetamist siirdus tööle Orissaare Rajooni Keskhaiiglasse. 1959. aastast alates pärast Orissaare Rajooni Keskhaiigla ümberprofileerimist jaoskonnahaiglaks on ta olnud selle peaarst. Agaralt võtab juubilar osa Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi tööst. Ta on ühingu «Teadus» lektor. Ühing «Teadus» on teda korduvalt autasustanud kui tublit sanitaarselgitustöö organiseerijat ja lektorit. Aktiivselt on juubilar osa võtnud Punase Risti Seltsi tööst, propageerinud doonorlust ja korraldanud sanitaarformeerungute ettevalmistamist. E. Lopatot on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane», Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi, Kingissepa EKP Rajoonikomitee ning Kingissepa Rajooni Rahvasaadikute Nõukogu aukirjaga.



Salme Rooväli, Kingissepa Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja, sai 25. veebruaril 50-aastaseks. S. Rooväli on sündinud Tartus. 1951. a. lõpetas ta Tartu Meditsiinikooli. Pärast seda oli ta Peedu Lastetuberkuloosi Sanatooriumis vanemõeks. 1959. aastal alustas S. Rooväli õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist 1964. aastal asus ta tööle Lestivere Tuberkuloosisanatooriumis. 1966. aastast alates on ta töötanud Saaremaal, algul Sõmera Tuberkuloosisanatooriumis ning 1973. aastast Kingissepa Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas epidemioloogina. Erialateadmisi on ta täiendanud koduvabariigis. Kingissepa rajooni peaspetsialistina on ta oma eriala hea tundja. Tööülesannetes on juubilar suhtunud suure vastutustundega. Ühiskondlikus tegevuses aktiivne. S. Rooväli on kaks korda valitud Kingissepa Rajooni Rahvasaadikute Nõukogu rahvasaadikuks. Hea töö eest on juubilari autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.



Mall-Kitty Leivalt, Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja, sai 11. aprillil 50-aastaseks. Sündinud Otepää linnas teenistuja perekonnas. Tallinna 20. Keskkooli lõpetas 1952. a. ning TRÜ arstiteaduskonna 1958. a. Pärast ülikooli lõpetamist töötas kaks aastat Rakvere rajooni Võsu arstijaoskonna peaarstina. 1960. aastast alates on töötanud Tallinna Pelgulinna Haiglas, algul jaoskonnaarstina, seejärel röntgenoloogina ja röntgenikabineti juhatajana. 1972. aastast on olnud praegusel ametikohal. M.-K. Leivalt on korduvalt viibinud täienduskursustel röntgenoloogia ja tervishoiuorganisatsiooni alal. 1965. a. lõpetas M.-K. Leivalt marksismi-leninismi õhtuülikooli. Ta on haigla ÜLRÜ algorganisatsiooni esimees, propagandist, aktiivne ühingu «Teadus» lektor. Paljude aastate vältel on ta täitnud tsiviilkaitselise alal vastutusrikkaid ülesandeid, mille eest on pälvinud NSV Liidu Tsiviilkaitselise eesrindlase rinnamärgi. Hea töö eest on M.-K. Leivaltit autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, tervishoiu eesrindlase ja sotsialistliku võistluse võitja rinnamärgiga ning paljude aukirjadega. Talle on antud kommunistliku töö eesrindlase nimetus.



Armand Vardja, Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja, sai 3. juunil 50-aastaseks. Sündinud Põlva rajoonis põllupidaja perekonnas. 1953. a. lõpetas Tartu 1. Keskkooli ning 1959. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel oli Räpina Rajoonihaiglas kirurgiks, röntgenoloogiks ning peaarstiks. On olnud Tartu Kliinilises Haiglas kliinilises ordinatuuris kirurgia erialal. Lühemat aega töötas ta ka Tallinna Traumapunktis. 1966. a. alates on töötanud Tallinna Pelgulinna Haiglas, algul kirurgina, seejärel kirurgiaosakonna juhatajana ning 1974. aastast praegusel ametikohal. A. Vardja on I kategooria kirurg. Ta on palju teinud statsionaarse abi korraldamisel, uute diagnoosi- ja ravi meetodite juurutamisel. Korduvalt on ta esitanud konverentsidel ettekandeid. A. Vardja on ühingu «Teadus» haigla algorganisatsiooni esimees ja lektor. Aastail 1961...1963 oli ta Põlva rajooni RSN saadik. Marksismi-leninismi õhtuülikooli lõpetas 1976. aastal. Teda on autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga ning paljude aukirjadega, kannab kommunistliku töö eesrindlase nimetust.

Mitmesugust

UDK 614.2:502.7

TERVISHOID JA KESKKONNAKAITSE

OKU TAMM PAUL KROONI · TALLINN

tervishoid, looduskaitse, ökoloogiline tasakaal, sanitaarseadusandlus, riiklik sanitaarjärelevalve

Nagu looduskaitse, nii on ka rahva tervise kaitse Nõukogude riigi üks tähtsamaid sotsiaalseid ja majanduslikke ülesandeid. NSV Liidu konstitutsiooniga garanteeritakse nõukogude inimeste õigus tervise kaitseks. Praeguste ja tulevaste põlvkondade huvides rakendatakse NSV Liidus abinõusid pinnase, maapõue, taime- ja loomariigi kaitseks ning teaduslikult põhjendatud ratsionaalseks kasutamiseks, samuti õhu ja vee puhtuse säilitamiseks.

Looduskaitseüritused moodustavad osa rahvamajanduse arendamise perspektiiv- ja aastaplaanidest.

Rahvamajanduse areng põhjustab paratamatult looduskeskkonna muutumist, s. t. kerkib mitmeid ökoloogilisi probleeme. Kuid meil püütakse teha kõik, et see muutumine ei kannaks katastroofilist ilmet ja et oleks tagatud majanduslike võimsuste õige territoriaalne jaotatus ning säiliks looduskeskkonna tingimused. Meie maa plaaniorganid ja mitmed asutused on tootlike jõudude paigutamisel ja jaotamisel kohustatud tagama looduskeskkonna ökoloogilise tasakaalu, sellise seisundi, mille puhul ei häiruks kõigi põhikomponentide — atmosfääriõhu, veeressursside, pinnase,

taimkatte ja loomariigi — isereguleerimine ega taastootmine.

Ühelgi maal maailmas ei ole nii laialdast ja täiuslikku sanitaarseadusandlust kui Nõukogude Liidul. Selle mastaapidest annavad ilmekalt tunnistust järgmised arvud: NSV Liidus on teaduslikult põhjendatud hügieeninormatiive veekogude vete kohta fikseeritud rohkem kui 800 keemilise aine suhtes, atmosfääriõhu kohta üle 400 ja nende 33 keemilise ühendi kombinatsiooni suhtes, tööruumide õhu kohta üle 1000 ning toiduainete kohta üle 100 keemilise ühendi suhtes. On määratletud 29 kahjulike ainete piirkontsentratsioonipinnases. Joogivee kvaliteedi reglementeerib üleliiduline riiklik standard.

On kehtestatud normatiivid elamute, ühiskondlike ja raviasutuste mikrokliima osas eri kliimavöötmes. Kehtestatud on ka linna- ja tööstusmüra ning mitmesuguste kõrgsageduselektromagnetväljade lubatud piirid.

Normeerimisel arvestatakse kõige enam kahjustatavaid elanikkonnarühmi: lapsi, vanemaalisi ja haiguse läbi nõrgestatud inimesi.

Paljudes maades laialdaselt praktiseeritavast vaatlusmeetodist erinevalt võtab nõukogude hügieen normeerimise aluseks eksperimendi. Eksperimentaalmeetodi eelised seisnevad selles, et ta lubab modelleerida tingimusi ja laialdaselt üldistada tulemusi, mille eesmärk on prognoosida keskkonna saastumise bioloogilist mõju.

Mitmesuguste ainete eksperimentaalselt kehtestatud piirkontsentratsioonide usaldatavust kontrollitakse tegelikkuses. Andmed tõendavad, et kehtestatud piirkontsentratsioonide kasutamisel ei kaasne mitte mingisuguseid kõrvalekalduumisi kõige enam kahjustatava rühma — laste tervise näitajates. Meie hügienistid on seisukohal, et piirkontsentratsioon peab olema madalam kui see, mis kutsub organismis esile kaitsekohanemisreaktsioonidega seotud nihked.

Põllumajandustootmise intensiivistamine, mis saavutatakse peamiselt keemiliste taimekaitsevahendite ja väetiste

üha laialdasema kasutuselevõtuga, esitab meedikutele vastutusrikka ülesande reglementeerida teaduslikult põhjendatult nende vahendite kasutamise, et vähemalgi määral ei kahjustuks inimeste tervis.

Lämmastikku sisaldavate mineraalväetiste laialdasest kasutuselevõtu tulemusena on kümne-kaheteistkümne aasta jooksul nitraatide sattumine väliskeskkonnast inimorganismi mitu korda suurenenud. Et nitraadid ei ole neutraalsed inimorganismi suhtes, siis kehtestati 1977. a. Eesti NSV-s hügieeni-normatiivid nitraatide sisalduse kohta mõnes toiduaines ja juurviljasordis. Üleliiduline standard joogivee nitraatidesisalduse kohta oli kehtestatud juba kümneid aastaid tagasi.

Meedikud on suurt tähelepanu pööranud füüsiliste tegurite piirnormidele, vaatluse alla on võetud müra, vibratsioon, kiirendus- ja kõrgsageduselektromagnetväljad asustatud paikades.

Meedikud on asunud laialdaselt uurima elanikkonna tervise ja loodusliku väliskeskkonna saastatuse vahelist sõltuvust. On ju elanike tervis see näitaja, mis kajastab elukeskkonna mõju inimorganismile. Selleks on välja töötatud infosüsteem «elanikkonna tervis — väliskeskkond». Süsteem baseerub kolmel iseseisval alaosil: «väliskeskkonna saastatus», «elanike arv ja koosseis», «elanikkonna tervislik seisund».

Uurimismaterjali kogumises ja läbitöötlemises osalevad peale sanitaar- ja epidemioloogiajaamade ning ravi- ning profülaktikaasutuste ka hüdrometeoroloogiasteenistus ja kommunaalmajanduse laboratooriumid. Andmeid elamufondi tiheduse kohta esitavad arhitektuuri- ja plaaniorganid, demograafilisi näitajaid linnade ja rajoonide statistika-valitsused.

Sellistes sotsiaal-hügieenilistes uurin-gutes väliskeskkonna saastatuse mõjust elanikkonna tervisele võib esile tuua mitmeid aspekte: kõigepealt selle mõju elanikkonna eri rühmadele, mõju sel-listele näitajatele nagu haigestumus, suremus või muud.

NSV Liidu 28 kõrgkoolis on teemal «Väliskeskkonna kaitse meditsiinilisi aspekte» valminud 49 hügieenialast tööd: 42 tööd olid üldist laadi, ülejäänud seitse seotud regionaalsete küsimuste lahendamisega. Tööd toimusid kolmes põhisuunas:

1) väliskeskkonna saastatuse mõju inimese tervisele;

2) pestitsiidide ja nende metaboliitide tsirkuleerimine ning kogunemine väliskeskkonnas, nende ohtlikkuse prognoosimine ja rahva tervise kaitse meetodid;

3) organismi adaptatsiooni- ja väsimusprotsesside uurimine eri keskkon-natingimustes.

Ajavahemikul 1981...1985 on NSV Liidu kõrgkoolide teadusliku uurimistöö plaanis 30 analoogilist teemat, mis tagaksid väliskeskkonna ja kogu elusa looduse põllumajanduslike keemiliste preparaatidega saastatuse astme kindlaksmääramise; sanitaar- ja profülaktika-ürituste korraldamine, et vältida uuritava regiooni saastatust toksiliste ainetega.

Tähtsat osa looduskeskkonna kaitses etendavad riikliku sanitaarteenistuse organid ja asutused.

1982. aasta septembris täitus 60 aastat NSV Liidus maailma esimese riikliku sanitaarjärevalve süsteemi loomisest. NSV Liidus on üle nelja ja poole tuhande sanitaar- ja epidemioloogia-jaama.

Kokkuvõtteks võib öelda, et looduse ja ühiskonna vastastikune mõju on omandanud väga suure tähtsuse, looduskeskkonna ja elanikkonna tervise säilitamise ülesanded aga on saanud globaalülesanneteks.

*Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam*

Välismaalt

MÖTTEID PÄRAST ŠVEITSI-REISI

NATAN ELSTEIN · TALLINN

1982. aasta detsembris toimusid Šveitsis Nõukogude Liidu kultuuripäevad. Ka Eesti NSV-st olid seal ametlik delegatsioon ja Välismaaga Sõpruse ja Kultuurisidemete Arendamise Ühingu esindus. Need päevad langesid ühte NSV Liidu moodustamise 60. aastapäeva tähistamisega, mis reisile veel erilist tähtsust lisas.

Šveitsis asuvad paljud rahvusvahelised organisatsioonid ja asutused, sealhulgas ka ÜRO Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon, Rahvusvahelise Punase Risti Komitee jt. Šveits ise ei ole ÜRO liige oma neutraalsuse rõhutamise eesmärgil.

Külastasime Šveitsi tähtsamaid linnu — Zürichit, Baselit, Berni, Lausanne'i, Genfi, nendes linnades toimusid meie kunstimeistrite esinemised. Suure menu osaliseks sai ka Tartu Riikliku Ülikooli rahvakunstiansambel, kelle hulgas on palju meedikuid. Eesti NSV kultuuripäevade kontsertidel viibisid NSV Liidu saatkonna töötajad, sealhulgas erakorraline ja täievoliline saadik V. Lavrov.

Sõprusühingu «Šveits — NSV Liit» eesotsas seisab Šveitsi Konföderatsiooni parlamendi liige, ühiskonnategelane pediaatriadoktor Armand Forel. Ta on ülemaailmselt tuntud entomoloogi, psühhiaatri ja neuroloogi Auguste Foreli (1848...1931), omal ajal elevust tekitanud ja paljudesse keeltesse tõlgitud raamatu «Die sexuelle Frage» autori, lapselaps.

Allakirjutanal oli võimalus kavakohaselt külastada Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) peakorterit Genfis. Mind kui terapeuti huvitasid kõige enam sisehaiguste probleemid, mis kuuluvad ÜTO mittenakkuslike haiguste osakonna kompetentsi. Nimetatud osakonna direktor on tuntud nõukogude kardioloog arstiteaduse doktor I. Glazunov. ÜTO külastamise päevakava oli küllalt tihe —

oli kohtumisi spetsialistidega, ÜTO raamatukoguga tutvumine, loengute kuulamine jms.

Mittenakkuslike haiguste osakond on peatahelepanu keskendanud haiguste epidemioloogiale ja profülaktikale, mis tuleneb epidemioloogilistest seaduspärasustest. Teaduslikud uurimised on kavandatud perspektiivitundega, eriti kriipsutati alla, et need peavad olema integreeritud tööd. Selle all mõistetakse mitme eriala uurijate vahelist koostööd, püüdlust ühiste jõudude ja meetoditega vältida haigusi. Näiteks võitlus suitsetamise vastu on tähtis nii südame ja veresoonte, hingamiseldite kui ka seedeeldite haiguste profülaktikas, võitlus ülekaalususe ja rasvumisega on oluline südame- ja veresoontehaiguste, seedeeldite haiguste, suhkurtõve jt. vältimiseks.

ÜTO nõunik röntgenoloogia ja radioloogia alal M. Racoveanu tutvustas mulle 1982. aasta novembris vastuvõetud soovitusi, mis käsitlevad röntgenoloogiliste profülaktiliste uurin-gute näidustusi ja vastunäidustusi. ÜTO eksperdid on arvamusel, et epidemioloogiliselt soodsa olukorra puhul ja otseste näidustuste puudumisel on elanike massilistel profülaktilistel läbivaatustel kasutusel olevad röntgenuurin-gute meetodid küsitava diagnostilise väärtusega. Juba mõni aasta tagasi on sellist arvamust mitmed autorid avaldanud nii vä-



Foto 1. Ühingu «Šveits — NSV Liit» president doktor Armand Forel (paremal) intervjuud andmas Eesti NSV kultuuripäevade avamisel Šveitsis.

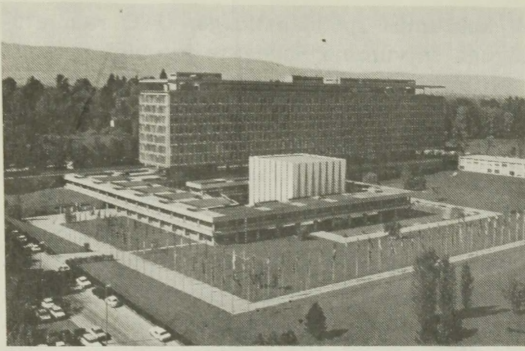


Foto 2. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni peakorter Genfis.

lismaa kui ka NSV Liidu meditsiiniperioodikas, kuid selline seisukoht ei ole veel üldtunnustatud.

ÜTO on suurt tähelepanu pööranud elanikkonna hammaste tervishoiule. ÜTO ekspert prof. P. Leous andis ülevaate maailmas valitsevast sellealastest olukorrast. Nagu haiguste profülaktika üldse, nii peab ka hammaste eest hoolitsemine alguse saama lapsepõlves. Ekspertide arvates on tähtis, et organism saaks fluori küllaldasel hulgal, et suhkruarvitus toiduks (ka maiustused) oleks hoopis väiksem, kuid esmajärgulise tähtsusega on siiski hammaste pesemise õige meetodika — see protseduur peab vältama vähemalt viis minutit. Kuid sellele ei pöörata tähelepanu ei laste- ega ka õppeasutustes, seda ei tee ka lastevanemad kodudes.

Oli võimalik vestelda ka ÜTO eksperdi V. Grabauskasega üldküsimustes, M. Tšškovskiga onkoloogia teemal, M. Karvoneniaga kardioloogia alal ja teistegi spetsialistidega.

ÜTO on seisukohal, et kõikide profülaktikaprogrammide elluviimine on eelkõige mitte üksnes meditsiinitöötajatest, vaid iga inimese ja kogu ühiskonna suhtumisest tervisesse ja haiguste ärahoidmisse. Selles mõttes oli huvipakkuv ameerika professori C. Forwaleri loeng, milles eriti rõhutati arsti psühholoogilist mõju elanikkonnale. Ta peab õigeks, et on tingimata vajalik panna inimesi kas muret või huvi tundma mingi terviseprobleemi vastu, anda neile informatsiooni selle kohta, motiveerida meditsiiniline seisukoht ja neid ka sellest informeerida. Tulemusi aga võib oodata üksnes siis, kui seda terviseprobleemi süstemaatiliselt ikka ja jälle meelde tuletada. Ta teadvat oma kogemuste varal, et on suur vahe ühelt

poolt meie teadmiste, teiselt poolt aga selle vahel, mida me teeme, ning, nii imelik kui see ka on, et inimesele tuleb korduvalt meelde tuletada ja tõestada, et ikkagi on parem terve kui haige olla, sest ise ta sellele nagu ei mõtle. C. Forwaler kutsus üles olema leidlikum sanitaarharidustöös, elanike meditsiinilisel kasvatamisel, näiteks alates karikatuuridest, teatud laadis pealkirjadest toidupakenditel, televiktoriinidest kuni majanduslike kalkulaatsioonideni (näiteks suitsetamisest loobunu hoiab kokku igal aastal 4000 dollarit) jne.

Profülaktikaprogrammid ei tohiks olla ega saagi korrapealt olla globaalsed. Praegu vajame teaduslikult veenvaid, statistiliselt representatiivseid uurimistöid, millega hõlmataks teatav elanikerühm, rajoon või linn.

Jäi mulje, et integreeritud profülaktikaprogrammis domineerivad kardioloogia eriküsimused. Tutvumine selles programmis osalevate Leedu, Kirgiisia, samuti ka mõnede välisriikide teadlaste uurimismaterjaliga tõi mind veendumusele, et Eesti NSV-s korraldatavate teaduslike uurimistööde potentsiaal võimaldaks meie vabariigi teadlastel ja arstidel osa võtta ÜTO integreeritud profülaktikaprogrammide täitmisest, mitte üksnes kardioloogia, vaid ka pulmonoloogia, onkoloogia, gastroenteroloogia või muul erialal.

Koos Leningradi, Valgevene, Leedu esindajatega võttis meid vastu ÜRO ja teiste Genfis asuvate rahvusvaheliste organisatsioonide juures tegutseva NSV Liidu Alalise Esinduse nõunik doktor A. Kisseljov. Talle pakkus huvi mitmesuguste haiguste epidemioloogia alane informatsioon Eesti NSV-s korraldatud uurimistööde kohta, samuti palju aastaid kestnud töö sisehaiguste akuutseid haigusvormi pödenute dispanseerimise alal, vältimaks haiguse krooniliseks üleminekut. Kõne all oli ka see, et terapeudijaoskondade väiksemaks muutmine ja arstide koormuse vähendamine loovad eriti soodsad tingimused profülaktika laiendamiseks ja süvendamiseks.

Tahaks loota, et Eesti NSV kultuuripäevad Šveitsis tugevdavad mitte üksnes sõprusuheteid ja kõikide inimeste rahupüüdlust, vastastikuseid kultuurisidemeid, vaid et need annavad uusi võimalusi rahvusvahelisteks teadus-sidemeteks kõige humaansemas inimtegevuse sfääris — meditsiinis.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

In memoriam

WOLFGANG HEIDEMAA

11. X 1924 ... 6. I 1983



6. jaanuaril 1983. aastal katkes Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla osakonnajuhataja, endise kauaaegse peaarsti Wolfgang Karl-Georgi p. Heidemaa elutee.

W. Heidemaa sündis 11. oktoobril 1924. a. Tartus arsti perekonnas, noorus- ja kooliaastad aga möödusid Saaremaal. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas õppis ta aastail 1945...

1951. Ülikooli lõpetamise järel oli ta Suure-Jaani rajoonis akušöör-günekoloogiks, hiljem tervishoiuosakonna juhatajaks. Pärast Eesti NSV rajoonide reorganiseerimist töötas ta Suure-Jaani haigla peaarstina. Südamlõiku ja taktitudelise arstina ning energilise tervishoiuorganisaatorina oli W. Heidemaa lugupeetud nii kolleegide kui ka ravialuste hulgas.

1960. aastal toodi ta üle Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja ametikohale. 1961. aastast alates töötas W. Heidemaa Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas. Algul oli ta osakonnajuhataja, aastail 1964... 1977 peaarst. W. Heidemaa oli I kateooria infektsionist. Ajavahemikul 1955... 1965 täiendas ta oma teadmisi juhtivate tervishoiutöötajate spetsialiseerumiskursustel Moskvas, hiljem ka nakkushaiguste erialal.

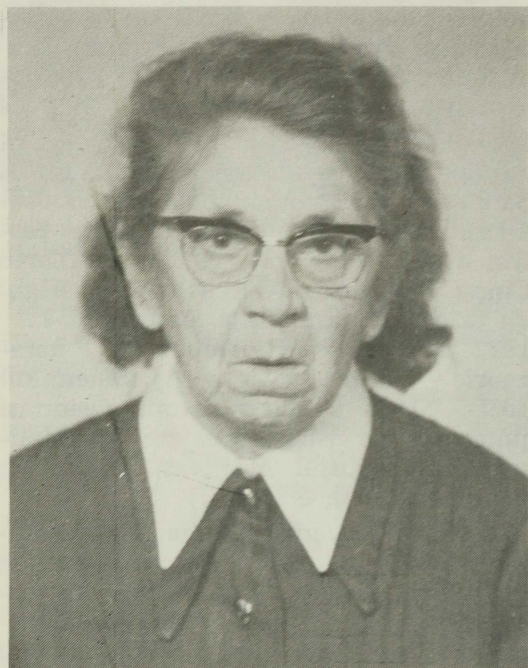
Võimeka organisaatorina ning nõudliku peaarstina pälvis ta kaastöötajate lugupidamise ning korduvalt tervishoiuosakonna ja tervishoiuministeeiumi tunnustuse. Tal jätkus jõudu ning tahtmist osa võtta ka isetegevusest ja haigla spordiüritustest, mis aitas kaasa teotahelise ja sõbraliku kollektiivi kujunemisele. Ta oli väga tegev ühiskondlikus töös rahvasaadikuna, rahvakaasitajana, ametiühinguaktivistina. Ühing «Teadus» oli teda kui populaarset lektorit autasustanud aukirjaga.

Tervislikel põhjustel loobus W. Heidemaa 1977. a. peaarsti ametikohast ning pühendus osakonnajuhatajana jäägitult ravitööle.

W. Heidemaad oli autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane». Tema nimi on kantud Eesti NSV Tervishoiuministeeiumi auraamatusse.

Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla töötajad ning TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste kateeder mäletavad Wolfgang Heidemaad kui suurepärast ja kohusetundlikku arsti, abivalmis ja rõõmsameelset kolleegi ning head sõpra.

Kolleegid



27. jaanuaril 1983. aastal lahkus meie hulgast Tallinna Tõnismäe Haigla arst Kira Vassiljeva.

K. Vassiljeva sündis 10. juulil 1906. aastal Narvas teenistuja perekonnas. 1923. aastal lõpetas ta Narva Vene Gümnaasiumi ning samal aastal astus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda. Juba üliõpilasena huvitus K. Vassiljeva mikrobioloogiast ja epidemioloogiast ning kolmanda kursuse üliõpilasena avanes tal võimalus alustada tööd Tartu Ülikooli Bakterioloogiainstituudis. 1931. aastal lõpetas K. Vassiljeva Tartu Ülikooli. Aastail 1929 ... 1939 oli ta Tartus kliinilise laboratooriumi juhataja, jätkates tööd ka bakterioloogiainstituudis.

1940. aasta suvel suunati K. Vassiljeva Narva, kus oli sanitaar- ja epidemioloogiajaama peaarstiks ja bakterioloogialaboratooriumi juhatajaks. Ta tegi palju düsenteeria- ja kõhutüüfepuhangu likvideerimisel Narvas.

1941. aasta suvel evakueerus ta Nõu-

kogude Liidu tagalasse. Gorkis ja Ufas täitis ta vastutusrikkaid tööülesandeid. 1942. aastal astus vabatahtlikuna Nõukogude armeesse ning kuulus 7. eesti laskurdiviisi. Armees töötas ta vastutavatel ametikohtadel. 1943. aastast alates kuulus K. Vassiljeva Nõukogude Liidu Kommunistlikusse Parteisse.

Pärast demobiliseerimist 1947. aastal asus K. Vassiljeva tööle Eesti NSV Tervishoiuministeeriumis, algul vanemsanitaarinspektorina, seejärel sanitaar- ja epidemioloogiavalitsuse juhatajana. Aastail 1954...1968 oli ta Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaepidemioloog. Ta võttis osa sanitaar- ja epidemioloogiatalituse loomisest Eesti NSV-s. K. Vassiljeva oli I. Metšnikovi nimelise Mikrobioloogide, Epidemioloogide ja Hügienistide Teadusliku Seltsi üks asutajaid ning juhtis selle tegevust enam kui kümme aastat. Suur on tema osatähtsus nakkushaiguste vastu kaitsepookimiste korraldamisel. K. Vassiljeva kuulus teadlaste kollektiivi, kellele 1965. aastal määrati Nõukogude Eesti preemia poliomieliidivastase elusvaktsiini meditsiinipraktikas kasutuselevõtu eest Eesti NSV-s ning Nõukogude Liidus üldse.

Ta oli väga tegev ühiskondlikus töös. Aastaid oli ta Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadusliku nõukogu liige, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomieliidi ja Viirusentsefaliitide Instituudi mittekoosseisuline teadustöötaja.

Lahkunu tööd oli väärliselt hinnatud. Teda oli autasustatud Punatähe ordeniga, medalitega «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», «Eeskujuliku töö eest», «20 aastat võidust Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane», mitme aukirjaga. Tema nimi on kantud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi auraamatusse.

Helge mälestus Kira Vassiljevast jääb kõigi nende südamesse, kes teda tundsid.

Tallinna Tõnismäe Haigla

EESTI NSV TEENELINE ARST

HARRY KANTER

5. IV 1924... 21. II 1983



21. veebruaril 1983. aastal lahkus meie hulgast silmapaistev tervishoiuorganisator, Tartu Kliinilise Haigla reumatoloog Harry Kanter.

H. Kanter sündis 5. aprillil 1924. aastal Tallinnas töölis perekonnas. Õppis Tallinna 4. algkoolis ja 1. progümnaasiumis. Suure Isamaasõja algul evakueerus koos vanematega Nõukogude Liidu tagalasse. 1942. a. mobiliseeriti ta Punaarmeesse, kus teenis mitmesugustel ametikohtadel kuni demobiliseerimiseni 1945. a. jaanuaris. Seejärel töötas EK(b)P Keskkomitees. 1945. a. lõpetas töö kõrvalt Tallinnas õhtukeskkooli. 1945. aastal astus ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille raviosakonna lõpetas 1951. aastal. Ajavahemikul 1951...1956 oli sõjaväearstiks.

1956. a. alates oli H. Kanteri elu ja

tegevus seotud Tartu Kliinilise Haigla. Algul oli ta terapeut, seejärel peaarsti asetäitja ravi alal. Siin avaldus H. Kanteri organisaatoritalent. Tema edutamine peaarsti ametikohale 1964. aastal oli õigustatud jätkuks senisele tegevusele.

H. Kanter tegi palju Tartu Kliinilise Haigla väljaarendamisel nüüdisaegseks raviasutuseks ning selle TRÜ arstiteaduskonna õppebaasiks kujunemisel. Ta oli üks hingamiskeskuse rajajaid, tema osavõtul loodi haiglas mitmed spetsialiseeritud osakonnad. Tema osavõtul reorganiseeriti Tartu tervishoiusüsteem seoses uue kirurgiakorpuse valmimisega 1971. a. Tema juhtimisel alustati kardioloogiakorpuse ehitustöid.

Tervise halvenemise tõttu 1975. a. lahkus H. Kanter peaarsti ametikohalt ning asus tööle reumatoloogiaosakonnas.

Peaarsti ja tegevarsti pingelise töö kõrval leidis ta aega teadusartiklite ja -ettekannete kirjutamiseks ning trükkis avaldamiseks, esinemisteks konverentsidel ja seminaridel. H. Kanter oli esimese kategooria terapeut.

1954. aastast kuulus H. Kanter NLKP ridadesse. Ta täitis arvukaid ühiskondlikke ülesandeid: aastail 1958...1964 ning 1971. a. oli ta EKP Tartu Linna-komitee liige, 1958...1962 ja 1963...1967 Tartu Kliinilise Haigla parteibüroo sekretär. Ta oli EKP X kongressi delegaat ja Tartu Linna RSN saadik.

Viljaka ja mitmekülgse töö eest anti H. Kanterile 1964. a. Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. Ta oli pälvinud ka Tööpunalipu ordeni, V. I. Lenini juubelimedali, viis medalit ja rinnamärgi «Tervishoiu eesrindlane» ning palju aukirju.

Tartu Kliiniline Haigla on kaotanud silmapaistva tervishoiuorganisatori, võimeka terapeudi, tagasihoidliku, kohusetruu ja abivalmis kolleegi. Mälestus Harry Kanterist, kes arstina pühendas kogu oma elu ja tervise, energia ning oskused meditsiinile, jääb kauaks püsima Tartu Kliinilise Haigla töötajate südameis.

Tartu Kliiniline Haigla



22. veebruaril 1983. aastal lahkus meie hulgast pärast rasket haigust Tartu Kliinilise Haigla funktsionaalse diagnostika osakonna kardioloog arstiteaduse kandidaat Mado Luts.

M. Luts sündis 12. juunil 1931. a. Tartumaal Kambja vallas põllutöölise perekonnas. Tallinna 17. Keskkooli lõpetas ta 1950. aastal ning samal aastal alustas õpinguid TRÜ arstiteaduskonnas, mille raviosakonna lõpetas 1956. aastal. Ajavahemikul 1956...1957 oli ta Kohtla-Järve Linnahaigla terapeut ja funktsionaalse diagnostika kabineti juhataja. Aastail 1957...1970 oli M. Luts TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kaatedri assistent, 1970...1971 Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur ja 1971...1975 TRÜ biofüüsika- ja elektrofüsioloogialaboratooriumi vanemteadur. 1975. aastast

alates kuni surmani töötas M. Luts Tartu Kliinilise Haigla funktsionaalse diagnostika osakonnas kardioloogina. M. Luts oli tunnustatud spetsialist funktsionaalse diagnostika, eriti elektrokardiograafilise diagnostika alal. Oma rikkalikke teadmisi ja kogemusi rändas ja jagas ta töös üliõpilastega ning nooremate kolleegidega. Tema käe all omandasid elektrokardiograafilise diagnostika alused paljud praegu töötavad selle eriala spetsialistid. Eriti palju tegi M. Luts lastekardioloogia arendamisel, mille rajajaks Eestis võime teda täie õigusega pidada.

M. Luts kuulus nende töötajate ja tagasihoidlike arstide hulka, kes oskavad tööd teha südamega ja loominguiliselt. Tema sulest on ilmunud 34 teadusartiklit. 1969. aastal kaitses ta väitekirja «Elektrokardiogrammi QRS-kompleksi kvantitatiivsest iseloomustamisest lastel».

M. Luts kuulus teadlaskollektiivi, kellele 1970. aastal määrati Nõukogude Eesti preemia südame ja veresoonte ning endokriinsüsteemi kirurgia arendamise ja mitme uue uurimis- ning ravimeetodi väljatöötamise ja Eesti NSV-s kasutuselevõtmise eest.

Agaralt osales lahkunu kollektiivi ühisüritustes ja -ettevõtmistes.

Mado Lutsu kui sõbralikku, väga abivalmis, täpset ja enese vastu nõudlikku arsti mäletavad tänutundega tema kolleegid, arvukad õpilased ja sõbrad.

Tartu Kliiniline Haigla

Juriidilist nõuannet

MUUDATUSI JA TÄIENDUSI EESTI NSV KRIMINAAL- KOODEKSIS

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium võttis 1981. aasta 13. augustil vastu seadluse «Muudatuste ja täienduste tegemise kohta «NSV Liidu ja liiduvabariikide kriminaalseadusandluse alustes», mille eesmärk on tugevdada võitlust kodanikelt ebaseadusliku tasu saamise vastu tööde eest, mis kuuluvad vastava ala töötajate ametikohustuste hulka. Kooskõlas nimetatud seadlusega võttis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 1982. aasta 29. jaanuaril vastu seadluse «Muudatuste ja täienduste tegemise kohta «Eesti NSV kriminaalkodeksis»».

Toimetuse palvel kommenteerib nimetatud seadlust jurist **Enn Moik**.

Seadlusega täiendati muu hulgas «Eesti NSV kriminaalkodeksit» paragrahviga 151² «Kodanikelt ebaseadusliku tasu saamine elanike teenindamisega seotud tööde tegemise eest». See kehtestab kriminaalvastutuse ettevõtte, asutuse või organisatsiooni ametiisikuks mitteoleva töötaja poolt kodanikult väljapressimise teel ebaseadusliku tasu saamise eest selle töötaja ametikohustuste hulka kuuluvate tööde tegemisel või teenuste osutamisel kaubanduse, ühiskondliku toitlustamise, elutarbeline, kommunaal-, meditsiinilise teenindamise, transpordi või elanike muu teenindamise alal. Seega on tegemist majandusalase kuriteoga, sest selle objektiks on seadusega kaitstud laialdase ühiskondlike suhete ringi kahjustamine elanikkonna teenindamise, sealhulgas meditsiinilise teenindamise valdkonnas.

Antud kuriteo vahetuks objektiks on sotsialistlikus ühiskonnas kehtestatud kord elanik-

konna tasulise ja tasuta teenindamise kohta. Lisaks sellele kahjustab antud kuritegu ka sotsialistlikus ühiskonnas kehtestatud põhimõtet materiaalseste hüvede jaotamise kohta vastavalt tehtud töö hulga ja kvaliteedile.

ENSV KrK paragrahvist 151² nähtub, et antud kuriteo subjektiks ei ole ametiisikud, s. o. isikud, kes vahetult juhivad teisi inimesi, tootmis- või tehnoloogilisi protsesse, täites organisatsioonilis-korraldavaid või administratiiv-majanduslikke funktsioone. Seega antud paragrahvi järgi võib vastutust kanda ka näiteks meditsiinasutuse sanitar. Arstide ja keskastme meditsiinitöötajate poolt saadud ebaseaduslikku tasu võidakse kvalifitseerida olenevalt sellest, kas nad esinevad ametiisikuna või täidavad puhterialaseid ülesandeid. Nii näiteks, kui arst saab ebaseaduslikku tasu haige väljaspool järjekorda haiglasse suunamise eest või ajutise töövõimetuslehe põhjendamatu väljaandmise eest, siis on tegemist altkäemaksuga, millele järgneb vastutus ENSV KrK § 164 järgi. Kui aga säärane tasu saadi haige ravimise eest, siis järgneb vastutus ENSV KrK § 151² järgi.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi 29. jaanuari 1982. a. otsuses, ««Eesti NSV kriminaalkodeksi» § 151² kohaldamise korra kohta» antud selgituses mainitakse, et ebaseadusliku tasu saamise eest võib kriminaalvastutusele võtta isiku, kes töötab elanike teenindamise alal (meditsiinasutuses jms.) ning kes väljapressimise teel sai kodanikult ebaseaduslikku tasu teatava töö tegemise, teenuse osutamise või muu tegevuse eest, mis kuuluvad selle isiku ametikohustuste hulka (meditsiinilise abi andmine jms.). Seejuures ei ole tähtis, millal ebaseaduslik tasu saadi, kas enne või pärast tegevust. Seega järgneb vastutus ENSV Krk § 151² järgi üksnes siis, kui ebaseadusliku tasu saamine on seotud väljapressimisega.

Ebaseadusliku tasu väljapressimise all tuleb mõista elanike teenindamise ala töötaja poolt kodanikule mitte ainult otseselt väljendatud nõudmist maksta tasu selle töötaja ametikohustuste hulka kuuluva teatava töö tegemise või teenuse osutamise eest, vaid ka kodaniku tahtlikku asetamist olukorda, kus ta ebaseaduslikku tasu on sunnitud maksma, vältimaks kahjulikke tagajärgi oma seaduslikele huvidele. Kui ametiisikuks mit-

teolev teenindusala töötaja sai kodanikult ebaseaduslikku materiaalselt hüvitust ilma väljapressimiseta, siis ENSV Krk § 151² ettenähtud kuriteokoosseis puudub.

Kriminaalvastutus ENSV Krk § 151² järgi järgneb tingimusel, kui töö tegemine, teenuse osutamine kuulub vastava elanike teenindamise ala töötaja teenistuslike kohustuste hulka (ametijuhendi, instruksiooni jms. järgi). Kui töötaja sai hüvituse tegevuse eest, mis tema tööülesannete hulka ei kuulu, siis ei ole tegemist ka ENSV Krk § 151² ettenähtud kuriteoga.

Ebaseadusliku tasu all tuleb mõista ebaseaduslikku varalist tulu (raha, tööstus- ja toidukaubad jms.).

ENSV Krk § 151² ettenähtud kuriteo eest karistatakse parandusliku tööga kuni ühe aastani või rahatrahviga kuni ühesaja rublani. Sama tegevuse eest korduvalt või suures ulatuses karistatakse vabadusekaotusega kuni kolme aastani või rahatrahviga kuni viiesaja rublani.

Nagu eespool mainitud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi otsuses selgitatakse, tuleb ebaseadusliku tasu korduva saamise all mõista selle tasu saamist mitte vähem kui kaks korda, kui seejuures ei ole möödunud seadusega ettenähtud kriminaalvastutusele võtmise aegumistähtaeg, või ebaseadusliku tasu saamist üheaegselt kahelt või enamalt kodanikult või ebaseadusliku tasu saamist isiku poolt, keda analoogilise kuriteo eest varem on karistatud ja kelle karistus ei ole seadusega kehtestatud korras kustutatud või kustunud.

Ebaseadusliku tasu saamiseks suures ulatuses tuleb pidada tasu üle kaheksaja rubla.

Toimetuse veerg

TÄHISTATI «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOIU» 25. AASTAPÄEVA

Märtsikuu esimestel päevadel veerandsada aastat tagasi jõudis lugeja kätte regulaarselt ilmuma hakkava arstiteadusliku ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 92-leheküljeline esimene number. Selle sündmusega seoses toimus 4. märtsil 1983 Tallinnas Eesti NSV Ühingu «Teadus» valges saalis meditsiiniüldsuse rohkel osavõtul pidulik koosolek. Alguseks kuulati RAM-i kvarteti meeleolukaid laule.

Piduliku koosoleku avasõnad ütles tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Ta rääkis tunnustavalt ajakirja osatähtsusest arstide kvalifikatsiooni tõstmisel, värske meditsiiniteabe edastamisel, viljakate mõttevahetuste algatamisel, mis kõik tuleb kasuks ja abistab meie rahvale tervisekaitse tagamisel, tervishoiu ja arstiteaduse üldisel edasiminekul. Ajakirja 25 aastakäigust, toimetuse töödest ja tegemistest, kavatsustest ning nende realiseerimisest toimetuse argitöös rääkis peopäeva ettekandes peatoimetaja O. Tamm. Ta tegi ka tagasivaate eesti populaarteadusliku meditsiiniperioodika algusaastaisse, kirjeldas eesti arstiteadusliku perioodika sündi, ajakirja «Eesti Arst» ilmuma hakkamist 1920-ndate aastate algul ning selle tegevtoimetaja prof. A. Valdese osa meditsiinoskuskeele väljaarendamisel, millega ta tagas eestikeelse arstiteadusliku ajakirja eluvõime ja stabiilsuse. Ta peatus ka toimetuse tööpõhimõtetel, tulevikukavadel, erialatemaatilikal, toimetuse püüdlustel.

Sellel päeval öeldi toimetuseperele palju häid sõnu. Nendega alustas tervishoiuminister prof. V. Rätsep, kes andis toimetuse töötajatele V. Laosele, M. Keermale ja H. Abelile üle ministeeriumi aukirjad. TRÜ arstiteaduskonna esindajana õnnitles toimetust prof. J. Saarma, kes akadeemilise tunnustusena



Foto 1. Piduliku koosoleku presiidiumis olid (paremalt) EKP Keskkomitee propaganda ja agitatsiooniosakonna ajakirjandussektori esindaja A. Kaasik, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige prof. J. Saarma, tervishoiuminister prof. V. Rätsep, Eesti NSV Ajakirjanike Liidu juhatuse sekretär I. Valter, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees J. Ennet. Fotol 2 nurgake saalist, kus näeme ajakirja toimetuse töötajaid (paremalt): peatoimetaja asetäitja V. Laos, osakonnatoimetaja M. Keerma, peatoimetaja O. Tamm, toimetaja J. Karusoo, toimetaja L. Sauemägi, tehniline toimetaja H. Abel, tema taga toimetaja A. Tallo, osakonnatoimetaja E. Martson, teises reas korrektor L. Art, masinakirjutaja T. Soomann. V. Salupuu fotod.

meditsiinile ja tervishoiule osutatud teenete eest andis ajakirjale üle TRÜ arstiteaduskonna kõrgeima autasu — arstiteaduskonna medali (nr. 15), lisaks veel arstiteaduskonna aukirjad peatoimetajale ja ka tema asetäitjale. Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees J. Ennet õnnitles toimetust ja teenekaid ajakirja asutajaid professoreid J. Saarmat, P. Bogovskit ja E. Raudamit, kes pälvisid ka aukirjad, samuti pälvisid need kolm toimetuse töötajat.

Häid soove ütles kirjastuse «Perioodika» direktori asetäitja E. Järvis Eesti NSV Riikliku Kirjastuskomitee aukirja E. Martsonile üle andes, temalt ka kirjastuse aukirjad ajakirjale, A. Tallole, L. Artile ja T. Soomannile. Eesti NSV Ajakirjanike Liidu juhatuse sekretärit I. Valterilt olid kollegiaalsed tervitused koos aukirjadega peatoimetajale ja tema asetäitjale, ühingu «Teadus» esimehe esimeselt asetäitjalt H. Uuskülalt tervitused, kingitused ning teadusraamatud koos tänukirjaga ajakirjale, O. Tammele, J. Karusole ja L. Sauemäele, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimehelt U. Vagurilt aukirjad ajakirjale, V. Laosele ja E. Martsonile.

Ajakirjale töid tervitusi V. Küng Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudilt, L. Priimägi ja R. Silla Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudilt, K. Kutsar ja I. Frei-

berg E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogiliselt Instituudilt, N. Elšteini terapeutide seltsilt, J. Märtni I. Metšnikovi nimeliselt seltsilt, S. Kaldma günekoloogide seltsilt, M. Martinson Tallinna tervishoiuosakonnalt, A. Talihärm Tallinna Kiirabihaiglalt, V. Subi Tallinna Vabariiklikult Sadamahaiglalt, Prof. J. Sarv tõi häid soove Tartu kirurgide poolt, V. Roos Eesti NSV Rahvakontrolli Komiteelt, M. Sibul Eesti NSV Riiklikult Raamatupalatilt, M. Kivilo Vabariiklikult Sanitaarhariduse Majalt, M. Tedremaa Riiklikult Teaduslikult Meditsiiniraamatukogult ja veel paljud teised.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» aukirja pälvisid toimetuse kolleegiumi liikmed professorid L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elšteini, K. Gross, E. Raudam, J. Saarma ja U. Sibul, kes kõik on ajakirja toimetust väga palju aidanud ja alati head nõuandjad olnud. Aukirja pälvisid ka toimetuse nõukogu liikmed V. Ilmoja ja H. Kadastik, silmapaistvad autorid ja retsensendid professorid K. Kõrge ja V. Salupere ning meditsiinoskuskeele küsimustes mitukümmend artiklit kirjutanud Ester Kindlam, kellele toimetust jääb alatiseks tänuvõlgseks. Toimetuse aukirja said ka V. Sillastu, Si. Velbri ja R. Vodja kui 1982. aastal ilmunud premeeritud artiklite autorid.

Pidulik koosolek lõppes peatoimetaja O. Tamme sõnavõtuga, milles ta toimetuse nimel tänas kõiki heade soovide ja tähelepanuavalduste ning autasude eest.

TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

25. novembril 1982 toimus ministeeriumi kolleegiumi laiendatud koosolek, millest võttis osa tervishoiujuhte, arstiteadlasi, TRÜ arstiteaduskonna õppejõude, peaspetsialiste jt., kokku üle 170 meedikku. Põhiettekanne «Täiendavatest abinõudest meie vabariigi elanike tervisekaitse parandamisel» oli tervishoiu minister prof. V. Rätsepalt. Ülevaatlikus ettekandes käsitleti meie tervishoiusüsteemi arengut, ülesandeid, edusamme, samuti analüüsi edasiminekku eeldusi. Minister analüüsis ka puudusi, mida tuleb ette tervishoiuasutuste töökorralduses ja ainelise baasi rajamisel, ka arstide töös, organisatsioonilis-meetodilises tegevuses, ajutise töövõimetuse eksperimentilis või muudes arstiabi valdkondades.

Põhiettekanne järel kuulati 12 tervishoiujuhi sõnavõttu, milles eri aspektidest käsitleti olulisi ning mitmetahulisi tervishoiuprobleeme: taastusravi ja profülaktikaosakondade rajamist ning tervishoiusüsteemi eesrindlike kogemuste koolide tööd (R. Toots), naiste ja laste dispanseerimist, lasteasutuste ja -haiglate sanitaarseisundit ning sanitaarharidustöö kvaliteeti (E. Tomberg), terapeudi töötingimusi, ambulatoorse kaardi andmestikku, ravi järjepidevuse tähtsust (N. Elstein). Suurt tähelepanu nõuab tervishoiutöötajate töökaitses, emade ja laste arstiabi, üksikasjalikku analüüsi meditsiinivõimete haigestumine (J. Ennet), kirurgide teadmiste regulaarne kontrollimine, septiliste tüsistuste vältimine (S. Gulordava). Ajutise töövõimetuse põhjuste analüüsimine on hädavajalik ja peaspetsialistide sekkumine obligatoorne (L. Maurer), tervishoiujuhid peavad sanitaar- ja epidemioloogilise režiimi tagamise võtma südameasjaks (H. Kreek). Sünnitusosakondade regulaarne sanitaarremont on hädavajalik, seda mitmesugustel põhjustel edasi lükata ei tohiks (S. Kaldma). Apteegikaupade kohtadele toimetamise võimalused peaksid paremad olema, paremini peaksid olema kooskõlastatud ravimite tellimused ja ravimite väljaostmine raviasutuste poolt (V. Nisu), moodne ja kallihinnaline meditsiiniaparatuur ei tohiks seista kasutamata ning meditsiinitehnika ja -aparatuur hooldajail ja korrastajail peaksid olema soodsamad töötingimused (M. Toomesoo). Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tegevussuundadest, silmas pidades tervishoiupraktika vajadusi, rääkis prof. V. Küng, Narva tervishoiuasutuste tööst Narva Linna Kesksaigla paarast M. Silland.

Sõnavõttudest tegi kokkuvõtte ning kommenteeris neid tervishoiu ministri esimene ase-täitja E. Väärt, rõhutades ministeeriumi otsuste ja korralduste operatiivse täitmise vajadust, samuti seda, et allasutuste juhid peavad oma vajadustest õigeaegselt teatama.

Kinnitati gripi ja teiste ägedate respiratoorsete viirushaiguste profülaktika ja epideemia-tõrje abinõude kompleksplaan Eesti NSV-s aastaks 1983...1985. Üleliidulisele tervishoiuasutuste ülevaatusele otsustati esitada Tallinna Merimetsa Haigla.

Kolleegiumi laiendatud koosolekust võtsid osa EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja A. Aben ja tervishoiusektori juhataja L. Jakobson.

9. detsembri istungil, mida juhatas tervishoiu ministri esimene asetäitja E. Väärt, kuulati S. Kaldma informatsiooni vastsündinute sümptomite ja surnultsünni registreerimise õigsuse kohta. Arutati ka günekoloogiliste haiguste esinemissagedust Narvas, sellest tulenevat ajutist töövõimetust, samuti laste haigestumist koolieelsetes lasteasutustes ning haige lapse hooldamisest ja põetamisest tulenevat ajutist töövõimetust. Samuti kuulati Narva Linna Kesksaigla paarasti M. Sillandi aruannet. Narva on noorte linn — 21,2% elanikest on lapsed. Koolieelsetes lasteasutustes töötavad arstid vaid kohakaasluse alusel. Lapse haigestumise tõttu saab ema haiguslehe, see kõik kajastub töövõimetuspäevade üldarvu suurenemises. Probleem jääb aktuaalseks.

Samal päeval arutati anestesioloogilist ja reanimatoloogilist abi meie vabariigis. Kuulati peaspetsialisti B. Lehepuu aruannet. Töömaht on viie aasta jooksul tublisti suurenenud, letaalsus vähenenud. Edasiminek on olnud suur. Nendel erialadel töötamine on raske, komplitseeritud, teadmised peavad olema head nii arstidel kui ka õdedel. Väga oluline on õpetada elanikkonnale elustamisvõtteid, koolides peaks see kohustuslik olema. Arutati veel nakkushaiguste profülaktikat Jõgeva ja Põlva rajoonis.

Kõikide päevakorrapunktide kohta fikseeriti tegevust juhendavad otsused.

3. veebruaril 1983 toimus kolleegiumi koosolek tervishoiu ministri prof. V. Rätsepa juhatamisel. Arutati stomatoloogilise abi parandamist, mille kohta esitas ettekande peastomatoloog S. Hanstein. Tallinna Stomatoloogia Polikliinik töötab uutes ruumides, Võrus laiendati stomatoloogiaosakonda, polikliinikutes võetakse haigeid vastu kuuel nädalapäeval, laste ja kooliõpilaste hambaravi on paranenud. TRÜ-s on stomatoloogiakabinet olemas, TPI-s see puudub, Tallinnas tuntakse puudust lastestomatoloogide järele, ebarahuldav on kutsekooliõpilaste hambaravi. 35% Tallinna asutuste stomatoloogiakabinetidest töötab alakoormusega. Kolleegiumi otsuse põhjal tuleb asutuste stomatoloogide abi kasutada lastekollektiivide, noorukite ja kutse-

koolide õpilaste hammaste saneerimisel, on tarvis, et kõikides rajoonides ja linnades oleksid ortopeedilise stomatoloogia kabinetid, koolides peavad olema statsionaarsed hambaravikabinetid, need peab juba projektidesse sisse võtma.

Kinnitati noorte arstide, 1983. aasta TRÜ arstiteaduskonna lõpetajate töökohtadele määramise plaan, kinnitati ka meditsiiniseadmete ja -aparatuuri ning instrumentide tellimus 1984. aastaks.

Vello Laos

1983. aasta 23. veebruaril toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiin nõukogu presiidiumi koosolek meditsiin nõukogu esimehe, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme prof. P. Bogovski eesistumisel. Arutati teaduslike uurimistööde plaani täitmist, uurimistulemuste evitamist ja meditsiin nõukogu tööd 1982. a.

Ettekanded esitasid teadusliku meditsiin nõukogu sekretärid A. Tetsov ja A. Sarap. 1982. a. lõpetati 27 plaanilist tööd 14 üleliidulise probleemi alal. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis lõpetati 22 tööd 10 probleemi alal, Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis kaks, A. Seppo nimelises Teadusliku Uurimise Metallosteosünteesi Laboratooriumis ja Kliinikus kaks ning TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis üks plaaniline töö. TRÜ arstiteaduskonnas lõpetatud plaanilisi teadustöid 1982. a. ei olnud.

Uurimistulemustest haiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi alal võeti kasutusele 101 ettepanekut, neist üleliiduliselt 17 ja meie vabariigi tervishoiusüsteemis 42 ettepanekut. Kahjuks on seni puudunud evitatud ettepanekute efektiivsuse üksikasjalik analüüs.

Teadustöös osales 462 teadlast, neist 63 teadusdoktorit ja 213 teaduskandidaati. Kinnitati kaks doktori- ja 9 kandidaadikraadi. Uurimistulemuste põhjal saadi 8 leitudisele autoritunnistus, esitati 60 ratsionaliseerimisetpanekut, ilmus 5 monograafiat, valmistati 27 õppevahendit, avaldati 1036 artiklit, neist keskajakirjades 75 ja välismaal 60. Peale selle on teadlased publitseerinud 91 populaarteaduslikku artiklit, 107 korral esinenud raadios ja televisioonis, klubides, rahvamajades või mujal, pidanud 805 loengut, terviseülikoolides 76 ja arstide seltsides 381 ettekannet.

1982. a. korraldati meil üleliiduline neurokirurgide kongress, Balti liiduvabariikide uroloogide konverents, V Soome—Nõukogude psühhiaatriaalaalne sümposium, IV vabariiklik epidemioloogide, mikrobioloogide ja hügienistide kongress ning kuus vabariiklikku konverentsi immunodiagnostika ja immunoteraapia, reumaatiliste haiguste profülaktika, diagnoosimise, spordimeditsiini, kirurgia, töömeditsiini alal. Trükist on ilmunud kogumikud. Teadusliku meditsiin nõukogu presiidium andis 1982. aasta teaduslikule ja teaduslik-praktilisele tegevusele hea hinnangu.

Prof. P. Bogovski informeeris arstiteaduse ja tervishoiu tähtsatest ülesannetest. On vaja koostada enamlevinud haiguste profülaktika teaduslikult põhjendatud kompleksprogrammid. Sellest võtavad osa tervishoiuministeeriumi peaspetsialistid, osakonnajuhatajad, teadlased jt. Selle töö paikapanemiseks ja koordineerimiseks on moodustatud komisjon, millesse kuuluvad prof. P. Bogovski esimehena, liikmetena L. Priimägi, R. Toots, H. Kreek ja E. Tomberg.

Direktiivkirjadest ja nende täitmisest andis ülevaate allakirjutanu.

25. märtsil kuulati teadusliku meditsiin nõukogu presiidiumi koosolekul esiteks, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadusliku uurimistöö ja teaduslik-praktilise tegevuse 1982. aasta aruandeid. Need esitasid teadusala asedirektorid professorid V. Kung ja R. Silla. Kummagi instituudi teadustöös ja teaduslik-praktilises tegevuses on saavutatud.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis kaitsti kaks kandidaadiväitekirja (I. Avdejeva, T. Šipilova). Kõrgem Atestatsioonikomisjon kinnitas kaks kandidaaditööd (H. Jaagus, L. Rodman). Kahe viimase aasta jooksul kaitsesid instituudi 16 mittekoosseisulise teadlastest kandidaadiväitekirja kolm (H. Kapral, M. Lukk, M. Toomre).

Uurimistöö hõlmab üheksat üleliidulist probleemi. Laialdane on olnud koostöö nii teiste Nõukogude Liidu kui ka välismaa teadusasutustega. Teemade arvult tehakse ulatuslikumaid uurimisi pahaloomuliste kasvajate, tööhügieeni ja kutsehaiguste, südamehaiguste alal. Suur praktiline tähtsus on töodel, milles on uuritud mittespetsiifilisi kopsu- ning mao-, soolte ja sapiteedehaigusi. Lõpetatud uurimuste põhjal on tehtud 27 juurutamisetpanekut.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut on viie vabariikliku spetsialiseeritud meditsiinikeskuse baas (kutsehaiguste, allergoloogia, pulmonoloogia, kardioloogia, gastroenteroloogia). Teaduslik-praktilises tegevuses on tähtsamad ambulatoorne konsultatiivne vastuvõtt, statsionaarsete haigete kureerimine, organisatsioonilis-metoodiline töö, haiglasest konverentside, seminaride korraldamine, tegevarstide teadustöö juhendamine ning nende kvalifikatsiooni tõstmine, uute diagnoosi- ja ravimeetodite kasutuselevõtt jne. Sotsialistlikus võistluses osaleb 85% instituudi töötajatest. Instituut on sotsialistlikus võistluses Läti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis tehakse uurimistööd 13 teemal. Töö tulemused on publitseeritud 128 artiklis, neist 25 keskajakirjades ja üleliiduliste konverentside kogumikes. Kasutusele on võetud 12 ettepanekut, koostatud 12 metoodilist soovitusi ja teh-

noloogikeskuste ja terminipankade rajamise, selle tegevuse rahvusvahelise ulatuse. Eesti NSV-s aga on olukord terminoloogiatöö kesk- korralduse alal muret tekitav. R. Kull puudutas ka praktilise terminikorrastuse põhimõtteid, töökomisjonide koosseise, rahvuslike terministandardite vajalikkust. Terminikorrastus on arenenud mitmepalgeliseks, mitmetapiliseks ja komplitseeritud tegevusvaldkonnaks. Erinevalt üldkeelendist peab termin olema ühetähenduslik, süsteemne, selge, täpne, ökonoomne, edasituletuseks sobiv. Uha enam on hakatud mõistma, et tuleb toimida mõistlikult, paindlikuma lähenemisega. Aktuaalseks on muutunud ka terminoloogia variantsuse probleem. Ja ongi jõutud arusaamisele, et variante terminoloogias vältida ei saa. Meil Eestis, nagu esineja mainis, on juba tosin aastat tagasi pandud alus õpetusele sallitavast ning isegi soovitatavast sünonüümsusest ehk variantsusest terminoloogias. Variantsuse sisuliseks põhjuseks on eelkõige see, et üht ja sama keerukamat mõistet on võimalik käsitleda erinevast aspektist. Variantsusel on oskuseks oma koht ja oma spetsiifika, millest terminikorrastuses ei tohi mööda vaadata. Et oskus- ja üldsõnavara kasutuse piirid on mõneski suhtes hajusad (teadusartikkel, populaarteaduslik kirjutus ajalehes, loeng jne.), tingib see vabamat suhtumist terminivariantide ja ka asendusterminite probleemi. Eri- alaterminite liiga jääk fikseerimine võib põhjustada konflikte, mis painduva lähenemisega on välditavad.

I. Laan tõi andmeid meditsiiniterminoloogia komisjoni esimese viie aasta tegevuse kohta. Dotsent V. Sillastu sõnavõtt puudutas 25 rotaprintitrukise terminoloogia analüüsi. Edaspidi peaksid niisugustes väljaannetes kasutatavad terminid olema paremini kooskõlastatud ning vigu peaks olema hoopis vähem, sest on ju need õppevahendid. Sõna võtsid professorid K. Villako ja Ü. Arend ning dotsent A. Lepp. Lõpuks fikseeriti teaduslike nõukogude ühine otsus meditsiinalase terminoloogiatöö elavdamiseks ning määrati kindlaks tegevussuunad.

Pärastlõunal tuldi tagasi aulasse arstiteaduskonna päeva aktusele, kus ka kõik seisukohad olid hõivatud. Akadeemilise loengu pidas prof. K. Kõrge, teemaks Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna ajalugu, algusaastaist tänapäevani, ja arstiteadlaste tänane töö. Viimastel aastatel on teaduskonna ajalukku lisandunud palju uusi andmeid, eriti käesoleva sajandi kohta, ning tänaseks on ka võrdlemisi üksikasjalikud ajalooüldmused talletatud trükistesse ajalooüriajate kolme ja poole sajandi tööväljana.

Vello Laos

Seoses arstiteaduskonna 350. aastapäevaga pälvisid Eesti NSV Tervishoiuministeriumi aukirja professorid K. Villako, J. Sarv ja R. Looga, dotsendid B. Luik, M. Lind, V. Kalnin, A. Scheffer ja E. Lepp, vanemteadur

R. Uibo, vaneminsener A. Koger, assistent I. Vaasa ja üliõpilane V. Keldrima.

Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeriumi aukirja said professorid A. Jannus, H. Vahter, K. Kõrge ja H. Tikko, dotsendid Ü. Lepp ja R. Kaskmets.

EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna RSN TK aukirja pälvisid prof. V. Salupere, dotsendid J. Maaros ja M. Uibo.

Arstiteaduskonna päeva puhul said akadeemilise tunnustusena teaduskonna medali, arstiteaduskonna kõrgeima autasu, professorid E. Käer-Kingisepp, E. Siirde, E. Karu, A. Rulli, J. Saarma ja E. Raudam, dotsendid H. Petlem, L. Keres, V. Põkk ja Z. Saar, tervishoiu- minister V. Rätsep, kõrgharidusminister I. Nuut, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige P. Bogovski ja tervishoiu- ministeriumi valitsusejuhataja R. Toots.

Seoses arstiteaduskonna päeva ja teaduskonna 350. aastapäevaga pälvisid ülikooli rektori kiituse eeskujuliku töö eest kateedri- juhatajad professorid Ü. Arend, E. Vasar, J. Riiv, professorid V. Saarma, K. Valgma, L. Nurmand ja K. Pöder, dotsendid U. Reino, H. Silm, T. Soo, A. Lepp, A. Vapra, U. Podar, H. Jalviste ja H. Hanson, vanemõpetaja E. Arak, assistendid O. Ševtšuk ja M. Sepp, üliõpilased J. Aru, A. Arend, J. Vahtramäe, J. Tälli, O. Vasar, R. Heiman, H. Rimm, J. Rütman, A. Kask ja A. Haberman.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorgani- satsiooni ühisel koosolekul 15. veebruaril tehti kokkuvõtteid 1982/1983. õppeaasta sügissemestri õppe- ja kasvatustöö ning talvise eksamissiooni tulemustest. Aruande esitas prodekaan prof. L. Põkk.

Õppeedukus oli 1982/1983. aasta talvisel eksamissessionil 93,3%. Arstiteaduskond saavutas teiste TRÜ teaduskondade seas esikoha. Kõige parem oli õppeedukus eesti õppekeele- ga raviosakonnas (94,5%), järgnesid farmaat- sia- (93,9%), pediaatria- (93,5%), stomatoloogia- (93,0%) ning spordimeditsiinosakond (92,5%). Teistest osakondadest madalam õppe- edukus oli vene õppekeelega raviosakonnas — 89,8%. Lubamatult madal õppeedukus oli ka farmaatsiaosakonna II kursusel (76,7%) ning vene õppekeelega raviosakonna IV kursusel.

Absoluutne õppeedukus oli 8 kursusel. Need olid farmaatsiaosakonna I ja III kur- sus, stomatoloogiaosakonna III ja V kursusel, spordimeditsiini kõrgharidusega osakonna II ja V kursusel, vene õppekeelega raviosakonna V kursusel ning pediaatriaosakonna V kursusel.

Heale ning väga heale hindele sooritas ek- samid 57,1% üliõpilastest, neist 13,1% kõik ek- samid hindele «väga hea». 7,1%-l üliõpilastest olid kõik hinded ainult rahuldavad. Enamik olid I ja II kursuse üliõpilased ning neil tuli sooritada vaid kaks eksamit.

Puudustest mainiti, et õppe- ja töödistsip- liin ei rahulda. Liiga palju puudutakse loen- gutelt. Eriti halb on õppe- ja töödistsipliin spordimeditsiinosakonnas. Distsipliinirikku-

mise pärast karistati sügissemestril rektori käskkirjaga arstiteaduskonna 20 üliõpilast ning noomitusega 23 üliõpilast, neist spordimeditsiiniosakonnast vastavalt 12 ja 18 üliõpilast.

Aruandeperioodil eksmatrikuleeriti arsti-teaduskonnas 31 üliõpilast.

Kinnitati prodekaan L. Poki aruanne ning õppe- ja kasvatustöö sügissemestril hinnati rahuldavaks.

Vastavalt õppeasutuste profiilile juhvad ja koordineerivad NSV Liidu kõikides kõrgkoolides keskkonnakaitsealaseid teaduslikke uurimistöid üleliidulised probleemiohukogud. Kõikide kõrgkoolide teadustöö ühtne juhtimine ja koordineerimine selles uurimisvaldkonnas on seni puudunud.

Teadusliku uurimistöö arendamiseks ja efektiivsuse tõstmiseks väliskeskonnakaitse ja loodusressursside uurimise alal ning kõrgkoolide teadlaste jõu kontsentreerimiseks ning uurimistulemuste kiiremaks kasutuselevõtuks moodustas NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeerium 1982. aasta detsembris loodusressursside kaitse ja kompleksse kasutamise teadusliku koordineerimisnõukogu ning kinnitas selle koosseisu.

Praegu uurivad loodusressursside kaitset ja ratsionaalset kasutamist 180 kõrgkooli teadlased. Ometi on selles töös veel puudujaake. Nii ei ole mõne kõrgkooli teaduslikud jõud küllaldaselt koondunud kõige tähtsama ümber. Uurimistemaatika on kohati juhuslik, tuleb ette dubleerimist, millest ka jõu ja vahendite killustatus. Pikad on uurimistulemuste kasutuselevõtu tähtsajad. Puuduste kõrvaldamine ja uurimistöö parem korraldamine ongi äsja moodustatud teadusliku koordineerimisnõukogu ülesanne. Nõukogu esimeheks on tehnikadoktor prof. J. Vassiljev Leningradi Polütehnilisest Instituudist. Esimehel on kolm asetäitjat ja kaks teadussekretäri. Esimehe üks asetäitjaid on Leningradi Metsatehnika Akadeemia rektor prof. A. Kaprionov. Nõukogusse kuuluvad veel kaheksa mitme eriala professorit, nende seas üks NSV Liidu Teaduste Akadeemia tegev- ja üks korrespondentliige. Meditsiini esindajana kuulub nõukogusse allakirjutanu.

Vene Föderatsiooni ning Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumile ning Moskva Riiklikule Ülikoolile on tehtud kohustuseks hakata välja andma sellealaste teadustööde kogumikke.

Arnold Jannus

PUNASE RISTI SELTSIS

Meie vabariigi Punase Risti Seltsi organisatsioonid töötasid möödunud aastal edukalt. Kõik plaaniülesanded täideti ja osaliselt ületati. Täideti kõik 1982. a. sotsialistlikud kohustused. 44,7% elanikkonnast on seltsi liik-

med, sealhulgas 65% töötavast elanikkonnast. Eesrindlased selles osas on Tartu ja Jõgeva rajooni organisatsioonid. 1982. a. võeti seltsi kollektiivliikmeks esmakordselt vastu 11 asutust.

Kokkuvõtet tehes selgus järgmist.

I rühmas saavutas esikoha ja tuli 1982. a. sotsialistliku võistluse võitjaks Punase Risti Seltsi Rakvere rajoonikomitee (esimees T. Randlane, aseesimees L. Kornelt). Rajoonikomiteele jäeti alatiseks Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee rändpunalipp. II koha saavutas Viljandi rajoonikomitee (esimees R. Kariis, aseesimees V. Arak). III kohale tulid kolm rajooni-linnakomiteed, kes eduka töö poolest on aastaid silma paistnud: Pärnu linnakomitee (esimees E. Võlli, aseesimees E. Kuura), Tartu linnakomitee (esimees M. Sikk, aseesimees A. Kilter) ja Jõgeva rajoonikomitee (esimees P. Ott, aseesimees H. Sarapuu).

II rühmas tuli sotsialistliku võistluse võitjaks Tartu rajoonikomitee (esimees J. Vares, aseesimees S. Ellervee). Komitee on tunnustatud eesrindlike kogemuste kooliks. II koha vääriliseks tunnustati Paide rajoonikomitee (esimees P. Piik, aseesimees M.-A. Jaksi). III koha pälvis Narva linnakomitee (esimees B. Tsitlis, sekretär Z. Sipelgas).

Parimaks koolitöönohukogu arvati Jõgeva nõukogu (esimees A. Ehala), kellele jäeti Punase Risti Seltsi Keskkomitee rändkarikas. II kohale tulid Rakvere ja Viljandi (nõukogu esimehed A. Kirotbek ja M. Mäepalu), III kohale Valga ja Tartu rajooni koolitöönohukogu (esimehed A. Reidla ja E. Sööt).

Punase Risti Seltsi jaoskonnakomiteedest anti esikoht Tartu rajooni Rannu jaoskonnakomiteele (esimees S. Koemets), II koht Viljandi rajooni Kõpu (esimees J. Rebane), Rakvere rajooni Viru-Roela jaoskonnakomiteele (esimees I. Karu) ja III koht Kohtla-Järve trusti «Eesti Põlevkivi» (esimees N. Šeremeta), Jõgeva rajooni Palamuse (esimees M. Einberg) ja Haapsalu rajooni Lihula jaoskonnakomiteele (esimees H. Paakspuu).

Revisjonikomisjonidest hinnati esikoha vääriliseks Rakvere rajoonikomitee revisjonikomisjon (esimees E. Matikainen), II koha sai Tartu linnakomitee revisjonikomisjon (esimees H. Ilves) ning III Paide rajoonikomitee revisjonikomisjon (esimees L. Kivimäe).

Esikohale tulnud komiteede esimehi ning aseesimehi autasustati.

Tööstuste algorganisatsioonidest saavutas esikoha Tallinna Ehituskeraamikatehase Jõgeva tsehi algorganisatsioon (esimees V. Sukk). II koha Tartu rajooni Tallinna Elektromehaanikatehase Rõngu filiaali (algorganisatsiooni esimees K. Mõttus) ja Harju rajooni Raasiku Katseremonditehase algorganisatsioon (esimees M. Nahkur). III koht anti Paide rajooni ETKVL-i LTK «Standard» Türi tsehi (esimees E. Treiman), Tartu Autode Remondi Katsetehase (esimees L. Luha), V. Klementi nim. Tallinna Õmblustootmis-

koondise (esimees H. Sütt) ja Narva Kreenholmi Manufaktuuri viimistlusvabriku algorganisatsioonile (esimees L. Jasnikova).

Kolhooside ja sovhooside osas määrati esikoht Jõgeva rajooni Lembitu kolhoosi algorganisatsioonile (esimees S. Vask), II koht Rakvere rajooni Vinni Näidissovhoostehnikumi algorganisatsioonile (esimees E. Lööper) ja Tartu rajooni V. I. Lenini nim. Näidissovhoosi algorganisatsioonile (esimees A. Saarepera), III koht Viljandi rajooni Kõpu kolhoosi algorganisatsioonile (esimees V. Papagoi), Harju rajooni J. Lauristini nim. kolhoosi algorganisatsioonile (esimees M. Kull) ja Paide rajooni «9. Mai» kolhoosi algorganisatsioonile (esimees P. Edur).

Koolidest tuli esikohale Valga rajooni Otepää Keskkooli algorganisatsioon (esimees T. Sander).

Kõrgkoolide Punase Risti Seltsi algorganisatsioonidest oli parim Tartu Riikliku Ülikooli algorganisatsioon (esimees S. Russak).

Asutuste algorganisatsioonidest peeti esikoha vääriliseks Tartu rajooni Elva ÜTE algorganisatsiooni (esimees H. Annus).

Gilda Sabbo

* * *

28. detsembril toimus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee IV pleenum, millel arutati nõukogude patriotismi ja internatsionaalset kasvatusööd Tallinna, Tartu ja Narva tervishoiuasutustes seoses NSV Liidu moodustamise 60. aastapäeva tähistamisega. Pleenumist võtsid osa EKP Keskkomitee instruktor I. Baranov, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu osakonnajuhataja E. Remmel, tervishoiuministeriumi kaadri-osakonna juhataja A. Sivenkov. Pleenumi avas komitee esimees J. Ennet. Ettekanded esitasid Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tallinna Linnakomitee esimees V. Hiire, Tartu linnakomitee esimees K. Mitt, Narva linnakomitee esimees K. Kuzmenkova.

Märgiti, et tänu partei- ja komsomoliorganisatsioonide abile on ametiühinguorganisatsioonid koostöös tervishoiuministeriumi ning tervishoiuasutuste juhtkondadega teinud palju töötajate kasvatamisel nõukogude patriotismi ja internatsionalismi vaimus.

Üleliidulises sotsialistlikus võistluses on meie vabariigi tervishoiuasutusi korduvalt ära märgitud (Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas, tootmiskoondis «Eesti Meditsiinitehnika», Pärnu Kuurortide Ravi- ja Puhkeasutuste Koondis, Jämejala Vabariiklik Psühoneuroloogiahaigla, Tartu Kliiniline Haigla, Tallinna Vabariiklik Sadamaigla, Tallinna Merimetsa Haigla jt.).

Kiiduväärt on olnud ka töö- ja kultuurialased sõprussidemed teiste NSV Liidu liiduvabariikide ja Vene NFSV tervishoiutöötajatega.

Pleenumil märgiti, et sotsialistlikule võistlusele ja kommunistliku töö liikumisele tuleb enim tähelepanu pöörata Jõgeva, Põlva, Haapsalu ja Kingissepa rajooni mõnedes tervishoiuasutustes.

Pleenumi otsuses toonitati, et ametiühinguorganisatsioonid ning tervishoiuorganid peavad tervishoiutöötajatele laiemalt ja sügavamalt selgitama marksistlik-leninliku teooria põhiseisukohti rahvusküsimuses. Ametiühinguorganisatsioonid ning administratsioonid on vaja luua tingimused, mis aitaksid kaasa vene keele õppimisele töökollektiivides. Eesti NSV-s alaliselt elavatele muudest rahvustest tervishoiutöötajatele on vaja osutada abi eesti keele omandamisel.

Veel kuulati informatsiooni presiidiumi tööst pleenumitevahelisel ajal. Pleenumil valiti vabariikliku komitee liikmekandidaadid M. Sügis komitee koosseisu, kuna komiteest lahkus G. Sillat, kes oli olnud kultuur-massilise töö komisjoni esimees. Uueks vabariikliku komitee presiidiumi liikmeks valiti M. Gustavson. Kultuur-massilise töö komisjoni esimeheks valiti E. Kristjan.

Pleenumil anti üle Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu aukirjad aktiivse ühiskondliku töö eest seoses NSV Liidu moodustamise 60. aastapäevaga järgmistele tervishoiutöötajatele:

Klavdia Kuzmenkova, Maie Gustavson, Ellen Napits, Virve Pärni, Heidi Bergmann.

Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ühise aukirja pälvivad Helgi Ali, Eleonora Davõdova, Jevgenia Dubrovkina, Helin Eelsalu, Lilia Filippova, Salme Hanson, Helga Hibus, Anne Jõgis, Linda Kampus, Leida Kirsal, Jadviga Kreeke, Külli Kuus, Paul Laiva, Adik Levin, Tiia Lõoke, Antonina Petšnikova, Tiit Reigo, Anu Sepp, Hiivi Sirel, Helju Suursaar, Lutsia-Esmene Tasa, Luule Teemägi, Larissa Trofimova, Arvi Tühis, Mari Vilbaste, Heldur Öigus, Gülsem Umerov.

Lia Vahar

17. märtsil 1983. a. toimus Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi III noorteadlaste ning -spetsialistide ettekannete päev.

Avasõnad ütles prof. V. Kung. Ta mainis, et ettekannete päevad on saanud instituudis heaks traditsiooniks. See on koht, kus noorteadlane saab kinnistada oma esinemisuskust ning tutvustada tehtut. Esineda võib plaanilise uurimistöö või selle osa tulemuste kokkuvõttega, samuti ka kirjandusülevaatega.

Kavas oli 14 ettekannet ja neli stendettekannet. Esindatud olid peaaegu kõikide instituudi laborite ning osakondade noorteadlased, mis tingis teemade mitmepalgelisuse.

Kõige enam uurimistööd oli onkoloogia alalt. M. Niin rääkis melanoblastoomi immunoloogilisest diagnoosimisest, J. Nikitin käsitles rinnanäärmevähi algvormide varajase diagnoosimise immunoloogilisi aspekte, A. Piroja andis ülevaate nitrosoamiinide sisaldusest Eesti NSV-s toodetavas õlles, L. Rüntü äga Na-, K-ATPaasi aktiivsusest mõnedes kudedes etanooliga mõjutatud kantserogeneesi korral. Esitati ka stendettekanded järgmistel teemadel: nitritid ja nitraadid maovähi ja kaksteistsõrmikuhaavandiga haigete maomah-

las (N. Kalašnikova), põlevkivifenoolide an-
nuste modifitseerivast toimest benso(a)piree-
ni kantserogeensusele (J. Tamm) ja tsütö-
krooni P-450 isovormid aflatoksiinide meta-
bolismis (B. Sergejev). Temalt oli ka suuline
ettekannne, mis käsitles aflatoksiinide metabo-
lismi rakus. G. Kobzari töö teemaks olid ka-
hepaiksete kasvajaad.

Tööhügieeni ja kutsehaigusi käsitles T. Sav-
tšuk, kes rääkis, millist mõju südame ja vere-
soonte talitlusele avaldavad koormus ja kah-
julike keemiliste ühenditega saastatud õhk.
I. Avdejeva rääkis puidutööstuses rakendata-
vate profülaktikaabinõude mõjususest ning
psühholoog M. Ilvesti stendettekannne käsitles
mõne kutsehaigusega kaasnevaid psüühilisi
reaktsioone.

Huvipakkuvad olid E. Mesimaa uurimus in-
haleeritavate bronhilöögastite võrdlevast mõ-
just kroonilise obstruktsiooniga haigete välis-
hingamisele, A. Udrase ettekannne bidimensio-
naalse ehhokardiograafia diagnostilisest täht-
susest kardioloogiakliinikus, B. Loogna ette-
kannne ägedate mürgituste põhjustest ja struk-
tuurist, A. Tellmann rääkis laste dispansee-
rimise täiustamisest, I. Tur prostaglandiini-
dest ja põletikust ning A. Špiljov fenoolide
ekspositsioonitestist gaaskromatograafiamee-
todil.

Sõnavõttudes ja arutelus çeldi kiidusõnu
tööde sisukuse ning noorte hea esinemisosku-
se kohta. Tehti teatavaks ka meditsiiniteema-
liste populaarteaduslike artiklite konkursi
tulemused. Parimaks tunnistati B. Sergejevi
kirjutis.

Zürii ja kuulajaskonna hinnangu alusel
premeeriti ELKNÜ Tallinna Linna Lenini Ra-
joonikomitee aukirjaga B. Loognat, J. Tamme,
A. Tellmanni, G. Kobzari, L. Rüntüt ja
A. Udrast.

Leili Gasman

1985. a. 1. jaanuari seisuga oli Riikliku
Teadusliku Meditsiiniraamatukogu fondides
367 000 trükiühikut. Aasta jooksul suurenesid
fondid 12 000 raamatu ja ajakirja võrra, seal-
hulgas 2344 eksemplari võõrkeelseid. Seda
raamaturikkust kasutas Riiklikus Teaduslikus
Meditsiiniraamatukogus 3102, filiaalidega
kokku aga 6967 lugejat. Neist 263 teadustöö-
tajat, 2370 tegevarsti, 897 keskastme meditsii-
nitöötajat, 640 üliõpilast, 105 meditsiinkooli
õpilast jt. Teiste erialade spetsialistidest
(keemikud, bioloogid, pedagoogid, psühholo-
ogid jt.) kasutas raamatukogu 634 lugejat. Aas-
ta jooksul laenutati 222 938 raamatut ja aja-
kirja, selle hulgas 67 537 võõrkeelset. Võõr-
keelse kirjanduse laenusus moodustab 30%
üldlaenususest. Rajoonide meditsiinitöötaja-
tele laenutati aastas 58 917 trükist.

Korraldati 180 kirjandusnäitust, kolm in-
formatsiooni- ja neli spetsialistipäeva. Anti
välja kaks uudiskirjanduse nimestikku, võõr-
keelse kirjanduse ja perioodika bülletaan.
Toimus 36 praktilist õppust meditsiinibiblio-
graafia ja raamatukogunduse alal. Nendest

võttis osa 1083 lugejat. Teadiseid anti raama-
tukogus 4421 korral, neist temaatilisi 887, bib-
liograafilisi 529, faktilisi 976, raamatukogun-
duslikke 625 ja metoodilisi 404.

Milvi Tedremaa

25. jaanuaril 1983 avati Võru Rajooni Kes-
khaiglas Kubijal raamatukogu. Avamisest võt-
tis osa Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja
O. Tamm, haigla peaarst H. Kalda, Võru Ra-
jooni RSN Täitevkomitee esimehe asetäitja
E. Saarik, kultuuriosakonna juhataja I. Kudu
jt. Ministri asetäitja soovis, et lugejate hul-
gas oleks hulgaliselt meditsiinitöötajaid ja ka
ravialuseid. Raamatukogult peaksid abi saa-
ma just meditsiinitöötajad oma kvalifikat-
siooni tõstmiseks ja teadmiste täiendamiseks.
Raamatukogu kaudu saab meedikutele kätte-
saadavaks uusim arstiteaduslik kirjandus.

Uues raamatukogus töötab J. Smuuli nime-
lise Võru Rajooni Keskraamatukogu töötaja,
metoodiline juhendamine on Riiklikult Tea-
duslikult Meditsiiniraamatukogult. Kahe eri
süsteemi, kultuuri- ja tervishoiuministeeriu-
mi raamatukogude töö koordineerimine on
end igati õigustanud.

Ain Klink Milvi Tedremaa

1983. AASTA KONVERENTSID JA SÜMPOOSIONID

1983. aastal on Eesti NSV Tervishoiuminis-
teeriumi teadusliku meditsiinikogude plaanis
kaks konverentsi ja kaks sümposiooni.

Konverentsid

Novembris peetakse Tallinnas IV vabariik-
lik kardioloogide konverents. Vaatluse alla
võetakse kardioloogia teoreetilised ja prakti-
lised küsimused. Korraldajad on Eksperimen-
taalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Eesti
NSV Kardioloogide Teaduslik Selts, Eesti NSV
Tervishoiuministeerium ning TRÜ.

Detsembris toimub Tallinnas X vabariiklik
stomatoloogide konverents. Teemaks on ham-
maskonna ja lõualuude haiguste diagnoosimi-
ne ning ravi. Selle korraldavad Eesti NSV
Stomatoloogide Teaduslik Selts, Eesti NSV
Tervishoiuministeerium ning TRÜ.

Sümposioonid

Aprillis korraldasid Üleliiduline Gripi
Teadusliku Uurimise Instituut, Tallinna Epi-
demioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Tea-
dusliku Uurimise Instituut ning Eesti NSV
Tervishoiuministeerium üleliidulise sümposi-
iooni Tallinnas. Sümposiooni teema oli «Laste
kompleksne kaitsmine gripi ja teiste respira-
toorse viirusnakkuste eest».

Septembris toimub Tallinnas sümposioon,
mille korraldab Tallinna Epidemioloogia, Mik-
robioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise
Instituut. Arutatakse viirushepatiidide epi-
demioloogiat ja profülaktikat.

Anatoli Tetsov

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Совершенствование отраслевой автоматизированной системы научной медицинской информации (ОАСНМИ) в ЭССР (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Гасман Л. А. Таллин, 1981. 22 с. (На эст. яз.).

Отраслевая автоматизированная система научной медицинской информации (ОАСНМИ), медицинская литература.

В ходе работы был заключен договор о совместной работе с Вычислительным центром Минздрава Эстонской ССР, при ВНИИМИ были обучены программист и информатор, был составлен предварительный список абонентов, оповещаемых по принципу избирательного распространения информации (13 руководящих организаторов здравоохранения и ученых), также были обработаны запросы абонентов для получения ответов по ЭВМ.

Для внедрения ОАСНМИ была использована программа АСПИД-1 (автоматизированная система поиска информации по дескрипторам).

Работа с системой АСПИД проводилась по этапам:

- 1) предварительная обработка документов и создание неодных файлов, 2) создание системных файлов, 3) поддержка системных файлов, 4) составление запросов, 5) поиск и выдача документов.

В результате работы абонентам были предоставлены первичные ответы на их запросы. При этом основании можно считать, что ОАСНМИ внедрена в системе здравоохранения Эстонской ССР. Значительно улучшилась информированность ученых и врачей-практиков о новой литературе.

Работа будет продолжена в 1982 г. путем расширения сети абонентов и передачи информации из Эстонской ССР во ВНИИМИ.

Установление причины появления химических канцерогенов в пищевых продуктах при их обработке и разработка рекомендаций по их устранению (анализ содержания нитрозосоединений в пищевых продуктах и изучение условий их образования). (Отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Уйбу Я., Канн Ю. М., Роома М. Я. и др. Таллин, 1981. 73 с.

Летучие и нелетучие нитрозоамины, нитраты, нитриты, амины, ингибиторы нитрозирования аминов, пищевые продукты, лекарственные препараты, ферментативные процессы, микробное образование нитрозоаминов.

Разработана методика определения нитрозоаминокислот — нитрозопролина и нитрозосаркозина — для серийных исследований пищевых продуктов. В результате систематического исследования летучих и нелетучих нитрозоаминов обнаружено, что наибольшие их количества содержатся в мясных и рыбных продуктах, пищевых концентратах и пиве. Содержание нитрозодиметиламина не превышает нескольких десятков мкг/кг, содержание нитрозопролина примерно в 100 раз выше. Ингибиторы нитрозирования аминов реагируют с нитритами интенсивнее при больших их концентрациях (при одинаковом соотношении «вещество: нитриты»). Сильными ингибиторами нитрозирования аминов являются молочные продукты; повышение доли жира в них ослабляет их действие. При изучении ферментативных процессов было обнаружено увеличение количества нитритов и нитрозоаминов, зависящее от деятельности микробов и присутствующих количеств нитратов и аминов. При инкубировании амидопирина с различными пищевыми продуктами наблюдалось образование нитрозоаминов; присутствие аскорбиновой кислоты ингибировало этот процесс.

Разработка рекомендаций по предупреждению образования канцерогенных нитрозосоединений в продуктах брожения и лекарственных формах, содержащих пирамидон (амидопирин). (Отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Лоогна Г. О., Уйбу Я. А., Роома М. Я. Таллин, 1982. 31 с.

Нитрозоамины, нитрозодиметиламин, пиво, солод, количество микроорганизмов, лекарственные препараты, амидопирин.

Объектами исследования являются пиво, солод и субстанция амидопирина.

Цель работы — поиск возможностей снижения уровня нитрозоаминов в пиве и лекарственных препаратах, содержащих амидопирин.

Нитрозоамины попадают в пиво в зависимости от метода сушки солода. Уровень нитрозоаминов в солоде уменьшается при обработке его аскорбиновой и ортофосфорной кислотами. Нитрозоамины образуются в субстанции амидопирина в процессе его технологического изготовления. Содержание нитрозоаминов в амидопирине уменьшается при увеличении размеров его кристаллов и при экстрагировании полупродукта хлороформом, хлористым метилом или дихлорэтаном.

В СССР данная работа раньше не проводилась. Очистка субстанции амидопирина перекристаллизацией внедряется в производство амидопирина в ХФЗ «Акрихин». Предложено определение нитритов в солоде в качестве промышленного мониторинга нитрозодиметиламина.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР

№ 3, май, июнь 1983 г.

Р. А. Труве, У. Ф. Сибуль — Ваготомия
и органосохраняющие операции при
язве желудка

Авторы знакомят со своим опытом и анализом результатов хирургического лечения 420 больных с язвой желудка, из которых у 54 выполнили только иссечение язвы желудка без или с ваготомией. Первые органосохраняющие операции у больных с язвой желудка были осуществлены в 1964 г. по жизненным показаниям (прободение, продолжающееся кровотечение из язвы).

При сравнительной оценке результатов резекции желудка и органосохраняющих операций число отрицательных последствий в последней группе было не больше, чем после резекции желудка.

Иссечение язвы с ваготомией или без нее значительно понижало летальность у больных, оперируемых по жизненным показаниям.

Авторы приходят к заключению, что органосохраняющие операции, если они выполняются под контролем внутрижелудочной рН-метрии, у части больных (внутрижелудочная $pH > 3,0$) могут быть выполнены и без ваготомии.

Однако сама операция иссечения язвы нередко является для хирурга технически более трудной, чем резекция желудка. Поэтому эту операцию, как и проксимальную ваготомию, не следует рекомендовать для широкого круга хирургов без специальной подготовки.

А. Ауранен, М. Яаримаа — Применение
сукральфата при лечении язвенной бо-
лезни двенадцатиперстной кишки

Анализируются принципы лечения пептической язвы, авторы излагают свой клинический опыт по применению сукраль-

фата при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, знакомят с механизмом действия сукральфата. В статье приводятся данные о действии плацебо, антацида и циметидина при терапии язвы двенадцатиперстной кишки. Полученные данные сопоставляются с результатами лечения сукральфатом. Сукральфат оказывает столь же эффективное лечебное действие, что и циметидин, побочных влияний не наблюдается. Препарат может быть с успехом применен при лечении пептической язвы.

У. Л. Йькс, С. И. Гива, Э. Х. Тамм,
В. Л. Маргус — Обнаружение *Yersinia*
enterocolitica в Эстонской ССР

Иерсиниоз относится к малоизученным антропозоонозным инфекциям, характеризующимся поражениями желудочно-кишечного тракта, бактериемией и интоксикацией. Первые сведения о нем относятся к 1930-м гг. К настоящему времени иерсиниоз зарегистрирован как у людей, так и у животных во всех частях земного шара, в том числе и в Советском Союзе.

Эпидемиологическое значение имеют частые находки культур *Yersinia enterocolitica* у домашних животных, особенно у свиней, собак и кошек. С целью расшифровки группы острых кишечных инфекций с невыявленной этиологией и выяснения, встречается ли *Yersinia enterocolitica* в Эстонской ССР, был предпринят ряд исследований.

В течение 1981—1982 гг. было исследовано 475 смывов с внешней среды и 181 проба кала от больных детей. Из смывов, взятых со свиней туш в Таллинском мясокомбинате, были выделены два штамма *Yersinia enterocolitica*. Шесть штаммов *Yersinia enterocolitica* были выделены из кала детей в возрасте от 2 до 14 лет с явлениями острого гастроэнтероколита, энтерита и колита. Все выделенные культуры обладали типичными морфологическими, тинкториальными, культуральными и биохимическими свойствами.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что кишечный иерсиниоз встречается в Эстонской ССР. Более широкие лабораторные исследования помогли бы расшифровке большой группы кишечных инфекций с невыясненной этиологией, а также других форм иерсиниоза, попадающих в поле зрения терапевтов и хирургов.

Т. Х. Ребане, Я. Э. Эха, О. А. Луха, Т. Т. Серка — Количественная оценка кровотока в аортокоронарных шунтах по киноангиографической методике

Группа исследуемых состояла из 26 больных, у которых была проведена хирургическая реваскуляризация миокарда. 21 больной прооперирован с диагнозом хронической ишемической болезни сердца, 5

больных — с предынфарктным синдромом. Всего наложен 51 аортокоронарный шунт и 4 маммарокоронарных анастомоза. Во время операции всем больным проведена электромагнитная флоуметрия, а в послеоперационном контрольном исследовании — киноангиографическая флоуметрия.

Полученные данные свидетельствуют о достоверности методики киноангиографической флоуметрии при количественной оценке функций аортокоронарных шунтов. По мнению авторов, киноангиографическую флоуметрию целесообразно применять у всех прооперированных больных в ходе контрольной коронарографии.

В. Г. Салупере — Алкоголь и желудок

В статье рассматривается действие алкоголя на желудок. Изучаются два аспекта проблемы: связь алкоголизма с желудочными болезнями и то, каким образом влияет разовое употребление алкоголя неалкоголиками на функционирование желудка и возникновение желудочных заболеваний. Опираясь на литературные данные, автор утверждает, что алкогольные напитки даже при их нерегулярном употреблении воздействуют на желудок. Воздействие их заключается главным образом в активизации желудочной секреции, а при употреблении более крепких напитков также в возникновении геморрагий и эрозий. В большинстве случаев острое раздражение слизистой оболочки является обратимым. На данном этапе изучения проблемы считать алкоголь причиной возникновения язвенной болезни с полной определенностью нельзя. Исследование состояния желудка при хроническом алкоголизме до настоящего времени было связано с трудностями методического порядка, вследствие чего результаты, полученные частью авторов, не достоверны. На основании существующих исследований можно заключить, что алкоголизм не оказывает существенного влияния на состояние слизистой желудка.

А. А. Липпинг, А. И. Фигуш — О концепции рака желудка

В статье на основании литературных данных рассматривается современная концепция рака желудка. Из предраковых состояний желудка только атрофический гастрит, пернициозная анемия, культи желудка и аденомы имеют существенный злокачественный потенциал. Среди хронических язв и аденокарцином желудка 1—2% составляют язва-раки, в то же время две трети ранних раков желудка составляют эндоскопически проблематические изъязвленные формы. При резекции желудка только У-образный гастроэнтероанастомоз по Ру (Roux) не вызывает дуоденогастрального рефлюкса и не участвует в развитии рака

культи желудка. Эндоскопическая полипэктомия при малигнизированных полипах является терапевтической, когда: 1) полип удален в пределах здоровых тканей; 2) степень зрелости рака высокая и 3) отсутствует инвазия лимфатических сосудов. Тогда риск возникновения метастазов ниже риска смертности от хирургии. Во избежание рецидивов опухоли после гастроэктомии большей частью достаточно, чтобы расстояние от опухоли до линии резекции составляло 5 см. Тяжелые дисплазии являются чаще всего реверсивными, и резекция желудка при них не показана. Дефиниция интраэпителиального рака в слизистой желудка неподходящая, и ее не следует применять.

Б. Голы, М. Маясс — Пальмоплантарные гиперкератозы

В обзорной статье отмечается, что до сих пор в литературе отсутствует единая классификация пальмоплантарных гиперкератозов. Основным принципом существующих классификаций герединтарных пальмоплантарных гиперкератозов является принцип передачи наследственности. Исходя из него к одной группе относят гиперкератозы с разными клиническими проявлениями и морфологическими элементами. Помимо того, в литературе о пальмоплантарных гиперкератозах описываются одни и те же нозологические формы под разными названиями, что в свою очередь вызывает путаницу.

Существующие классификации не включают пальмоплантарных гиперкератозов, вызванных различными этиологическими факторами, и герединтарных дерматозов, при которых явления пальмоплантарного гиперкератоза не являются основным признаком.

Авторы предлагают новую классификацию пальмоплантарных гиперкератозов, разработанную по этиопатологическому принципу, где учитывается локализация основных высыпаний, разновидность клинических проявлений, особенности морфологических элементов и их расположение, а также наличие сопутствующих кожных проявлений на других участках кожи.

Герединтарные пальмоплантарные гиперкератозы распределены по характеру расположения высыпаний и по наличию сопутствующих элементов.

В статье отмечается необходимость расширения обслуживания населения некоторых регионов Эстонской ССР и Чехословакии в целях выявления пальмоплантарных гиперкератозов.

Р. Х. Цуппинг — Плацебо-эффект

В статье дается обзор роли плацебо в прошлом и в настоящее время. Плацебо рассматривается как терапевтическая процедура, которая оказывает воздействие на больного, болезнь или ее симптомы, но объ-

эктивно специфического влияния не имеет. Плацебо-эффект может последовать и не последовать за плацебо и может оказать благоприятное или неблагоприятное влияние на болезнь и ее симптомы. До XIX века в основе врачебной помощи лежало симптоматическое лечение, так как специфические лекарственные средства еще были неизвестны. Выздоровление больного определялось свойством человека благоприятно реагировать на имитирование лечения. Но и теперь, когда лечат на научной основе и в распоряжении врачей имеются фармакологически активные средства, симптоматическое действие лекарств и лечебных процедур в какой степени обусловлено плацебо-эффектом. Положительный плацебо-эффект зависит от врача, больного и их взаимоотношений. Самое большое влияние оказывают доверительные отношения между врачом и больным, вера больного в доктора, вера и больного, и врача в эффективность лечения. Если в настоящее время выбор лекарства и метода лечения опирается на научные основы, то плацебо-эффект зависит полностью от искусства врачевания.

Х.-Й. Г. Маароос — Клинические симптомы и диагностирование болезни Уиппля

Приводятся данные клинического течения и диагностирования редкого заболевания тонкой кишки — болезни Уиппля. Основным в клинической картине болезни является синдром малабсорбции. Диагноз основывается на данных биопсии тонкой кишки, для которой при болезни Уиппля характерно наличие ШИК — положительных макрофагов в слизистой тонкой кишки.

Л. Р. Покк, А. Э. Ваопере — Случай первичной множественности злокачественных опухолей с тройной локализацией

Приводятся клинические и патологоанатомические данные о случае первичной множественности злокачественных опухолей у мужчины 74 лет. В клинике у него был вылечен рак гортани, однако при вскрытии обнаружили также рак легкого с множественными метастазами и гипернефроидный рак почки. При гистологическом исследовании наблюдались метастазы рака легкого и гипернефроидный рак почки.

Х. Й. Кадастик — Кто приходит на консультацию к сексологу?

В статье анализируется демографическая структура лиц, впервые обратившихся за консультацией к сексологу в Тарту в 1981—1982 гг, некоторые мотивы обращения и основные сексуальные нарушения у обратившихся. Среди обратившихся преобладали мужчины (85%), горожане (64%)

и лица в возрасте 21—40 лет (65%). Лица, состоящие в браке, составляли 61%, незамужние и неженатые — 27%, разведенные — 8%, овдовевшие — 4%. В случае половой дисгармонии супругам следует придти на консультацию вместе, но на практике такие случаи были единичными. 62% исследованного нами контингента начали половую жизнь в течение первых 20 лет своей жизни (32% до 18 лет), 12% вообще не имели половых сношений. Образовательный уровень обратившихся к сексологу был весьма различен (от не окончившего вспомогательную школу до профессора), большинство же составляли люди со средним и специальным образованием (36%). Наблюдения подтверждают, что сексуальность лиц, занимающихся умственной работой, уступает сексуальности представителей физического труда. Знания в области сексологии у многих весьма примитивны и недостаточны, в частности, люди не умеют выражать своих мыслей, стесняются говорить о том, что их тревожит. Сексуальное воспитание нуждается в совершенствовании. Изучение и лечение генеранта импотентности необходимо расширить.

Л. С. Приймаги — Таллинскому научно-исследовательскому институту эпидемиологии, микробиологии и гигиены 30 лет

А. А. Виксна — К 25-летию Музея истории медицины им. П. Страдинша в Риге

В. К. Лехепуу — О владении приемами реанимации на конкурсах профессионального мастерства

О работе совета медсестер Таллинской больницы скорой помощи

Л. Я. Тамм — Размышления на темы педиатрии после всесоюзного съезда

Подготовка кадров

В. А. Лаос — Диспансерное отделение Таллинской Республиканской психоневрологической больницы и трудотерапия

Конференции и совещания

В врачебных обществах

Юбилейные даты

О. М. Тамм, П. Э. Кроони — Здравоохранение и охрана окружающей среды

Н. В. Эльштейн — Размышления после поездки в Швейцарию

Некрологи

Е. Мойк — Юридическая консультация

Гранки редакции

Хроника

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 3, May, June 1983

R. Truve, U. Sibul — Vagotomy and organ-preserving operation for peptic ulcer

An analysis of the results of surgical treatment of 420 patients with peptic ulcers is presented. Of those, 54 patients had their gastric ulcers dissected with or without vagotomy. The first life-saving operation of this kind on patients with gastric ulcers were carried out in 1964 (in cases of perforation, prolonged hemorrhage, etc.).

A comparative evaluation of the results of gastric resection and the organ-preserving operation has shown that the organ-preserving operation gives a smaller number of unsuccessful results in comparison with gastric resection.

The dissection of the ulcer with or without vagotomy reduced post-operative mortality rate in patients who had undergone emergency surgery.

It is concluded that the organ-preserving operation can be carried out without vagotomy, if intragastric pH metry is carried out during surgery (intragastric pH 3.0).

The dissection of the ulcer, as well as proximal vagotomy, may be more difficult to perform, compared with gastric resection, so it should not be recommended to unexperienced surgeons.

A. Auranen, M. Äärimaa — Sucralfate in the treatment of duodenal ulcer

This article contains an analysis of some principles of the treatment of peptic ulcer. It deals with the effects of sucralfate administration on the disappearance of peptic ulcers and the pharmacological action of sucralfate. The action of sucralfate is compared with that of placebo, antacid and cimetidine.

It is concluded that the healing effect of sucralfate is the same as that of cimetidine. Side effects due to the administration of sucralfate are rare.

U. Jõks, S. Giva, E. Tamm, V. Margus — The occurrence of *Yersinia enterocolitica* in the Estonian SSR

The first attempts to study the occurrence of yersiniosis in Estonia was made. 181 samples of faeces and 475 swab samples from the surroundings were cultivated. Six *Yersinia enterocolitica* strains were isolated from the fecal specimens from children with the symptoms of acute gastroenteritis. Two *Yersinia enterocolitica* strains were isolated from the swab samples from pigs at slaughter. The cultural and biochemical characteristics of those *Yersinia enterocolitica* strains were typical. The authors point to the necessity of a wider employment of cultivating methods in the diagnosis of yersiniosis.

T. Rebane, J. Eha, O. Luha, T. Serka — Evaluation of blood flow in aortocoronary bypass grafts by cineangiography

This study presents some flowmetric data on 26 consecutive patients with 51 aortocoronary and 4 mammarocoronary bypass grafts. In the coronary bypass grafts blood flow was measured by an electromagnetic flowmeter both intraoperatively and cineangiographically — postoperatively. The results of the study were as follows:

Cineangiographic flowmetric data were nearly identical with those obtained by electromagnetic measurements.

The patency of aortocoronary bypass grafts with good flowmetric characteristics was better than that in grafts with low blood-flow values.

It is concluded that the cineangiographic blood-flow measurement is a relatively simple and valuable method for the quantitative evaluation of the function of an aortocoronary bypass graft.

V. Salupere — Alcohol and the stomach

The author presents data on the adverse effects of alcohol on the stomach. Two aspects of this problem are dealt with: how alcoholism is related to gastrointestinal diseases, and how a single casual alcohol intake by a non-alcoholic affects gastric function and causes gastric diseases. According to the literature, even a casual ingestion of alcohol has an adverse effect on the stomach. Strong alcoholic beverages stimulate gastric secretion and tend to cause gastric hemorrhages and eroded mucosal lesions. In most cases a severe mucosal lesion is reversible. It is not yet clear whether alcohol causes gastric ulcer or not. Examination of the stomach in patients suffering from chronic alcoholism is difficult because of some technical problems. That is because several authors have obtained variable results. Alcoholism is generally acknowledged to be an unessential factor in the development of mucosal lesions in the stomach.

A. Lipping, A. Figus — Current views on stomach cancer

On the basis of the literature, the article deals with modern views on stomach cancer. The authors point out that only atrophic gastritis, pernicious anaemia, gastric stumps and gastric adenomas have significant potentialities for malignancy. There are only 1—2 per cent of ulcer-cancers among gastric ulcers or gastric cancers. About two-thirds of early gastric cancers can ulcerate, remaining an important diagnostic problem in gastric endoscopy. In the case of stomach resection only Y-shaped gastroenterostomy (according to Roux), giving no duodenogastric reflux, does not lead to the development of gastric stump cancer. In polyps with invasive cancer endoscopic polypectomy will be effective if some of the healthy tissue is removed, if malignancy degree is 1 or 2, and if no lymph-vessel invasion occurs. Then the metastasis risk is below the mortality risk of surgery. To avoid a local recurrence after gastrectomy, a safety margin of 5 cm between the cancerous tissue and the resection line is adequate enough. In most cases severe dysplasias are reversible, therefore dysplasia represents no indication for stomach resection.

Definition *carcinoma in situ* appears inappropriate where gastric mucosa is involved.

B. Holý, M. Majass — Palmo-plantar hyperkeratoses

This review of the literature suggests that there is no adequate classification of palmo-plantar hyperkeratoses. The authors of this article have come up with a new classification of palmo-plantar hyperkeratoses which is based on an etio-pathogenetic principle. This classification includes hereditary palmo-plantar hyperkeratoses, hereditary dermatoses which may be accompanied by palmo-plantar hyperkeratoses, and palmo-plantar hyperkeratoses associated with the multiplicity of pathologic factors. This new classification is based on the localisation of the rash, its characteristic features and the presence of concomitant symptoms.

The necessity for a wide-scale screening of the population for these dermatoses is also emphasized in this article.

R. Zupping — The placebo effect

In this article the importance of the placebo effect in clinical medicine is discussed. The placebo is defined as a drug or a therapeutic procedure which has a certain effect on the patient, but which, in fact, is without any specific action on the condition being treated. The placebo effect is defined by the changes it produces. Until the 19th century the administration of a placebo was the utmost a physician could do, since few disease-specific drugs were known. Although more active and effective drugs are used nowa-

days, the placebo effect is quite significant in medical treatment. The placebo effect seems to be derived from a combination of factors influencing both the patient and the doctor. A harmonious doctor-patient relationship is of utmost importance to achieve a satisfactory treatment result. The deeper is the patient's depression and the greater his or her discomfort, the better the placebo effect. Doctors should share their enthusiasm with their patients to be successful in producing a good placebo effect.

H.-I. Maaros — Clinical symptoms and the diagnosis of Whipple's disease

A case of Whipple's disease is described. Malabsorption syndrome was found in a 49-year-old male patient. The study of the small intestinal mucosa revealed PAS-stained macrophages. Clinical symptoms disappeared after the administration of tetracycline.

L. Pokk, A. Vaopere — A case of primary multiplicity of malignant tumors

The authors describe the case of primary multiplicity of different malignant tumours in a man, aged 74. Cancer of the larynx was clinically diagnosed and treated. But at autopsy, however, also a lung cancer with multiple metastases and a renal cancer were found. Histopathologically, a metastatic spreading of the lung cancer into the renal one was discovered.

H. Kadastik — Who are in need of the sexologist's advice?

L. Priimägi — The 30th anniversary of the Tallinn Research Institute of Epidemiology, Microbiology and Hygiene

A. Viksna — The 25th anniversary of the P. Stradinshi Museum of Medical History in Riga

B. Lehepuu — Results of proficiency rating in resuscitation techniques

The activities of the Nurses' Council at the Tallinn Emergency Hospital

L. Tamm — Recollections of the All-Union Congress of Pediatricians

Training of personnel

V. Laos — The Outpatient Department of the Tallinn Republican Psycho-Neurological Hospital and work therapy

Conferences and medical meetings

Societies of physicians

Our heroes of the day

O. Tamm, P. Krooni — Public health and environmental protection

N. V. Elshtein — Recollection of a visit to Switzerland

Necrologies

E. Moik — Legal advice

Editorial column

Chronicle

ÜLEVAATEARTIKKEL

on just see, mis annab spetsialistile kõige laialdasemat
informatsiooni teda huvitava probleemi kohta.

KAS TEATE,

et ülemaailmse meditsiinibibliograafia

«INDEX MEDICUS»

igas numbris on eraldi välja toodud ülevaateartiklite nimestik
— «Bibliography of Medical Reviews». Siit leiate iga märk-
sõna alt tarvisminevad artiklid.

Teatmeteost «Index Medicus» saab kasutada Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus, TA Teaduslikus Raamatukogus ja TRÜ Teaduslikus Raamatukogus.



**TABULETTAE ANDECALINI OBDUCTAE
ANDECALINUM PRO INJECTIONIBUS**

Andekaliin on sigade kõhunäärme puhastatud ekstrakt, mille toimeaineks on ensüüm kallikreiin. Kallikreiin parandab kudede ja elundite verevarustust ja normaliseerib kõrget arteriaalset rõhku.

Näidustatud perifeersete veresoonte ahensemise ja kudede troofikast tingitud haiguste korral.

Andekaliini süstitakse lihasesse või võetakse sisse.

Pakendis 50 tabletti à 15 TŪ (hind 1 rubla 52 kopikat) või 5 flakocni à 40 TŪ toimeainet (hind 40 kopikat).