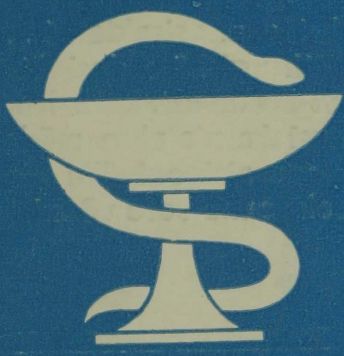


B-1875



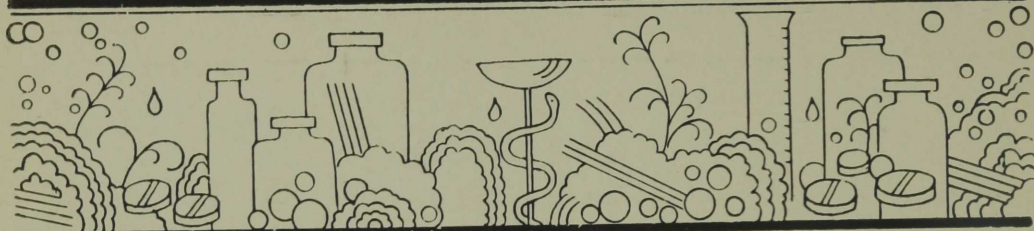
ISSN 0134-2320

# NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOLD**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

**1 · 1986**



## **IODOPYRONUM**

Iodopüroonil on bakteritsiidne toime. Ravimit toodetakse pulbrina, mis sisaldab 6 . . . 8% aktiivset joodi. Kirurgi käte desinfitseerimiseks kasutatakse 0,1%-list lahust. 0,5% -list ja 1%-list iodopüroonilahust kasutatakse mädaste haavade kompleksravis, operatsioonivälja ning nahapinna desinfitseerimiseks enne vere võtmist doonoritelt.

## **KEFZOL**

**SÜNONÜÜM:** *Cephazolin*

Kefsool on laia toimespektriga tsefalosporiini-rea antibiootikum.

Kefsooli süstitakse lihasesse või veeni. Preparaat lahustatakse vahetult enne süstimist. Ravimiannuseks on 0,25 . . . 0,5 g iga 8 tunni järel. Raskemate haigusjuhtude korral on annused suuremad, kuni 6 g ööpävas. Ravimit toodetakse Jugoslaavia FV-s.

### SISU

2

#### TERVISHOIUJUHT TÄNAPÄEVAS

M. Kivilo — Sanitaarharidustöö otsene seos tervishoiu juhi tegevuse ja poliitilise kasvatastööga 3

#### JUHTKIRI

V. Rätsep — Tervishoiutöötajate uued ülesanded XII viisaastakul 5

J. Saarma — Tervishoiutöötajad üldrahvalikus alkoholivastases võitluses 10

#### TEORIA JA PRAKTIKA

M. Kask, E. Tammepõld — Rakuline immuunsus ägedat viirushepatiiti põdevail lastel 14

K. Lamp, [V. Reisenbuk], S. Martin, M. Uusküla — Autosensibilisatsioon südameantigeeni suhtes müokardiinfarkti põdejalatel 16

S. Lindström, S. Velbri, L. Sepp, A. Iisjan, M. Varik, S. Peets — Erinevate näitajate osa ägeda leukeemia korral prognoosi aspektist 19

V. Mahhotina, E. Levin, J. Kaik — Ventrikulaarse ekstrasüstoolia eristamine südame isheemiatõbe põdejal ja funktsionaalsete südamehäiretega haigetel 21

A. Kork, U. Sibul, R. Truve, I. Miidla — Uitnärvi erutusjuhtivuse ajutise elektrilise blokeerimise test vagotomia efektiivsuse ja täielikkuse hindamisel 24

L. Elovainio — Vestlus suitsetamise kahjulikkusest — arstitöö argiritiiniks 25

H. Poola — NSV Liidu Meditsiinaakadeemia Teadusliku Kirurgiakeskuse tööst 28

L. Gasman — Bronhiaalastma ja astmaeelse seisundi ravi bibliomeetrilise analüüsi andmeid 32

#### TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

H. Müür, A. Sinisalu, L. Maurer, K. Meisaar, R. Veiram, J. Karu — Eesti NSV töötajate ajutise töövõimetuse analüüsi täiustamise võimalusi arvutil 34

#### ÜLEVAATED

M. Käosaar — Pärilike haiguste sünnieelne diagnoosimine 40

J. Uibu — Toidutegurid kantserogeneesis 45

#### KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

A. Levin, A. Potapova, L. Sildver, V. Lääne — Kaasasündinud herpesviirusnakkuse diagnoosimine ja ravi vastsündinutel 51

V. Suvidov, I. Freiberg — Diafragma ebasong 53

#### MÖTTEVAHETUS

K. Väin — Tervishoiuasutuste ratsionaalsest paiknemisest 54

#### ARSTITEADUSE AJALOOST

H. Gustavson — Narva apteegid kuni 1917. aastani 55

#### KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

I. Levin — Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi väljasõiduistung Eesti NSV-s 58

N. Elstein — Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine 59

A. Aadamsoo — I sotsialismimaade psühhiaatrite kongress 59

V. Kalnin — NSV Liidu Tervishoiu ministriteeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiavalitsuse Laboratooriumide Nõukogu pleenum 60

A. Vapra — Vabariiklik geriaatriaseminar 60

H. Vahter — VIII üleliiduline dermatoveneroloogide kongress 60

L. Pää — III üleliiduline reumatoloogide kongress 61

M. Uusküla, K. Lamp — Üleliiduline konverents «Ateroskleroosi ja südame isheemiatõve immunoloogia» 61

A. Paapstel — II üleliiduline noorteadlaste konverents «Südame- ja veresoonte haiguste diagnoosimine ja kirurgiline ravi» 62

E. Merisalu — Esimene üleliiduline seminar «Matemaatilised mudelid endokrinoloogias ja immunoloogias» 62

J. Uibu — XIII rahvusvaheline toitumiskongress 63

H. Sillastu — Rahvusvahelise Tuberkuloositorje Liidu aastakoosolek 64

#### QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Arstide seltside nimetustest 64

#### ARSTIDE SELTSIDES

P. Zobel — XXII Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõiduistung 66

A. Haavel — II Lääne-Eesti arstide seltside konverents 66

N. Elstein — Eesti Sisearstide Seltsi juhatusel pleenum 67

M. Tarum — Üleliidulise Kurortoloogide ja Füsioterapeutide Seltsi ning Üleliidulise Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi pleenum 67

A. Haavel — Üleliidulise Kirurgide Seltsi juhatusel XX pleenum 68

#### MEIE JUUBILARE 69

Mira Hotimskaja, Elga Võsumägi, Aino Küng, Kalju Tammera, Peeter Ott, Mall Nõu, Maano Kivilo

#### UUSI RAVIMEID

M. Mayer — Prostenoon 71

A. Jürison — Gambasiin 72

#### KROONIKA 72

artu Rõõliku Ühis  
Raamatukogu

146115

## «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».

## Toimetuskolleegium

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

## Toimetusunõukogu

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

Korrektor T. Kikajoon. Tehniline toimetaja L. Art. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kalaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 16. 12. 1985. Trükkimisele antud 15. 01. 1986. Trükiarv 5730. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,95. Tell. nr. 4578. MB-00521. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5730. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,95. Заказ № 4578. MB-00521. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантэ, 67-а.

Käsitkirjad 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. Käsitkiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3. .7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatu kokkusurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tööend, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsitkirjaga. Teadusliku töö käsitkirja viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökohta ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnanais, laste arv) lisatakse käsitkirja 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 eesti-keelne 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 käsitkirja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv.

Lubamatu on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes või monograafia osana juba trükitud.

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

**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.

# **T**ervishoiujuht **tänapäevas**

UDK 614.2

## **Sanitaarharidustöö otsene seos tervishoiujuhi tegevuse ja poliitilise kasvatustööga**

Maano Kivilo · Tallinn

Sanitaarhariduse osa nüüdisinimeste elukorralduses on vaieldamatult oluline ja iga õigesti orienteerunud tervishoiujuht pöörab sellele alati küllaldaselt tähelepanu. Seostub ju sanitaarharidustöö otseselt ideoloogilise ja poliit-haridustööga, hoiakute ja veendumuste kujundamisega, sest terviklik veendumuste süsteem saab kujuneda ainult kõigi nende komponentide kompleksse käsitlemise korral. Selline seisukoht ilmneb selgesti ka Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertide kinnituses, et teaduse ja tehnika areng toob rahva tervisele kasu vaid siis, kui inimesed ise osalevad agaralt kõigis tervisekaitse üritustes, mis saab toimuda ainult vastava hoiaku ja veendumuse olemasolul.

Eriti oluline on tervishoiupropaganda praegu, ülddispanseerimise ja intensiivse alkoholivastase võitluse etapil. Seejuures on ilmne, et tuleb leida ja rakendada uusi tervisepropaganda võimalusi ning viise.

Sanitaarharidustöö põhiülesanne on ja jääb tervisliku eluviisi propageerimine. On ju selge, et ligikaudu 10 000 teadaoleva haiguse eraldi käsitlemine

ei mahu ühtegi terviseõpetuslikku programmi. Ja seda pole vajagi, sest laialdase terviseõpetuse ülesandeks on vaid haiguste profülaktika põhitõdede selgitamine, hoopiski mitte haiguste diagnoosimise või ravimise õpetamine. Profülaktikasoovituste hulka kuuluvad peaaegu iga haiguse puhul tingimata viited ka ratsionaalse toitumise (vitamiinid ja valgud, kehakaalu normaliseerimine), kehalise aktiivsuse, õige töö- ja puhkerežiimi vahekorra ning optimaalse suhtlemise (psühhohügieeni alused), samuti tervist kahjustavatest harjumustest hoidumise kohta. Ainuüksi nende soovitude täitmine tagab juba enamiku haiguste suhtes peamise profülaktika.

Iga tervishoiujuht teadku seda, et teadmistest üksi ei piisa tulemuste saamiseks, s.o. haiguste ärahoidmiseks. Selleks on vaja ka tegusid, õpetusele vastavat käitumist. Ja selle kujundamisel tekivadki mitmed raskused, mis seni on paratamatult halvanud ka sanitaarharidustöö resultatiivsust. Ju iga arst teab, et suitsetamine kahjustab tervist. Sellele vaatamata suitsetas 1977. aastal korraldatud ankeetküsitluse kohaselt 42% mees- ja 20% naisarstidest, 1982. aasta kordusankeetamise andmeil vastavalt 41% ja 15%. Ometi on ammust ajast teada ja väljaspool kahtlust, et kõige veenvam propaganda on isiklik eeskuju. Ja vastupidi — pole mõjuvat vastupropagandat kui oma sõnadele risti vastu tegutsemine. Küllap on nii täiskasvanute kui ka noorukite massilise suitsetamise üks ja ilmselt oluline tugisammas just tõdemus, et arstid ise — kes ju asja eriti hästi tunnevad ja teavad! — suitsetamist ohtlikuks ei pea. Sellisele järeldusele jõuda on väga lihtne juba põgusa pilguheidu põhjal. Siit siis igale tervishoiujuhile üks sanitaarharidustöö fundamentaalne küsimus: millist eeskuju annavad teie asutuse töötajad ja teie ise?

Täpselt samamoodi seostab loengu või vestluse kuulaja arsti isikuga ka kõik teised terviseõpetuse väited. Normaalse kehakaalu tegelikus vajalikkuses hakkab kahtlema igaüks, kui sellest räägib lektor, kes ise on üks priske-

maid saalisviibijaid. Sõna ja tegelikkuse vastavuse nõude täitmine on möödapääsmatu, sest tegelikkus on üldiselt ju hästi teada või lausa nähtav. Nägijaid aga on palju — ainuüksi polikliinikute külastajaid on Eesti NSV-s igal aastal 15 miljoni ringis. Seega peaks iga tervishoiujuht sanitaarharidustöö korraldamist alustama sellest, et tagab tervisliku eluviisi järgimise oma asutuse töökollektiivis. Sanitaarharidustöö ei ole meedikute hobi, mida võib teha, kui soovi on, või ka tegemata jätta, kui selleks soov puudub. Sanitaarharidustöö on iga tervishoiutöötaja kohustus, sest terviseõpetuse aluste valdamine on üks sotsialistliku elulaadi komponente, mistõttu sanitaarharidustöö seostubki vahetult ideoloogilise kasvatustööga. Ja midagi pole parata — kui propagandist ise oma soovitusi ei täida, ei hakka ka teised neid täitma. Siis aga imestame — ei tea, miks sanitaarharidustöö soovitud vilja ei kannal!

Iga töö puhul on üks edu aluseid tehtu täpne arvestus ja analüüsimine. Paraku on senini peetud arvestust vaid haiguste, mitte aga tervise kohta. Teisiti öeldes, meil puudub terviseõpetuse efektiivsuse hindamise kriteerium ja me saame rääkida ainult kaudsetest, usutavasti tõenäostest seostest. Siinkohal on lohutuseks see, et sanitaarharidus ei ole ainuke valdkond, kus töö tulemusi otsekohe näha ei ole. Samasugune olukord valitseb ka mitmel pool mujal, näiteks on sama lugu Riikliku Autoinspeksiooni profülaktilise tööga: täpset arvestust peetakse ainult õnnetuste ja avariide kohta, kuid ei ole ega saagi olla arvestust selle kohta, kui palju õnnetusi on õigeaegse profülaktilise töö tõttu tulemata jäänud. Ometi ei sea see veel kahtluse alla mainitud töö vajalikkust — igaühele on pikematagi selge, milline segadus valitseks teedel ja tänavatel, kui keegi enam liikluseeskirjade täitmist ei jälgiks ega nõuaks ja neid rahvale ei õpetaks. Sellise mittemeditiinilise analoogia kaudu võib vast üsna usaldatavalt kinnitada ka terviseõpetuse otstarbekust.

Et koosseisulisi sanitaarharidustöötajaid normatiivide kohaselt jätkub vaid vastava organisatsioonilis-metoodilise töö tegemiseks, tuleb tervishoiujuhtidel vastutust kanda selle eest, et iga tervishoiutöötaja on iga kuu neli tundi ka sanitaarharidustöötaja. Nii mõnigi kord kipub see ununema. Et kõnealusel tunnid saaks just nimelt sanitaarharidustööks kasutatud, on vajalik, et tervishoiujuhid regulaarselt kontrolliks, kas kajastuvad need neli tundi ka töögraafikutes. Vastasel korral tuleb paratamatult järeldada, et tervishoiuasutuses sanitaarharidustööd ei tehta, sest oma vabast ajast ei pea ju keegi seda tegema.

Iga tervishoiuorganisaatori kohustuseks on ka sanitaarharidustöö järjepidev analüüsimine ning uute ülesannete andmine ja realiseerimine. Nüüdisaeg nõuab uut lähenemist, uusi töövorme ja uusi lahendusi. Selles osas mainitagu loenguid polikliiniku ja statsionaari kohaliku translatsioonivõrgu kaudu, uudseid töövorme tervise rahvaülikoolides, Valga Rajooni Keskhaigla paarsti P. Rahu ettepanekut loengute kvaliteedi hindamise talongide kasutuselevõtmise kohta tervise rahvaülikoolides. Samas aga on ka enam kui pealiskaudse suhtumise fakte. Teisiti ei saa ju seda nimetada, kui aastaaruandes on kirjas, et väikeses linnahaiglas korraldati aasta jooksul 133 (!) sanitaarhariduslikku näitust, kui ühes rajoonis korraldati 417 sanitaarharidusalast seminari või nõupidamist, kui viiest õppusest võttis osa vaid 18 inimest, kui aasta jooksul toimus vaid ühe rajooni piires 113 kinolektooriumi. Taolise suhtumise kujunemises on paratamatult kaasosaline ka tervishoiujuht, kas siis oma ükskõiksusega sanitaarharidustöö suhtes või taolist olukorda lausa soosiva hoiakuga. Selliste negatiivsete ilmingute kõrvaldamise eest kannavad vastutust iga astme tervishoiujuhid. Kaugelki ei piisa ainult sanitaarharidustööks vajaliku aja planeerimisest ja selle töögraafikutes fikseerimisest. Tähtis on, et seda aega kasutatakse otstarbekalt. Senised tööplaanid on aga pahatihti üsna üldsõna-

lised, mistõttu ei saa ka nende täitmist täpselt kontrollida. Almselt on otstarbekas hakata kogu sanitaarharidustöö planeerima niisama rangelt ja põhjalikult nagu joomarluse ja alkoholismi vastu võitlemise eesmärgil peetavat — igas tervishoiuasutuses peab olema täpne kuuplaan, kus iga tervishoiutöötaja kohta on näidatud, millal, kus, kellele ja millisel teemal ta esineb, kirjutab või korraldab mingit muud alkoholismitvastast sanitaarhariduslikku üritust. Sama nõude laiendamine kogu terviseõpetusele võib esimesel pilgul küll tunduda sanitaarharidustöö ületähtsustamisena — meil, raviarstidel, on muudki teha —, kuid aja nõuetele vastuseisimine jääb teatavasti ikka asjatuks ettevõtmiseks. Kõigi eelduste kohaselt suureneb sanitaarharidustöö osa iga aastaga märgatavalt, see aga nõuab iga tervishoiujuhi tõsimeelset osalemist sanitaarharidustöö korraldamises.

Samas aga pidagu tervishoiujuht silmas, et sanitaarharidustöö ei ole eesmärk omaette, vaid see on elanike tervise säilitamise ja tugevdamise vahend. Sellest põhimõttest tuleb lähtuda kogu sanitaarharidustöö planeerimisel ja realiseerimisel — mitte loeng liikumisvaegusest, vaid selle kõrvaldamisest, mitte artikkel ainult joomarluse tekke põhjustest ja selle kahjust tervisele, vaid joomarluse ärahoidmise võimalustest, teedest ja vajalikkusest, karske eluviisi kujundamisest. Tervishoiujuhil tuleb sanitaarharidustööd näha selle lõpptulemuse valguses — kas tema juhitavasse kollektiivi kuuluva arsti või õe sanitaarharidustöö võib vilja kanda või tehakse seda ainult «linnukese» pärast. Operatsioonidesse, sünnituste vastuvõtmistesse, endoskoopiatesse või muudesse meditsiinitoimingutesse ju formaalselt ei suhtuta, miks siis seda tehakse sanitaarharidustöö puhul?

*Vabariiklik Sanitaarharidusmaja*

UDK 614.2

## Tervishoiutöötajate uued ülesanded XII viisaastakul

Väino Rätsep · Tallinn

Inimeste elulaad sõltub suuresti nende tervisest. Viimane on aga omakorda tingitud sotsiaalsetest oludest, samuti tervishoiusüsteemist. Elulaadi ja tervishoiusüsteemi vastastikuse seose dialektika seisneb nende tingituses üldistest sotsiaal-majanduslikest teguritest, nende keerukas põimumises, teineteise otseses või kaudses mõjutamises.

Nagu tervishoiusüsteemi, nii määravad ka elulaadi ennekõike tootmisviisi, sotsiaalne ja klassistruktuur ning ühiskondlike suhete tüüp. Sotsialistlik elulaad ja tõeliselt rahvalik tervishoiusüsteem on teineteisega orgaaniliselt seotud. Oma humanistliku olemuse tõttu on sotsialistlik elulaad lahutamatu inimese loomejõudude arendamisest. Ka see on meditsiiniküsimus, sest igakülgsest arenenud indiviid peab olema ka kehaliselt täiuslik.

XII viisaastaku põhiülesanne on majanduse ja sotsiaalse sfääri arengu tempo tõstmine, juhtimissüsteemi ja majandusmehhanismi täiustamine ning sel alusel rahva heaolu tagamine. Viisaastaku põhiline ülesanne on ka igati kiirendada teaduslik-tehnilist progressi. Ette on nähtud tagada teaduslike uurimistööde kõrgem tase ja suurem resultatiivsus.

Bioloogia ja biotehnoloogia uute suundade kiireks arendamiseks ning uurimistööde tulemuste ulatuslikuks kasutuselevõtmiseks tööstuses, põllumajanduses ja tervishoius on rajatud vabariiklik biotehnoloogiakeskus koos katsetootmisega. Hakatakse välja töötama ja levitama meditsiinilisi ja põllumajanduses kasutatavate bioaktiivsete ainete — prostaglandiinide — biosünteesi tehnoloogiaid.

loogiat. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika Instituut hakkab konstrueerima lasereid ja välja töötama lasertehnoloogiat nende kasutamiseks teaduslikus uurimistöös. Instituudil on plaanis koostada ja tootmisse anda probleemorienteeritud mikroprotsessorite kompleksid ning teaduskatsete ja tehnoloogiliste protsesside juhtimise süsteemid. Tootmise tehnilise taseme tõstmisest lähtudes kavatakse töötajate arvu vähendada 17 300 inimese võrra. Seevastu mittetootmissfääris suunata töötajaid enam hariduse, kultuuri ning tervishoiu valdkonda, panna pearõhk sotsiaalhoolduse ja kehakultuuri arendamisele, rahvastiku paremale olmeteendamisele.

Juhindudes NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu rahvatervishoiualastest määrustest ning NLKP Keskkomitee pleenumite otsustest, tegid meie vabariigi tervishoiuorganid lõppenud viisaastakul märkimisväärset tööd arstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi ning profülaktikameetmete tõhustamiseks rahvastiku tervise kaitse alal. Jätkusid tervishoiuasutuste materiaal-tehnilise baasi täiustamine, meditsiinitehnikaseadmete ulatuslik rakendamine, mis tänu meditsiinitöötajate ning farmatseutide ettevalmistuse ja kvalifikatsiooni tõstmise täiustamisele ning organisatsioonilistele meetmetele võimaldas tõsta profülaktika, diagnoosimise ja ravi kvaliteeti.

XII viisaastakul on plaanis ehitada neli haiglat, viis polikliinikut ja 15 maaambulatooriumi, lisaks Kohtla-Järvel ja Narvas polikliinikute ning haiglate kompleksid tööstusettevõtete koopereeritud vahendite arvel. Hoogustub sanatooriumide-profülaktooriumide ehitamine, milles osalevad mitmed ametkonnad.

Et tervishoiusüsteem võiks edukalt funktsioneerida, tuleb arendada apteegivõrku ja täiustada meditsiinitehnikateenistust. Seda kõike silmas pidades on uuel viisaastakul lisaks mitmetele uutele apteekidele plaanis ehitada ka Apteekide Peavalitsuse Keskladu. Kavandatud on koondise «Eesti Meditsiinitehnika» kolme tööstusobjekti ehitamine,

mis peab eelkõige parandama meditsiinitehnika hooldusteenistust.

Et tööle on hakanud uued suured tervishoiuasutused, tuleb veelgi rohkem hoolt kanda seadmete ekspluateerimise ning seadmete ja aparatuuri remondi eest. See omakorda tingib vajaduse tehnilise ja majanduspersonaliga koosseisude uue struktuuri järele, samuti progressiivsete töö tasustamise vormide järele. See töö on küll alanud, kuid tulemused on visad tulema! Takistuseks on liiga palju tervishoiusüsteemist mittesõltuvaid barjääre. Praeguseks on tehnohooldusteenistus rajamisel Tallinna tervishoiuasutuste jaoks, XII viisaastakul peab see teenistus ennaktempo arene-ma kogu meie vabariigis.

Arvutustehnika osatähtsus tervishoiusüsteemis järjest suureneb. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Vabariikliku Info- ja Arvutuskeskuse töös võib piiritleda tegevuse kolme põhisuunda:

- 1) lokaalsete infosüsteemide loomine, s. o. regionaalsed patsientide andmepangad, mis asuvad haiglatesse ja polikliinikutesse paigutatud arvutites, mida kasutatakse samuti raviasutuse enda tarbeks raamatupidamise, palgaarvestuse, toiduainete arvestuse, voodifondi, lao arvepidamises;

- 2) funktsionaalsete infosüsteemide loomine, s. o. kindla kitsapiirilise tehnoloogilise diagnoosimisaparatuuri ühitamine arvutustehnikaga, samuti praegusel arvutitel põhinevate keerukate meditsiiniseadmete tehniline hooldus;

- 3) tsentraalsete infosüsteemide loomine, mis hõlmavad kogu vabariigi tervishoiusüsteemi mitmesuguseid tervishoiuvõrgu tegevust iseloomustavaid aspekte, nagu voodifondi arvestus, ajutise töövõimetuse ja invaliidistumise analüüs, arstide koormuse arvestus, onkoloogiliste haigete andmepank, ravimite ja meditsiinitehnika arvestus.

Arvutustehnika abil 1982. aastal alustatud ajutise töövõimetuse ülevabariigilise analüüsi tulemuseks oli haiguspäevade arvu tunduv vähenemine, mis Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu andmeil andis 12,5 miljonit rubla säästu.

Objektiivne info ja analüüs võimaldasid täiustada ravi- ja profülaktikameetmeid ning juhtimis-kontrollisüsteemi, mille tulemusena vähenes möödunud viisaastakul ajutise töövõimetusega haigestumine 12%.

Mini- ja mikroarvutite kasutuselevõtt ka tervishoius on teinud võimalikuks tarbijasõbralike lokaalsete infosüsteemide loomise, reaalaja infotöötlus toimub kohapeal. See tähendab, et andmed sisestab arvutisse tarbija ise, vastutades sellega ka nende õigsuse eest.

Arvutid on Tartu Kliinilisel Haiglal, Tallinna Vabariiklikul Onkoloogiadispanseril ja Tallinna Kiirabihaiglal. Lähitulevikus saavad oma arvutid koondivise «Eesti Meditsiinitehnika» autopark, tervishoiuministerium, Tallinna Vabariiklik Haigla, Vabariiklik Laevanduse Keskhaigla, Apteekide Peavalitsuse Kaubabaas ja mitmed Tallinna ning rajoonide raviasutused.

Arstiabi kättesaadavuse parendamiseks tuleb teha kõik selleks, et tõstetaks kõigepealt esmast arstiabi andjate, nimelt jaoskonna-, tsehhi- ja kiirabiarside kvalifikatsiooni. Tõsta tuleb ka nende töö prestiiži, täiustada diagnoosimis- ja ravivõimalusi ning töö materiaalsel stimuleerimisel. Jaoskonnaarstide töövõimaluste avardamiseks vähendati jaoskonna suurust. See kõik võimaldab jaoskonnaarstil põhjalikumalt tegelda ravi ja profülaktikaga. Eesmärk on nn. perekonnaarsti kujundamine, kes tunneb ja teab oma jaoskonna kõikide inimeste tervist, olme- ja töötingimusi, oskab nõustada kutsevalikul.

Üks peasuundi oli ja jääb ka XII viisaastakul maaelanike arstiabi parandamine, milleks tuleb ehitada rajoonide keskpoliikliinikud ja -haiglad kui maaelanikele esmast spetsialiseeritud arstiabi andvad keskused. XII viisaastakul lisandub veel 15 ambulatooriumi koos apteegi ja korteritega. Enamik neid ehitatakse majandite ja ettevõtete koopereeritud vahendite ning jõududega. Maa-ambulatooriumid on meil arstikaadriga põhiliselt kindlustatud. Üha rohkem noori arste on suunatud ambulaator-poliikliinilisele tööle, eriti maale.

XI viisaastakul määrati kõikidest arstiteaduskonna lõpetajatest maarajoonidesse tööle 44%.

XII viisaastakul jääb põhisuunaks arstiabi jaoskonnaprinsiibi täiustamine ja ülddispanseerimine. Rahvastiku ülddispanseerimine on etapiline ja kestev protsess, kui arstiabi kvaliteedi tõstmise ja rahva tervise tugevdamise põhisuund, mis võimaldab välja selgitada prekliinilisi ja algstaadiumis tervisekõrvalekaldeid ning alustada õigeaegset ravi.

Ülddispanseerimise esimese etapi programm näeb ette läbivaatuse nelja spetsialisti poolt (terapeut, kirurg, günekoloog, stomatoloog) ning piiratud ulatuses laboratoorsete ning funktsionaaldiagnostiliste uuringute tegemise. Osa läbivaadatuid selekteeritakse riskirühmadesse ja saadetakse kitsa eriala spetsialisti juurde.

Ülddispanseerimise ladus kulg eeldab meditsiinikaadri head ettevalmistust ja laitmatut töökorraldust, esitab uusi nõudeid meditsiinitehnika ja muude materiaalsete ressursside kasutamise osas. Suuresti peab paranema nii profülaktiliste läbivaatuste kvaliteet kui ka haiguse tõttu arvelolijate abi kvaliteet.

Väga tähtis on emade ja laste tervisekaitse. Me peame tagama tervete ja elujõuliste laste sünni ning kasvamise, emade ja laste haigestumise vähenemise ning laste suremuse edasise vähendamise. Vaatamata XI viisaastakul rajatud uutele tervishoiuehitistele, ei ole praegune emade ja laste raviasutuste materiaal-tehniline baas mitmel pool normatiivne, näiteks Tallinna lastepoliikliinikutes vaid 17,3% vajalikust pinnast, Tartu Kliinilises Sünnitusmajas 43% ja naistenõuandlas 44%.

Perspektiivis on XII viisaastakul uute sünnitusmajade (osakondade) projekteerimine, kus ema ja laps viibivad koos. Üht sellist sünnituskorpust projekteeritakse Kohtla-Järvele.

Laste dispanseerimisel on suur tähtsus meedikute tööle lapse perekonnas. Kehaliselt ja vaimselt hästi arenenud lapse kasvatamine on võimatu ilma optimaalsete kasvatustingimuste loomiseta

perekonnas. Juba varajasest elueast peale on vaja sisendada lapsele vajadust tegelda kehaliste harjutuste ja spordiga, püüda kasvatada temas eitavat hoiakut kahjulike harjumuste vastu, õpetada põhitõde — eelkõige sõltub tervis inimesest endast!

Terve lapse üleskasvatamine aga sõltub eelkõige vanemate teadmistest, arsti kvalifikatsioonist ja lapse hooldusest.

Meie vabariigi tervishoiusüsteemi üks vajakajäämisi on taastusravi võimaluste äärmine piiratus, eelkõige materiaaltehnilise baasi osas. Madal on invaliidide rehabilitatsiooninäitaja — enamik jääb invaliidideks. On tingimata vaja ehitada ettevõtete koopereeritud vahenditega taastusravikeskus traumatoloogiliste ja neuroloogiliste haigete jaoks, eelkõige peab seda tegema Tallinnas. Rehabilitatsiooni puhtmeditsiiniliste vahendite (füσιο- ja mehhanoterapia, ravikehakultuur, massaaž või muud ravivõtted) rakendamisele lisaks peaks keskusel olema ka tööravi võimalus. Gorki Autotehases on ajakohane võimas taastusravikeskus ambulatoorsetele haigetele ja osaliselt töövõime kaotanud invaliididele.

Vaja on hoogustada ametkondade poolt profülaktooriumide ja eakatele tasuliste pansionaatide ehitamist. Üks pansionaadikoht maksab 2,5...3 korda vähem kui haigla voodikoht. Profülaktooriumid võimaldavad tõhustada profülaktilist tööd, vähendada ajutise töövõimetusega haigestumist ning parandada rehabilitatsioonialast tööd. Nende suundade elluviimine on meie vabariigis siiani kulgenud veel ebarahuldavalt.

Eesti NSV Tervishoiuministerium koostas koos teiste ministeriumide ja ametkondadega haiguste profülaktika ning rahvastiku tervise tugevdamise kompleksprogrammi aastaks 1983...1990. Profülaktika realiseerimise üks meetodeid on ülddispanseerimine.

Põhiliste krooniliste mittespetsiifiliste haiguste arvele langeb meil 60% üldsuresmusest. Võitluses nende haiguste vastu on aga vähest kasutamist leidnud esmane profülaktika, s. o. riskitegu-

rite vältimine või nende kõrvaldamine. Suitsetamine, liigne kehakaal, kõrge vererõhk, hüperkolesterineemia, häiritud glükoositolerantsus, kehalise aktiivsuse vähenemine on üldtuntud riskitegurid. Riskitegurite ärahoidmise eeltingimus on õigete harjumuste kujundamine: normaalne toitumine, karskus, küllaldane kehaline aktiivsus.

Nende probleemide lahendamisel etendavad tähtsat osa epidemioloogilised uurimised. Näiteks ateroskleroosi, arteriaalse hüpertensiooni, südame isheemiatõve leviku uurimine annab andmeid tõelise haigestumuse kohta ning võimaldab välja selgitada ka riskitegurite laadi ja leviku. See omakorda võimaldab tervishoiuorganeil ratsionaalselt korraldada dispanseerimist ja profülaktikat.

Ülddispanseerimise järgmisel etapil hõlmatakse läbivaatustega kõik töötajad ettevõtetest ja asutustest esitatud nimekirjade alusel ning nad kutsutakse dispanseersele läbivaatusele vastavalt ajakavale. Riikliku ülesande — ülddispanseerimise — täitmisel vajame ettevõtete ja asutuste administratsiooni ning ühiskondlike organisatsioonide abi.

Väga oluline on inimesi järjekindlalt informeerida ülddispanseerimise tähtsusest, oluline on ka majandite, ettevõtete ja asutuste juhtide mõistev ning toetav suhtumine ülddispanseerimises.

Teaduse ja tehnika tormiline areng ning inimkonna majanduslik tegevus on andnud suure hulga hüvesid, kuid on endaga kaasa toonud ka elukeskkonna saastamise. Keskkonna saastamine mitmesuguste loodust kahjustavate keemiliste ainetega põhjustab inimorganismis kahjulikke reaktsioone ja uusi haigusseisundeid. Sellest omakorda tuleneb bioloogilisi, sanitaar-hügieenilisi, meditsiinilisi, onkoloogilisi, sotsiaal-majanduslikke ja muid probleeme. Väliskeskkonna saastamise toimel organismis tekkivate muutuste väljaselgitamine võimaldab rakendada hügieenilise normeerimise teooriat, prognoosida hilistulemusi ja tõepäraselt uurida rahva tervist, et täiustada praegust profülaktikasüsteemi.

Oma arengus on ühiskond jõudnud tähtsasse, murrangulisse ajajärku. Objektiivselt on see murrang tingitud vajadusest põhjalike kvalitatiivsete muudatuste järele kõigis ühiskonnaelu sfäärides. Selle elluviimine eeldab loomejõudude koondamist ja töötajate algatusvõimet, parteipoliitilise juhtimise parendamist, ka rahva hulgas tehtava organiseerimis- ja ideoloogiatöö vormide ning meetodite täiustamist, muutmist. Kõige olulisem on seejuures majanduse arendamine, mis on kogu sotsiaalse, poliitilise ja vaimse progressi alus. Mida enam demokratiseerub juhtimine, seda enam peab majandusmõtlemine saama ühiskondliku teadvuse üheks osaks, seda ka tervishoiutöötajatele. Tähtsaim on kasvatada igas inimeses töö vajadust, mõistmist, et on tarvis kohusetundlikult töötada. Aus ja teadlik töösse suhtumine on sotsialistliku elulaadi esmane alus, mis ei ole aga iseloomulik sugugi veel kõigile.

Tervishoiujuhtide, ka kõikide arstide iseloomuomadustest peab esmajoones rõhutama vastutustunnet, printsiipialdust, nõudlikkust, õiglustunnet, heatahtlikkust.

Nõukogude tervishoiu põhiprintsiibid on osa meie ühiskonna humaansest poliitikast. Vastavalt sotsiaal-majanduslike tingimuste muutumisele need arenevad, täiustuvad ja saavad uue sisu. Profülaktilise suuna arendamine seisneb üleminekus rahvastiku ülddispanseerimisele ning inimeste tervete eluviiside kujundamises. Tervishoiutöötajad, eelkõige arstid, on sotsialistliku tervishoiu põhimõtete elluviijaiks. See tõttu on väga oluline iga meediku suhtumine ülddispanseerimisse. Siit tuleb juba vajadus eelkõige kujundada meditsiinitöötajate eneste õiget suhtumist profülaktikatosse ja tervetest eluviisidest suundumisse.

Kõige sagedamini on tervishoiutööd puudutavate kaebuste põhjuseks rahulolematuse arstiabi kvaliteediga ja kahjuks ka madal töökultuur nii mõneski tervishoiuasutuses. Muidugi on kahju, et nii mõneski tervishoiuasutuses ei vasta töökorraldus veel tänapäeva nõue-

tele, ei kasutata kõiki haige uurimise, ravi ega rehabiliteerimise võimalusi ning puudub ravi järjepidevus. Kõrge kvalifikatsioon ja lai silmaring, teadlikkus, igapäevase töö õiglane hindamine ja kollegiaalsus, töötajatevahelised õiged suhted on meiegi vabariigi eesrindlike tervishoiuasutuste edasimineku ja patsientide tänuliku tunnustuse eelduseks ja aluseks.

Tervishoiuasutuste parteialgorganisatsioonide tegevuses on tulipunktis olnud ideoloogiatöö ja poliitiline kasvatus, mida on käsitlenud NLKP Keskkomitee 1983. aasta juunipleenumi ja Keskkomitee otsuse «Eesti NSV juhtiva kaadri osavõtust töötajate hulgas tehtavast poliitilisest kasvatusloost» nõuetest lähtudes. Ideoloogiatöö on muutunud ründavamaks ja omandanud selgema vastupropagandistliku suuniluse. On rakendatud meetmeid kõigi tervishoiutöötajate, eriti aga noorte töötajate laiemaks ja operatiivsemaks poliitiliseks informeerimiseks, agitatsiooni- ja propagandatöös mitmesuguste vormide oskuslikumaks kasutamiseks, töötajate arvamuste ja vajaduste tundmaõppimiseks.

Nii majanduslike kui ka sotsiaalpoliitiliste ja ideoloogiliste probleemide lahendamisel kerkivad esiplaanile tööalane, ideelis-poliitiline ning kõlbeline kasvatus, uut tüüpi majandusliku mõtlemise kujundamine, vajadus tugevdada distsipliini ja tõsta vastutustunnet. Olu on luua igas töökollektiivis õhkkond, kus ei sallita väiksemaidki töökorra rikkumisi.

Ideoloogiatöös on probleeme palju. Süstemaatiline ning järjepidev tegevus tervishoiutöötajate kommunistlikul kasvatamisel ning ideoloogilisel mõjutamisel, kõigi vahendite koostoime tagamine peab olema parteiorganisatsioonide üks tähtsamaid ülesandeid.

Lõppkokkuvõttes olenevad meie töö tulemused eelkõige meist endist. Tarvis on igapäevase pingelist ja algatusvõimelist, ausat ja kohusetundlikku tööd, distsipliini, kuid seda mitte sõnades, vaid tegudes.

*Eesti NSV Tervishoiuministeerium*

UDK 613.816:614.253.1

## Tervishoiutöötajad üldrahvalikus alkoholivastases võitluses

Jüri Saarma · Tartu

Kommunistlik Partei on kogu rahva mobiliseerinud radikaalsesse võitlusesse joomarlusest ja alkoholismist jagusaamiseks. 1985. aasta aprillis võttis NLKP Keskkomitee Poliitbüroo selle kohta vastu põhimõttelise otsuse. Teades märgiti: «Käsitades sellest loomuvastast nähtusest jagusaamist suure poliitilise tähtsusega sotsiaalse ülesandena, kiitis NLKP Keskkomitee heaks kompleksi suuri sotsiaal-poliitilisi, majanduslikke, administratiivseid, meditsiinilisi ning muid abinõusid võitluse tugevdamiseks joomarluse ja alkoholismi vastu ning nende kõrvaldamiseks meie ühiskonna elust. Eriti rõhutati vajadust järjekindlalt rakendada abinõusid võitluseks joomarlusega, ühendada ja pidevalt koordineerida sel eesmärgil riigi- ja majandusorganite ning partei- ja ühiskondlike organisatsioonide jõupingutusi, samuti arendada laialdaselt alkoholivastast propagandat.»<sup>1</sup>

Täpse kriitilise hinnangu andis NLKP Keskkomitee 1985. aasta 17. mai otsus, milles tõdeti: «Praegustes tingimustes, mil üha täielikumalt ilmnevad meie sotsialistliku korra loomejõud ja nõukogude elulaadi eelised, omandavad erilise tähtsuse kommunistliku moraali ja kõlbluse põhimõtete range järgimine ning jagusaamine kahjulikest harjumustest ja iganditest, eeskätt niisugusest loomuvastast nähtusest nagu joomarlus, alkoholsete jookide kuritarvitamine. Tahes-tahtmata tekitab tõsist muret asjaolu, et joomarluse ja alkoholismi probleem on meie maal viimastel aastatel teravnenud. Varem kavandatud joomarluse ja alkoholismi likvideerimise abinõusid viiakse ellu

ebarahuldavalt. Võitlus selle sotsiaalselt ohtliku pahe vastu toimub kampaanialikult, vähe organiseeritult ja ebajärjekindlalt. Ebapiisavalt on selles töös koordineeritud riigi- ja majandusorganite ning partei- ja ühiskondlike organisatsioonide jõupingutused.»<sup>2</sup>

Sama otsusega tehti parteiorganisatsioonidele, haldusorganeile ja ühiskondlikele organisatsioonidele kohustuseks välja töötada ja ellu viia: «... igakülgsest põhjendatud organisatsiooniliste, administratiivõiguslike ja kasvatuseabinõude kompleks, mis on suunatud alkoholivastase võitluse otsusekindlale hoogustamisele ja efektiivsuse tõstmisele. Rõhutatakse vajadust anda sellele tööle tõeliselt massiline, üldrahvalik iseloom ning luua igas töökollektiivis sallimatuse õhkkond joomarluse, samuti mis tahes töödistsipliini- ja korrariikumiste suhtes.»<sup>3</sup>

Varsti järgnesid sellele NSV Liidu ja liiduvabariikide ministrite nõukogude määrused ning NSV Liidu ja liiduvabariikide ülemnõukogude presiidiumide seadlused, millega anti laiahaardelised ülesanded alkoholivastases võitluses kõikidele haldusinstantsidele, töökollektiividele ja ühiskondlikele organisatsioonidele. Rakendati organisatsioonilisi, administratiivseid või muid meetmeid alkoholi tarbimise piiramiseks ja liigtarbimisega tõhusamaks võitlemiseks.

Peale muu innustas NLKP Keskkomitee energilisemalt realiseerima karskusideed, mis oli avalikkuses juba mõnda aega kõneaineks olnud. «Pidades eriti tähtsaks massilise karskusliikumise arendamist ning selle laiendamist ettevõtetes, organisatsioonides, asutustes ja töökollektiivides, peab NLKP Keskkomitee otstarbekaks asutada üleliiduline vabatahtlik karskusühing ning hakata välja andma selle häälekandjat.»<sup>4</sup> Pea loodigi karskusühingu üleliiduline ja vabariiklikud organiseerimiskomiteed. 1985. aasta septembris

<sup>2</sup> Rahva Hää, 1985, 17. mai.

<sup>3</sup> Samas.

<sup>4</sup> Samas.

<sup>1</sup> Rahva Hää, 1985, 5. aprill.

asutati üleliiduline, oktoobris vabariiklikud, novembris linnade ja rajoonide karskusühingud ning novembris detsembris karskusühingu algorganisatsioonid ettevõtetes ja asutustes.

Enamik meie maa elanikke on NLKP Keskkomitee otsused rahuldustundega vastu võtnud ja meetmed täielikult heaks kiitnud. Võib juba tõdeda, et alkoholitõrje on omandamas tõeliselt üldrahvalikku iseloomu. On selge, et NLKP XXVII kongressil arutusele tulev majandusliku ja sotsiaalse arengu gigantne programm järgmisteks viisaastakuteks annab muu kõrval ka joomarlustõrjele veelgi tugevama hoo.

Enesestmõistetavalt kuulub üldrahvalikus võitluses alkoholi kuritarvitamise vastu ja karskuse eest eriline koht tervishoiuasutustele ja kõikidele tervishoiutöötajatele. Meile on antud ulatuslikud, ülimalt vastutusrikkad ülesanded, mille täitmise järjekindlusest ja kvaliteedist sõltub suurel määral kogu selle ajaloolise tähtsusega ürituse efektiivsus. See on aga lahutamatu seotud praeguse ja tulevaste põlvkondade tervise tagamisega. Kommunistlik Partei ja Nõukogude valitsus ootavad tervishoiutöötajatelt suurt vastutustunnet ja narkoloogilise abi otsustavat tõhusamist, mida veelkordselt rõhutati NLKP Keskkomitee Parteikontrolli Komitee otsuses suurtest puudustest NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi sellealases töös.<sup>5</sup>

Eelkõige lasub meil, meedikuil, suur osa vastutusest alkoholi kuritarvitamise ärahoidmises ning karskete eluviiside juurdumises. Majanduslike, organisatsiooniliste, administratiivsete ja sotsiaalsete meetmete ulatuslikult rakendatava kompleksi üks olulisemaid komponente on laialdane alkoholivastane selgitustöö, terveid eluviise juurutav sanitaarharidus- ja sanitaarkasvatustöö. Kahjuks täiesti põhjendatult tõdeti NLKP Keskkomitee otsuses: «Nagu kord ja kohus ei arendata karskuspropagandat. Tihti peale väldib see teravaid küsimusi ega ole ründava iseloomuga.

Suurt osa rahvastikust ei kasvatata karskuse vaimus, inimesed on ebapiisavalt informeeritud alkoholsete jookide kahjulikkusest praeguse ja eriti tulevaste põlvkondade tervisele ning kogu ühiskonnale.»<sup>6</sup> Selles osas andis Keskkomitee üpris selged ülesanded: «... tuleb resoluutselt parandada karskuspropagandat, kasvatada inimesi karskuse ja joomarlusse sallimatu suhtumise vaimus, selgitada eredalt ja veenvalt, kui kahjulikult mõjub alkohol isegi väikeses annustes inimeste tervisele, samuti, millist negatiivset mõju avaldab see ühiskondliku elu kõigile külgedele — majandusele, olmele ning inimeste moraalsele palgele ja teadvusele.»<sup>7</sup>

Esmane ülesanne on otsustavalt parandada rahvastiku informeeritust alkoholi tervistkahjustavast toimest. See on mitte ainult narkoloogiaasutuste töötajate, vaid eranditult kõikide tervishoiutöötajate kohustus. Alkoholitõrje peab sanitaarpropagandas tõusma esikohale. Selgitustööd tuleb igati laiendada, tuleb kasutada kõiki kokku-puuteid inimestega, et neile selgitada tervete eluviiside olemust ja veenda nende vajalikkuses. Eeskätt on see iga arsti ülesanne, kuid kaasata tuleb ka kõik teised tervishoiutöötajad. Erilist rõhku pandagu naiste ja noorukite hulgas tehtavale selgitustööle.

Selgitustöös tuleb kasutada arstiteaduse andmeid selle kohta, millist toimet avaldab alkohol nii psüühilistesse kui ka somaatilistesse funktsioonidesse. Rõhutada eriti seda negatiivset mõju, mida avaldab alkohol juba väikeses annustes inimese psüühikale (enese-kriitika ja ohutunde alanemine, reaktsioonide täpsuse vähenemine), tema kutsealasele ja sotsiaalsele käitumisele, näidata sellest sugenevaid ohte joojale endale ja ümbruskonnale. Valgustada alkoholi kahjustavat mõju järglastele (alkoholembriüopaatia, imiku alkohol-kahjustused jt.).

<sup>5</sup> Pravda, 1985, 30. oktoober.

<sup>6</sup> Rahva Hää, 1985, 17. mai.

<sup>7</sup> Samas.

Tervete eluviiside soovitamine ei saa piirduda ainuüksi halbade harjumuste ärahoidmisega. Inimesi tuleb õhutada kehalisele tegevusele, eriti harrastama kehakultuuri. On ju see mitte üksnes vaba aja meeldiv täide, vaid ühtlasi kehalise ning psüühilise tervise tagamise ülimalt tõhus abinõu.

Primaarse profülaktika kõrval tuleb selgitustööd intensiivistada ka alkoholi liigtarvitajate võimalikult varajase väljaselgitamise sihiga. Laialdaselt tutvustada neid sümptoome, mis viitavad alkoholisõltuvuse kujunemisele (kontrolli nõrgenemine tarvitatava alkoholi hulga, joomise koha ja aja üle jt.), et inimesed oskaksid juba varakult oma perekonnaliikme, töökaaslase või sõbra ohtliku seisundi ära tunda.

Oluliseks teemaks on alkohoolikute ravi võimaluste ning viiside elanikkonnale tutvustamine, rõhutatagu seejuures varajase ning süstemaatilise ravi tähtsust püsiva remissiooni saavutamiseks. Erilist rõhku tuleb panna ravi kuuri läbiteinute järelravile, eeskätt vajadusele neid abistada ja toetada absoluutse karskuse pidamisel, see on retsidiivide ärahoidmise põhiline nõue. Selle elementaarse, kuid äärmiselt olulise nõude rahvastiku teadvusse sisenemine saab olla võimalik üksnes kõikide meedikute ühisel tegutsemisel, ainuüksi narkoloogiataotajate manitsusest siin ei piisa.

Eelnevaga seoses vajab rõhutamist tegevuse eetilise külg. Meie võitlus on suunatud alkoholi vastu, mitte aga nende isikute vastu, kes on langenud alkoholismi küüsi. Võideldes alkoholi vastu, on meie, meedikute, ülesanne võidelda ühtlasi alkoholismihaigete eest. Meie kohus on aidata neid oma tõvest jagu saada, neid ravida ning igati toetada tervise taastamisel ja sotsiaalsel rehabiliteerimisel. Ainult üksikutel kõige raskematel alkoholismijuhtudel on perekonna ja ühiskonna kaitse vajadustest lähtudes näidustatud repressiivsete vahendite (sundravi jt.) rakendamine.

Alkoholivastasel selgitustööl ei ole tervishoiutöötajad nüüd enam üksi. See

on ühteaegu ideoloogiaasutuste, massiteabe- ja propagandaorganite, loomingu liitude, ühingu «Teadus» ja masiorganisatsiooniks kujuneva karskuse ühingu ülesanne. Kõikide nende organisatsioonidega tuleb selgitus- ja kasvatustööd teha üheskoos. Tervishoiutöötajad aga peavad oma kutse ja kutsu-muse kohaselt olema tervete eluviiside propageerijate esirinnas. Meedikud osalegu kõikide teiste asutuste tegevuses aktivistidena, tagamaks selgitustöö vajaliku sisu ja veenvuse.

Vältimatuks komponendiks rahvastiku karskuse vaimus kasvatamisel on iga meditsiinitöötaja isiklik ning tervishoiuasutuste kollektiivi eeskuju. Kategoriliselt tuleb taunida variserlikku loosungit «Käige minu sõnade, mitte minu tegude järgi!». Iga tervishoiutöötaja olgu tervete eluviiside elavaks näiteks, iga tervishoiuasutus karskete eluviiside koldeks. Aegade jooksul juurdunud alkoholipruukimise traditsioonide murendamine ja lammutamine peab algama tervishoiutöötajate algatusel, psühholoogiline ümberkõlastumine, mis on uue elustiili juurdumiseks tingimata vajalik, peab toimuma eelkõige meie, meedikute, teadvuses.

Teine tervishoiusüsteemi tähtis tegevusvaldkond on narkoloogilise abi tõhustamine nende osas, kes on langemas või langenud alkoholismi küüsi. Viimastel aastatel on NSV Liidus, sealhulgas ka meie vabariigis, välja arendatud üsna ulatuslik narkoloogiasteenistus. Tänu sellele on juba praegu võimalik anda nii ambulatoorset kui ka statsionaarset abi paljudele alkoholismihaigetele. Kahjuks aga jätab veel soovida ravi efektiivsus. Eelkõige on see tingitud asjaolust, et narkoloogiakabinettidesse pöörduvad või sinna suunatakse alkoholismihaiget tavaliselt alles siis, kui nende tõi on jõudnud juba raskematesse staadiumidesse. Narkoloogide põhiline patsientuur koosneb neist, kellel haigus on jõudnud teise või kolmandasse staadiumi, vaid tühisel osal on see esimeses staadiumis. Haiguseelses seisundis tulevad alkoholi liigtarvitajad ravile vaid erandjuhtudel. Ometi on teada, et

teises ja kolmandas staadiumis on patsientide alkoholismiravi mõjususe neli kuni kuus korda väiksem kui haiguselises seisundis ja kaks kuni kolm korda halvem esimeses staadiumis haiguse ravi tulemustest.

Järelikult on esmajärguline ülesanne hõlmata alkoholismiraviga võimalikult rohkem tõve algstaadiumis ja haiguselises seisundis inimesi. Seda ülesannet saab meie narkoloogiatalitus täita ainult kogu rahvastiku, eriti aga kõikide meedikute osavõtul. Iga arst, esmajoones jaoskonna- ja tsehhiarst, puutub kokku ka selliste haigete või profülaktiliselt läbivaadatavatega, kellel ta tuvastab alkoholi kuritarvitamise. Igal taolisel juhul on arsti kohus suunata patsient narkoloogi juurde alkoholismiravile. See ei ole mitte ainult vormiline, vaid ka eetiline kohustus, sest on ju alkoholi liigtarvitamine otsustavaks teguriks, milliseks muutub selle inimese tervis ja töövõime tulevikus, tema sotsiaalsest funktsioneerimisest rääkimata. Kahjuks on taolisi suunamisi siiani olnud üpris harva, selles aga peab toimuma pööre. Seda enam, et NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse kohaselt avardub ja mitmekesistub meie narkoloogilise abi süsteem lähematel aastatel tunduvalt. Lisaks senistele vormidele avatakse ka isemajandavad narkoloogiakabinetid ja narkoloogiadispanserite erikabinetid, kus ravi toimub anonüümselt. NSV Liidu mitme keskuse kogemused on näidanud, et anonüümse ravi võimalusi kasutavad meelsasti just alkoholismi algstaadiumis inimesed ja et nende ravi annab väga häid tulemusi.

Alkoholismihaigete ravi tulemuslikkus sõltub suuresti ka ravi strateegiast ja meetodeist. Selleski osas on meil veel palju teha, see on vahetult narkoloogide kohus. Peamine ülesanne on ravikompleksi individualiseerimine, bioloogiliste ravivahendite kombineerimine laialdase psühhoteraapiaga ja süstemaatilise järelravi tagamine. Viimase täitmises saavad narkoloogidele abi osutada kõik meedikud, esmajoones jaoskonna- ja tsehhiarstid.

Tõstkem esile veel üht üldrahvalikku

alkoholivastase võitluse aspekti, nimelt teaduslikku uurimistööd. NLKP Keskkomitee otsusega tehti teaduse juhtorganeile ülesandeks: «... töötada välja... joomarluse ja alkoholismi profülaktika ning neist jagusaamise kompleksprogramm, mis hõlmab selle probleemi sotsiaalsed, majanduslikud, demograafilised, kasvatuslikud, õiguslikud, psühholoogilised ja meditsiinilis-bioloogilised aspektid.»<sup>8</sup> Tuleb tõdeda, et meie vabariigi teadusasetuste plaanides on alkoholiteema siiani hoopis unaruses olnud. Tahaks loota, et meditsiinialaste uurimisasutuste plaanidesse lähemal ajal ka alkoholiteemad ilmuvad. Viivitamatut läbitöötamist ootavad aga sellised probleemid nagu alkoholi kuritarvitamise ja alkoholismi patogeneetiline struktuur, profülaktika ja ravi, alkoholembriüpaatia levik, profülaktika ning ravi. Nende, rahvastiku kehalise ja vaimse tervise seisukohalt esmatähtsamate probleemide uurimine ei ole praegustele teadusasetustele profiiliga vajadus jöukohane. Seepärast on tekkinud vajadus luua meie vabariigis uus, spetsialiseeritud uurimisrühm narkoloogia alal. Praegu võiks see kõige operatiivsemalt ja efektiivsemalt toimuda Üleliidulise Narkoloogia Teaduskeskuse filiaali avamise kujul.

Joomarluse ja alkoholismi meie ühiskonnast väljajuurimine, karskuse juurdumine ühiselu normina kujunevad paratamatult aeganõudvaks ettevõtmiseks. Olmesse ja inimeste teadvusse sügavasti juurdunud traditsioonid ei taandu kergesti, nende murdmine ja uutega asendamine nõuab visa võitlust. See eeldab meilt kõigilt eesmärgi ülevuse sügavat tunnetamist, nõuab meilt entusiasmi ja visadust. Peame alati meelles pidama, et meie, tervishoiutöötajad, oleme vastutust kandvad osalejad suure poliitilise tähtsusega ürituse täitmises, mis suuresti mõjutab meie ühiskonna edasiminekut.

TRÜ arstiteaduskond

<sup>8</sup> Rahva Hääl, 1985, 17. mai.

# Teooria ja praktika

UDK 616.36-002.1:612.017.1

## Rakuline immuunsus ägedat viirushepatiiti põdevail lastel

Maire Kask Evald Tammepõld · Tartu

A- ja B-viirushepatiit, immuunsus, T-lümfotsüüdid, immunoglobuliinid

Et organismi immuunsus oleneb suurel määral T-lümfotsüütidest, siis on oluline uurida nende hulka perifeerses veres (1, 2, 3). Aktiivseid T-lümfotsüüte peetakse immuunreaktsioonide mediaatoriteks. T-lümfotsüütide üldhulga võrdlemine aktiivsete T-lümfotsüütide hulgaga võimaldab hinnata viirushepatiidi raskust, prognoosida tervistumist ning pikaleveninud kuluga haigusvormide puhul õigesti suunata medikamentooset ravi (5).

Et antikehade süntees organismis sõltub B-lümfotsüütidest, siis võib humoraalse immuunsüsteemi seisundit kaudselt hinnata ka haige vereseerumis oleva immunoglobuliinide (IgA, IgG, IgM) hulga järgi.

Ägedat viirushepatiiti põdejail T-lümfotsüütide aktiivsus ja hulk perifeerses veres vähenevad (1, 4, 5, 6), seevastu B-rakkude arvu ja hulga kohta käivad kirjanduse andmed on vastuolulised (3, 6, 7).

Töö eesmärgiks oli välja selgitada võimalikud muutused humoraalse ja rakulise immuunsuse näitajates infektsioosset hepatiiti ja seerumhepatiiti põdevatel lastel.

**Uurimismetoodika.** Lähtudes sellest uuriti 25 infektsioosset hepatiiti ja viit seerumhepatiiti põdevat 1...13 aasta vanust last, keda 1983. aastal raviti Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas. Nakkusliku hepatiidi juhtudest oli viis kerget, 17 keskmise raskusega ja üks raske. Kahel lapsel võttis haigus veniva kulu, kestus üle kolme kuu. Kahel lapsel varajasel paranemisperioodil hepatiit ägenes. Seerumhepatiidi kulg oli keskmise raskusega kõigil viiel uuritul. Kontrollrühma kuulus 25 3...12 aasta vanust tervet last, kes hepatiiti varem põdenud ei olnud. Enamikku viirushepatiiti põdejaid uuriti kolmel korral: haiglasse tulekul (haiguse kõrgperioodil), haiglast lahkumisel (enamiku kliinilis-biokeemiliste näitajate normaliseerumisel) ja kuus nädalat pärast haiglast väljakirjutamist (varajasel paranemisperioodil).

A- ja B-hepatiidi diagnoosimiseks rakendati radioimmunoloogilist meetodit (Abbott), millega määrati IgM-klassi nakkusliku hepatiidi viiruse antikehad, HBsAg ja seerumhepatiidi tuumantikehad (anti-HBc). Kõigil nakkusliku hepatiiti põdevail lastel leiti IgM-klassi nakkusliku hepatiidi viiruse antikehad ja seerumhepatiidi-haigetel HBsAg ja anti-HBc.

Lümfotsüüdid eraldati hepariniseeritud verest fikoll-verografiini gradiendil. T-rakud identifitseeriti rosettide moodustumise meetodil oina erütrotsüütidega. Määrati T-lümfotsüütide üldhulk ja aktiivsete T-lümfotsüütide hulk. B-süsteemi funktsionaalset aktiivsust hinnati IgA, IgG, IgM kontsentratsiooni määramise teel haigete vereseerumist radiaalsel immunodifusioonil (G. Mancini, 1965).

**Töö tulemused ja arutelu.** Lümfotsüütide üldarv nakkuslikku hepatiiti põdejail haiguse kõrgperioodil oli normis ( $3,0 \pm 0,19 \cdot 10^6$  ml). Samal ajal aga olid T-lümfotsüütide arv ja protsent vähenenud (aktiivseid T-rosette  $8,25 \pm 4,21\%$  ja T-rosettide üldhulk  $32,5 \pm 13,69\%$ , norm vastavalt  $18,5 \pm 9,0\%$ ,  $56,14 \pm 11,91\%$ ). Haiglast lahkumise ajal haigetel T-lümfotsüütide aktiivsus tõusis ja nende hulk suurenes (aktiivseid T-rosette  $21,51 \pm 12,5\%$ , T-rosettide üldhulk  $56,23 \pm 21,5\%$ ). T-lümfotsüütide aktiivsus ja hulk normaliseerusid nakkusliku hepatiidi paranemisperioodil.

Immunoglobuliinide uurimine näitas, et nakkuslikku hepatiiti põdevate laste vereseerumis IgM kontsentratsioon haiguse kõrgperioodil tõusis ( $2,19 \pm 0,26$  mg/ml, norm  $1,16 \pm 0,03$  mg/ml), see jäi ka haiglast väljakirjutamisel kõrgenevaks ( $1,83 \pm 0,13$  mg/ml). IgA hulk haiguse kõrgperioodil aga vähenes ( $1,05 \pm 0,38$  mg/ml, norm  $2,34 \pm 0,07$  mg/ml),

normaliseerus varajasel paranemisperi-  
oodil. Seevastu IgG hulk haiguse kõrg-  
perioodil ja haiglast väljakirjutamise  
ajal oli normis (vastavalt  $10,21 \pm 6,0$   
 $\text{mg/ml}$  ja  $11,14 \pm 6,3$   $\text{mg/ml}$ , norm  
 $12,43 \pm 0,71$   $\text{mg/ml}$ ). Varajasel parane-  
misperioidil täheldati mõningast IgG  
kontsentratsiooni tõusu ( $14,20 \pm 6,2$   
 $\text{mg/ml}$ ). Olenemata nakkusliku hepa-  
tiidi kulu raskusest, täheldati hai-  
guse kõrgperioodil kõigi haigete laste  
veres aktiivsete T-lümfotsüütide arvu  
tunduvat langust: kerge kulu puhul  
 $8,9 \pm 7,1\%$  ja keskmise puhul  $10,7 \pm$   
 $\pm 7,5\%$ , ühel raskelt haigel  $6\%$ . Haig-  
last väljakirjutamisel esines kõigil uuri-  
tutel aktiivsete T-lümfotsüütide arvu  
tunduv tõus, mis oli seda suurem, mida  
raskem oli haigusjuht (vastavalt  $25,3 \pm$   
 $\pm 21,7\%$ ;  $29,9 \pm 11,1\%$  ja  $40\%$ ). Kahel  
veniva kuluga nakkusliku hepatiidi  
juhul tehti uuringud 1. ja 3. haigus-  
kuul, kusjuures täheldati aktiivsete T-  
lümfotsüütide hulga vähenemist, vasta-  
vad keskmised  $5,5\%$  ja  $10,5\%$ . Neile  
haigeile oli iseloomulik ka IgM kont-  
sentratsiooni tõus vereseerumis (kesk-  
miselt  $2,67 \pm 0,34$   $\text{mg/ml}$ ), mis sellisena  
püsis pikka aega ja mis oli haiglast väl-  
jakirjutamisel veel  $2,04 \pm 0,41$   $\text{mg/ml}$ .  
Võrreldes andmetega ägedat nakkus-  
likku hepatiiti põdevatel lastel, ilmnes  
neil ka teistes immunoglobuliinide klas-  
sides suhteliselt suuremaid nihkeid: IgG  
kontsentratsioon vastavalt  $14,60 \pm 0,7$   
 $\text{mg/ml}$  ja  $11,53 \pm 1,52$   $\text{mg/ml}$  ning IgA  
kontsentratsioon vastavalt  $1,23 \pm 0,15$   
 $\text{mg/ml}$  ja  $2,19 \pm 0,23$   $\text{mg/ml}$ . Kahel hai-  
guse ägenemise juhul oli tegemist aktiiv-  
sete T-lümfotsüütide arvu vähene-  
misega, vastavalt  $5\%$  ja  $7\%$ , mis eelnes  
ägenemise kliinilis-biokeemilistele näi-  
tajatele. Kirjanduse andmeil ilmneb  
aktiivsete T-lümfotsüütide hulga inteni-  
siivsem langus nakkusliku hepatiidi  
puhul esimesel haigusdekaadil. Sellele  
järgneb T-lümfotsüütide arvu järkjär-  
guline suurenemine, mis saavutab mak-  
simumi haiglast väljakirjutamise ajaks,  
jäädes siiski veel normist madalamale  
(4). Antud töö põhjal võib oodata T-  
lümfotsüütide arvu ja aktiivsuse norma-  
liseerumist lastel pärast nakkusliku he-

patiidi läbipõdemist varajase parane-  
misperioidi lõpul. Et T-lümfotsüütide  
aktiivsuse ja arvu langus eelneb viirus-  
hepatiidi kliiniliste sümptomide tek-  
kele ja biokeemiliste näitajate patolo-  
giliseks muutumisele, siis on aktiivsete  
ja totaalsete T-lümfotsüütide määra-  
mine oluline nakkusliku hepatiidi kulu  
ja võimalike ägenemiste ning retsidiivi-  
de prognoosimisel.

Kõigil viiel seerumhepatiidihaigel  
esines haiguse kõrgperioodil lümfopee-  
nia ( $2,76 \pm 0,21 \cdot 10^6$  ml), mis jäi püsima  
ka haiglast väljakirjutamisel. Samal  
ajal täheldati aktiivsete ja totaalsete  
T-rosettide moodustumise vähenemist  
(vastavalt  $11,0 \pm 5,18\%$  ja  $42,51 \pm$   
 $\pm 14,12\%$ ). Haiglast väljakirjutamise  
ajal esines nende tunduvalt suurem tõus  
kui nakkusliku hepatiidi puhul (vasta-  
valt  $45,22 \pm 21,0\%$  ja  $69,5 \pm 12,55\%$ ).  
Näitajad varajasel paranemisperioidil  
olid normaliseerumistendentsiga (aktiiv-  
seid T-rosette  $16,32 \pm 8,12\%$ , T-ro-  
settide üldhulk  $58,47 \pm 14,4\%$ ). Seerum-  
hepatiidi kõrgperioodil oli IgM kont-  
sentratsioon haigete vereseerumis tõus-  
nud ( $2,09 \pm 0,9$   $\text{mg/ml}$ ), see jäi kõrgeks  
ka haigete väljakirjutamisel ja varaja-  
sel paranemisperioidil (vastavalt  $1,82 \pm$   
 $\pm 0,9$   $\text{mg/ml}$  ja  $1,73 \pm 0,8$   $\text{mg/ml}$ ). IgA  
ja IgG kontsentratsioon oli seerumhepa-  
tiiti põdejail normi piires kõikidel hai-  
gusperioididel.

Võrreldes nakkusliku hepatiidi puhu-  
seid humoraalse ja rakulise immuun-  
suse näitajaid seerumhepatiidi samade  
näitajatega, võib öelda, et seerumhepa-  
tiidi korral esines oluline T-lümfotsüü-  
tide arvu langus perifeerses veres, mis  
eriti ilmekalt oli väljendunud haiguse  
kõrgperioodil. Kirjanduse andmeil esi-  
neb T-lümfotsüütide arvu langus ka  
veniva kuluga juhtudel ja haiguse kroo-  
niliseks muutumise korral (6).

Seerumhepatiidi paranemisperioidil  
ilmnes mõningane T-lümfotsüütide aktiiv-  
suse ja arvu normaliseerumisten-  
dents, mis siiski jääb normist madala-  
maks. Seerumhepatiidi ägedat perioodi  
iseloomustab IgM kontsentratsiooni  
tõus, kusjuures IgA ja IgG kontsent-  
ratsioon jääb normi piiridesse (4).

UDK 616.127-005.8:612-017.3

## Autosensibilisatsioon südameantigeeni suhtes müokardiinfarkti põdejatel

Kristin Lamp **Valentina Reisenbuk**  
Silva Martin Maido Uusküla · Tartu

südamelihase infarkt, autosensibilisatsioon,  
T-lümfotsüüt, immunoglobuliinid

Viimasel ajal on hakatud üha suuremat tähelepanu pöörama organismi immuunreaktiivsusele ning selle muutustele mitmesuguste haiguste, ka müokardikahjustuste puhul. Et müokardiinfarkti juhtudel osa südamelihase rakke hävib, satub rakkude laguprodukte vereringesse. See kutsub esile immuunvastuse nii makrofagaalse kui ka lümfotsütaarse reaktsioonina. Kui varajases uurimustes on püütud haiguse kulu iseärasusi seostada südameantikehade ja immunoglobuliinide sisaldusega vereseerumis, siis nüüdisajal tänu meetodiliste võimaluste avardumisele pööratakse enam tähelepanu rakulise immuunvastuse uurimisele (5, 8). Valitseb arvamus, et südamelihase infarkti puhul ei ole primaarne mitte niivõrd immuunkompetentsete rakkude relatiiv- või absoluutarv, kuivõrd nende rakkude funktsionaalne aktiivsus (7). Viimase kohta tehakse valdavalt järeldusi südameantigeeni suhtes sensibiliseerunud lümfotsüütide poolt produtseeritava leukotsüütide migratsiooni pidurdava teguri aktiivsuse alusel (6, 7). Et veel ei ole lõplikult selge, mil määral mõjutavad organismi immuunsüsteemi muutused haiguse kliinilist kulgu ja prognoosi, siis võtsime töö eesmärgiks uurida võrdlevalt rakulist ja humoraalset immuunsust infarktihaigetel ning haiguse kliinilise kulu iseärasuste seost autosensibilisatsiooniga.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 61 33 kuni 70 aasta vanust ( $55 \pm 1$ ) südamelihase infarkti põdejat; mehi oli 49, naisi 12. Esmase infarkti oli 37-l, korduv 24 haigel. 54 uuritul esines transmuraalne, seitsmel subendokardiaalne infarkt.

### Järeldused.

1. Nakkuslikku hepatiiti põdevail lastel esineb immuundepressioon, mis on suhteliselt väiksem ja lühiajalisem kui seerumhepatiiti põdejail.

2. Immuundepressiooni faaside dünaamiline uurimine viirushepatiidihaigetel on nii teoreetilise kui ka praktilise tähtsusega.

KIRJANDUS: 1. Kerlin, P., Nies, K. M., Tong, M. J. Clin. Immunol. Immunopathol., 1982, 25, 149—156. — 2. Zauli, D., Bianchi, F. B., Cardelli, T. a. o. Ital. J. Gastroenterol., 1978, 10, 238—240. — 3. Toaka, J., Endo, T. Journal UOEH, 1981, 3, 4, 364—373.

4. Балкин В. Ф., Сухарев В. М. Вopr. oхp. мат., 1983, 4, 84—86. — 5. Векслер X. M., Даминов Т. А. В кн.: Успехи гепатологии. Рига, 1982, 10, 217—244. — 6. Идрисова P. C., Цой И. Г., Соломатина Т. Н. В кн.: Вопросы эпидемиологии, профилактики и бактериальной диагностики некоторых кишечных и капелльных инфекции. Алма-Ата, 1983. — 7. Ильинский Ю. А., Лугшев В. И., Никифоров Н. Д. и др. Сов. мед., 1981, 9, 41—43.

TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder

Tabel 1. Tüsistuste esinemissagedus (protsentides) eri sensibilisatsioonistmega müokardiinfarkti põdejail

Tüsistused	1. rühm inhibitsiooniprotsent <40		2. rühm inhibitsiooniprotsent >40	
	1. haigus- nädalal	2...4. haigus- nädalal	1. haigus- nädalal	2...4. haigus- nädalal
Stenokardia	45	18	78	52
Rütmihäired	42	16	44	30
RR langus	11	5	9	13
Kardiogeenne kollaps	5		13	
Kopsuturse	8		22	
Südame- ja veresoonekonna puudulikkuse süvenemine		24		48
Dressleri sündroom		0		17
Surmaga lõppenud juhud kuue kuu jooksul		0		26

Võrdlevalt uuriti 28 infarktjärgse kardioskleroosiga haiget ja 49 praktiliselt tervet. Kõigil määrati: 1) T-lümfotsüütide ja funktsionaalselt aktiivsete T-lümfotsüütide hulk perifeerses veres Wybrani järgi; 2) immunoglobuliinide põhiklasside (G, A, M) kontsentratsioon vereseerumis Mancini järgi; 3) T-lümfotsüütide sensibilisatsioon südameantigeeni suhtes E-rosettide moodustumise inhibitsioonitesti abil (9). Selle meie poolt väljatöötatud meetodi põhimõte seisneb järgnevas. Lümfotsüütide membraanil on mitmesuguseid retseptoreid. Kõigil T-lümfotsüütidel on retseptorid, mis on tundlikud oina erütrotsüütide suhtes. Sellel põhinebki T-rakkude määramise üldlevinud meetod. Oina erütrotsüüdid ümbritsevad lümfotsüüti, moodustub E-rosett (erütrotsüütroseett), mistõttu T-rakud muutuvad mikrokoobi abil kergesti eristatavaks teistest lümfotsüütide subpopulatsioonidest. Kui lümfotsüüte inkubeerida mingi antigeeni või keemilise ühendiga, mille suhtes T-rakkudel võiksid esineda retseptorid, siis seostub antigeen (keemiline ühend) lümfotsüüdiga, katab viimase ning seetõttu E-rosetide hulk väheneb (2, 3). Test ise on järgmine: perifeerses verest eraldatakse lümfotsüüdid tsentrifuugimise teel (1500 pöört minutis, 40 min.) fikoll-verografiini üheastmelisel gradiendil ( $d=1,077 \dots 1,080$ ). Pärast rakkude kolmekordset pesemist Hanksi lahusega viiakse nad kontsentratsioonini 1,5 miljonit raku milliliitri kohta ning inkubeeritakse antigeeniga kaks tundi temperatuuril 37° C. Südameantigeenina kasutati vasaku südamevatsakese vesi-soolekstraktist eraldatud immunoloogiliselt aktiivset fraktsiooni (määratud lümfotsüütide spetsiifilise blasttransformatsioonitesti abil) annuses 20 µl ühe miljoni lümfotsüüdi kohta, valgusisaldus 0,53 mg/ml. Kontrollina kasutatakse samades tingimustes ilma antigeenita inkubeeritud lümfotsüütide suspensiooni. Pärast inkubatsiooni tehakse E-rosetide moodustumise test. Kuna selgus, et südameantigeeni toimel vähenes E-rosetide hulk vaid AE-rosetide hulga vähenemise tõttu, siis kasutasime

edaspidi vaid AE-rosetide moodustumise testi(4): 0,2 ml lümfotsüütide suspensioonile lisatakse 0,2 ml 0,5%-list oina erütrotsüütide suspensiooni füsioloogilises lahuses, tsentrifuugitakse viis minutit, 1000 pöört minutis; loendatakse natiivpreparaadis rosette moodustanud rakkude (RMR) hulk 300 lümfotsüüdi kohta, kusjuures rosetiks peetakse lümfotsüüti, mida ümbritseb kolm või enam erütrotsüüti. Seejärel arvutatakse inhibitsiooniprotsent valemi järgi (2).

$$\text{Inhibitsiooniprotsent} = \frac{\text{AE-RMR}_K - \text{AE-RMR}_{MA}}{\text{AE-RMR}_K}$$

kus  $\text{AE-RMR}_{MA}$  — aktiivset E-rosette moodustavate rakkude protsent südameantigeeniga inkubeeritud lümfotsüütide suspensioonis,  $\text{AE-RMR}_K$  — aktiivset E-rosette moodustavate rakkude protsent kontrollsuspensioonis.

**Uurimistulemused.** Tervetel sensibilisatsiooni südameantigeeni suhtes ei ilmnenud. Kõikidel infarktihaigetel kujunes sensibilisatsioon välja haiguse ajal. Esmase infarkti puhul ilmusid sensibiliseerunud lümfotsüüdid perifeersesse verre teise haigusnädala lõpuks. Korduva infarkti puhul osutus test positiivseks esimesest haiguspäevast alates (vt. joonis).

Maksimaalse inhibitsiooni järgi jaotusid infarktihaiged kahte rühma: esimesse rühma kuulusid need, kellel sensibilisatsioon südameantigeeni suhtes oli kas madal või keskmine (inhibitsiooniprotsent <40, n=38); teise rühma, kellel sensibilisatsioon oli kõrge

Tabel 2. IgG kontsentratsioon (mg%) infarktihaigetel

Haiguspäev	Inhibitsiooniprotsent <40, n=38	Inhibitsiooniprotsent >40, n=23	P
1. päeval	929,9±22,42	1014,2±24,74	>0,05
14. päeval	931,5±25,99	1035,8±24,65	<0,05
21. päeval	939,3±20,40	1090,6±26,23	<0,01
28. päeval	941,1±23,54	1038,5±34,62	<0,02

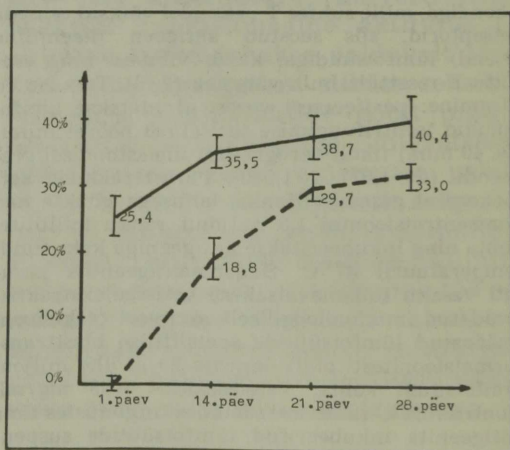
Märkus: IgG kontsentratsioon kontrollrühmas (n=49) 865,4±19,6 mg %.

(inhibitsiooniprotsent >40, n=23). Esimese rühma haigetest 31-l esines (82%) transmuraalne, seitsmel (18%) subendokardiaalne infarkt, esmane infarkt oli 27-l (71%), korduv infarkt 11 haigel (29%). Kõigil teise rühma haigetel oli transmuraalne infarkt, neist esmane 10-l (43%) ja korduv 13 haigel (57%). Haiguse kliinilise kulu kohta selgus, et kõrgema sensibilisatsiooni korral esines stenokardilisi vaevusi tunduvalt sagedamini, sagedamini esines ka paisunähte väikses vereringes, südame- ja vereingepuudulikkuse süvenemist. Ainult selles rühmas olid Dressleri sündroomi juhud ning surmaga lõppevad haigusjuhud (vt. tabel 1).

Infarktijärgse kardioskleroosiga haigetel oli mõõdukas sensibilisatsioon südameantigeeni suhtes 12-l (43%) (inhibitsiooniprotsent 31±6,6). Sageli valandus neil tugevaid stenokardiahoogusid, neist seitse hospitaliseeriti võimaliku uue infarkti kahtluse tõttu, kuid nekroosi neil siiski välja ei kujunenud. IgA ja IgM kontsentratsioon olulisi erinevusi kontrollrühma näitajatest ei olnud. IgG kontsentratsioon infarktihaigetel oli statistiliselt tõepäraselt ( $P<0,05$ ) kõrgem kontsentratsioonist tervetel. Sealjuures haigetel, kellel sensibilisatsioon südameantigeeni suhtes oli madal, olid IgG väärtused kontrollrühma väärtustest küll kõrgemad, kuid keskmiste erinevus ei olnud statistiliselt usaldatav. Kõrgema sensibilisatsiooniga haigete rühmas esinesid juba esimesest haiguspäevast alates tunduvalt kõrgemad IgG väärtused kui tervetel. Alates aga 14. päevast ületas teise rühma haigete vereseerumi IgG kontsentratsioon ka esimese rühma haigete vastava näitaja

suuresti (vt. tabel 2). Kaudselt viitab see südameantikehade hulga suurenemisele kõrgema rakulise sensibilisatsiooniga haigetel.

**Arutelu.** Küsimusele, kas südameantigeeni suhtes sensibiliseerunud lümfotsüütide leidumine infarktihaigete veres on vaid haigusega kaasnev näht või on tal mingi patogeenne tähendus, on üheselt vastata raske. Tõenäoselt on see teataval määral organismi immuunsüsteemi loomulik vastus nekroosikoldest vabanenud antigeenile, kuid ülemäärane sensibilisatsioon võib viidata immuunsüsteemi ebaadekvaatsele reaktsioonile ning ebasoodsalt mõjutada haiguse kulgu. Eksperimentaalselt on näidatud, et südamelihase koe suhtes sensibiliseerunud lümfotsüüdid ja südameantikehad võivad otseselt kahjustavalt toimida südamerakkude kultuuris, kutsudes esile muutusi nii rakkude talitluses kui ka struktuuris (10). Kas



Joonis. Autosensibilisatsiooni dünaamika esimese ja korduva infarkti puhul.

sensibilisatsioon sõltub infarktikoole suurusest? On leitud, et kolde suurus ei mõjuta T-rakkude hulka ega südameantikehade tiitrit (1). Eri sensibilisatsioonistmega haigete rühmades meie tähelepanekuul olulisi erinevusi (arvestades EKG-d, ensüümianalüüse) nekroosi ulatuses välja selgitada ei ole õnnestunud. Seetõttu oletame, et organismi immuunvastus ei sõltu mitte niivõrd antigeense materjali hulgast, mis satub vereringesse, kui võrd organismi immuunsüsteemi reaktiivsusest.

#### Järeldused.

1. Kõigil infarktahaigetel tekib sensibilisatsioon südameantigeeni suhtes.

2. Sensibilisatsioon südameantigeeni suhtes infarkti põdenud haigetel osal taandareneb, osal jääb aga püsima, millega kaasnevad enamasti tugevad ning sagedad stenokardiahood.

3. IgG kontsentratsioon müokardiinfarktahaigetel ületab suuresti kontsentratsiooni tervete vereseerumis. IgA ja IgM kontsentratsioonid erinevusi ei ole.

4. Kõrged rakulise sensibilisatsiooni näitajad korreleeruvad kõrgete IgG väärtustega.

5. Immuunsüsteemis asetleidvad nihked kajastuvad infarkti kliinilises kulus: kõrgema sensibilisatsiooniga haigetel tekib sagedamini tüsistusi, nagu sagedad stenokardiad, Dressleri sündroom, surmaga lõppevad juhud.

KIRJANDUS: 1. Agrawal, C. G., Gupta, S. P., Chaturvedi, U. C. a. o. *Ing. Int. Arch. Allergy Appl. Immunology*, 1978, 57, 3, 246—252. — 2. Chevrier, A., Girard, N., Delpech, B. a. o. *Bio-medicine*, 1982, 36, 100—103. — 3. Misefari, A., Venza-Teti, D., Teti, G. a. o. *Clin. Immunol. Immunopathol.*, 1981, 18, 1, 85—94. — 4. Wybran, J., Fudenberg, H. H. *J. Clin. Invest.*, 1973, 52, 1026—1032.

5. Ананченко В. Г., Гулевич Н. В., Грязнова Г. И. и др. *Сов. мед.*, 1981, 1, 11—17. — 6. Бененсон Е. В., Борисова А. М., Митрейкин А. Н. *Тер. арх.*, 1981, 11, 33—35. — 7. Корочкин И. М., Чукаева И. И., Кирзон С. С. и др. *Сов. мед.*, 1982, 6, 6—9. — 8. Олейник И. И., Орлов В. Н., Пономарева А. Г. и др. *Воен. мед. ж.*, 1981, 3, 30—33. — 9. Рейзенбук В. Г., Ламп К. М., Мартин С. И., Ускуля М. М. *Лаб. дело*, 1985, 1, 38—40. — 10. Терехова-Уварова Н. А. В кн.: Аутоаллергические реакции миокарда в эксперименте и клинике. М., 1982, 144—145.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia  
Instituut

UDK 616.155.392-036.11:616-036

## Erinevate näitajate osa ägeda leukeemia korral prognoosi aspektist

Sven Lindström Sirje Velbri Luule Sepp  
Aino Ilisjan Mirja Varik  
Silvi Peets Tallinn

äge leukeemia, prognoos, erinevad tegurid, immu-nodepressiivsed tegurid

Äge leukeemia on alla 30-aastaste kõige sagedam onkoloogiline haigus, kuid kahjuks on selle haiguse esinemis-sagedus meie vabariigis üks suuremaid NSV Liidus, olles seega mitte üksnes meditsiiniliseks, vaid ka sotsiaalseks probleemiks. Viimase 10...15 aastaga on märkimisväärseid tulemusi saadud vaid laste ägeda lümfoblastse leukeemia ravis, teiste vormide korral on prognoos endiselt väga halb (8). Praegu pööratakse suurt tähelepanu prognostiliste tegurite uurimisele ja nende võimalikule kasutamisele ravi individualiseerimiseks ägeda leukeemia korral (6, 7). Näiteks esialgu suuri lootusi äratanud immuunravi ei ole alati end õigustanud, kuid selle ravimeetodi lisamine vaid kindlatel näidustustel võib tõhusaks osutada.

Käesoleva töö eesmärk oli ravielselt uurida eri tegurite prognostilist osa ägeda leukeemia korral.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 49 ägeda leukeemia juhtu. Haiged olid 2...78-aastased, neist 12 alla 15-aastased. Enne ravi võeti ette järgmised määramised: perifeerses veres leukotsüütide üldarv, blastsete rakkude protsent, trombotsüütide hulk, hemoglobiini kontsentratsioon, settereaktsiooni kiirus, haptoglobiin, fibrinogeen, immunoglobuliinid (IgG, IgA, IgM),  $\alpha_1$ - ja  $\alpha_2$ -globuliinid; tsirkuleerivad immuunkompleksid sadestusmeetodil polüetüleenglükooliga Digeoni järgi (3), aktiivsete T-lümfotsüütide protsent (roseti moodustumise test oina erütrotsüütidega), anti leukeemiliste rakkude tsütoloogilis-morfoloogiline iseloomustus. Tulemusi hinnati 6...8 nädalat pärast ravi algust. Haiged jaotati kahte rühma: A-rühm (15 juhtu) — leukeemilised rakkude ravi tulemusena perifeerses verest taandunud, kas täielik või mittetäielik remissioon; B-rühm (34 juhtu) — ravi toimetu, blasteemia püsiv.

Tabel. Ägeda leukeemia ravi eelsete tegurite prognostiline väärtus

Tegurid	A-rühm M±m	B-rühm M±m
Haigete vanus aastates	22,70±5,49	46,47±3,66*
Alla 15 aasta vanuseid (%)	53,3	8,8*
SR (mm/t.)	50,2±3,53	51,1±4,15
α <sub>1</sub> -globuliin (g/l)	4,25±0,34	4,51±0,22
α <sub>2</sub> -globuliin (g/l)	8,95±0,65	8,40±0,40
Fibrinogeen (g/l)	2,1±0,03	2,0±0,04
Haptoglobiini (g/l)	1,14±0,42	0,98±0,38
Tsirkuleerivaid immuunkomplekse (optilise tiheduse ühikutes)	0,100±0,01	0,142±0,01*
Tsirkuleerivaid immuunkomplekse leitud (%)	20	62*
IgG (g/l)	11,31±2,40	15,29±1,84
IgA (g/l)	1,37±0,24	2,02±0,21
IgM (g/l)	1,12±0,15	1,32±0,12
Leukotsüüte (x10 <sup>9</sup> /l)	22,79±5,26	39,02±5,96
Blaste (%)	40,68±2,45	56,46±3,86*
Hemoglobiini (g/l)	80,38±5,18	84,02±3,86
Trombotsüüte (x10 <sup>9</sup> /l)	39,17±6,39	50,61±5,71
Aktiivseid T-lümfotsüüte (%)	19,4±3,96	14,30±3,62
Tsütokeemiliselt blastid, lümfotsüütaarrea rakud (%)	73,3	8,8*
Elulemus (päevades)	335,98±56,85	103,40±49,87*

\* Erinevus statistiliselt usaldusväärne.

**Uurimistulemused ja arutelu.** Tulemused kahe uuritava haigeterühma kohta on esitatud tabelis.

Elulemus sõltub esimeste ravikuuride mõjususest (vt. tabel), seega tuleb optimaalset ravi alustada kohe, kuigi alati ei ole selge, mis on konkreetse haigusjuhu jaoks optimaalne. Selle probleemiaga tegeldakse intensiivselt: uuritakse organismi ja kasvaja protsessi vahelisi seoseid ning püütakse leitud sõltuvusi kasutada ravis. Näiteks pahaloovuliste kasvaja, sealhulgas ägedate leukeemia puhul on konstateeritud ägeda faasi, s.o. elektroforeetiliselt põhiliselt α<sub>1</sub> ja α<sub>2</sub>-tsooni kuuluvate valkude kontsentratsiooni tõusu (5, 9). Nimetatud valke ning tsirkuleerivaid immuunkomplekse peetakse kasvaja korral võimalikeks immunodepressiivseteks faktoriteks ja nende tõusu seostatakse haiguse halvema kuluga (4). Meie töö põhjal on α<sub>1</sub>- ja α<sub>2</sub>-globuliinide kontsentratsioon kummaski rühmas tõusnud, seega prognostiliselt tähtsust sellel tõusul ei ole. Et aga haptoglobiini ja fibrinogeeni kui ägeda faasi valkude kontsentratsioon mõlemas rühmas on

normi piires, siis α-globuliinide kontsentratsiooni tõus peab olema tingitud teistest valkudest, näiteks α<sub>2</sub>-makroglobuliinist või tseruloplasmiinist. Tsirkuleerivate immuunkomplekside esinemist ägedat leukeemiat põdejail on seostatud halvema prognoosiga (2), kuigi selliselt ei ole arvanud kõik uurijad (10).

Meie töös ilmneb korrelatsioon induktsioonravi halvema tulemuse ja ravigeelselt tõusnud immuunkomplekside nivoo vahel. Immuunkomplekside haiguse kulgu mõjutav osa ei ole veel selge ja on võimalik, et nende esinemine või puudumine on tingitud leukeemiliste rakkudega assotsieeruvate antigeenide immunogeensetest omadustest. Nii näiteks lümfoblastse leukeemia korral oli immuunkomplekside nivoo tõusnud suhteliselt harva (25%-l juhtudest). Kordagi ei olnud see tõusnud ägeda müeloblastse leukeemia promüelotsütaarse alavormi korral (4 juhtu), kuid elulemus esimese vormi puhul oli 368 päeva, teise puhul vaid 22 päeva.

Kindlad halvema prognoosi tunnused on suur blastoos ja blastide kuulmine müelotsütaarrea rakkude hulka. Sellis-

tel juhtudel tuleks alustada intensiivsetest tsütosaar- ja rubomütsiinkuuridest, kuid neid ei tohi teha vanureil, kes taolist ravi tavaliselt ei talu. Prognoos suure blastoosiga haigetel S. M. Advani (1) arvates paraneks, kui raviskeemi võetaks lisaks ka leukeferees, sest selle ravimeetodiga on võimalik kiiresti, kahjuks küll vaid lühiaegselt, vähendada blasteemiast johtuvat intoksikatsiooni ja parandada kemoterapia mõjusust.

Paremaid tulemusi võib oodata lastel, kuid ikkagi vaid lümfoblastse leukeemiavormi korral. Mitmel lapsel oleme saanud aastaid püsiva täieliku remissiooni ning tinglikult (üle viie aasta kestev täielik remissioon) võiks mõnda haiget tervenenuks pidada.

Seega ei ole äge leukeemia alati organismi kiirelt hävimine viiv fataalne haigus, vaid ravi tulemusena võib haige isegi tervistuda.

**Kokkuvõte.** Juba enne ravi alustamist on vaja kindlaks määrata haiguse tsütokeemilis-morfoloogiline vorm ja seejärel alustada optimaalset ravi. Võimalik, et tulemused paranevad leukefereesi raviskeemi lisamisega, eriti hüperleukotsütoosiga kulgevate vormide korral. Tsirkuleerivate immuunkomplekside ja teiste immunoloogiliste näitajate prognostilise tähtsuse selgitamiseks on vajalik täiendav uurimine.

KIRJANDUS: 1. Advani, S. M., Rao, D. N., Gopal, R. a. o. Am. J. Hematol., 1983, 15, 1, 35—43. — 2. Carpentier, N. A., Fiere, D. M., Schuh, D. a. o. New Engl. J. Med., 1982, 307, 19, 1174—1180. — 3. Digeon, M., Bach, J.-F. Presse Med., 1977, 43, 6, 4031—4038. — 4. Kaboth, U. In: Plasma-pheresis, Immunology and Oncology. Symposium in Göttingen. Abstracts. Basel, 1982, 128—139. — 5. Lafargue, I. P., Boisserie, P. L'ouest med., 1983, 36, 2, 69—72. — 6. Lenk, H., Frauer, H. M., Wilms, K. a. o. Klin. Wochenschr., 1983, 61, 7, 329—338. — 7. McCredie, K. B., Gehan, E. A., Freireich, E. I. a. o. Cancer, 1983, 52, 6, 958—966. — 8. Ramot, B., Modan, M., Meerwitz, Y. a. o. Isr. J. Med. Sci., 1982, 18, 447—457. — 9. Shah, I., Lewkow, L. M., Khilani, U. Cancer, 1983, 51, 5, 851—854. — 10. Williams, R. C., Duncan, M. H., Tung, K. S. a. o. Clin. Exp. Immunol., 1983, 54, 2, 418—423.

Tallinna Vabariiklik Haigla  
Eksperimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut

UDK 616.12-008.318.4-079

## Ventrikulaarse ekstrasüstoolia eristamine südame isheemiatõbe põdejail ja funktsionaalsete südamehäiretega haigetel

Veera Mahhotina Ester Levin  
Jüri Kaik Tallinn

sage ventrikulaarne ekstrasüstoolia, Holteri monitorjälgimine, Lowni klassifikatsioon

Ventrikulaarse ekstrasüstoolia — kõige sagedamini registreeritava südamehäire — kliiniline osa võib olla väga erinev. Sageli on ventrikulaarseid ekstrasüstoleid täheldatud nii praktiliselt tervetel kui ka tugevate südamekahjustustega (südame isheemiatõbi, kardiomiopaatia) inimestel. Enamikul juhtudel eelneb äkksurmale samuti nende teke või sageduse suurenemine. Seetõttu on ekstrasüstoolia eristamisel südame isheemiatõbe ja funktsionaalsete häirete puhul oma kindel koht.

24-tunnine EKG monitorjälgimine (Holteri) on laialdaselt kasutusel ekstrasüstolite esinemissageduse määramiseks mitmesuguste südamehaiguste korral (2, 3, 5, 6). Samal ajal on vaid mõnes üksikus töös tähelepanu pööratud monitorjälgimise võimalustele ventrikulaarse ekstrasüstoolia põhjuste väljaselgitamiseks (1, 4).

Käesoleva töö eesmärk oli leida tunnused, mis võimaldaksid Holteri monitorjälgimise puhul eristada sagedat ventrikulaarset ekstrasüstooliat südame isheemiatõbe põdejail ja orgaanilise südamekahjustuseta haigetel.

**Uurimismaterjal ja -meetodid.** Uuriti 43 sageda ventrikulaarse ekstrasüstooliaga haiget, kes rinnakutaguste valude tõttu olid suunatud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi vältimatu ja diagnostilise kardioloogia osakonda. Ekstrasüstoolia diagnoositi elektrokardiograafiliselt rahuolekus või veloergomeetria ajal. Ventrikulaarsete ekstrasüstolite eris-

tamiseks aberreerunud supraventrikulaarset registreeriti südame elektrogramm söögitoru kaudu. Kõigil haigetel tehti rindkere röntgen-uuring, veloergomeetria, kahemõõtmeline ehho-kardiograafia, selektiivne koronarograafia ja kontrastventrikulograafia. EKG registreeriti ööpäeva jooksul ning analüüsi aparaadiga «Memoport C» (firma «Hellige»). Lindistuse analüüsil määrati rütmihäirete raskusaste Lowni järgi (vt. tabel 1), fikseeriti ekstrasüstolite eri konfiguratsioonide arv ja nende maksimaalne hulk minutis ööpäeva jooksul. Arvestati supraventrikulaarsete rütmihäirete esinemist ja ST-T-kompleksi muutusi.

**Uurimistulemused ja arutelu.** Järel-duste tegemisel võeti arvesse 22 haigel saadud uurimistulemused, mis vastasid südame isheemiatõve või funktsionaalse südamehäire kriteeriumidele. Ülejäänud 21 haigel diagnoositi kõrgvererõhutõvest põhjustatud müokardikahjustus, kardiomüopaatiaid, aordiklapirike.

Esimese rühma moodustasid 14 haiget, kellel oli vähemalt kolm järgnevast neljast südame isheemiatõve kriteeriumist:

- 1) tüüpiline pingutusstenokardia,
- 2) südame isheemiatõve suhtes positiivne veloergomeetria proov,
- 3) ühe või enama peamise pärgarteri tugev (rohkem kui 75% valendikust) stenoos koronarogrammil,
- 4) dokumenteeritud müokardiinfarkt anamneesis.

Funktsionaalseid südamehäireid diagnoositi 8 haigel (teine rühm) järgmiste tunnuste põhjal:

**Tabel 1. Ventrikulaarsete rütmihäirete raskusastmed Lowni klassifikatsiooni järgi**

Raskusaste	Elektrokardiograafiline iseloomustus
0	Ventrikulaarsed ekstrasüstolid puuduvad
1	Alla 30 ekstrasüstoli tunnis
2	Üle 30 ekstrasüstoli tunnis
3A	Polümorfseid ekstrasüstolid
3B	Bigeminnie allorütmia
4A	Paarisekstrasüstolid
4B	Ventrikulaarse tahhükardia paroksüsmid (viis või enam sarnase konfiguratsiooniga ventrikulaarset ekstrasüstolit)
5	Varajased ekstrasüstolid (R/T fenomen)

**Tabel 2. Maksimaalse raskusastmega rütmihäired esimese ja teise rühma haigetel**

Raskusaste Lowni järgi	Haigete arv	
	esimene rühm	teine rühm
1	1	0
2	2	2
3A	3	0
3B	0	5
4A	6	1
4B	1	0
5	1	0
Kokku	14	8

- 1) tüüpilise pingutusstenokardia puudumine,
- 2) süstoolne  $RR \leq 160$  mmHg, dias-toolne  $RR \leq 95$  mmHg,
- 3) muutusteta südame-röntgenogramm,
- 4) muutusteta rahuoleku-EKG,
- 5) muutusteta ehokardiogramm,
- 6) südame isheemiatõve suhtes negatiivne veloergomeetria,
- 7) pärgarterite kliiniliselt ebaoluline (alla 50%) stenoos koronarogrammil.

Rütmihäirete maksimaalne raskusaste Lowni järgi on toodud tabelis 2. Nagu selgub, on südame isheemiatõbe põdejatel kõige sagedam rütmihäire paarisekstrasüstoolia, 8 haigel 14-st. Kahel haigel registreeriti täiendavalt lühiaegseid ventrikulaarse tahhükardia paroksüsme ja ühel varajasi ekstrasüstoleid (R/T fenomen), mis tingis nende paigutamise raskuskategooriatesse 4B ja 5 (vt. tabel 2).

Funktsionaalseid südamehäireid iseloomustas bigeminnie allorütmia — kuuel juhul kaheksast, kusjuures alati täheldati monomorfseid ekstrasüstoleid. Ainult ühel selle rühma haigel esines sagedase bigeminnie allorütmia foonil paarisekstrasüstoolia. Samal ajal registreeriti esimesse rühma kuuluvatest haigetest bigeminnie ekstrasüstoolia ühel; teisi allorütmiaid (trigeminiinseid ja tetrageminiinseid) tuli ette mõnevõrra sagedamini. Andmed tõendavad bigeminiinse ekstrasüstoolia healoomulisust juhtudel,

kui see ei ole põhjustatud digitaalis-  
mürgitusest.

Ekstrasüstolite konfiguratsioone oli keskmiselt  $2,14 \pm 0,6$  ( $M \pm m$ ) esimeses rühmas ja  $1,38 \pm 0,34$  teises rühmas (erinevus on statistiliselt oluline,  $P < 0,05$ ). Hisi kimbu vasaku sääre blokaadi meenutava konfiguratsiooniga ekstrasüstolid olid kõikidel esimese rühma haigetel ja ainult pooltel teise rühma haigetel, parema sääre blokaadi konfiguratsiooniga ekstrasüstoleid registreeriti enam-vähem ühesuguse sagedusega mõlemas rühmas.

Ekstrasüstolite maksimaalne arv minutis oli esimese rühma haigetel keskmiselt mõnevõrra väiksem kui teises rühmas ( $13,25 \pm 7,0$  ja  $16,25 \pm 8,6$ , erinevus ei olnud statistiliselt oluline:  $P > 0,5$ ) ning see varieerus mõlemas rühmas suurtes piirides — 2 kuni 42-ni esimeses rühmas ja 2 kuni 34-ni teises rühmas.

Ilmnes teatud seaduspärasus ekstrasüstolite esinemissageduses ööpäeva jooksul. Südame isheemiatõbe põdejail oli see suurim varahommikul, funktsionaalsete südamehäiretega haigetel aga öösel ja pärastlõunal.

Supraventrikulaarseid rütmihäireid registreeriti esimese rühma 14 haigest kaheksal. Tegemist oli ennekõike sagedase supraventrikulaarse ekstrasüstooliaga (minutis maksimaalselt 14); kahel haigel registreeriti siinustahhükardia ja ühel supraventrikulaarse tahhükardia paroksüsmid. Funktsionaalse südamehäire korral esines supraventrikulaarseid rütmihäireid harvem ja need olid väiksema intensiivsusega.

ST-T-kompleksi muutusi ööpäeva jooksul registreeritud EKG-s täheldati ligikaudu pooltel esimese rühma ja 1/3-1 teise rühma uuritutest. Südame isheemiatõbe põdejaist kaasnesid repolarisatsioonifaasi muutustega paljudel stenokardia ja ventrikulaarsete ekstrasüstolite sagenemine. Teise rühma haigetel vahetut seost EKG muutuste ja kaebuste vahel ei olnud.

## Järeldused.

1. Südame isheemiatõbe põdejatel registreeritakse ööpäeval monitorjälgimisel kõige sagedamini paarisekstrasüstoleid ja lühiaegseid ventrikulaarse tahhükardia paroksüsme. Iseloomulik on ekstrasüstolite polümorfism.

2. Orgaanilise südamekahjustuseta patsientidel esinevad ventrikulaarsed rütmihäired ennekõike bigemiinse allorütmia kujul.

3. Ventrikulaarsete ekstrasüstolite maksimaalne sagedus minutis ja üldarv ööpäeva jooksul ei võimalda diferentsida südame isheemiatõbe funktsionaalset südamehäirest.

KIRJANDUS: 1. *Bethge, K.-P., Bethge, D., Meiners, G. a. o.* Eur. Heart J., 1983, 4, 338—346. — 2. *Breithardt, G., Borggreffe, M.* In: Abstracts of 9th European Congress of Cardiology. Düsseldorf, 1984, 260. — 3. *Coumel, Ph.* Br. Heart J., 49, 3, 201—204. — 4. *Hartwig, C.-A., Trappe, H.-J., Wenzlaff, P. a. o.* In: Abstracts of 9th European Congress of Cardiology. Düsseldorf, 1984, 248. — 5. *Lewis, B. H., Antman, E. M., Graboys, Th. B. J.* Am. Coll. Cardiol., 1983, 2, 3, 426—436. — 6. *Podrid, Ph. J., Lown, B.* Am. Heart J., 1982, 104, 2, 491—496.

Kardioloogia Teadusliku Uurimise  
Instituut

UDK 616.342-002:616-056.49-089.168.1-06

## Uitnärvi erutusjuhtivuse ajutise elektrilise blokeerimise test vagotoomia efektiivsuse ja täielikkuse hindamisel

Andres Kork Uno Sibul Rando Truve  
Indrek Miidla Tallinn

vagotoomia, kaksteistsõrmiku haavandtõbi, retsiidiivid, vagotoomia efektiivsuse ja täielikkuse määramine, vagotoomia mudel

Püloroduodenaalsete haavanditega haigete kirurgilises ravis on sageli kasutatud proksimaalset vagotoomiat kui vähe traumeerivat elunditsäilitavat operatsiooni. Ent selle ravimeetodi vajuküljeks on retsidiividega haigete suhteliselt kõrge protsent, 10...20% opereerituist.

Peamine retsidiivide tekke põhjus on operatsiooni mahu ebaõige valik ja vagotoomia mittetäielikkus.

Tallinna Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonnas on vagotoomia efektiivsuse ja täielikkuse operatsiooniaegseks hindamiseks 1982. aastast olnud kasutusel uus meetod. Meetod põhineb sellel, et söögitoru abdominaalsesse ossa viidud elektroodide abil kutsutakse esile erutusjuhtivuse pidurdus uitnärvi kiududes, s.t. luuakse vagotoomia mudel.

Operatsiooni ajal vagotoomia efektiivsust prognoosides mõõdetakse operatsiooni algul pH väärtused maokorpuse ja -antrumi limaskestal pärast uitnärvi kiudude erutusjuhtivuse elektrilist blokeerimist. Haigetel, kelle mao limaskesta pH väärtused pärast elektrilist blokeerimist tõusevad ( $\text{pH} \geq 5,0$ ), tehakse proksimaalne vagotoomia. Haigetel, kellel pH väärtused elektrilise blokaadi ajal muutuvad vähem ( $\text{pH} < 5,0$ ), on maosekretsiooni regulatsiooni humoraalse komponendi osa mao happetootmises ilmselt tõusnud. Nendel on antrumektomia koos selektiivse vagotoomiaga sobivaim operatsiooni meetod.

Vagotoomia täielikkuse hindamiseks võrreldakse vagotoomia mudeli tingimustes mao limaskestal mõõdetud pH väärtusi nende pH väärtustega, mis on saadud kirurgilise vagotoomia järgselt. Juhul, kui nimetatud näidud ühtivad, peetakse vagotoomiat täielikuks. Vastasel korral tuleb uitnärvi kiude veel täiendavalt läbi lõigata.

Kirjeldatud meetodikat kasutades määrati operatsiooni ajal vagotoomia efektiivsust ja täielikkust 83 kaksteistsõrmiku haavandtõbe põdejal. 79 haigel osutus vagotoomia efektiivsuse määramise test positiivseks ning neil tehti proksimaalne vagotoomia. Neljal haigel, kelle mao limaskesta pH väärtused jäid vagotoomia mudeli ajal 5,0-st madalamaks, tehti vagotoomia koos antrumektomiaga. Uuringu andmeil osutus täiendav uitnärvi kiudude läbilõikamine operatsiooni ajal vajalikuks 33,9%-l opereerituist.

Kõik opereeritud dispanseeriti. Järelekontrollil hinnati vagotoomia täielikkust Hollanderi testi ning fenibutesti abil. Kõikidel tehti mao röntgenoloogiline uuring ning gastroduodenooskoopia. Retsidiivhaavand avastati ühel haigel (1,2%).

Uuringu tulemusi võrreldi kontrollrühma haigetel saadud tulemustega. Kontrollrühma kuulus 1980...1984. aastani ilma operatsiooniaegse kontrollita opereeritud 94 haavandtõbe põdejat, kellel oli tehtud proksimaalne vagotoomia. Järelekontrollil leiti kaksteistsõrmiku retsidiivhaavand kaheksal haigel (8,5%), sekretsiooniuringute põhjal oli neist seitsmel vagotoomia mittetäielik. Ühel haigel oli väljendunud maomotoorikahäire.

Uurimistulemused lubavad väita, et operatsiooniaegne vagotoomia täielikkuse ja efektiivsuse määramine aitab vagotoomia järgsete retsidiivhaavandite teket tunduvalt vähendada ( $P < 0,01$ ).

Tallinna Pelgulinna Haigla  
Tallinna Linna RSN Täitevkomitee  
Tervishoiuosakond

UDK 616.844/.846

## Vestlus suitsetamise kahjulikkusest — arstitöö argirutiiniks

Liisa Elovainio · Helsingi

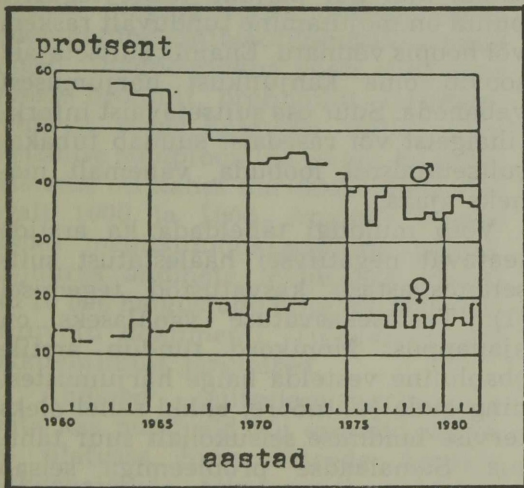
suitsetamine, tervishoiuorganisatsioon, arsti-eetika

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil põhjustab suitsetamine 80% kopsuvähijuhitudest, 30% kõigist pahaloomulistest kasvajatest, 75% hingamiseldundite haigustest ning 25% südamelihase infarkti juhtudest. Maailmas suitsetatakse aastas 4 000 miljardit sigaretti, sellest Soomes 8 miljardit. 1982. aastal rakendati juba 60 maal seadusjärgseid abinõusid suitsetamise vähendamiseks.

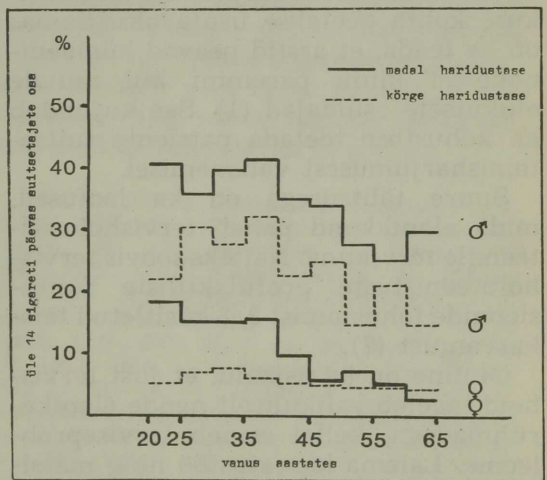
Suitsetamisest tingitud tervisekahjustusi käsitlevad teadusandmed avaldavad tõhusamat kasvatuslikku mõju, kui neile lisada julgustav ütlus «Suitsetamise võib alati maha jätta». See fraas on kohane nii kümneid aastaid suitsetanule (5) kui ka noorele, alles algajale (8). See on kohane ka veel siis, kui

inimesel ravitakse juba kopsuvähki (3). Et selgitada rahvastiku suitsetamisharjumusi, küsitletakse Soomes igal poolaastal 15...64-aastaste väljavõtteliselt valitud isikute rühma. Tulemused näitavad, et 1960. aastast alates on suitsetajate osa vähenenud meeste hulgas. Naiste hulgas sageses suitsetamine 1975. aastani, misjärel suitsetajate arv stabiliseerus (vt. joonis 1). Sealjuures on suitsetamine endiselt tunduvalt levinum meestel. Mõlemast soost suitsetajate hulgas on ilmne madalama haridustasemega inimeste ülekaal (vt. joonis 2). Noortel seostub suitsetamissagedus õppeedukusega: gümnaasiumi lõpuklasside edukaist õppureist suitsetab vaid 10%, ent lõpuklasside halvema edasijõudmisega noortest 24%. Õpingud katkestanud või vaid kohustusliku koolihariduse saanud 18-aastastest oli enam kui iga teine igapäevasuitsetaja (vt. tabel) (8).

Vaatamata sellele, et suitsetamine on ohtlik kõigile ning umbes 25% suitsetavatest meestest sureb enneaegselt (9), tavatsetakse suitsetamisprobleemi käsitleda üksnes teatud kindla riskirühma probleemina. Ometi väärub selles osas tähelepanu iga arstiabi saama pöörduv inimene omaette.



Joonis 1. 15...64-aastaste igapäevasuitsetajate protsent Soomes aastail 1960...1982 soo järgi (alates 1974. aastast on küsitletud telefoni teel igal poolaastal).



Joonis 2. Igapäevasuitsetajate protsent Soome rahvastiku madalama ning kõrgema haridustasemega rühmas aastail 1979...1981 soo ja vanuse järgi.

**Tabel. Suitsetajate protsent 18-aastaste soomlaste hulgas olenevalt õppeedukusest**

Suhe õppeasutusega, õppeedukus	Igapäeva-suitsetajate osa
Gümnaasiumi lõpuklassid, hea õppeedukus	10%
Gümnaasiumi lõpuklassid, keskmine või halb õppeedukus	24%
Gümnaasiumi algklassid	25%
Kutsekoolid või muud õppeasutused	40%
Ei käi koolis, kuid on pärast kohustuslikku kooliharidust veel kusagil õppinud	39%
Ei käi koolis, on saanud vaid kohustusliku koolihariduse	56%

Tervishoiu panus suitsetamisvastasse võitlusesse võiks olla senisest suurem. Siinkohal käsitletun antud probleemi arsti vaatevinklist. Eeldusi arstide osatähtsuse suurendamiseks elanikkonna suitsetamisharjumuste muutmisel on mitmeid. Neist võiks tuua näiteks järgmised.

#### **Tugevad eetilised eeldused.**

Arstkond on suitsetamise kahjulikkuse idee üldiselt omaks võtnud. Arstide endi seas on suitsetamine nüüdseks harv näht. See annab tunnistust tõigast, et teadusandmeid suitsetamise kahjulikkuse kohta peetakse usutavaks. Samas on ka teada, et arstid peavad hügieeni- nõuetest kinni paremini kui muude elukutsete esindajad (1). See kujundab ka kohustuse toetada patsiente suitsetamisharjumusest vabanemisel.

Suure tähtsusega on ka lootused, mida elanikkond paneb tervishoiusüsteemile tervikuna. Näiteks soovis tervishoiuteenistuste profülaktiliste funktsioonide tõhustamist 2/3 küsitletud täiskasvanuist (7).

Oluline on ka asjaolu, et just tervishoid tegeleb valikuliselt nende elanikerühmadega, kellel esineb terviseprobleeme. Laiema kasvatustöö ning massiteabe puhul avaldavad mõju teised valikuprintsiibid. Kuigi tervisekasvatus peaks toimuma vabatahtlikkuse alusel, on just tervishoiul võimalus käsitleda iga abivajaja probleeme, lähtudes isik-

likest kogemustest, riskiteguritest, anamneesist ning vajadustest. Suitsetamisvastases võitluses on tervishoiu käsutuses ka mitmeid spetsiifilisi abivahendeid, näiteks nikotiiniga närimiskummi, nõelravi, laboratoorsed eriuuringud.

Tähtsaks eetiliseks kaalutluseks peaksin samuti seda, et suitsetamisküsimuse kõrvalejätmine tooks kahju kogu ülejäänud tervisekasvatusele. Kui suitsetamisvastane propaganda jääb tegemata seal, kus see on otse vajalik, näiteks pulmonoloogiapolikliinikus, kaob pind ka kogu muu tervisekasvatuse jalge alt.

#### **Elanikkonna hõlmamise lihtsus.**

Aasta jooksul puutuvad tervishoiutöötajad kokku valdava osaga elanikkonnast. 1984. aasta kevadel tehtud kokkuvõtte põhjal oli 80% Soome täiskasvanuist 12 viimase kuu vältel käinud tervishoiukeskustes ning 13% oli viibinud haiglas. Soomes on aastas loendatud 15 miljonit arsti juures käimist. Niisiis on tervishoid suitsetamistõrje peamine reserv.

#### **Head väljavaated edu saavutamiseks.**

Suitsetamist kui mitmete krooniliste haiguste riskitegurit võib mõjutada, samal ajal kui paljude teiste tegurite puhul on mõjutamine tunduvalt raskem või hoopis võimatu. Enamik suitsetajaid soovib oma kahjulikust harjumusest vabaneda. Suur osa suitsetavaist infarktihaigeist või rasedaist suudab tubakasuitsetamisest loobuda, vähemalt mõneks ajaks.

Võib muidugi täheldada ka arstide teatavat negatiivset häälestatust suitsetamisvastase kasvatustöö tegemisel (1). Tervisekasvatuse vaenlaseks on ajanappus. Mõnikord tundub arstile ebaoluline vestelda haige harjumustest ning anda juhtnööre, ehkki sellel oleks tervise hoidmise seisukohalt suur tähtsus. Samalaadse probleemiga seisab arst vastamisi näiteks juhtumil, kui patsiendiks satub kolleeg. Enamasti piirdub arst sel puhul palju napimate ravialaste või muude ettekirjutustega kui tavaliselt. Arvatakse, et liiga detail-

sete soovitude andmine asjades, mida patsient peaks ise teadma, kahjustab hinnangut arsti erialase asjatundlikkuse kohta.

Lühikegi arsti ja patsiendi vaheline vestlus suitsetamise asjus võib kasulikuks osutada (2, 10). Seega peaks neid vestlusi olema enam. Kõnelusi suitsetamisküsimuses stimuleeriks kindlasti see, kui patsiendi harjumuste kajastamine meditsiinidokumentides oleks kohustuslik. Nii kujuneks vestlus suitsetamise kahjulikkusest osaks tervishoiu argirutiinist. Soomes tähendaks see 15 miljonit suitsetamisvastase kasvatus-töö seansi aastas. Muidugi oleks ehk tegemist tervishoiu ressurside raiskamisega, ent kas me pole praegu hoopis teises äärmuses. Kui levinud on suitsetamisharjumustest vestlemine tervishoius?

#### **Patsiendiga ei vestelda suitsetamisest.**

1984. aastal korraldas Soome Vähiühing uurimise selgitamiseks, mil määral kajastub suitsetamisküsimus kahe patsientide rühma meditsiinidokumentides (4). Uurimisaluste ühe rühma moodustasid tervishoiukeskustes vastuvõttudel käinud, hormonaalseid rasestumisvastaseid vahendeid tarvitanud 15...44-aastased naised. Teise rühma kuulusid ägedaid hingamisteede nakkushaigusi põdenud ning antibiootikumravi saanud haiged. Diagnoosidena võeti siinjuures arvesse bronhiit, bronhioliit, larüngiit, trahheiit, seega haigused, mille puhul tõenäolise sümptoomina esines ka köha. Patsiente oli kahes uurimiserühmas vastavalt 1000 ja 1006. Analüüs toimus üksnes meditsiinidokumentide põhjal, kusjuures andmete leidmiseks töötati läbi 10 000 haiguslugu ning 280 000 arsti vastuvõtu dokumenti. Tulemused olid kokkuvõtlikult järgmised.

1. Andmed suitsetamisharjumuste kohta kas puudusid või esinesid ainult 5% ulatuses hingamisteede ägedate nakkushaiguste tõttu ravil viibinute haiguslugudest.

2. Vastus küsimusele, kas tegemist on suitsetajaga või mitte, sisaldas vaid iga teise hormonaalseid rasestumisvastaseid

preparaate kasutava naise ravi dokumentides. Sealjuures fikseeriti need andmed eranditult vaid esimesel kokkupuutel patsiendiga, ehkki on teada, et jätkuva suitsetamise puhul lisandub aja jooksul selle raviviisi tervist kahjustav toime.

3. Märkmed tervisekasvatuse kohta puudusid mõlema uuritavate rühma meditsiinidokumentides.

Patsiendi suitsetamisharjumuste harv kajastumine meditsiinidokumentides viitab asjaolule, et selles küsimuses ei vestelda. Ei ole tõenäoline, et andmed on ajanappusest jäänud üksnes fikseerimata, mitmed teised andmed, näiteks limaskestade värvus või kopsude kuulatlemisleid, on ju talletatud suure üksikasjalikkusega. See kõik kehtib ka arsti koduviisi kajastavate kirjapanekute kohta.

#### **Arsti soovitustel on mõju.**

Arsti nõuannete tõhusust on hinnatud üsna kõrgeks. 1982. aastal avaldatud vaatlustulemuste (6) põhjal võib arsti poolt antud soovitus suitsetamisest loobumiseks olla efektiivne 20...40%-l patsientidest. Nii kõrget loobumisnäitu võib seostada mõnes erirühmas, näiteks infarktihaigetel, saadud heade tulemustega. Ülejäänud patsientide hulgas on suitsetamisest loobujate osa muidugi tunduvalt väiksem, umbes 5%. Paljude meelest ei ole selline tulemus julgustav. Meie arvates võib seda kulutatud aja vähesuse ning vaeva tagasihoidlikkuse juures siiski suurepäraseks pidada.

KIRJANDUS: 1. Dismuke, S. E., Miller, S. T. JAMA, 1983, 249, 3181—3183. — 2. Jamrozik, K., Vessey, M. a.o. Br. Med. J., 1984, 288, 1499—1503. — 3. Johnston-Early, A., Cohen, M. H. a.o. JAMA, 1980, 244, 2175—2179. — 4. Launis, R. Sos. Aikak., 1984, 3, 34—36. — 5. Lubin, J. H., Blot, W. J. a.o. Br. Med. J., 1984, 288, 1953—1956. — 6. Pederson, L. Prev. Med., 1982, 11, 71—84. — 7. Puska, P., Smolander, A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen. Kevät 1982. Kansasterveyslaitoksen julkaisu, B I, 1983. — 8. Rimpelä, A. Acta paediatr. scand., 1982, Suppl. 297. — 9. Royal College of Physicians. Health or Smoking? Follow-up Report. London, 1983. — 10. Russel, M. A. H., Wilson, C. a.o. Br. Med. J., 1979, 2, 231—235.

Soome Vähiühing

UDK 616.361-089

## NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Teadusliku Kirurgiakeskuse tööst

Hubert Poola · Tallinn

sapiteede operatsiooniaegsed kompleksuuringud, koletsüstektomia, koledohhotoomia, duodenotoomia, biliodigestiivsed anastomoosid, portaalhüpertensioon

1985. aasta jaanuaris-veebruaris viibisin täiendusel nimetatud keskuse (direktor akadeemik B. Petrovski) maksa-, sapiteede- ja kõhunäärme kirurgia osakonnas (juhataja Vene NFSV teeneline teadlane, direktori asetäitja teaduslik-kliinilise töö alal prof. O. Milonov). Et keskuse kõik osakonnad ja funktsionaalsed allüksused on omavahel tihedalt seotud, avanes võimalus tutvuda ka teiste osakondade tööga.

Tööpäev algas 15-minutise arstide koosolekuga igas osakonnas, kus lühidalt arutati eelmisel päeval tehtut ja algavaks päevaks planeeritud. Järgnes umbes 30 minutit kestev kõigi keskuse teadustöötajate ja arstide nõupidamine akadeemik B. Petrovski eesistumisel, kus vastutav reanimatoloog ja valvekirurg andsid ülevaate juba opereeritud raskelt haigete seisundist. Vajaduse korral täiendasid ettekannet osakonnajuhatjad. Iga osakonna esindaja kandis ette, millised operatsioonid samaks päevaks plaanis on. Lõpuks arutati jooksivaid küsimusi. Järgnes töö operatsiooniruumides ja osakondades, mis kestis tavaliselt kella 17...18-ni. Igapäevasest tööst vabal ajal võis töötada keskuse teadusraamatukogus.

Reedeti toimusid umbes kahetunnised teaduskonverentsid, kus oli esindajaid paljudest kirurgiainstituutidest ja haiglatest ning millest sageli võtsid osa ka väliskülalised. Iga osakonna juhataja rääkis nädala enam huvipakkuvatest operatsioonidest, kasutades hästi valmistatud illustratsioone.

Kirurgiakeskusel on 400 voodikohta, valikuliselt võetakse haigeid vastu kogu Nõukogude Liidust erialakomisjoni otsuse põhjal. Igas osakonnas opereeritakse keskmiselt 10...15 või enam haiget nädalas. Teadustöötajaid on 267, neist vanemteadureid 106, teadusdoktoreid on 38 ja -kandidaate 162. Kirurgiakeskusel on filiaalid Taškendis, Jerevanis, Irkutskis ning Moskva 20. Haiglas.

Kirjutis annab vaid lühiülevaate kirurgiakeskuse struktuurist ja mõningatest uurimissuundadest. Käsitletud on üksnes neid sapiteedekirurgia probleeme, mis puudutavad ka meie igapäevast tööd.

Südamekirurgiaosakond (juhataja prof. B. Konstantinov) sai möödunud aastal riikliku preemia plastmassist kuuljate südameklappide kasutuselevõtu eest. Osakonnal on suured kogemused südamekasvajate diagnoosimise ja kirurgilise ravi alal, opereeritud on 34 südameümüksoomiga haiget. Südamekirurgiaosakonnas tegeleb koronaarkirurgiaga meditsiinidoktor B. Šapalkini poolt juhendatav teadlaste rühm.

Ka veresoontekirurgia osakonnas (juhataja A. Martõnov) tegeldakse koronaarkirurgiaga, ülekaalus aga on alajäsemete arterite šunteerimine ja mitmesugused neeruarterite operatsioonid renaalse hüpertoonia puhul. Opereeritud on 110 kõhuaordi aneurüsmiga haiget — suurim taoliste operatsioonide arv maailmas. Rakendatakse uusi röntgenkirurgilise ravi meetodeid, nagu verejooksu peatamine angiograafilise kontrolli all veresoone tromboseerimise või embolisatsiooni abil. Kasutatakse ultraheli veresoonte laiendamiseks, laserit aterosklerootiliste naastude eemaldamiseks.

Söögitoru- ja maokirurgiaosakonnas (juhataja prof. A. Tšernoussov) opereeritakse haigeid, kellel on söögitorusöövitude järgsed striktuurid, kasutades vastavalt näidustustele väga mitmekesist metoodikat. Sagedad on diafragmaosongade operatsioonid, vagotoomia kaksteistsõrmiku haavandtõve, samuti operatsioonid maovähi puhul. On tehtud



Fotol on NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Teadusliku Kirurgiakeskuse barokambrite saal. A. Jakovlevi foto.

106 rekonstruktiivset operatsiooni mao resektsioonijärgsete peptiliste haavanditega haigetel. Peetakse vajalikuks, et vagotoomiat teeksid oma ala vilunud kirurgid. Ei pooldata meetodi laialdast rakendamist igas kirurgiaosakonnas.

Kopsu- ja keskseinandikirurgia osakonnas (juhataja prof. I. Birjukov) on kopsuvähi operatsioonijärgne letaalsus suudetud viia 3,2%-ni (siia ei ole arvatud liitoperatsioone).

Kudede ja elundite transplantatsiooni osakonnas (juhataja prof. O. Belorussov) on seni tehtud üle 700 neerutransplantatsiooni, kusjuures transplantaat on võetud kas sugulaselt või laibalt. Esimese taolise operatsiooni Nõukogude Liidus sooritas akadeemik B. Petrovski 1965. a. Osakonna juures töötab hemodialüüsilaboratoorium, kus tehakse üle 50 hemodialüüsi nädalas.

Mikrokirurgiaosakonnas (juhataja prof. V. Krõlov) on tehtud 700 operatsiooni, neist 70 replantatsiooni jäsemetel. Ühtlasi juhendatakse üle kogu Nõukogude Liidu rajatud 40 mikrokirurgiaosakonna tööd. Jaanuaris-veeb-

ruaris oli kolm rasket operatsiooni: ühel haigel oli mõlema sääre replantatsioon (traumaatiline amputatsioon keskosas rongiavarii tõttu), ühel sama operatsioon alajäsemel ning ühel haigel replantatsioon käsivarre keskosas. Oluliseks peetakse seejuures jäsemete lühendamist, et eemaldada traumeeritud koed, hiljem aga võib vajaduse korral ette võtta rekonstruktiivseid operatsioone. Replantatsioonijärgselt rakendatakse kompleksravis hüperbaarilist oksügenatsiooni, kõik protseduurid tehakse barokambris. Osakonnas juurutatakse mikrokirurgilist tehnikat nõudvat kudede autotransplantatsiooni, näiteks nahaülekandeid troofiliste haavandite puhul, kusjuures transplantaadi veresooneid ühendatakse vastava piirkonna veresoontega.

Suur töömaht on anestesioloogiaosakonnal (juhataja prof. A. Bunjantjan). Isegi väiksemad operatsioonid toimuvad üldnarkoosis.

Kirurgiakeskusel on hästi sisustatud röntgenradioloogiaosakond, kunstliku vereringe, immunoloogia- ja muud laboratooriumid. Rahvusvaheliste side-

mete osakonna vahendusel on keskusel kontakt maailma juhtivate kirurgiaalaste uurimisasutustega.

Akadeemik B. Petrovski rõhutas korduvalt hüperbaarilise oksügenatsiooni suurt osa kirurgiliste haigete ravis. Kirurgiakeskuse vastav osakond on üks esinduslikumaid maailmas. On eraldi palatid septilise protsessiga ja reanimatsiooni vajavate haigete tarvis. Suurtes barokambrites asuvad ka operatsiooniruum ja protseduurituba. Võimalik on ette võtta ühiseid raviseansse ambulatoorsetele haigetele. Nõukogude Liidus on 20 hüperbaarilise oksügenatsiooni osakonda, meil toodetakse 70 tüüpi barokambreid.

Maksa-, sapiteede- ja kõhunäärme-kirurgia osakond (juhataja prof. O. Milonov) on esinenä sellealane eriosakond Nõukogude Liidus. Siin on tehtud üle 4000 sapipõie- ja sapiteede operatsiooni. Korduvaid sapiteede operatsioone on 900 piires. Aastas tehakse üle 500 koletsüstektoomia. Ainuüksi kõhunäärme-süstide tõttu on opereeritud üle 100 haige (4).

Sapipõie ja sapiteede operatsioonielsetest röntgenkontrastsetest uurin-gutest eelistatakse kombineeritud koletsüstokolangiograafiat: uuringule eelneval õhtul manustatakse haigele kontrastainet suu kaudu ning uuringu eel viiakse kontrastainet glükoosilahuses veeni infusiooni teel.

Kindla koha on saanud ultrasonograafilised ning kompuutertomograafilised uuringud. Vajaduse korral rakendatakse laparoskoopilisi ja endoskoopilisi diagnoosimisvõtteid, samuti sooritatakse vastavaid minioperatsioone.

Erilist rõhku pannakse sapiteede operatsiooniaegsetele uuringutele (2, 5), kusjuures röntgenoloogilisi uuringuid tehakse igal haigel: algul röntgentelevisiooni koleskoopia, seejärel röntgen-või elektrokolegraafia. Peale sapiteede haiguslike muutuste avastamise peetakse nimetatud uuringuid vajalikuks anatoomiliste iseärasuste väljaselgitamisel, vältimaks sapiteede vigastusi operatsiooni ajal. Oli võimalus veel kord veenduda, et operatsiooniaegsed uurin-

gud, alates inspeksioonist ja lõpetades kolangioskoopiaga, peavad üksteist täiendama. Transilluminatsioon võimaldab nii mõnelgi puhul avastada väikesi kive sapiteedes, mis teiste uurin-gute korral võivad avastamata jääda. Operatsiooniaegse koledohhoskoopia näidustused on järgmised: rohke kivide esinemine sapijuhades, sapijuhade kasvaja kahtlus või ebaselged andmed, mis on saadud teistel uurimismeetoditel.

Tänu operatsiooniaegsele kompleks-uuringule on diagnoosiotstarbelist koledohhotoomiat tehtud varajasema 5% asemel vaid 0,9%-l juhtudest, kusjuures raviotstarbeline koledohhotoomia osutus vajalikuks 44%-l opereerituist.

Ka näiliselt kõige lihtsam koletsüstektoomia tehakse kiirustamata. Kui on tekkinud väiksemgi raskus sapipõie-juha diferentsimisel või sapipõie kaelaosa vabastamisel, minnakse kohe üle sapipõie vabastamisele põhjalt. See-pärast on sapipõie eemaldamist kaelalt tehtud ainult 62,5%-l opereerituist. Sapiteede operatsiooniaegseid vigastusi peetakse jämedaks veaks, mille põhju-seks on vähesed operatsiooniaegsed uuringud, kiirustamine ja lohakus. Alati tehakse hoolikas hemo- ja bilestaas, sapipõie loož ömmeldakse ning kaheks-kolmeks päevaks jäetakse sinna sili-koon- või kummidreen.

Biliodigestiivsetest anastomoosidest on kõige sagedamini rajatud supraduo-denaalne koledohhoduodenostoomia — 558 operatsiooni, letaalsus 1,2%. Hilis-tulemused on olnud head 92,4%-l ope-reerituist. Duodenotoomia tehakse rist-suunaline, vähemalt kolm põikisõrme allpool püloorust, et mitte vigastada postbulbaarset sfinkterit. Anastomoosi rajamisel viimase ja maolukuti vahele tekib tugev refluks.

Koledohhojejunostoomiat tehakse suhteliselt harva (üldse 83 operatsiooni) ning juhtudel, kui anastomoosi rajamine ühissapijuha ja kaksteistsõrmiku vahele on vastunäidustatud, nimelt duodenostaasi esinemisel, kaksteistsõr-mikupõletiku ja liidete puhul ning ühis-sapijuha kõrgete striktuuride korral.

Viimasel aastakümnel on papillo-sfinkteroplastika tehtud 400 haigel (letaalsus on alla 1%), kusjuures on kasutatud osakonnas konstrueeritud instrumente (6). Kui aga papilli stenoo-siga kaasneb ühissapijuha tunduv laienemine (üle 20 mm), rajatakse kahekordne anastomoos, s.t. papillosfinkteroplastika koos koledohhoduodenostoomiaga, kasutades anatoomiliste võimaste korral üht ja sama duodenotoomialõiget (1,5). Taolisel meetodil on opereeritud 200 haiget.

Portaalhüpertensiooni kirurgilise raviga tegeldakse nii prof. O. Milonovi poolt juhitud osakonnas kui ka filiaalis, Moskva 20. Haiglas. Selle pioneeriks nii Üleliidulises Teaduslikus Kirurgia-keskuses kui Nõukogude Liidus üldse oli prof. M. Patsiora. Portokavaalsete anastomooside rajamisel tuleb arvestada entsefalopaatia tekke võimalust. Splenorenaalsed anastomoosid on näidustatud kõrge rõhu korral värativeness, kuid anatoomiliste iseärasuste tõttu ei ole nad alati tehniliselt läbiviidavad. Osakonnas juurutatakse mao kardia ja söögitoru veenilaiendite endovasaalselt plombeerimist polümeersete preparaatidega. Seda tehakse operatsiooni ajal kas mao avamise teel (viimane laseri abil) või ka magu avamata. Põrna eemaldamine peab olema igakülgsest argumenteeritud, sest pärast splenektomiat on täheldatud tunduvalt immuunsuse langust.

Osakonnas on kasutusele võetud originaalsed polümeerkiiled hemo- ja bilestaasiks maksa-, sapiteede ja kõhunäärmeoperatsioonide puhul (3). Kiiled imenduvad 70...80 päevaga, jättes õrna armkoelise plaadi.

Osakonna 1985. aasta teaduslik-praktilise töö põhisuunad on:

laserkirurgiametodite rakendamine maksa- ja sapiteede operatsioonidel;

ravimainetega täiendatud bioloogiliselt sobivate polümeerkiiled kasutuselevõtmine sapiteede ning mao- ja sooletrakti väliste uuristega haigete ravis;

portaalvereringe uurimise jätkamine portaalhüpertensiooniga haigetel;

operatsiooni ajal ultrasonograafia ra-

kendamine kivide avastamiseks sapiteedes.

Prof. K. Tsatsanidi poolt juhitud filiaali (portaalhüpertensiooni, sapiteede ja kõhunäärme vältimatu kirurgia) kirurgiakorpuses, Moskva 20. Haiglas on neli kirurgiaosakonda. Peale valikuliselt hospitaliseeritute võetakse siia kõik haigla teeninduspiirkonnas vältimatut kirurgilist ravi vajajad. Portaalhüpertensioonist põhjustatud ägedate verejooksude peatamiseks kasutatakse balloonsonde, kasutusel on ka veritsevate veenide ösofagoskoopiline tromboseerimine jm. Operatsioonidel kasutatakse enamasti transtorakaalset juurdepääsu laienuvad veenide ligeerimiseks söögitoru alaosas. Tehakse ka lümfovenoosid anastomoose kaelal ja duktolüüsi maksatsirroosist põhjustatud astsiidi korral. Filiaali kirurgilise kallakuga endoskoopiakabinetis on laparoskoopiline koletsüstostoomia, endoskoopiline papillosfinkterotoomia ja varikoosete söögitoruveenide ösofagoskoopiline tromboseerimine juurdunud igapäevasesse vältimatu kirurgia arsenalis.

Tuleb rõhutada seda kollegiaalsust, mis keskuses valitseb. Igaüks teab, millega keegi tegeleb, ning alati leitakse võimalusi üksteise abistamiseks. Akadeemik B. Petrovski rõhutas, et teadustöök on kollektiivne.

KIRJANDUS: 1. Грязнев С. Н. Двойное внутреннее дренирование гепатикохоледоха при доброкачественных нарушениях проходимости его дистального отдела. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1981. — 2. Милонов О. Б., Тимошин А. Л. Комплексное исследование во время операций на желчных путях. М., 1981. — 3. Милонов О. Б., Гичаури В. С., Пашай Т. Г. Хирургия, 1984, 12, 89—93. — 4. Милонов О. Б., Цацаниди К. Н., Смирнов В. А. и др. Хирургия, 1985, 4, 87—95. — 5. Петровский Б. В., Милонов О. Б. В сб.: Проблемы хирургии желчных путей. Тезисы Всесоюзной конференции по хирургии желчных путей. М., 1982. 4—7. — 6. Смирнов Б. А., Харламова Т. П., Аксенова Э. И. и др. Мед. техника, 1984, 5, 59—60.

Vabariiklik Laevanduse  
Keskaigla

UDK 616.248-085:002.55

## Bronhiaalastma ja astmaeelse seisundi ravi bibliomeetrilise analüüsi andmeid

Leili Gasman · Tallinn

**bibliomeetriline analüüs, astma, astmaeelsed  
seisundid, ravi**

Bibliomeetrilise analüüsi all mõeldakse kvantitatiivse hinnangu andmist trükisõnas ilmunud infovoogude kohta, kusjuures andmed on kogutud vahendusinfoväljaannetest (1). Et meetodit on H. Talvoja juba üksikasjalikumalt kirjeldanud (2), siis esitame siinkohal vaid uurimistulemused.

Analüüsitavad kirjutised pärinevad järgmistest vahendusinfoväljaannetest: «Quarterly Cumulative Index Medicus» (1945...1955), «Current List of Medical Literature» (1949...1959), «Index Medicus» (1960...1983), «Current Contents. Life Sciences» (1968...1983), «Current Contents. Clinical Practice» (1976...1983), «Научная медицинская литература СССР» (ГЦНМБ) 1957...1967 ja järgmistest referaatajakirjadest: «Фармакология. Химиотерапевтические средства» 1964...1983, «Аллергология. Иммунология» 1978...1983, «Клиническая фармакология» 1979...1983 (ВИНИТИ), «Туберкулез и пульмонология» 1975...1983 (ВНИИМИ).

Vaatluse alla võtsime bronhiaalastma ja astmaeelse seisundi (heinapalavik ja allergiline nohu). Astma ja astmaeelse seisundi hormoonravi kohta on 36 aasta jooksul (1947...1982) kirjutatud 1800 ja 356 artiklit, intaarlavi kohta nende haiguste puhul 16 aasta jooksul (1967...1982) vastavalt 578 ja 118 artiklit, ketotifeenravi kohta kuue aasta jooksul (1977...1982) vastavalt 99 ja kuus artiklit.

1950-ndate aastate algul tunti suurt huvi nii astma kui ka astmaeelsete seisundite korral kasutatava hormoon-

ravi vastu. Sellest annab tunnistust ka märkimisväärne kirjutiste arv aastas (1950. aastal 19, 1951. aastal 50, 1952. aastal 61), kuid kiirele tõusule järgnes varsti publikatsioonide arvu ühtlustumine. Arv püsis enam-vähem stabiilsena kogu aastakümne. 1960-ndatel aastatel hakkas artiklite arv pikkamööda vähenema, mille põhjuseks oli ilmselt see, et eelmisel aastakümnel kestnud tormiline glükokortikosteroidide kasutamise periood asendus nende kahjuliku kõrvaltoime tõttu ettevaatliku ja sageli isegi eitava suhtumise perioodiga.

Hormoonravi algusaastail kasutati palju adrenokortikotroopset hormooni (AKTH) ja kortisooni isegi neil juhtudel, kui oleks piisanud nõrgematoimelistestki ravimitest. Kuigi uued tugevama ravitoime ning väiksema kõrvaltoimega preparaadid tõrjusid AKTH ja kortisooni nii ravipraktikast kui ka ajakirjade veergudelt järk-järgult välja, jäi nende kahe ravimi kohta kirjutatud artiklite arv pingereas ikkagi esimeste hulka. Nii ilmus 36 aasta jooksul AKTH kohta 323 (16,2% hormoonravi käsitlevate artiklite üldarvust) ja kortisooni kohta 200 kirjutist (10,0%).

Järgnes otsingute periood, publikatsioonide pealkirjadesse ilmusid pealigal aastal uued raviminimetused: 1953. aastal hüdrokortisoon, 1955. aastal prednisoon ja prednisoloon, 1958. aastal triamtsinoloon, 1959. aastal deksametasoon, 1962. aastal betametasoon, 1964. aastal parametasoon. Nimetuste arv küll suurenes, kuid igast üksikust eraldi kirjutati suhteliselt vähe.

Kirjutamine hoogustus taas 1970-ndatel aastatel, kui võeti kasutusele inhaleeritavad hormoonid (bekotiid 1971. aastal, flunisoliid 1976. aastal, budesoniid 1980. aastal), mil sellealased kirjutised moodustasid 35,2% üldarvust. Kui ajavahemikul 1947...1970 ilmus keskmiselt 42 kirjutist aastas, siis ajavahemikul 1971...1982 ilmus neid aastas keskmiselt juba 90. Võrreldes eelneva perioodi näitajatega, nägi trükivalgust aastas üle kahe korra rohkem artikleid, see aga viitab hormoonravi aktuaalsusele.

Hormoonravimitest sai nüüd kõige hinnatavamaks bekotiid, mille kohta 12 aasta jooksul (1971 . . . 1982) on ilmunud 256 artiklit (12,8% üldarvust), mis toob preparaadi pingereas teisele kohale AKTH ja kortisooni vahele. Bekotiidi populaarsust näitab asjaolu, et 1975. ja 1977. aastal andsid mitme ajakirja toimetused välja ainult bekotiidile pühendatud lisanumbreid, mis on uus nähtus astma ja astmaeelse seisundi ravi käsitlevas kirjanduses.

Mingi preparaadi esinemissageduse kohta on publikatsioonide arvu põhjal lõppjäreldest teha raske seetõttu, et 1956. aastast alates kirjutati tavaliselt mitmest või kõigest hormoonravimeist korraga. Niisuguseid kirjutisi on aasta-aastalt ilmunud järjest rohkem ning 1960. aastast kuni vaadeldava perioodi lõpuni moodustasid need astma kohta peaaegu poole aastast trükivalgust näinud kirjutistest — 750 (41,7%). Astmaeelse seisundi käsitus ei ole see tendents nii märgatav (21,3% artikleist on ilmunud üldnimetuse all ja enamik puudutab mitte üksikuid, vaid mitut medikamenti korraga).

Eraldi vaatlesime kirjutisi, mis olid hormoonravi kõrvaltoime ning laste astma ja astmaeelse seisundi kohta.

Hormoonravimite kõrvaltoimest on kirjutatud 136 korral (7,6% artiklite üldarvust). Vastu ootusi on see arv üllatavalt väike. On ju hormoonpreparaatide manustamisel kaasnevad soovimatud kõrvaltoimed üks mõtlemapanevaid asjaolusid, mis seab nende hea ravitomega preparaate kasutamise küsimärgi alla. Ilmselt on siin tegemist sellega, et paljude artiklite ülevaatlikumates ja üldsõnalistes pealkirjades ei kajastu tegelikult nende sisu. Et enamikul juhtudel lähtusime üksnes pealkirjast, saime sellest tulenevalt ka mittetäielikud andmed.

Laste astma kohta on 235, astmaeelse seisundi kohta 11 artiklit.

Ilmselt on astmasse haigestuma hakanud rohkem nooremad ja ka lapsed, kes haiguse vormi ja raskusastme tõttu vajavad hormoonravi. Seetõttu on ka teadusperioodika veergudel neile küsi-

mustele hakatud järjest suuremat tähelepanu pöörama. Sealjuures on iseloomulik, et eelistatakse kirjutada enamikust või kõikidest kasutusel olevaist hormoonravimeist korraga.

Omamoodi pöörde astma ja astmaeelse seisundi ravisse tõi 1967. aasta, kui hakati kasutama uut preparaati — dinaatriumkromoglükaati (intaali).

Esialgsele artiklite tulvale järgnes hiljem ootuspäraselt publikatsioonide arvu vähenemine. Kulminatsioon saabus, kui ravimi kasutuselevõtmisest oli möödunud 5 . . . 6 aastat (1971. aastal 64, 1972. aastal 62 artiklit). See on optimaalne ajavahemik, mil huvi uue preparaadi vastu on kõige suurem ning mil on trükivalmis saanud ka esialgsetele ravitulemustele tuginevad artiklid.

Kui esimestel aastatel kasutati intaali põhiliselt astma raviks, siis 1970-ndatel aastatel pilt muutus. Järjest rohkem hakkas ilmuma artikleid, milles pöörati tähelepanu astmaeelse seisundi ravile.

Intaaliga toimelt sarnane on 1977. aastal kasutuselevõetud ketotifeen, kuigi ta kuulub teise ravimirühma. Erinevus võrreldes inhaleeritava intaaliga on tema suukaudne manustamine, kuid artikleid ketotifeeni kohta on järelduste tegemiseks veel liialt vähe.

Kokku võttes võib nentida, et bibliomeetriline analüüs astma ja astmaeelse seisundi kohta kirjutatud publikatsioonide kvantitatiivsel hindamisel aitas välja selgitada, kui palju aastate jooksul üldse on kirjutatud hormoonpreparaatidest, intaalist ja ketotifeenist, kuidas uued ja toimivamad ravimid on välja tõrjunud vanu. Analüüs näitas ka seda, et astma ja astmaeelse seisundi ravi glükokortikosteroidhormoonidega on kogu maailmas populaarne.

KIRJANDUS: 1. Маршакова И. В. В кн.: Научно-техническая информация. Сер. 2. 1982, 1—5. — 2. Талвоя Х. Г. В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Вып. 6. Таллин, 1984, 71—80.

*Ekspimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut*

# Tervishoiutöö korraldus

UDK 616-036.86:518(474.2)

## Eesti NSV töötajate ajutise töövõimetus analüüsi täiustamise võimalusi arvutil

Heiki Müür Arvi Sinisalu  
Lennart Maurer Tallinn  
Kersti Meiesaar Riina Veiram  
Jaak Karu Tartu

töötajate ajutine töövõimetus, haigestumistegurid, arvestus ja aruandlus, automatiseeritud andme-töötlussüsteem, meditsiinilise ekspertiisi süsteem, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Vabariiklik Info- ja Arvutuskeskus

Töõjõuressursside kasutamist ning kvaliteeti kujundavate tegurite hulgas on tähtis osa töötajate tervise kaitse korraldusel, mida iseloomustab tervishoiu kui rahvamajandusharu arengutase (4, 5).

Üks töötajate tervisliku seisundi hindamise kriteeriume nii meditsiinilisest kui ka majanduslikust aspektist on töötajate ajutine töövõimetus. Ajutise töövõimetus juhtude vähenemine võimaldab oluliselt suurendada töötajate kasulikkust tööajafondi. Kõigi Eesti NSV tööstustöötajate tööaja pikendamine ühe tööpäeva võrra aastas võimaldaks rahvamajanduses saada täiendavat rahvatulu 7,6 miljonit rubla (1,3). Samasugust efekti annab täispäevaste tööajakadude vähendamine, seega kujutab töötajate ajutise töövõimetus tõttu kaotatud tööpäevade arvu vähendamine

endast suurt rahvamajanduslikku reservi.

Töövõimetusjuhtude vähendamise teede leidmine eeldab ajutise töövõimetus taseme ja seda mõjutavate tegurite põhjalikku analüüsi, eelkõige aga mõjurite osa kindlaksmääramist ning kvaliteetse analüütilise infovara moodustamist. Töötajate ajutine töövõimetus on oma olemuselt keerukas nähtus, alludes nii objektiivsetele kui ka subjektiivsetele mõjuritele.

Tabelis 1 on toodud töötajate ajutist töövõimetus mõjutavad põhilised tegurite rühmad, lähtudes nende avaldumistasandest rahvamajanduses, olemusest, reguleeritavusest ettevõtete, ministereeriumide suhteliselt piiratud vahenditega. Tegurite rühmitamine on mõneti tinglik, sest tegelikkuses võib esineda nii loetletud tegurite koosmõju kui ka ühe ja sama teguri mõju erinevatel avaldumistasanditel.

Haigestumistegurite analüüs ja nende mõju reguleerimine ei ole ainuüksi meditsiiniprobleemid, nad eeldavad eri spetsialistide hästi koordineeritud koostööd ning ettevõtete, ministereeriumide huvitatust töötajate tervist kaitsvate ja tugevdavate ürituste korraldamise ning tööajafondi parema arvestamise ja kasutamise vastu. A. Serenko (2) rõhutab vajadust pöörata rohkem tähelepanu elanike tervislikku seisundit kujundavatele sotsiaalsetele teguritele, kusjuures mitte ainuüksi tunnetada seaduspärasusi, vaid õppida neid ka juhtima. On äärmiselt vajalik, et töötajate ajutist töövõimetus kujundavaid tegureid oleks võimalik oma mõju ulatuse järgi jaotada reguleeritavateks ning arvestatavateks. Viimaste hulgas on suure tähtsusega töötajate soolis-vanuseline struktuur. Et vanemate inimeste haigestumismärgid on alati kõrgemad kui noorematel (6), tuleb seda töötajate ajutise töövõimetus analüüsil arvestada.

Arvestatavate tegurite mõju ulatuse väljaselgitamine ajutise töövõimetus näitajate osas annab aluse objektiivselt hinnata tervist kahjustavate reguleeritavate tegurite mõju erisusi tootmisharuti, regiooniti, ettevõtetiti.

Tabel 1. Töötajate ajutise töövõimetuse põhilised mõjutegurid

Olemus, reguleeritavus	Perekonnas	Ettevõttes	Rahvamajanduses (sealhulgas territoriaalne aspekt)
Objektiivsed reguleeritavad	1) inimese tervislik seisund 2) varustatus sotsiaalse infrastruktuuri elementidega	1) töö- ja tootmistingimused 2) meditsiiniline teenindamine 3) ettevõttesisesed olmetingimused 4) tootmise infrastruktuuri areng 5) tööjõu paremat kasutamist stimuleeriva majandamismehhanismi olemasolu	1) sotsiaalse infrastruktuuri areng 2) arstiabi kättesaadavus ja kvaliteet 3) ajutise töövõimetuse arvestus ning seadusandlik reguleerimine 4) tööhõive rahvamajandusharuti 5) taastusravikeskuste ja sanatooriumide-profülaktooriumide olemasolu ja töö tõhusus
Objektiivsed arvestatavad	1) perekonna koosseis 2) rahvuslikud iseärasused	1) töötajate eripära 2) eri tootmistingimused 3) töörežiim	1) kliimaatilised tingimused 2) rahvastiku üldhaigestumus 3) arstiabi areng
Subjektiivsed reguleeritavad	1) soov osa võtta ühiskondlikust tootmisest 2) soov olla terve 3) inimese psüühiline koormatus 4) kahjulikud harjumused	1) ettevõtte huvi täispäevase tööajafondi parema kasutamise vastu 2) töö tulemuslikkus ja selle hindamine (motivatsioon) 3) arsti-inseneribrigaadide olemasolu ja töö tõhusus 4) sotsiaaldelefaatide tegevuse tõhusus 5) sotsiaal-psüüholoogiline mikrokliima töökollektiivis 6) töö pingelisus	1) meditsiiniline ekspertiis 2) majandamismehhanismi suunatus huvi tõstmiseks tööjõu parema kasutamise vastu
Subjektiivsed arvestatavad	1) inimese psüühofüsioloogilised iseärasused 2) eelsoodumus haiguse tekkeks	1) töötajate eripära 2) elukutse prestiiž	1) elulaad

Tegurite süsteemide mõju uurimine on efektiivne vaid juhul, kui see on tagatud kvaliteetse, tegelikkusele vastava ning õigeaegse informatsiooniga. Informatsioon töötajate ajutise töövõimetuse näitajate kohta tööstusettevõttes on kajastatud kolmel erisisulisel, -eesmärgilisel aruandevormil: tööjõu statistilise aruandluse vormil nr. 2-t, ametiühingu sotsiaalhooldusaruande vormil nr. 4 ning töötajate ajutise töövõimetuse statistilise aruandluse vormil nr. 16-vn. Vormi 2-t alusel on olnud võimalik otsustada ettevõtte tööliste ajutise töövõimetuse tõttu kaotatud tööaja ning täispäevase tööajafondi kasutamise üle.

1982. aastast alates on meie vabariigis kasutusel olnud töötajate ajutise töövõimetuse andmeid sisaldava aruande vormi nr. 16-vn (ka vormi nr. 4) automaatandmetöötlussüsteem. Tõid teeb Eesti NSV Tervishoiuministriumi Vabariiklik Info- ja Arvutuskeskus. Selle süsteemi kasutuselevõtmine võimaldab ühendada töötajate ajutise töövõimetuse analüüsi regionaalse ning ametkondliku (tootmisharulise) aspekti, näidata ametiühingukomiteede koondandmete saamist, suurendada arvutuste usaldusväarsust.

Niisugune vabariiklik suuremahuline eksperiment on eluõiguse saanud tänu uudele metodoloogilisele lähenemisele

ning nüüdisaegse andmetöötluse tehnoloogiale. Eriti ratsionaalne on Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Vabariiklikus Info- ja Arvutuskeskuses tehtava andmetöötluse organisatsioonilis-funktsionaalne skeem. Selle otstarbekust tõendab majanduslik efekt, mis seostub eelkõige ülesannete oskusliku püstitamise ja suhteliselt odava masinaajaga miniarvutite D-15 ja kuvarite süsteemi kasutamise korral andmete hõiveks, kontrolliks ning esmastöötuseks. Suur-arvutil, mille masinaajatund on tunduvalt kallim, toimub vaid eelnevalt miniarvutil korrigeeritud ja süstematiseeritud info töötlus ning andmebaaside kasutamine väljundtabelite saamiseks.

Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Vabariiklikus Info- ja Arvutuskeskuses lahendatakse lisaks eespool nimetatud teemadele järgmisi:

tervishoiuvõrgu voodifondi arvestus; laste perinataalse suremuse arvestus; statsionaarsel ravil olnute arvestussüsteem; meie vabariigi töötajate ajutise töövõimetus ekspertiisi süsteem; Tartu Kliinilise Haigla infosüsteemi ekspluatatsioon; meie vabariigi arstimate liikumise arvestus.

Järgnevalt keskendame tähelepanu vabariiklikule töötajate ajutise töövõimetus ekspertiisi süsteemile, mis loodi 1982. aastal. Eesti NSV Tervishoiuministeriumi poolt töötajate ajutise töövõimetus juhtude analüüsi<sup>1</sup> andmetöötlussüsteemi abil.

Informatsioon saabub süsteemi töötajate poolt töövõimetuslehtedelt kodeeritava teabena. Meditsiinilise ekspertiisi süsteemi loomisel on kasutatud selleks väljatöötatud HL-vormi. Ajavahemikul

<sup>1</sup> Seni on TRÜ majandusküberneetika ja statistika kateedri uurimisrühm teinud analoogilisi uurimisi töötajate ajutise töövõimetus juhtude osas mõne tööstusettevõtte kohta (1980. aastal 1. Detsembri nim. Sindi Tekstiilivabrikus, 1980. aastal M. I. Kalinini nim. Tallinna Elektrotehnika Tehases, 1982. aastal «Maratis») eesmärgiga välja selgitada tootmis- ning olmetegurite mõju ajutise töövõimetus taseme kujunemisele ning siduda töötajate ajutise töövõimetus analüüs tööjõukasutamise kompleksanalüüsiga ettevõtetes.

1. jaanuarist kuni 1. juulini 1983 kanti vormile töövõimetuslehel 17 tunnust, sealhulgas 6. tunnus näitas töövõimetuslehel viibinud töötaja töökohta eesmärgiga süvendada töötajate ajutise töövõimetus analüüsi tootmisharulist (ametkondlikku) aspekti töövõimetuslehel olevate tunnuste osas. Et töökohta tunnuse kodeerimine valmistab meditsiinitöötajatele raskusi, siis võeti 1983. aasta 1. juulil sisendvormina kasutusele «väljavõte väljastatud töövõimetuslehtede registreerimise žurnaalist 198... kvartali kohta».

Praegu kasutusel oleva sisendvormi juurutamine Eesti NSV-s võimaldab lahendada järgmised ülesanded.

1. Süvendada töötajate ajutise töövõimetus analüüsi regionaalset aspekti töövõimetuslehtedel olevate tunnuste järgi: välja selgitada ettevõtete töötajate soo ja vanuse mõju ajutise töövõimetus tasemele ja struktuurile; võrrelda väljaantud töövõimetuslehtede arvu, töövõimetuspäevade arvu struktuuri diagnooside kaupa, töövõimetuspäevade arvu meie vabariigi meditsiiniastutuste, erialade ja arstide järgi.

Siinjuures on ajutise töövõimetus süvaanalüüsi ülesandeks nii positiivsete kui ka negatiivsete kõrvalekallete uurimine, lähtudes näitajate keskmisest, sest töövõimetusperioodi liigne lühendamine administratiivsete abinõudega võib kaasa tuua soovimatuid tagajärgi ning võib töötajate tervisele kahjulikku mõju avaldada.

2. Tõhustada meditsiinilist ekspertiisi (kontrolli- ja võrdlusmeetodil), vähendada arstide poolt töövõimetuslehtede kergekäelist väljastamist, pidevalt kontrollida arstide tööd; väljundtabelid on signaal polikliinikujuhatajatele ja peaspetsialistidele sisuliste järelduste tegemiseks.

3. Täiustada tervishoiusüsteemi töökorraldust, juhtimist ning eriti planeerimist ja tihendada sidet teiste rahvamajandusharudega.

Tabeli 2 andmete põhjal näeme, et 1982. aastal langes Eesti NSV töötajate ajutine töövõimetus aruandevormi 16-vn järgi 1980. aasta näitajatega võrrel-

Tabel 2. Töötajate ajutise töövõimetus näitajate dünaamika 1982. aastal 1980. aasta näitajatega võrreldes vormi nr. 16 andmetel (protsentides)

Tööstusharu	Juhtude arv	Päevade arv	Haigusjuhtude arv	Haiguspäevade arv	Hooldusjuhtude arv	Hoolduspäevade arv
Eesti NSV-s tervikuna	-17,2	-15,3	-20,5	-16,5	-5,4	-5,8
Metsa-, Paberi- ja Puidutöötlemistööstuse Töölise A/ü.	-21,5	-16,7	-22,4	-16,7	-18,8	-17,0
Tekstiili- ja Kergetööstuse Töölise A/ü.	-11,4	-5,8	-14,1	-6,3	-7,0	-4,9
Ehituse ja Ehitusmaterjalide Tööstuse Töölise A/ü.	-10,6	-7,4	-12,0	-7,0	-7,0	-9,4
Toiduainetetööstuse Töölise A/ü.	-15,0	-10,9	-17,6	-11,5	-5,6	-4,8
Kohaliku Tööstuse ja Kommunaalelu-kondlike Ettevõtete Töölise A/ü.	-16,4	-12,4	-18,0	-12,7	-11,7	-10,2

des juhtude osas 17,2%, päevade osas 15,3%.

Nagu tabelist nähtub, on toimunud langus kõigi vaatlusaluste objektide töötajate osas (vabariiklike ametiühingukomiteede töötajatel): metsa- ja puidutööstuse töötajatel, kergetööstustöötajatel, ehitajatel ja ehitusmaterjalitööstuse, toiduainetetööstuse, kohaliku tööstuse ja kommunaalteeninduse töötajatel, samal ajal aga suhteliselt vähem kui Eesti NSV-s keskmiselt. Märkatav on üldine seaduspärasus, et ajutine töövõimetus (nii haigestumise kui ka haige hoolduse osas) on juhtude järgi rohkem langenud kui päevade järgi. Seega on suurenenud töövõimetuslehel oleva haige keskmine haiguspäevade arv nii meie vabariigis tervikuna kui ka kõigis tööstusharudes. Et töötajate ajutise töövõimetus näitajad on vaadeldavais tööstusharudes palju alanenud, siis võib järeldada, et see on põhiliselt tingitud tööstusharude välistest teguritest, nagu gripilaine ärajäämisest 1982. aastal (gripist põhjustatud töövõimetusjuhu keskmine kestus on suhteliselt lühem kui kõikide haigusjuhtude keskmine kestus) ning tervishoiusüsteemi töö tõhustamisest ja meditsiinilise ekspertiisi täiustamisest (seoses arstide töö tsentraliseeritud personaalse lauskontrollimisega alates 1982. a.). Vaadeldavate tööstusharude töötajate ajutise töövõimetus juhtude vähenemine on olnud Eesti NSV keskmisest väiksem. See on tingitud asjaolust, et tööstuses avalduvad töötajate ajutist töövõimetus põhjustavad

kahjulikud tootmistegurid tugevamalt kui muudes rahvamajandusharudes. Lisaks sellele on suurte tööstusettevõtete tsehhiarstide töö olnud pideva kontrolli all, eriti kõrgemalseisvate organisatsioonide poolt. Mainitud meetmete tulemuseks on põhjalikum ja täpsem töövõimetus ekspertiis, sest kohalike tööolude hea tundmine ning paindlik töökorraldus võimaldavad meditsiinilise ekspertiisi kvaliteeti parandada.

Tabelis 3 on toodud töötajate ajutise töövõimetus tõttu kaotatud tööpäevade arvu muutus tööstusministeeriumide kohta ka statistilise aruandluse vormi nr. 2-t järgi. Silma torkab kergetööstusministeeriumi töötajate ajutise töövõimetus taseme langus 11,1%, kusjuures vormi 16 järgi (kalendripäevades) oli see vaid 5,8%. Mainitud juhul on ka ametiühingu vabariikliku komitee ja tööstusministeeriumi mõisted identsed. Ilmselt ei ole siin vormi 16 koostamise aluseks olnud töötajate keskmine nimestikuline arv. Märkimist väärib asjaolu, et vormi 16 järgi oli ajutise töövõimetus taseme langus Toiduainetetööstuse Töötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee andmeil 11%. Põhiliselt oli see saavutatud ajutise töövõimetus juhtude vähenemise tõttu Liha- ja Piimatööstuse Ministeeriumi ettevõtetes (vormi 2-t järgi 18,1%). Samal ajal aga oli Toiduainetetööstuse Ministeeriumi töötajate ajutise töövõimetus näitajate langus vaid 4,3%.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Vabariiklikus Info- ja Arvutuskeskuses

Tabel 3. Töötajate ajutise töövõimetuse tõttu kaotatud päevad tööstusharuti

Tööstusharu	Ajutise töövõimetuse päevade muutumine 1982. aastal võrreldes 1980. aasta näitajatega (vorm nr. 4 järgi, protsentides)	Ajutise töövõimetuse päevade muutumine 1982. aastal võrreldes 1980. aasta näitajatega (vorm nr. 2-t järgi, protsentides)
Metsa-, Paberi- ja Puidutöötlemistööstuse Töölise A/ü., sealhulgas Eesti NSV Metsatööstusministeerium	-13,5 x	x -16,3
Tekstiili- ja Kergetööstuse Töölise A/ü., sealhulgas Eesti NSV Kergetööstusministeerium	-11,6 x	x -11,1
Ehituse ja Ehitusmaterjalide Tööstuse Töölise A/ü., sealhulgas Eesti NSV Ehitusmaterjaliministeerium	-10,0 x	x -5,7
Toiduainetetööstuse Töölise A/ü., sealhulgas Eesti NSV Toiduainetetööstuse Ministeerium,	-17,5 x	x -4,3
sealhulgas Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse Ministeerium	x	-18,1
Kohaliku Tööstuse ja Kommunaalelukondlike Ettevõtete Töölise A/ü., sealhulgas Eesti NSV Kohaliku Tööstuse Ministeerium	-13,3 x	x -13,3

korraldatava ajutise töövõimetuse juhtude põhjaliku analüüsi majandusliku efekti arvutamisel vaadeldavate ministeeriumide osas lähtume seisukohast, et juhtude vähenemine tööpäevades on ühe kolmandiku ulatuses tingitud meditsiinilise ekspertiisi paremast korraldusest. Sellisel juhul saadi ministeeriumide osas 1982. a. täiendavat kaubatoodangut kokku 10,7 miljoni rubla eest võrreldes 1980. aasta näitajatega.

Seda, millist mõju töövõimetuse näitajatele avaldab töötajate soo ja vanuse erinevus, võimaldab välja selgitada 1983. aasta esimesel poolaastal kasutusel olnud HL-variandi (-vormi) andmetik (arvestades töötaja töökoha tunnust). Aluseks võttes uuritavate tööstusharude töötajate arvulise jaotumuse nii vanuserühmade kui ka soo järgi, leiame vastavate rühmade keskmised ajutise töövõimetuse näitajad. Kui töötajate soo ning vanuselise struktuuri erinevuse elimineerimisel (standardiseerimisel) jääb ajutise töövõimetuse ja haigusjuhtude arv eri tööstusharude töötajatel erisuguseks, siis etendavad siin suurt osa tootmisharu spetsiifilised tegurid.

Soo ja vanuse poolt ajutise töövõimetuse näitajatele avaldatava mõju selgitamiseks tehti analüüs kahe algandmete kogumi põhjal.

Esiteks, Eesti NSV kuue ministeeriumi alusel (Eesti NSV Metsa- ja Puidutööstuse Ministeerium, Eesti NSV Kergetööstusministeerium, Eesti NSV Ehitusmaterjalide Tööstuse Ministeerium, Eesti NSV Toiduainetetööstuse Ministeerium, Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse Ministeerium ning Eesti NSV Kohaliku Tööstuse Ministeerium).

Teiseks, Eesti NSV rahvamajanduse koondandmetel, kusjuures kogum hõlmab ka kõiki ülejäänud rahvamajandusharusid.

Võrdlev analüüs põhineb determinatsioonikordajate kõrvutamisel. Kui oletada, et sugu ja vanus kirjeldavad ajutise töövõimetuse näitaja variatsioonist  $d=R^2\%$  ( $R$  — mitmene korrelatsioonikordaja), siis järelikult ülejäänud tegurid, sealhulgas ka tootmistegurid, kirjeldavad variatsioonist (100-d) protsenti. Kui mõlema kogumi determinatsioonikordajad kokku langevad, järeldub, et tootmistegurid antud näitaja kujunemisele mõju ei avalda.

Tabelis 4 on toodud determinatsioonikordajad töötajate soo ja vanuse mõju uurimiseks. Selgub, et kõiki rahvamajandusharusid hõlmavas kogumis on tootmistegurite mõju tunduvalt nõrgem, seda eeldusel, et tootmisväliste tegurite mõju arvame mõlemas kogumis võrdseks.

Suur erinevus ilmneb determinatsioonikordajate väärtustes haigestumissageduse puhul. Tööstuses kirjeldavad tegurid «sugu» ja «vanus» näitaja variatsioonist vaid 9,2%, seega 90,8% näitaja variatsioonist on määratud ülejäänud teguritega, põhiliselt tootmisteguritega. Kogu rahvamajanduses võib muude tegurite arvele kanda 47,3%. Põhiliselt sellest on tingitud ka erinevused ajutise töövõimetuse sageduse determinatsioonikordajate osas nii tööstuses kui ka kogu rahvamajanduses.

Haiguse kestuse (järelkult ka ajutise töövõimetuse kestuse) puhul on soo ja vanuse mõju ajutise töövõimetuse näitajate kujunemisele märksa suurem, muude tegurite osa aga väiksem.

Hooldussageduse puhul on determinatsioonikordajate väärtused enam-vähem ühes suurusjärgus (32,0; 33,0), mis näitab, et tootmislikud tegurid näitajale mõju ei avalda.

Haigestunute hooldusele mõjuvateks teguriteks on eelkõige töötajate lastega seotud tegurid, lasteasutuste sanitaar-hügieenilised tingimused, laste arstiabi, kodused olud või muud ettevõtte poolt suhteliselt raskesti reguleeritavad tingimused.

Seega näeme, et Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Vabariiklikus Info- ja Arvutuskeskuses funktsioneeriv süsteem võimaldab lisaks meditsiinilise ekspertiisi täiustamisele välja tuua ka töötajate ajutise töövõimetuse dünaamika majandusharuti. Selle süsteemi alusel on TRÜ majandusküberneetika

ja statistika kateedris ning Plaaniinstituudi vastava teemaderingiga tegelevad teadustöötajad koostanud metoodika, ühendamiseks ajutise töövõimetuse analüüsi majandusliku ja meditsiinilise aspekti. Tulemused on aluseks ettepanekute väljatöötamisel plaaniorganitele, ministeriumidele ning suurematele ettevõtetele olukorra hindamiseks ning töötajate ajutise töövõimetuse mõjutegurite arvestamiseks ning reguleerimiseks.

KIRJANDUS: 1. Eesti NSV rahvamajandus 1981. aastal. Statistika aastaraamat. Tln., 1982.

2. Серенко А. Ф., Овчаров В. К. Заболеваемость, смертность и средняя продолжительность жизни населения СССР. 1979. — 3. Тыснозг Г. План. х-во, 1983, 9, 89—90. — 4. Хачатуров Т. С. Экономика, 1982. — 5. Щепин О. П., Царегородцев Т. И., Ерохин В. Г. Медицина и общество. М., 1983. — 6. Шахгельдяни А. Е. Лечебно-профилактическая помощь рабочим промышленных предприятий. М., 1978.

Eesti NSV Riikliku  
Plaaniomitee Majanduse ja  
Planeerimise Teadusliku Uurimise Instituut  
Eesti NSV Tervishoiuministeriumi  
Vabariiklik Info- ja Arvutuskeskus  
TRÜ majandusküberneetika ja  
statistika kateeder  
Tallinna Vabariiklik Haigla

Tabel 4. Töötajate soo ja vanuse osa ajutise töövõimetuse näitaja variatsioonis tööstuses ja kogu rahvamajanduses (determinatsioonikordajad protsentides)

Näitaja	Tööstus	Kõik rahvamajandusharud
Haigusjuhte ühe töötaja kohta	6,1	25,1
Tööpäevi ühe töötaja kohta	37,9	54,3
Haigestumissagedus	9,2	52,7
Haiguse kestus	46,1	63,1
Hooldussagedus	32,0	33,0

# Ülevaated

UDK 618.3:616-056.7-07(047)

## Pärilike haiguste sünnieelne diagnoosimine

Mari Käosaar · Tartu

geneetiline konsultatsioon, pärilikud haigused, antenataalne diagnoosimine, geneetiline amnio-tsentees, koorionibiopsia

Üheks meditsiinigeneetika silmapaistvamaks saavutuseks tuleb kahtlemata pidada meetodite väljatöötamist, mis võimaldavad juba üsasiseselt diagnoosida mitmesuguseid pärilikke haigusi.

Geneetiliste haiguste antenataalse diagnoosimise kontseptsioon formuleeriti 1960-ndate aastate lõpul. Kasutusele võeti see idee väga kiiresti, juba 3...5 aasta pärast oli paljude maade meditsiinigeneetika laboratoriumides võimalik antenataalselt kindlaks teha kromosoomhaigusi ja mõningaid pärilikke ainevahetushaigusi. Nüüdisajal töötavad spetsiaalsed antenataalse diagnoosimise keskused paljudes maailma maades, ühtekokku on neis tehtud sadu tuhandeid diagnostilisi protseduure. Geneetiliste haiguste antenataalne diagnoosimine on saanud meditsiinigeneetilise konsultatsiooni lahutamatuks osaks. Senise tõenäosusel põhineva geneetilise riski hindamise asemel võimaldab antenataalne diagnoosimine paljudel juhtudel täpselt prognoosida lapse tervist.

Diagnoosimisprotseduur toimub raseduse I või II trimestril, sel ajal on patoloogia avastamise korral võimalik loodet veel elimineerida.

1. **Antenataalse diagnoosimise näidustused.** Paljude maade kogemused on näidanud, et keskmiselt iga 8...10. perekond, kes on soovinud meditsiinigeneetilist konsultatsiooni, on vajanud ja ka saanud antenataalsest diagnoosimisest abi (4, 7, 9). Antenataalset diagnoosimist peetakse põhjendatuks juhtudel, kui on täidetud järgmised üldised nõuded (10):

on olemas haiguse antenataalse diagnoosimise täpne test;

haigus on piisavalt raske, et raseduse katkestamine oleks õigustatud;

haiguse ravi puudub või on see mittehahuldav;

on piisavalt suur geneetiline risk raseduse ebasoodsaks kulgemiseks;

konsulteeriv perekond on raseduse katkestamisega nõus.

Antenataalse diagnoosimise olulisemad näidustused, mis vastavad eeltoodud kriteeriumidele, oleksid järgmised (4, 6, 7, 9, 10).

1.1. Ema vanus. Eelkõige on risk sünnitada Downi sündroomiga (trisoomia 21) last. Ollakse üksmeel, et 40-aastastel või vanematel naistel on see risk niivõrd suur, et ema selline vanus on antenataalse diagnoosimise absoluutseks näidustuseks. 35...40-aastaste kohta nii üksmeelset seisukohta ei ole ja seda vanust peetakse suhteliseks näidustuseks, mis sõltub lisategureist. Ema vanust 35 aastat või alla selle peetakse mitteoluliseks näidustuseks; antenataalne diagnoosimine võetakse ette vaid juhtudel, kui on lisandunud veel mõni riskitegur.

Nüüd on andmeid, et kromosoomianomaaliaga, näiteks Downi sündroomiga lapse sünni tõenäosus on sõltuvuses ka isa vanusest ja suureneb veelgi, kui mõlemad vanemad on üle 40 aasta vanad (7).

1.2. Perekonnas on sündinud üks laps neuraalorüümi anomaaliaga (anentsefaalia, seljaajuõõn, hüdrosefaalia).

1.3. Ühel vanematest esineb kromosoomianomaalia. Arvesse tulevad eelkõige struktuursed kromosoomianomaaliad, nagu balansseeritud translokatsioonid.

sioonid<sup>1</sup> ja inversioonid<sup>2</sup>, kuid tuleb arvestada ka arvulise kromosoomianomaalia mosaiikse<sup>3</sup> vormi võimalust.

1.4. Keegi perekonnaliikmetest põeb rasket retsessiivset haigust (autosoomset või X-liitelist)<sup>4</sup>, mida meie käsutuses olevate vahenditega on võimalik diagnoosida. Põhiosa sellesse rühma kuuluvatest haigustest moodustavad mitmesugused pärilikud ainevahetushaigused. Praegu on neist kõigest küll võimalik diagnoosida ~ 10% (4), kuid arvestades kogu maailma laboratooriumide võimalusi, suureneb diagnoositavate haiguste arv pidevalt.

1.5. Perekonnas põeb keegi rasket X-liitelist retsessiivset haigust, mis ei ole lootel diagnoositav, kuid ema on geenikandja. Teoreetiliselt on defektiga ainult pooled meessoost looted. Kuna vaid mõnda neist (näiteks hemofiilia, vaimne alaareng marker-X-kromosoomiga) on võimalik lootel enesel diagnoosida, siis ei ole enamikul juhtudel teist võimalust, kui antenataalselt

<sup>1</sup> Balansseeritud translokatsioon on kromosoomide struktuuri muutus, mis seisneb eri kromosoomide segmentide vastastikusel ümberpaiknemises.

<sup>2</sup> Inversiooni puhul on ühe kromosoomi mingi osa pöördunud.

<sup>3</sup> Mosaiikuse korral on ühel ja samal indiviidil kaks (või enam) eri kromosoomiarvuga rakuliini.

<sup>4</sup> Retsessiivsed haigused on sellised, mis avalduvad ainult defektse geeni homosügootses (kahekordses geenidoosis) seisundis, s.o. haige indiviid on vastava geeni saanud kummaltki vanemalt. Vanemad on selle geeni suhtes heterosügootsed (ühekordne geenidoos) ja fenotüübilt terved. Autosomaalsete retsessiivsete haiguste puhul (näiteks fenüülketonuuria) lokaliseerub geen mis tahes autosoomis (inimese kromosoomistik koosneb 22 paarist autosoomidest ja ühest paarist sugukromosoomidest, mis naisel on XX ja mehel XY). X-liiteliste retsessiivsete haiguste puhul lokaliseerub vastav geen X-kromosoomis. Sellisel juhul avaldub haigus naistel homosügootses seisundis, meestel aga, kellel on ainult üks X-kromosoom, heterosügootses seisundis (siin tarvitatakse mõistet «hemisügootne»). Heterosügootseid terveid naisi, kes defektset geeni edasi kannavad, nimetatakse konduktoriteks. X-liiteline retsessiivne haigus on näiteks hemofiilia.

kindlaks määrata loote sugu ja kõik meessoost looted elimineerida.

1.6. Ioniseeriva kiirguse, tsütotoksilise ravi või mõne muu teratogeense teguri toime raseduse ajal või toime vanemate sugurakkudesse.

2. Antenataalse diagnoosimise meetodid. Meetodeid, mille abil on sünnieelselt võimalik kindlaks teha mitmesuguseid pärilikke haigusi, ka mõningaid kaasasündinud arenguanomaaliaid, on mitmeid. Kõige kasutatavam on amniotsentees, mida käsitlen üksikasjalikumalt, ülejäänud olulisematel meetoditel aga peatun lühemalt.

2.1. Ultrahelidiagnoosimine. Antenataalseks diagnoosimiseks kasutatakse seda peamiselt enne amniotsenteesi, et kindlaks määrata platsenta asetus ja suurus, määrata loote täpne suurus ja diagnoosida mitmikrasedust. Ultraheli abil on võimalik välja selgitada ka selliseid patoloogilisi muutusi nagu põismool ja tühi lootemuna, aga ka mõningaid kaasasündinud vääraarenguid, esmajoonese neuraalitoru anomaaliaid. Anentsefaaliat on sel meetodil võimalik diagnoosida väga suure täpsusega (~100%), seljaajusonga, hüdroja mikrotsefaaliat vaid osal juhtudel (4, 8, 9). Peetakse võimalikuks diagnoosida ka neerude ageneesiat ja polütsüstilisust, jäsemete ja skeleti raskeid anomaaliaid, kääbuskasvu raskeid vorme, mõningaid südame, mao, soole ja urogenitaaltrakti anomaaliaid (7, 8, 9, 10). Ultrahelidiagnoosimine on teinud suure pöörde sünnitusabis, ta on teinud loote üsasisesse kliinilise uurimise sedavõrd võimalikuks, et lootest saab rääkida isegi kui patsiendist, kelle organismi morfoloogiat ja käitumist on võimalik uurida järjest täpsemalt (4). Seoses ultrahelidiagnoosimise aparatuuri pideva ja kiire täiustamisega kuulub tulevikus sellele meetodile oluline koht antenataalsete haiguste väljaselgitamises (4, 8, 10). Ultrahelidiagnoosimine on täiesti ohutu nii rasedale kui ka lootele.

2.2. Feto- ja amnioskoopia. Tänu

väikesekaliibriliste fiiberoptikainstrumentide kasutuselevõtmisele on võimalikuks saanud loote otsene visuaalne jälgimine ja fotografeerimine 18...22. rasedusnädala vahel. Sellel meetodil on võimalik kindlaks teha jäsemete (eriti sõrmede ja varvaste), näo ja genitaalide anomaaliad (10). Et tüsistuste tõenäosus selle protseduuri järel on kõrge (~10%), kasutatakse fetoskoopiat eespool mainitud eesmärgil siiski harva, seda enam, et selle funktsiooni on suures osas üle võtnud ultrahelidiagnoosimine (4). Fetoskoopia kasutusala jääb põhiliselt loote vere saamine mitmesuguste pärilike hemoglobiнопaatiate ja hemofiilia diagnoosimisel (4, 10).

**2.3. Loote vere uurimine.** Loote verd on võimalik saada aspiratsiooni teel platsentast või vahetu visuaalse kontrolli all (fetoskoopia) nabaväädist. Mõlemad protseduurid on praegu seotud veel raseduse katkemise suure riskiga (kuni 10%), kuid meetodite täiustamisega risk pidevalt väheneb. Loote verd uuritakse eelkõige  $\beta$ -talasseemia ja sirprakulise aneemia antenataalseks diagnoosimiseks maades, kus need haigused on levinud, näiteks Vahemeremaades. Lähemas tulevikus osutub tõenäoliselt võimalikuks diagnoosida ka mitmesuguseid muid raskeid erütrotsütaarrea haigusi, nagu näiteks hemoglobiнопaatiaid, erütrotsütaarseid ensümpaatiaid, immuunpuudulikkusega seisundeid (4, 10).

**2.4. Rasedate vere sõeluuringud.** See on kasutusel suurema hulga või isegi kõigi rasedate uurimisel peamiselt neuuraalorü anomaaliade diagnoosimiseks. Radioimmunoloogiliselt määratakse 16...18. rasedusnädalal  $\alpha$ -fetoproteiini\*-sisaldus vereseerumis. On teada, et neuuraalorü avatud defektiga loodet (anentsefaalia, seljaaju avatud song) kandvate naiste vereseerumis on AFP-sisaldus suurenenud. Naised, kelle vere AFP-sisaldus on kõrge, moodustavad riskirühma ning neid uuritakse

edaspidi põhjalikumalt (ultrahelidiagnoosimine, amniotsentees). Tänu AFP sõeltestprogrammi ulatuslikule rakendamisele on näiteks Inglismaal saavutatud edu anentsefaalia ja seljaajusonga profülaktikas (1).

**2.5. Geneetiline amniotsentees** (inglise keeles *genetic amniocentesis*) on kõige kasutatavam antenataalse uurimise meetod (2, 4, 7, 10). Amniotsenteesi puhul (tuleneb kreekakeelsetest sõnadest *amnion* — lootekest ja *kentesis* — läbi torkama) sisenetakse süstlanõelaga loodet ümbritsevasse amnioniõõnde ja võetakse sealt teatud hulk amnionivedelikku koos selles sisalduvate looterakkudega.

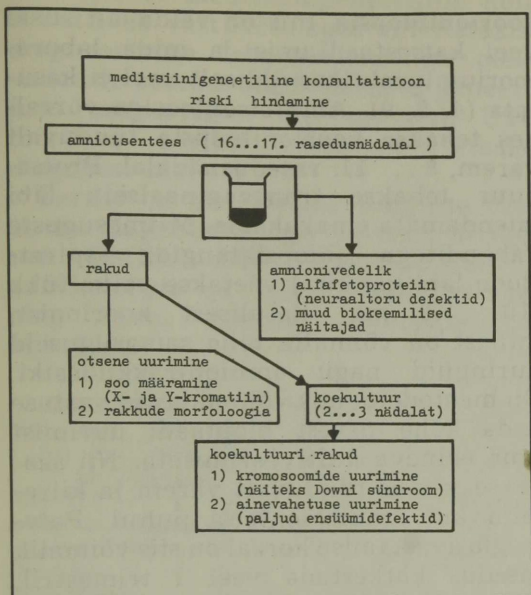
**2.5.1. Geneetiliste uuringute puhul** tehakse amniotsentees 16...17. rasedusnädalal. Sel ajal on juba võimalik saada vajalikul hulgal (20...25 ml) elusaid looterakke sisaldavat amnionivedelikku.

Nagu eespool mainitud, eelneb amniotsenteesile ultraheliuuring, et täpselt kindlaks määrata platsenta asetus ja suurus. Paljudes keskustes on juba olemas aparaadid, mis võimaldavad kogu protseduuri teha ultraheli otsese kontrolli all, mis mõistagi on ohutum nii emale kui ka lootele.

Amniotsentees sooritatakse täiesti steriilsetes tingimustes. Punktsioon tehakse läbi kõhu eesseina (transabdominaalselt), hoidudes nõelaga riivamast platsentat, loodet või nabavähti. Süstlasse aspireeritakse 15...25 ml amnionivedelikku, mis steriilses katsutis saadetakse võimalikult kohe geneetikalaboratooriumi. Kui esmakordsel punktsioonil teine katse tulemusi ei andnud, võib 2...3 päeva pärast protseduuri korrata (8). Kogemused on näidanud, et rohkem kui 95...97%-l juhtudest õnnestub amniotsentees juba esimesel katsel (8).

**2.5.2.** Nagu mis tahes teiselgi arstlikul manipulatsioonil, on ka amniotsenteesi puhul võimalikud tüsistused. Nende tekke võimalikkust emal peetakse minimaalseks (4, 10), praktiliselt tulevad arvesse mitmesugused tüsistused lootel. Neist raskemad on raseduse ise-

\*  $\alpha$ -fetoproteiin (AFP) on lootele spetsiifiline  $\alpha_1$ -globuliin.



Joonis. Meditsiinigeneetilise konsultatsiooni peamised etapid amnionivedeliku uurimise põhjal.

eneslik katkemine, mõningal määral ka hilisemad hemorraagiad ja Rh-sensibilisatsioon. Tuleb arvestada ka ohtu, et punktsiooni ajal võib loodet nõelaga kahjustada (4, 8, 9, 10).

Paljude antenataalse diagnoosimise keskuste praktika on näidanud, et risk lootele ei ületa 1...2% (4, 6, 8, 10). Tuleb siiski arvestada, et tüsistuste tekke oht on suurem siis, kui esimeste punktsioonidega alles alustatakse. Protseduuri kordaminek sõltub eelkõige günekoloogi meisterlikkusest (ultraheli-diagnoosimine, amniotsentees). Arvatakse õige olevat, et günekoloog oma vilumuse säilitamiseks teeks vähemalt 100 punktsiooni aastas (4). Kui need nõuded on täidetud, siis võib öelda, et amniotsentees geneetiliste haiguste antenataalseks diagnoosimiseks on ohutu ja usaldusväärne protseduur, kui seda tehakse spetsiaalsetes kvalifitseeritud keskustes (4).

Pärast amniotsenteesi võetakse naised erijärelevalve alla, jälgitakse, kuidas neil kulgevad rasedus ja sünnitus. Erilise hoolega uuritakse ka vastsündinuid: pärast sündi kontrollitakse, kas ante-

nataalne diagnoos osutus õigeks ja kas protseduur ei ole lapsele kahju teinud. Selliste vastsündinute ja imikute arvukad uurimise tulemused kinnitavad, et kvaliteetselt tehtud amniotsentees lapse arengule kahjulikku mõju ei avalda (3).

2.5.3. Amnionivedeliku edasised uuringud toimuvad põhiliselt järgmise skeemi kohaselt (vt. joonis). Tsentrifugimise teel eraldatakse amnionivedelikus sisalduvad rakud. Nii rakke kui ka vedelikku saab kasutada pärilike haiguste diagnoosimisel.

**A. Amnionivedelikku** kasutatakse peamiselt AFP hulga määramiseks. Selle hulk amnionivedelikus on tõusnud mitmesuguste neuraalitoru avatud anomaaliatega puhul (anentsefaalia, müelomeningotseele, entsefalotseele, Meckeli sündroom). Tuleb arvestada ka seda, et AFP hulga rohkenemine ei ole spetsiifiline mitte ainult neuraalitoru defektidele, vaid ka mõnele teisele anomaaliale või haigusseisundile (nagu näiteks Turneri sündroom, nabasong, ähvardav abort, loote surm).

Amnionivedelikust on võimalik mää-

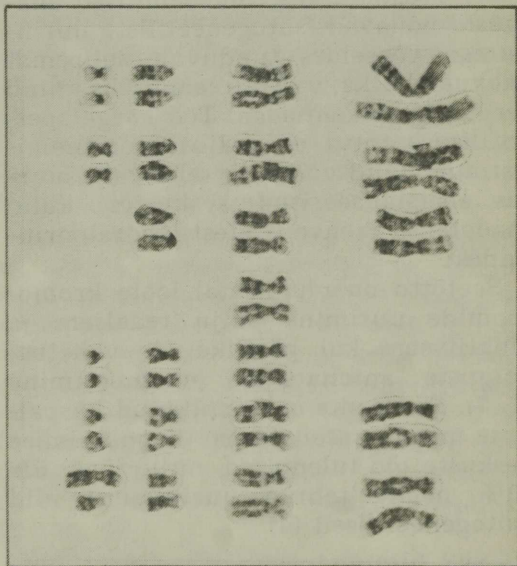


Foto. Amnionirakkude kultuurist pärinev normaalse meessoost loote kariotüüp: 46,XY.

rata ka mõningaid biokeemilisi näitajaid, kuid koekultuuri rakkudel tehtavate biokeemiliste ja tsütokeemiliste uuringutega võrreldes on neil enamasti vaid täiendav osa.

**B. Amnionirakke** uuritakse kohe (soo määramine, rakkude morfoloogia hindamine) või koekultuuris. Pärilike haiguste diagnoosimisel kasutatakse põhiliselt koekultuuri rakke, sest sel teel saadud tulemused on palju usaldusväärsemad. Rakke kasvatatakse eritotelahustes 2...3 nädalat seni, kuni nad on paljunenud sel määral, et neist piisab edasiste uuringute tegemiseks, mis on põhiliselt kahte tüüpi.

1. Tsütogeneetilised uuringud, s.o. loote kromosoomide uurimine. Sel teel saadakse umbes 10...20 päeva pärast teada, kas sündiva lapse kromosoomid on normaalsed või on tegemist mõne kromosoomianomaaliaga, näiteks Downi tõvega. Fotol on amnionirakkude kultuurist pärinev normaalne meessoost loote karüotüüp (46, XY). Amniotsenteesi tehti 19. rasedusnädalal, kromosoomide uuring 12. päeval pärast punktsiooni.

2. Biokeemilised uuringud mitmesuguste kaasasündinud ainevahetushaiguste avastamiseks. Biokeemilised analüüsid nõuavad tsütogeneetiliste uuringutega võrreldes tunduvalt suuremat rakkude hulka, vastuse saamiseks kulub seega ka rohkem aega. Töö kõrge spetsiifilisuse tõttu on paljusid biokeemilisi uuringuid võimalik teha vaid suurtes spetsialiseeritud keskustes, kuhu saadetakse proove teistest laboratooriumidest.

Seetõttu on nüüdisajal loote kromosoomide uurimine palju reaalsem ja efektiivsem kui pärilike ainevahetushaiguste antenataalne diagnoosimine (4, 7). Sedasama on kinnitanud ka paljude maade antenataalse diagnoosimise keskuste töö tulemused, mille järgi üle 90% nende tehtud uuringutest olid tsütogeneetilised (4).

2.6. Lühidalt käsitleksin ka ühte uusimat antenataalse diagnoosimise meetodit, mis areneb kiiresti. See on

**koorionibiopsia**, mis on valdavalt siiski veel katsestaadiumis ja mida laboratooriumipraktikas üldiselt veel ei kasutata (4, 5, 9). Amniotsenteesiga võrreldes tehakse koorionibiopsia tunduvalt varem, 8...11. rasedusnädalal. Protse-duur tehakse transvaginaalselt, läbi laiendamata emakakaela. Mitmesuguste vahenditega (biopsiatangid, aspiratsioon läbi kanüüli) võetakse väike tükk (10...40 mg) hatulisest koorionist, millest on võimalik teha samasuguseid uuringuid nagu amnionirakkudestki. On meetodeid, mis võimaldavad vastuse anda kohe pärast biopstaadi uurimist ilma eelneva kultiveerimiseta. Nii saadakse vastus tunduvalt varem ja kiiremini kui amniotsenteesi puhul. Patoloogia avastamise korral on siis võimalik rasedus katkestada veel I trimestril, see on ligikaudu kaks kuud varem kui amniotsenteesi puhul. Koorionibiopsia on aga praegu veel seotud tunduvalt suurema riskiga (infektsioon, hemorraagiad, raseduse katkemine, lootel anomaaliate indutseerimine) kui amniotsentees. Tema laialdane kasutamine tulevikus sõltub just günekoloogilise riski vähendamise võimalustest. Kuid arvestades mitmeid edukaid tulemusi juba praegu (5), ka diagnoosimisaparatuuri ja -metoodika pidevat ning kiiret täiustumist, on tõenäoline, et tulevikus astub koorionibiopsia amniotsenteesi asemele. Sellist tulevikuperspektiivi silmas pidades on «antenataalse diagnoosi» asemel kasutusele võetud mõiste «fetaalne diagnoos», sest raseduse I trimestril tehtav koorionibiopsia on ajaliselt enam lähemal viljastumisele kui sünnile (4).

Käsitletud on vaid nüüdisajal meie käsutuses olevaid pärilike haiguste sünnieelse diagnoosimise praktilisi võimalusi. Peab aga arvestama, et see valdkond on väga kiiresti arenev ja et iga päev võib meile anda uusi teadmisi, mis antenataalse (fetaalse) diagnoosimise võimalusi tunduvalt avardavad.

«Et säilitada kvalifikatsiooni, lahendada komplitseeritud probleeme ja tagada diagnoosimismeetodite pidevat arengut,

on vaja, et meditsiinigeneetiline konsultatiivne vastuvõtt koos antenataalse diagnoosimise laboratooriumiga oleks vahetult seotud akadeemiliste geneetiliste keskustega». Nii soovitab ÜTO töörihm pärilike haiguste fetaalse diagnoosi alal (4).

Tartus on geneetiliste haiguste üsasisese diagnoosimisega edukalt alustatud ÜMPI, TRÜ arstiteaduskonna günekoloogia ja sünnitusabi kateedri ning Tartu Kliinilise Sünnitusmaja ühistööna.

KIRJANDUS: 1. *Ferguson-Smith, M. A.* Br. Med. Bull., 1983, 39, 4, 365—372. — 2. *Fuchs, F. Sci. Am.*, 1980, 242, 6, 47—53. — 3. *Murken, J. D.* In: Pränatale Diagnostik. Stuttgart, 1978, 162—172. — 4. Report of WHO a working group on fetal diagnosis of hereditary diseases. Geneva, 1983. — 5. *Simoni, G., Brambati, B., Danesino, C. a.o.* Hum. Genet., 1984, 66, 2/3, 252—259.

6. Антенатальная диагностика генетических болезней. Под ред. А. Е. Х. Эмери. М., 1977. — 7. *Бочков Н. П., Захаров А. Р., Иванов В. И.* Медицинская генетика. М., 1977. — 8. *Панн З. В.* в кн.: Перспективы медицинской генетики. М., 1982. — 9. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и пола плода. Методические рекомендации Министерства здравоохранения СССР. М., 1982. — 10. *Харпер П.* Практическое медико-генетическое консультирование. М., 1984.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia  
Instituut

UDK (612.3+664):616-006-02(047)

## Toidutegurid kantserogeneesis

Jaak Uibu · Tallinn

toit, toitumine, kantserogeenid, mutageenid, antikantserogeenid

Viimastel aastakümnetel maailma eri paikkondades korraldatud epidemioloogiline uurimine on näidanud, et enamik vähijuhte inimesel on tingitud eeskätt keskkonnateguritest, mitte niivõrd rassistest või pärilikest põhjustest. Mõistet «keskkond» kasutatakse siinjuures kõige laiemas mõttes ja see hõlmab kogu looduslikku ja kultuurilist keskkonda. Siia alla kuuluvad nii õhk, vesi, pinnas, toit kui ka töökoht, elukutse ja harjumused (14). Esitame vähi tõenäolised põhjused Ameerika Vähiseltsi andmeil: kutsetegurid 1...5%, etioloogia teadmata (viirus?) 10...15%, suitsetamine 23%, toidutegurid 49%, suitsetamine ja alkohol 5%, iatrogeensed tegurid 1% (25). 30...50% kõikidest vähijuhtudest võib olla tingitud toidutegureist (4, 14, 25, 26). Mõistagi on need arvud orienteerivad, ent siiski vihjavad need toidutegurite vaieldamatule osale vähktõve etioloogias. Väliskeskonna saastatusele langeb seejuures vähem kui 5% (4), kuigi just seda osa kiputakse sageli ülehindama. Kuidas siis ikkagi seletada, et Genfis esineb vähktõbe enam kui tahmases Birminghamis (14)?!

Spetsiifilised kantserogeensed ained on toidus kahtlemata olemas. Nagu toidu ületarbimisest tingitud tasakaalustamata ainevahetus, nii võib mingi toitaine vähesus osutada vähi tekkes isegi olulisemaks kui spetsiifilise kantserogeeni sisaldus selles toidus (26, 29). Toidutegureil võib kantserogeneesi aspektist olla nii initsiaatori, promootori kui ka modifitseeriva teguri tähendus (25, 26, 30).

Kantserogeneesi toidutegureid käsitleva teaduskirjanduse maht on väga suur, ulatudes tuhandetesse publikat-

sioonidesse. Paraku ei leidu nendes üheselt tõlgendatavaid seaduspärasusi. Nii-sama keeruline, nagu seda on toidu koostis ja tema omastamine organismi poolt, niisama raskelt tunnetatav, nagu on kantserogeenne protsess, niisama komplitseeritud on ka kantserogeneesi toidutegurite osa lahtimõtestamine. Üldjuhul peame selle seose juures jääma fenomenoloogilisele pinnale ega saa mehhanisme üksikasjaliselt kirjeldada.

Et aidata koostada tervislikku toiduratsiooni vastavalt tänapäeva arusaamadele, paigutati materjal praktilistest kaalutlustest lähtudes nelja rühma. Toidutegurite mõistet kasutame selles ülevaates laiemas tähenduses, hõlmates sellega toidu ja toitumise, nagu seda teeb enamik autoreid. Kirjandusallikate rohkus ei ole alati võimaldanud viidata originaalile, enamasti on seda tehtud ülevaadete autorite järgi.

Toiduainete ja -komponentide rühmadesse paigutamine on tinglik ning edasine uurimistöo toob kahtlemata endaga kaasa muutusi sellesse jaotusesse. On ju teadusliku tegevuse tulemused sageli vastukäivad ning need vastuolud peegelduvad ka ekspertide soovitustes ja hinnangutes. Nii on Ameerika Ühendriikides suhkruasendajaist tsüklamaadid keelu all ja sahariin saadaval, Kana-das aga on otse vastupidi (7).

**Keemilised ühendid, mille sisaldust toidus tuleks hoida nii madalal kui vähegi võimalik.**

Siia rühma kuuluvad eeskätt Lyonis asuva Rahvusvahelise Vähiuurimiskeskuse ekspertide poolt hinnatud ja inimesele kantserogeeneks või tõenäoliselt kantserogeeneks tunnistatud ained — arseen, asbest, benseen, kroom, tahm, tõrv, mineraalõlid, aflatoksiinid, benzo(a)püreen, kaadmium, DDT jt. (5). Soomes tuleb päevas toiduratsioonis inimese kohta arseeni 58 $\mu$ g, kaadmiumi 13  $\mu$ g, kroomi 34  $\mu$ g, mis on lähedased teiste tööstusmaade andmetele (10, 11).

Eksperimentaalonkoloogia tunneb muidugi sadu keemilisi ühendeid, mille kantserogeensed omadused on tõestatud loomkatsete varal. Suur osa nendest ühenditest on sünteesitud laboratooriu-

mis ja neid meid ümbritsevas keskkonnas ei ole. Samas on ka niisuguseid aineid, mida on keskkonnas, toidus, inimese organismiski, mille kantserogeen-sust katseloomadel on veenvalt näidatud, ent mille kantserogeense toime kohta inimesesse seni andmeid ei ole. Üks selliseid ainete rühmi on N-nitrosoühendid, mida kogu maailmas intensiivselt uuritakse ja mille tekkimist püütakse ära hoida (28). Kantserogeenseid omadusi on leitud mitmetel ravimitelgi, näiteks dietüülstilböstroolil, tsüklofosfamiidil, kloorambutsiilil, kloroformil, metronidasoolil (5).

Puhas etanool ei ole osutunud kantserogeeniks üheski loomkatses (29, 30), ent epidemioloogilised uurimused näitavad seost alkoholsete jookide kasutamise ja suuõõne-, kurgu-, kõri-, mao- ning söögitoruvähi esinemise vahel (16, 18, 20). Mõnel maal on leitud korrelatsioon ka õllejoomise ja käär- ning pärasoolevähi haigestumise vahel (18). Alkoholil kantserogeenne toime näib avalduvat sel teel, et ta hõlbustab väljastpoolt organismi sattunud kantserogeensete ainete kontakti epiteelirakkudega (29). Peale selle tekib etanooliainevahetuses atsetaldehyüd, mis on nii mutageensete, teratogeensete kui ka kokantserogeensete omadustega, arvatavasti on ta ka kantserogeen (2). Võimalik, et üks põhjusi on mitmete toidukomponentide vähesus organismis, mis kaasneb alkoholi kasutamisega (26). Alkoholist tingitud maksakahjustus võib mõjutada keemilisi detoksikatsiooni- ja biotransformatsiooniprotsesse, soodustades seeläbi kantserogeneesi (20). Suitsetamine ja alkohol toimivad sünergistlikult (18).

Amesi mutatsioonitesti kasutuselevõtmine tegi võimalikuks kiiresti ja suhteliselt väikeste kulutustega määrata mitmesuguseid kantserogeenseid aineid meid ümbritsevas keskkonnas. Test seisneb mutageenide suhtes väga tundlike *Salmonella typhimurium*'i tüvede kasutamises mitmesuguste ainete ohtlikkuse kindlakstegemiseks. Kantserogeensed ained avaldavad mutageenset toimet ja mutageenidena tuntud ained osutuvad kantserogeenideks. Et on näidatud mu-

tageenide ja kantserogeenide kattumine 70...80%-l juhtudest (22), siis annavad Ames testi tulemused teatud ettekujutuse uuritavate ainete kantserogeenisest ohust. Viimasel aastakümnel ongi paljudes maades sel alusel uuritud oma toiduaineid, eriti toidu termilise töötlemise mõju mutageensete ainete tekkimisele.

Osa mutageenseid aineid on toidu loomulikeks koostisosadeks, teine osa aga tekib toiduainete töötlemisel. Flavonoidide leidub näiteks rohelises tees, sibulas, rosinates (18), neid saab inimene umbes 1g päevas (2). Flavonoidide kantserogeensete omaduste hindamisel on tulemused osutunud vastuoluliseks: USA-s tehtud uurimised viitavad flavonoidide kantserogeenisusele, ent Jaapanis tehtud katsed seda ei kinnita (22). Kinoonid ja nende fenoolsed prekursoorid on samuti väga levinud (2), juur- ja puuviljades leidub tanniine (10). Mutageenseid aineid on leitud ka alkohoolsetes jookides (22).

Juba ammu on täheldatud kantserogeensete ainete tekkimist toiduainete termilisel töötlemisel, eriti rasvade ülekuumutamisel. Uurimused on näidanud, et toiduõli kestev ja korduv kuumutamine põhjustab kantserogeensete ja kokantserogeensete ainete tekkimist (30). Seepärast on soovitatud koduses majapidamises mitte kasutada eelmisest toiduvalmistamisest pannile jäänud rasva, toitlustusettevõtetes keelata toidurasvade korduv ja kestev kuumutamine (13). Viimaste aastate uurimused on veenvalt näidanud mutageensete ainete tekkimist liha ja kala grillimisel või mõnel muul termilisel töötlemisel, mille puhul on tegemist kuumutamise söestumiseni. Tekkinud ainete mutageenne aktiivsus võib olla isegi kõrgem kui aflatoksiini B<sub>1</sub> puhul, mis on tuntud väga tugeva kantserogeenina (22). Nendel kaalutlustel soovitataksegi olla mõõdukad praetud toitade pruukimisel (22, 25).

Mutageensete ainete osa vähktõve tekkes inimesel ei ole muidugi selge, kuid väär oleks nende osa alahinnata. Niisuguste ainete laialdane levik teeb

raskeks nende vältimise. Selles osas aitab teataval määral kaasa kehvast kõrgest temperatuurist hoidumine toiduvalmistamisel, näiteks hautamise eelistamine praadimisele. Taimeõlid ei sobi praadimiseks, sest nad sisaldavad väga reaktsioonivõimelisi küllastumata rasvhappeid.

**Toit- ja toiduained, mille ületarbimist tuleks vältida.**

XIII rahvusvahelisel toitumiskongressil, mis toimus 1985. aasta augustis Brightonis, konstateeriti rasvade, suhkrute ja keedusoola ületarbimist arenenud maades. Kahtlemata on sel nähtusel ka seos vähktõve tekkega.

Rasva tarbimise ja vähktõve esinemise seost tõendavad nii epidemioloogilised uurimused kui ka loomkatsed. Rasva ületarbimine näib põhjustavat eeskätt rinna-, käärsoole- ja eesnäärmevähki (18, 31). Rasvale omistatakse seejuures nii promotori kui ka tõenäose kantserogeeni osa (2). Nimelt arvatakse, et rasvad põhjustavad sapphapete ja steroolide suuremat produktsiooni, mis bakterite elutegevuse tagajärjel muudetakse kantserogeenideks (7, 30). Oletatakse, et rasva toime rinnavähi tekkes võib avalduda hüpotäalamuse vahendusel, muutes prolaktiini ja östrogeenide vahelist suhet (26). Üks põhjusi arvatakse olevat toiduvalmistamise ajal lipiidide peroksüdatsioonil tekkinud mitmesugused mutageenid, promotoriid ja kantserogeenid (2). Eeltoodud asjaoludel põhinebki USA-s elanikkonnale antud soovitus vähendada rasvade osatähtsust toiduratsioonis praeguselt 40%-lt 30%-le (18). Leitakse, et küllastunud ja küllastumata rasvhappeid sisaldavate rasvade suhe peaks olema 1:1 ja sellist režiimi tuleks rakendada juba lapsest peale (25).

Mõnevõrra üllatavad on andmed selle kohta, millist osa etendab kolesterool vähi tekkes. Nimelt vereseerumi suur kolesteroolisisaldus näitab suurt riski ateroskleroosi (25), kuid väikest riski käärsoolevähki tekkes (18). Mitmest tööst selgub, et vere väikese kolesteroolisisalduse puhul suureneb käärsoolevähki haigestumise risk tunduvalt. Seda ten-

dentsi ei ole alati täheldatud ja kindlat seaduspärasust välja tuua ei saa. Siiski arvatakse, et kolesterooli rohkus toidus pigem suurendab kui vähendab vähiriski (6).

Keedusoola kantserogeensuse kohta andmeid kirjanduses ei ole. Küll aga arvatakse suur osa vähi tekkes olevat nendel toiduainetel, mis sisaldavad palju soola — soolatud köögivilji, soolakala, hapendatud köögivilji (9, 16, 18). Jaapanis üldkasutatavatest toiduainetest sisaldab sojaoapasta keedusoola 10%, sojasoust 18%, hapendatud köögivilji 10...13% ja kala 3...20%. Keedusoola liigse kasutamise seostataksegi suurt maovähi esinemissagedust sel maal (16). Keedusoola kontsentratsioonist tingitud hüpertoonilise mäosisaldisega on seletatud kroonilise gastriidi tekkimist, mille alusel arenebki maovähk (18). Teatavasti on keedusoolal oma osa ka hüpertooniatõve etioloogias (25). Seepärast soovitataksegi vähendada soola hulka toidus (18, 25). Saame ju keedusoola liha-, kala- ja leivatoodete ning juustuga, kuhu seda on lisatud tootmise ajal.

Suhkrute otsese kantserogeensuse kohta tõendeid ei leidu. Neid teatakse kui tühjade kalorite allikaid, kui ületoitumise üht võimalikku tegurit. Rafineeritud suhkru osa toidus peetakse füsioloogilisi vajadusi arvestades liiga suureks (3, 17). Süsivesikute hulga pikaajaline piiramine toidus, mis sisuliselt on kalorsuse piiramine, vähendab katseloomadel kasvajate esinemist ja pikendab nende ilmumise aega (1, 30). Võimalik, et see on tingitud adrenaalsest hüperfunktsioonist ja endokriinsüsteemi mõjutamisest, mille tagajärjel kantserogenees pidurdub (1). Väärrib rõhutamist, et kalorsuse piiramisel loomkatsetes (25...50% enamasti) hoitakse oluliste toitainete, nagu vitamiinide, soolade ja valkude sisaldus toidus soovitava tasemel (24). Kui aastasi hiiri hakati näljutama järk-järgult, kusjuures säilitati oluliste toitainete vajadus, siis pikenes nende eluiga keskmiselt 10%, maksimaalselt 20%. Samal ajal vähenes spontaansete kasvajate arv (24).

Kuigi selliste näljutuskatsete tulemused on paljutöötavad, on liiga vähe andmeid ja teadmisi selleks, et ranget kalorsuse piiramist soovitada (8, 29). Küll aga ollakse üsna üksmeelel, et vähendada tuleb nii suhkrut kui ka rasva tarbimist (17). Liigest kehakaalust tingitud vähiriski on oletatud juba ammu ja see on ka kinnitust leidnud. Üldine tendents on, et kehakaalu suurenemisel suureneb ka vähirisk. Erandiks on kopsuvähk: kõhnadel on haigestumisrisk suurem (29). Emakakehavähi arenemist pärast menopausi seletatakse östrogeenide üleproduktiooniga. Viimased tekivad sel perioodil üksnes adrenaalsetest hormoonidest rasvkoes ja nende hulk sõltub rasvkoe hulgast. Ületoitumine lapseas põhjustab menarhe varajast ilmumist, millel arvatakse seos olevat rinnavähiga (29). Epidemioloogiliste uurimuste alusel esineb adipoosetel enam emaka-, rinna-, soole- ja maksavähki (1). Eri maade teadlased soovitavad üksmeelselt säilitada ideaalset kehakaalu ja hoiduda rasvumast (17).

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi andmeil on Eesti NSV elanike toit kalorite-, rasva- ja suhkrurikas, mistõttu esineb palju liigset kehakaalu; samal ajal on toit vitamiini-, mineraalainete- ja kiudainevaene.

**Toit- ja toiduained, mille alatarbimisest tuleks hoiduda.**

Selles rühmas esitame andmed köögivilja puuviljade, piima, kiudaine, A-, C- ja E-vitamiini tähtsuse kohta meie toidulaul. Tõendusmaterjal tuleneb epidemioloogilistest uurimustest, samuti laboratoorsetest *in vitro* või *in vivo* katsetest.

Jaapanis tehtud massilised uuringud on näidanud, et värske köögivilja sömine vähendab vähiriski (7). Eriti suurt negatiivset korrelatsiooni leiti ristõieliste köögiviljade, nagu kapsa ja lillkapsa tarbimisel (18). Üldistades kirjandusandmeid jääb mulje, et köögi- ja puuvilja väärtust määravad eelkõige neis sisalduvad vitamiinid (ka nende prekursorid), mineraalained, mikroelemendid ja kiudaine. Mõneti võib seda-

sama öelda ka piima kohta, milles kiudainet küll ei ole, kuid mis oma toitainelise täiuslikkuse poolest on peaaegu ideaalne toiduaine.

On andmeid, et ristikõielistes taimedes sisalduvad flavanonoolid ja indoolid võivad avaldada vähivastast toimet (7). Kүүslaugu vähivastane toime näib ilmnevat fütontsiidide vahendusel, mao mikrofloorat pärssides pidurdavad nad nitrosoühendite prekursori — nitriti — tekkimist (15). Antimutageenset toimet avaldavad kapsa, õunte, sibula, baklažaanide või teiste puu- ning köögiviljade ekstraktid (27). A-, C- ja E-vitamiin on tuntud antioksüdantidena. Seega on nad suutelised vähendama ainevahetusprotsessides tekkivate vabade radikaalide toimet (2).

Köögivilja positiivse efekti kõrval ei tohi unustada nitraatidest kui N-nitrosoühendite prekursoritest johtuvat ohu. Nitraadisaldus köögiviljas näib üha suurenevat. Vaja on kogu Nõukogude Liidus toiduainete suhtes kehtestada nitraadi- ja nitritisalduse normatiivid (28).

Mitmed epidemioloogid on leidnud, et kopsuvähki haigestumise risk on suurem nendel, kelle toidus on vähe A-vitamiini (7). Sedasama on täheldatud kõri-, põie-, söögitoru, mao-, käärsoole- ja eesnäärmevähi puhul. Loomkatsetes on näidatud A-vitamiini vähi teket nii pidurdavat kui ka soodustavat toimet (18). Arvatakse, et A-vitamiin pärsib ensüüme, mis aktiveerivad kantserogene, või stimuleerib immuunsüsteeme (1). On näidatud, et A-vitamiini juuresolek vähendab pahaloomulise transformatsiooni tõenäosust. Selle vitamiini hulga suurendamine toidus ei suurenda oluliselt tema kontsentratsiooni veres (29).

Toiduratsiooni C-vitamiini-sisalduse ja vähiriski vahel on ilmnenud negatiivne korrelatsioon mao-, söögitoru- ja kõrikasvajate puhul, käärsoolevähi korral seda ei ole leitud. Maovähijuhtudel rõhutatakse C-vitamiini blokeerivat osa N-nitrosoühendite tekkimises, mida peetakse gastrokantserogeenideks (18). Askorbiinhappe vähivastast toimet loomkatsetes on näidatud nii benso(a)-

püreeni manustamisel kui ka N-nitrosoühendite prekursorite söötmisel (2). Samas on leitud, et C-vitamiini manulus kutsub ühe elundi kasvaja suhtes esile pärssimise, teise suhtes mõjub hoopis soodustavalt (7). Koekultuurides võib askorbiinhape ära hoida rakkudel keemiliselt indutseeritud transformatsiooni või kutsub ta esile transformeerunud rakkude reversiooni (18).

E-vitamiini ehk tokoferooli kohta on kirjandusandmeid vähe, ent ka tema puhul on rõhutatud antioksüdatiivset toimet. Ta leevendab adriamütsiini ja daunomütsiini kahjulikku toimet, mis tuleneb vabade radikaalide tekkimisest nende ainete mõjul. Keemilise kantserogeneesi puhul on ilmnenud tokoferooli protektiivne toime (2). Paraku epidemioloogilised andmed selle vitamiini kohta peaaegu puuduvad. Kaudselt võib tema toime üle otsustada nende toiduainete tarbimise alusel, milles teda esineb, näiteks piimasaadustes. Viimaste suhtes on autorite hinnangud üldjoontes positiivsed (9, 25).

Kiudaine vähesus toiduratsioonis ilmneb kõige paremini käärsoolevähi epidemioloogias — neis maades, kus kasutatakse kiudainerikast toitu (köögivilja, puuvilja ja kroovimata teravilja), haigestutakse käärsoolevähi vähem (25, 29, 31).

Rukkileiva tarbimisega seletatakse, miks Soomes on käärsoolevähi vähem kui Ameerika Ühendriikides (25, 26). Näib, et mitte kõik kiudainevormid ei ole vähivastase toime suhtes ühesugused, eriline koht on pentosaanil (18, 29). Laboratoorsete katsete põhjal võib kiudaine katseloomadel avaldada protektiivset toimet, kuid mitte kõigi kantserogeenide puhul (18). Suure kiudainesisaldusega ratsioonide negatiivset toimet ei teata (8). Mitmel maal, sealhulgas ka Nõukogude Liidus, lisatakse mõnede leiva- ja saiatoodetele nisukliisid kiudainesisalduse suurendamiseks. Köögi- ja puuvilja ning täisteratooteid soovatakse süüa iga päev, eriti tsitrusvilju, karotiinirikkaid juurvilju, kapsast (17).

Mitmes epidemioloogilises uurimistöös on näidatud, et piimasaaduste pidev

kasutamine vähendab maovähki haigestumise riski (9, 12). Osalt saab seda põhjendada piima võimega siduda nitritit. Seeläbi elimineeritakse N-nitrosoühendi üks prekursor reaktsioonikeskkonnast ja väheneb nimetatud kantserogeeni tekkimine maos. Sel põhjusel peame soovitavaks kasutada piima nitraatiderikka toidu puhul (19), samuti amidopüriini sissevõtmisel (32). Nendel jaapanlastel, kes kasutasid päevas vähemalt kaks klaasi piima, oli maovähi juhte vähem (12). Ei pruugi veel arvata, et piim oleks panatsea. Osa inimesi ju ei talu piima alaktaasia tõttu. On näidatud, et suurem rinnavähi tõttu korreleerub piimarasvade kasutamisega enam kui ükskõik milliste teiste rasvade kasutamisega (29), see vihjab vajadusele vähendada piimarasva tarbimist.

**Toiduained ja -komponendid, mille osa kohta vähi tekkes ei ole piisavalt tõendeid.**

Siinjuures käsitleme toiduainetest kohvi, teed, hapendatud köögivilja, kuivatatud soolakala, suitsukala ja liha. Peale selle puudutame ka sahariini ja seleeniga seotud probleeme.

Nimetatud toiduainete kohta on teaduskirjanduses viiteid, et nende kasutamine toidus või söödas suurendab vähiriski, et nad sisaldavad mutageenseid või kantserogeenseid aineid. Kuivõrd tegemist on populaarsete toiduainetega, mis on sajandeid kuulunud rahvaste toidulauale, siis on nendest loobuda raske. Teisalt on põhjust väita, et kahjulikud ühendid on nendes toitudes ohutult madalas kontsentratsioonis. Loomkatsedki on enamasti näidanud vastuolulisi tulemusi ja nende tulemuste ülekandmine inimesele on alati olnud kaheldava väärtusega.

Kohvijoomisega on seostatud kõhunäärmevähi haigestumist (10). Teises uurimuses on aga leitud korrelatsioon kohvitarbimise ja käärsoole- ning põievähi vahel, kuid mitte kõhunäärmevähiga (21). Jaapani teadlased on mutageenseid aineid leidnud nii tees kui ka kohvis, kusjuures võrdselt nii tavalises, lahustavas kui ka kofeiinivabas kohvis

(22). On vaja rohkem andmeid, et otsustada vähiriski üle kohvitarbimisel (21).

Hapendatud ja soolatud köögiviljast, kuivatatud soolakalast oli juba juttu seoses kõrge soolasisaldusega ja selle negatiivse toimega. Selliste toiduainete kasutamist soovitatakse piirata (17, 18). Sedasama öeldakse ka suitsutatud liha ja kalatoodete kohta, kuna on leitud korrelatsioon nende kasutamise ja maovähi esinemise vahel. Viimane võib olla tingitud kantserogeensetest N-nitrosoühenditest, mida neis toiduainetes leitakse (18).

Seleeni vähi teket pidurdavad omadused on viimasel ajal pälvunud suurt tähelepanu. Ajalooliselt on teada seleeni toksilised ja kantserogeensed omadused. Alles viimase 25 aasta vältel on uuritud seda osa, mis tal on füsioloogilistes protsessides. Loomkatsetest ilmneb, et seleeni lisamine söödale vähendab vähijuhude arvu ja pikendab latentsusaega, selline efekt inimesel on aga küsitav (23). Arvatakse, et seleeni madal kontsentratsioon keskkonnas võib olla riskiteguriks (2). Seleeni vähi teket pidurdavaid omadusi seletatakse tema kui antioksidandi osaga lipiidide ainevahetuses (23). Soovitusi toidu rikastamiseks seleeniga ei ole seni julgetud anda tema toksilisuse tõttu (17).

Sahariini hakati kasutama toidulisandina juba 1902. aastal. Loomkatsete põhjal kutsub see aine suurtes annustes esile kusepõievähki, kuid elanike hulgas tehtud epidemioloogilise uurimise põhjal ei ole nimetatud toime kinnitust leitud. Diabeetikud, kes sahariini kasutavad, on kusepõievähki haigestunud isegi harvem, ka teisi vähivorme ei ole neil täheldatud enam kui muu elanikkonna hulgas (29). Näib, et sahariini võiks suhkru asemel kasutada enam, kui seda siiani on tehtud. Nõukogude Liidus sahariin keelu all ei ole.

Kokku võttes, kuigi toidutegurite osa kantserogeneesis on paljuski ebaselge ja vastuoluline, on senine uurimistöö selles valdkonnas andnud väärtuslikku teavet, mida juba võime arvestada tervisliku toitumise kujundamisel.

KIRJANDUS: 1. *Alcantara, E. N., Speckmann, E. W.* Am. J. Clin. Nutr., 1976, 29, 9, 1035—1047. — 2. *Ames, B. N.* Science, 1983, 221, 1256—1264. — 3. *Anderson, T. A.* Ann. Rev. Nutr., 1982, 2, 113—132. — 4. Assessment of Technologies for Determining Cancer Risks from the Environment. Congress of the United States, 1981. — 5. Chemicals, Industrial Processes and Industries Associated with Cancer in Humans. IARC Monographs, suppl. 4, Lyon, 1982. — 6. *Feinleib, M.* Cancer Res., 1983, 43, 5 (suppl.), 2503—2507. — 7. *Graham, S.* Transplant. Proc., 1984, 16, 2, 392—400. — 8. *Habs, M., Schmähl, D. J.* Cancer Res. Clin. Oncol., 1980, 96, 1, 1—10. — 9. *Haenszel, W., Kurihara, M., Segi, M. a. o.* J. Natl. Cancer Inst., 1972, 49, 4, 969—988. — 10. *Hemminki, K., Vainio, H., Sorsa, M. a. o.* J. Environ. Sci. Health, 1983, C1, 1, 55—95. — 11. *Higginson, J.* Cancer Res., 1983, 43, 5 (suppl.), 2515—2518. — 12. *Hirayama, T.* Cancer Res., 1975, 35, 3460—3463. — 13. *Loogna, G.* Vähktõve kompleksne profülaktika. Tln., 1975. — 14. *Maugh, T. H.* Science, 1979, 205, 4413, 1363—1366. — 15. *Mei Ling, W.* In: XIII International Congress of Nutrition, Abstracts. Brighton, 1985, 207—208. — 16. *Oiso, T.* Cancer Res., 1975, 35, 11, 3254—3258. — 17. *Palmer, S.* Cancer Res., 1983, 43, 5 (suppl.), 2509—2514. — 18. *Palmer, S., Bakshi, K. J.* Natl. Cancer Inst., 1983, 70, 6, 1153—1170. — 19. *Rooma, M., Uibu, J.* Nutr. Cancer, 1983, 4, 3, 171—175. — 20. *Schottenfeld, D.* Cancer, 1979, 43, 5 (suppl.), 1962—1966. — 21. *Snowdon, D. A., Phillips, R. L.* Am. J. Public Health, 1984, 74, 8, 820—823. — 22. *Sugimura, T.* Cancer, 1982, 49, 10, 1970—1984. — 23. *Thompson, H. J. J.* Agric. Food Chem., 1984, 32, 3, 422—425. — 24. *Weindruch, R., Walford, R. L.* Science, 1982, 215, 4538, 1415—1418. — 25. *Weisburger, J. H., Arnold, C.* American Health Foundation Activities Report No. 2, 1979, 6—24. — 26. *Wynder, E. L.* Cancer, 1979, 43, 5 (suppl.), 1955—1961.

27. *Алекперов У. К.* Антимутагенез. М., 1984. — 28. *Боговский П. А.* В кн.: Экология и рак. Киев, 1985, 97—134. — 29. *Долл Р., Пито Р.* Причины рака. Киев, 1984. — 30. *Рубенчик Б. Л.* Питание, канцерогены и рак. Киев, 1979. — 31. *Стуконис М. К.* Эпидемиология и профилактика рака. Вильнюс, 1984. — 32. *Уйбу Я. А., Кульдмяэ Л. А.* В кн. Тезисы V Всесоюзного симпозиума «Канцерогенные N-нитрозосоединения и их предшественники — образование и определение в окружающей среде». Таллин, 1984, 30—32.

*Ekspérimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut*

# Kogemuste vahetamine ja kasuis- tika

UDK 616-053.1/31:616.523-07-08

## Kaasasündinud herpeseviirusnakkuse diagnoosimine ja ravi vastsündinutel

Adik Levin Anna Potapova · Tallinn  
Lia Sildver Virve Lääne · Tartu

mukokutaanne vorm, laboratoorne diagnoosimine,  
spetsiifiline immuunravi

Herpeseviiruse väljendunud epitelio-  
troopsuse tõttu on vastsündinutel kõige  
sagedamad naha ja limaskesta lokaal-  
sed kahjustused. Kaasasündinud naku-  
se mukokutaanne vorm on kliiniliselt  
diagnoositav tüüpiliste naha, suu limas-  
kesta või silmade herpesnähtude alusel.  
Laboratoorsel diagnoosimisel on suuri-  
ma tähtsusega spetsiifiline viroloogiline  
ja otsene immunofluorestsentsimeetod  
(1). Viimase puhul tehakse kindlaks  
herpeseviiruse antigeeni olemasolu na-  
ha või silma sidekesta epiteelirakkudes  
(2). On uurimusi (3, 7) herpeseviirust  
neutraliseerivate antikehade tiitri kor-  
duvast võrdlevast määramisest, seda nii  
nakatunud emadel kui ka nende sündi-  
nud lastel.

R. Whitley ja kaasautorite (6) poolt  
uuritud 39-l kaasasündinud herpese-  
viirusnakkusega vastsündinul kadusid  
naha, silmade ja/või suuõone haigus-

nähud kiiresti. Sama autori ja tema kaastöötajate varajasemad uurimistulemused (5) on aga näidanud, et vastsündinutel on isoleeritud herpeetiliste nahanähtude progresseerumise ja haiguse generaliseerumise risk suur.

Kaasasündinud herpeseviirusnakkuse etiotroopses ravis parenteraalselt kasutatavad virostaatikumid on tugevasti toksilised ja võivad pidurdada medullaarset hematopoeesi (1, 3, 4). 1980. aastast on uurimusi (5, 8, 9, 10) selle kohta, millist mõju on kaasasündinud herpeseviirusnakkuse korral avaldanud mittespetsiifiline ravi homoloogilise interferooni ja gammaglobuliiniga. Seevastu ei ole andmeid herpeseviirusnakkusega vastsündinute spetsiifilise immuunravi kohta (immuunplasma ja herpeseviirusvastase gammaglobuliiniga), samuti nende retsidiivide herpesevaktsiiniprofülaktika ega -ravi kohta.

Arvestades parenteraalselt manustatavate virostaatikumide vähest kättesaadavust, eriti aga nende potentsiaalset müelosupressiivset toimet, otsustati kasutada patogeneetilist immuunravi, mis toimub kahes etapis.

Ravi esimesel etapil immuniseeritakse vastsündinut passiivselt, kandes talle immuunplasmata üle doonoritelt, kes on herpeseviirusnakkust hiljuti põdenud. Eelistada tuleb ema-doonorit, kellel oli herpeseviirusnakkus olnud raseduse ajal, mille tagajärjel on tema veres tekkinud spetsiifilised antikehad. Doonoriteks võivad olla ka lähedased sugulased või herpeseviirusnakkust hiljuti põdenud isikud. Immuunplasma 2...4 ülekande vaheaeg on 2...3 päeva.

Esimese ravietapiga paralleelselt algab ettevalmistus teiseks etapiks, mis seisneb selles, et doonorit immuniseeritakse aktiivselt herpeseviirusvaktsiiniga (1979. aasta juhendis toodud skeemi järgi). Doonoritena soovitatakse lähedasi sugulasi, kõige rohkem isasid. Emasid ei tohi doonoriteks valida, sest neil võib vaktsineerimine põhjustada reaktsioone, mida võib seostada organismi hormonaalse ümberkõlastusega raseduse ja sünnituse ajal. Vaktsineeritud

doonoritelt saadud immuunplasmata kantakse vastsündinule üle samuti 2...4 korda 2...3-päevaste vaheaegadega. Immuunplasma hulk on mõlemal ravietapil 5...10 ml kehakaalu ühe kg kohta üheks transfusiooniks. Immuunplasmata valmistavad verejaamad või -osakonnad. Pärast kliinilist remissiooni oleks otstarbekas vaktsineerida herpeseviirusega juba nakatunud vastsündinuid sihiga ära hoida retsidiivi. Vastsündinutele ja imikutele kohandatud vaktsiini puudumise tõttu aga ei ole võimalik neid veel vaktsineerida.

Kirjeldame kaasasündinud herpeseviirusnakkust vastsündinul, kes sai spetsiifilist immuunravi.

**Haigusjuht.** Vastsündinu J. M., viis päeva vana (haiguslugu nr. 7956/1984). Ema oli 29-aastane, esimene rasedus, sünnitus 38. rasedusnädalal. Emal oli raseduse ajal mitmel korral tekkinud herpeselöve huulte.

Lapse sünnikaal 2700 g, pikkus 48 cm. Ulatuslik papuloos-vesikuloosne eksanteem hemorraagiatega oli juba sündimise ajal üle kogu keha. Teisel elupäeval ilmus lööve ka peopesadele ja jalataldadele. Viiendal elupäeval toodi vastsündinu Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla vastsündinute patoloogia osakonda. Diagnoos: hemorraagiline lööve.

Üldseisund rahuldav. Nahal rohke lööve: hulgaliselt punakaspruune koorikuid juustega kaetud peanahal, kõrvalestadel, kehatüvel ja jäsemetel. Üksikuid paapuleid esines ka peopesadel ning jalataldadel. Limaskestad puhtad. Maksa mõõtmed normaalsed. Kesknärvisüsteemi kahjustuse kliinilisi sümptome ei olnud. Koorikute äralangemisel jäi nahale pruunikas pigmendilaik. Uus herpeetiline eksanteem tekkis 17. haiglas viibimise päeval ja paapulid mõlema silma alumisele sidekestale 21. päeval.

Kliinilistes analüüsides patoloogilisi muutusi ei leitud, maksa funktsiooni proovid normaalsed. Otsene immunofluoretsents oli silma sidekesta paapuli põhjast kaabitud epiteelirakkudes herpesviiruste suhtes positiivne, naha epiteelirakkudes negatiivne.

Kliinilis-laboratoorselt võis diagnoosida herpeseviirusnakkuse lokaalset vormi naha ja silmade tüüpilise herpeetilise kahjustuse ning positiivse spetsiifilise immunofluoretsentsiga. Kliiniline diagnoos: *infectio viralis herpetica congenita* (mukokutaanne vorm).

Spetsiifilise herpesravi esimesel etapil tehti kaks immuunplasma ülekannet vastsündinu emalt. Samal ajal vaktsineeriti isa herpesevaktsiiniga. Ravi teisel etapil tehti isalt neli immuunplasma transfusiooni arvestusega 10 ml kehakaalu ühe kg kohta üheks transfusiooniks (vaheaeg 2...3 päeva). Spetsiifilise immuunraviga saavutati täielik kliiniline remissioon: uusi lööbeelemente pärast teist immuunplasma ülekannet ei tekki-

nud. Haiglast väljakirjutamisel oli laps heas üldseisundis, nahk, konjunktiivid ja elundid normaalsed. Katamnees kuue kuu pärast: herpeseviirusnakkuse lokaalseid nähte ei ole enam uuesti ilmunud. Laps on pediaatri järelevalve all.

Haigusjuhu ja ravi kirjeldamise eesmärk on neonatoloogidele ning pediaatritele tutvustada kaasasündinud herpeseviirusnakkuse diagnoosimise ning spetsiifilise immuunravi võimalusi vastasündinutel ja imikutel.

Käesolev töö võimaldab esile tuua järgmisi lahendamist vajavaid probleeme:

1) kaasasündinud herpeseviirusnakkuse laboratoorse diagnoosimise täiustamiseks on väga aktuaalne herpeseviiruse antikehade tiitri määramiseks kättesaadava meetodi väljatöötamine ja kasutuselevõtmine;

2) arvestades tänapäeva ja tuleviku transfusioloogia monokomponentsuse printsiipi, osutub perspektiivseks herpeseviirusevastase gammaglobuliini valmistamine küllaldases koguses ja selle laialdane kasutamine spetsiifilise immuunravi eesmärgil;

3) herpeseviirusega nakatunud vastasündinute ja imikute retsidiivide profülaktikaks ning raviks on vaja vähemreaktoogenset herpesevaktsiini.

KIRJANDUS: 1. Ebell, W., Borchard, F., Knoll, G. u. o. Klin. Pädiatr., 1980, 6, 582—587. — 2. Rattasep, E., Sildver L., Lääne, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 6, 446—449. — 3. Sobczek, H., Gebauer, W., Schütz, E. Klin. Pädiatr., 1985, 197, 2, 141—146. — 4. Whitley, R., Nahmias, A., Soong, S. Pediatrics, 1980, 66, 4, 495—501. — 5. Whitley, R., Nahmias, A., Visintine, A. a. o. Pediatrics, 1980, 66, 4, 489—494. — 6. Whitley, R., Yeager, A., Kartus, P. a. o. Pediatrics, 1983, 72, 6, 778—785. — 7. Yeager, A., Arvin, A. Pediatrics, 1984, 73, 2, 188—193.

8. Казанцев А. П., Попова Н. И. В кн.: Внутритробные инфекционные заболевания детей и их профилактика. Л., 1980, 74—85. — 9. Шабалов Н. П. Вopr. oхр. мат., 1982, 1, 16—22. — 10. Шабалов Н. П. В кн.: Справочник неонатолога. Л., 1984, 223—231. — 11. Шабалов Н. П., Цинзерлинг А. В., Индикова М. Г. и др. Вopr. oхр. мат., 1984, 10, 29—36.

Tallinna Linna Kliiniline  
Lastehaigla

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria  
kateeder

Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla

UDK 616.26-007.43-053.4

## Diafragma ebasong

Vadim Suvidov Inga Freiberg · Tallinn

ebatavaline kulg, kliiniline pilt, ravi

Diafragma song kujutab endast kõhuõõne elundite sopistumist rindkereõõnde diafragma loomulike või patoloogiliste avade kaudu. Lastel on diafragma song enamasti kaasasündinud, omandatud (traumaatilisi) songi tuleb ette harva. Eristatakse tõelist songa ebasongast. Viimase põhjuseks on kaasasündinud defekt diafragma, mille kaudu sopistuvad kõhuõõne elundid rindkereõõnde. Sagedam on tagumine pilutaoline defekt — Bochdaleki pilu, mis asub diafragma lumbokostaalosas. Tõelised songad arenevad diafragma düsplastilise ala sopistumisest rindkereõõnde, mis on tingitud kõhuõõnesisesest rõhust.

**Haigusjuht.** Seitsmeaastane tütarlaps M. V. viibis ravil Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla lastekirurgiaosakonnas 3...27. veebruarini 1984 (haiguslugu nr. 784/1984. a.). Anamneesi järgi oli sageli põdenud külmetushaigusi. Kuuenda eluaastani diafragma song mingeid vaevusi ei olnud põhjustanud. Viimasel aastal oli periooditi esinenud oksendamist ja kõhuvalu, mis kaks nädalat enne hospitaliseerimist olid sagedamad.

Lapsel mahajäämus kehalises arengus, kehakaal 15 kg. Nahaalune rasvkude puudub, rindkere vähene deformatsioon. Kopsudes vasakul kuulda märgi räginaid, perkutoorselt kopsukõla lühenemine. Kõht pehme, sisse langenud. Laps ei olnud roojanud seitse päeva. Röntgenogrammil ei olnud vasak diafragma kuppel nähtav, vasakul rindkerepool sedastatav homogeenne varjustus (vt. röntgenogramm). Kontrastaine manustamisel selgus, et magu on tunduvalt suurenenud ja asub väikevaagnas, rindkereõõnes aga leidub kontrastainega täitunud peensoolelinge, milles on nähtavad vedeliku nivood. Diagnoositi diafragma song soolesulguse nähtudega.

Vereanalüüside põhjal mõeldukas leukotsütoos, hüpoproteineemia. Hüpokalieemia 2,42 mmol/l, hüponatreemia 117 mmol/l. Uriinis leukotsüüte. Elektrokardiogramm: südame vasaku vatsakese tagaseinas hüpoksia tunnused.

Enne operatsiooni oli korrigeeritud vee- ja soola- ning valguainevahetust, last oli toidetud parenteraalselt ja magu tühjendatud süstemaatiliselt.

8. veebruaril 1984 tehti vasakpoolne torakolaparotomia. Sool ja vasak neer reponeeriti kõhuõõnde. Tehti diafragma plastika.



Rindkere ja kõhuõõne röntgenogramm.

Operatsioonil leiti vasakul pool lumbokostaalosas  $10,0 \times 3,0$  cm suurune diafragma defekt. Rindkereõõnes paiknesid ülenev käärsool, ristikärsool, peensoolelingud ja  $1/3$  vasakust neerust. Soolelingud omavahel tugevasti liitunud. Liited vabastati osaliselt, sool ja vasak neer toodi kõhuõõnde. Tehti diafragma defekti plastika. Operatsioonihaav suleti õmblustega. Pleuraõõnde viidi dreēn passiivseks aspiratsiooniks.

Pärast operatsiooni tüsistusi ei tekkinud. Dreēn eemaldati neljandal päeval. Vasak kops oli õigunud. Niidid eemaldati 9. päeval, haav paranes esmaspingsalt. 19. operatsioonijärgsel päeval kirjutati laps haiglast välja rahuldavas seisundis. Kehakaal 15,8 kg.

Vaatlusel poolteise kuu pärast leiti, et üldseisund oli täiesti rahuldav. Laps oli aktiivne, kaalus 25 kg. Operatsiooniarv korras. Kopsudes vesikulaarne hingamiskahin. Köht pehme, valutu.

Haigusjuht on iseäralik selle poolest, et esines akuutse kuluga vasakpoolne kaasasündinud diafragma-ebasong, mis lapsel kuus aastat vaevusi ei olnud põhjustanud ja mis avastati alles pärast soolesulgust.

Kasutatud kirjandus: 1. Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. Л., 1983. — 2. Детская торакальная хирургия. Под редакцией В. М. Стручкова, А. Г. Пугачева. М., 1975.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla  
E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogiline  
Instituut

# Mõtte- vahetus

UDK 614.2(474.2)(049.2)

## Tervishoiuasutuste ratsionaalsest paiknemisest

Tallinna tervishoiuorganisatsioon, tervishoiuasutuste paiknemine, eriarstiabikorraldus, voodifondi otstarbekus

NSV Liidu majandusliku ja sotsiaalse arengu projekti arutamisel on tekkinud mitmeid arvamusi, millises suunas peaks muutuma tervishoiuasutuste koostöö Tallinnas. Kuigi jätkub uute haiglate ja polikliinikute ehitamine, tuleb rekonstrueerida ja otstarbekalt kasutada ka olemasolevaid. Tallinna peakirurg prof. U. Sibul on seda probleemi käsitlenud (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 5, 323—325) kirurgilis-traumatoloogilise abi korraldamise aspektist, rõhutades eriti interdistsiplinaarse integratsiooni vajadust. Allakirjutanut on tervishoiuorganisaatorina tulnud tegelda mitmete probleemidega, mis otseselt on puudutanud kas mingit kindlat haiglat (Tallinna Tõnismäe Haigla) või Tallinna tervishoiuasutusi üldse.

Pärast Tallinna Kiirabihaigla tööle hakkamist viidi sinna Mitsurini t. 15 asuvast vanast amortiseerunud haiglakorpusest üle ka Tallinna Tõnismäe Haigla silmahaiguste osakond ning kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakond. Sellega avardusid nende osakondade töövõimalused ja suurenes voodifond. Vana haiglahoone (endine Tallinna Vabariiklik Onkoloogiadispenser) rekonstrueerimiseks telliti 1981. aastal ajakohane projekt, kuid see on seni realiseerimata. Miks? Sinna hoonesse mahutuks lahendasti 60 voodikohaga osakond

kõigi abikabinettidega somaatilisi haigusi põdejate, näiteks neuroloogiliste haigete tarvis, selline osakond Tallinnas teatavasti puudub. Seal praegu paikneva Vabariikliku Narkoloogiadisperseri kui areneva asutuse tarvis oleks ilmselt vaja suuremat baasi. Ka seal asuva ülelinnalise traumapunkti ja kiirabi-brigaadi asukoht oleks sobivam Tallinna Vabariikliku Haigla naabruses.

Algaval viisaastakul saab teoks A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku tarvis uue hoone ehitamine Tallinna Kiirabihaigla lähedusse, loodetavasti koos väga vajaliku rehabilitatsiooniosakonnaga. See vabastaks endise Tallinna Tõnismäe Haiglale kuulunud ravikorpuse, kuhu oleks mõttekas paigutada üldkirurgia- (samuti uroloogiaosakond) ja günekoloogiaosakond (kummaski 60 voodikohta), sest nendel erialadel on Tallinna ravivõrgul voodikohti liiga vähe. Nõmmel asuv väike günekoloogiaosakond, arvestades tema looduslikku paiknevust, oleks sobilik muuta raseduspatoloogiaosakonnaks.

Tuleb soostuda Tallinna peakirurgi mõttega, et senisest enam tuleks teha operatsioone polikliinikute kirurgiaosakondades, kus on nõuetekohased tingimused. See aitaks mõneti vähendada kirurgide koormust haiglates ning lühendada plaaniliste operatsioonide järjekordi.

Terapeutiliste haigete jaoks ettenähtud voodikohti kasutavad ka onkoloogilised haiged, kes vajavad ainuüksi sümptomaatilist ravi ja põetust. Kui Tallinna Vabariiklik Onkoloogiadisperser uuel viisaastakul saab pikisilmi oodatud juurdeehitise koos rehabilitatsiooniosakonnaga, siis aitab see teatud määral üle saada ka terapeutiliste haigete voodikohtade nappusest. Lasnamäele planeeritav 600 voodikohaga haigla teeniks neidsamu eesmärke, sealjuures oleks Tallinna Harjumäe Haiglas otsustarbikas alles jätta spetsialiseeritud teerapiaosakonnad kogu linna tarvis.

Kalju Väin

Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadisperseri  
polikliinilise osakonna  
juhataja

# Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.27(474.2)(091)

## Narva apteegid kuni 1917. aastani

Heino Gustavson · Tallinn

avalikud apteegid ja nende filiaalid, asutuste kin-  
nised apteegid, tööstuslikud ettevõtted apteekide  
juures, ravimtaimede kasvatamine, rohukaup-  
lused, sidemed kultuurilooga

XVII sajandi esimese pooleni varustasid Narvat ravimitega rohupoodnikud. Aastal 1639 kutsus Narva raad Saksamaalt apteeki asutama Theodor Olitschiuse, kellele aga kohalikud olud ei meeldinud. Seepeale nõustus ettepanekuga Riia apteekrisell Johannes Oswald, kes avas 8. augustil 1645<sup>1</sup> (1) linnaapteegi. Paraku lakkas raad Oswaldit toetamast, mispeale viimane aastal 1663 apteegi sulges ja hakkas kaupmeheks (9).

Taibanud, et apteegita on raske läbi saada, kutsus raad Sileesiast kohale apteeker Christian Jakobi, kes 23. jaanuaril 1664 avas eraapteegi (privileegi sai ta neli aastat hiljem). 1676. a. rajas Chr. Jakobi ravimtaimede aia, seal kasvavate taimede nimistu aastast 1677 on säilinud (15). Ajapikku apteegi omanikud vaheldusid, asutust ennast hakati rahva seas nimetama Vanaks apteegiks. Pakub huvi fakt Peeter I ja apteekri kontaktist. Ajalehest on lugeda: «Kui tema keiserlik majesteet Peeter Suur

<sup>1</sup> Kuupäevad artiklis esitatud vana kalendri järgi.

14. novembril 1704 suvatses nautida Narva raekojas kõige paremat kostitamist ja end söömalauas kuni kella poole kaheni väga armulikult ja lõbusalt ülal pidas ja iga toosti ajal suurtükkidest põmmutada laskis, varustas seda pidulauda Narva apteeker Küsel veini ja vürtsidega» (7). Balti apteegiajaloolane E. Seuberlich ei ole maininud Küselit.

Siiski ei toonud Põhjasõda Narva apteegile head. Aastal 1708 pitseeriti apteek kinni, sest Peetri käsul küüditati tollaegne apteeker Fr. Thilo koos perekonnaga Vologdasse, kus ta muide avas uue apteegi ja sai Peetri korraldusel järelesaadetuna kätte kõik Narva jäänud ravimivarud (10). Kohe varsti avati Vana apteek taas, ka privileeg jäi kehtima. Üks järjekordseid omanikke — E. F. Schmidt Holsteinist — ostis aastal 1767 turu äärde maja ning viis apteegi sinna üle (13). Vana apteek jäi nendesse ruumidesse kuni maja hävimiseni 1944. a.

Kriitiliseks kujunes 1797. a.: suri apteeker A. G. Ziegler, pärijad jäid pankrotti ja apteek suleti, Peterburi võimude korraldusel jäi ta suletuks kuni järgmise aasta maini, mil leiti võimekas proviisor. 1849. a. läks Vana apteek ostu teel endisele Põltsamaa apteekrile G. Th. Walckerile, kes Narva kultuuri loos osutus silmapaistvaks isikuks, olles Narva Vanaaja Uurimise Seltsi üks asutajaliikmeid ja esimene esimees (alates 1863. a. raehärra). 1872. aastast kuni vaadeldava ajajärgu lõpuni kuulus Vana apteek Luchsingeride perekonnale. Kohe võeti ette suurem ümberehitus ja uuendati inventari, ka ametlikult taotleti senise nimetuse kinnitamist. Järjekordne ümberehitus leidis aset 1891. a. (14). Vahetult enne Esimest maailmasõda (1910. a.) oli apteegi sissetulek retseptuurist ligikaudu 6900 rbl. ja käsimüügist ligikaudu 8000 rbl., esmaseid retsepte 7125 ja kordusi 4573.<sup>2</sup>

Üsna lühikest aega eksisteeris Narvas Johann Samuel Brandti apteek, mis avati pärast Vana apteegi sulgemist



Vana apteegi juhataja G. Andersohn destilleerimisruumis (foto 1922. aastast).

1796. a. ja mis tegutses kuni selle taasavamiseni 1798. a. (11).

Jamburgis (praegune Kingissepp) 1822. a. asutatud Nikolai apteek jäi klientide puuduse tõttu peagi kiratsema ja 1831. a. toodi see üle Narva, kus selle mõne aja pärast omandas proviisor E. Otto (3). Kuigi viimane oma apteeki hakkas Uueks apteegiks nimetama<sup>3</sup>, nimetas rahvas seda siiski Otto apteegiks. Ka Eduard Otto oli tegev Narva Vanaaja Uurimise Seltsis (1). Mitmel korral vahetas kesklinnas paiknev apteek oma asukohta. Vähemalt 1872. aastal oli Uuel apteegil ka oma karastusjookide tööstus (8). Lisame, et E. Otto asutas ka filiaaliid Narva-Jõesuus (1877)<sup>4</sup> ja Merikülas (1865)<sup>5</sup>. Seoses Esimese maailmasõja puhkemisega nimetati apteek taas Nikolai apteegiks (5), omanikud olid selleks ajaks korduvalt vahetunud.

Narva Ivangorodi eeslinn sai apteegi Luchsingeri Vana apteegi filiaali näol 1876. aastal. Enne seda oli taotluse tagajärjetult esitanud Jamburgi apteeker Th. Weiss, samuti oli tehtud katsed avada seal Luchsingeri ja Otto ühine filiaal ning ka ainult Otto apteegi

<sup>3</sup> Eesti NSV Riiklik Ajaloo Keskarhiiv (RAKA), f. 31, n. 50, s. 361, l. 165.

<sup>4</sup> RAKA, f. 31, n. 48, s. 80, l. 11.

<sup>5</sup> RAKA, f. 31, n. 50, s. 63, l. 120.

<sup>2</sup> Leningradi Riiklik Ajaloo Arhiiv (LRAA), f. 255, n. 1, s. 1063, l. 257.

filiaal.<sup>6</sup> XIX sajandi lõpust laekus Peterburi kubermanguvalitsuse arstiosakonnale taotlusi filiaali asemele normaapteegi avamiseks, mis aga kõik tagasi lükati.

Eestimaa kubermangu kuuluva Juhkentali linnaosa kohta märkigem: aastal 1892 kurtis Vasknarva apteegi omanik O. Raikas, et tema tulud olevat kasinad ja ta soovivat apteeki üle tuua Juhkentali, ent selleks luba ei antud.<sup>8</sup> Önn langes osaks alles proviisor Fabian Königsbergile. Saanud kubernerilt keelduva vastuse, kaebas ta edasi valitsevale senatile, kus juhinduti elanike arvust, mitte aga kaugusest teise lähima apteegini. Apteegi asutamise luba lõpuks anti Avamine toimus 24. juunil 1905. a.<sup>9</sup> Muuseas hakati peagi taotlema ka teise Juhkentali apteegi asutamist, kuid see tulemusi ei andnud.

Peetri apteek (asukoha, Peetri platsi järgi) avati umbes 1905. aastal<sup>10</sup>, asutamisdokumentatsioon on arhiividest kaduma läinud. Aastal 1906 ostis selle esimene eesti soost apteeker Narvas — F. Kengsep, kes jäi omanikuks kuni 1918. aastani (2).

Oma apteegid olid ka asutustel ja organisatsioonidel. Nii märgitakse Ivangorodis linavabriku vabamüügiapteeki esmakordselt 1874. a.<sup>11</sup>, kalevivabriku apteeki 1907. a.<sup>12</sup>, Kreenholmi oma avati üheaegselt vabriku haiglaga 1850-ndate aastate lõpu paiku, kusjuures apteegitöö lasus esialgu velskril arsti juhatusel all. 1892. aastal valmis hästi sisustatud apteegihoone, kus hakkas tööle kaks proviisorit. Ettevõtte töötajad said ravimeid tasuta (4). Väike siseapteek,

kus töötas velsker, oli Zinovjevi malmivabriku ja kaubamaja kuue voodikohaga statsionaari juures, seda on nimetatud 1893. a. (17). Vähemalt 1907. aastal oli Narvas raudteapteek.<sup>13</sup>

Ivangorodis asuva Jamburgi maakonna haigla siseapteeki mainitakse 1898. aastal.<sup>14</sup>

Sõjaväeapteekidest on juttu juba XVII sajandist, nimelt saame 1660-nda ja 1670-ndate aastate dokumentidest teada kuningliku garnisoni apteekri kohta (12). Tsaariarmee hospidaliapteeki on esmakordselt mainitud 1866. aastal, mil seda juhatas proviisor F. Dressler (6).

Küllalt oluline osa elanike ravimitega varustamises on olnud rohupoodidel, mis olid juba keskaegses Narvas. Tänapäevasemaid rohukauplusi on esmakordselt mainitud alates 1880. aastast (apteeker E. Otto oma).<sup>15</sup> Juhkentalis asuvast proviisor U. Biedermanni rohukauplusest on juttu olnud seoses avamisega aastal 1908.<sup>16</sup> Esimese maailmasõja algul oli lisaks nendele Narvas veel kaks rohupoodi (16).

Lõpuks väärrib lisamist, et Narva farmaatsiatööstuse alguseks tuleb lugeda 1882. aastat, mil proviisor E. Otto alustas tegevust oma tehnokeemilises laboratooriumis. Toodeti kosmeetika- ja desinfitatsioonivahendeid, nahalakke, tinti, koi- ja kärbsetõrjeaineid ning muud.

KIRJANDUS: 1. Achte Sitzung der Narvaschen Alterthums-Gesellschaft am Stiftungstage. 25. März 1865. 9. — 2. *Esser, J. H.* Pharmacia, 1937, 9, 263—264. — 3. *Koitmets, J.* Eesti Rohuteadlane, 1929, 11, 269—270. — 4. Kreenholmi puuvillavabrik 1857—1907. Tartu, 1908, 123. — 5. Linna-kalender, 1915, 295. — 6. Narwscher Kalender für 1866. Narwa, 1866, 33. — 7. Narvasche Stadtblätter, 1868, 2. Febr. — 8. Narvasche Stadtblätter, 1872, 4. Mai. — 9. *Seuberlich, E.* Liv- und Estlands älteste Apotheken. Riga, 1912, 165—204. — 10. *Seuberlich, E.* 168. — 11. *Seuberlich, E.* 171, 172. — 12. *Seuberlich, E.* 204. — 13. *Seuberlich, E.* 204—207. — 14. *Seuberlich, E.* 207—209. — 15. *Seuberlich, E.* 249—254. — 16. «Ühiselu» lehtede kalender 1914. aasta peale, 41.

17. Положение врачебно-санитарного дела в городах и уездах Эстляндской губ. к 10. апреля 1893 г. Ревельские Известия 1893, 4. мая.

Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse  
Ministeeriumi KTB

<sup>6</sup> LRAA, f. 255, n. 1, s. 2363 (terve toimik); s. 2548, l. 21.

<sup>7</sup> LRAA, f. 255, n. 1, s. 2560, 2563.

<sup>8</sup> RAKA, f. 31, n. 20, s. 36, l. 4.

<sup>9</sup> RAKA, f. 31, n. 31, s. 22, l. 48.

<sup>10</sup> LRAA, f. 255, n. 1, s. 2542, l. 8.

<sup>11</sup> LRAA, f. 255, n. 1, s. 2363, l. 13.

<sup>12</sup> RAKA, f. 31, n. 35, s. 196, l. 4—5.

<sup>13</sup> RAKA, f. 31, n. 35, s. 36, l. 5.

<sup>14</sup> LRAA, f. 255, n. 1, s. 2556, l. 182.

<sup>15</sup> LRAA, f. 255, n. 1, s. 2552, l. 15.

<sup>16</sup> RAKA, f. 31, n. 36, s. 239, l. 3.

# Konverentsid ja nõupidamised

Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi meditsiinistatistika ja küberneetika kateedri täiendustsükli «Statistiline informatsioon ja arvutustehnika meditsiiniastutuste tegevuse süsteem-analüüsil» väljasõidusting toimus 15...19. septembrini 1985 Eesti NSV-s. Mõeldud oli see sotsialismimaade tervishoiuorganisaatoritele, tutvustamaks Eesti NSV raviasutuste tööd ja arvutustehnika rakendamist statistilise informatsiooni töötlemisel ja informatsiooni kasutamise juhtimisel.

Istungi avas Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja E. Palo, kes andis osavõtjatele ülevaate meie vabariigi iseärasustest, tervishoiuasutuste materiaal-tehnilisest baasist, samuti kaadriküsimustest ja teadusasutuste tööst. Tallinna Vabariikliku Haigla meditsiinistatistikaosakonna juhataja I. Levin analüüsis meie vabariigi ravi- ja profülaktikasutuste tööd 1984. aasta aruannete põhjal, tuues esile paremaid ja halvemaid töönäitajaid. Eesti NSV Tervishoiuministreeriumi Vabariikliku Info- ja Arvutuskeskuse direktorilt A. Sinisalult oli ettekanne keskuse töö temaatika ja andmetöötuse tehnoloogia kohta. Ta rõhutas, et keskus on loodud andmetöötussüsteemide kompleksseks projekteerimiseks ja ekspluateerimiseks nii ministeeriumi kui ka üksikute tervishoiuasutuste tarvis. Eriti äratas huvi töövoimetuslehtede töötlus.

Viie päeva jooksul tutvuti statistilise informatsiooni mehhaniseeritud töötlemisega Tallinna Kiirabihaiglas, Tartu Kliinilises Haiglas, Tallinna



Foto 1. Vasakult: arvutuskeskuse direktor A. Sinisalu, tervishoiuministri asetäitja E. Palo, meditsiinistatistikaosakonna juhataja I. Levin, E. Fjodorova, valitsusjuhataja V. Jänes.

Vabariiklikus Onkoloogiadispenseris. Tallinna Kiirabihaiglas vaadati voodifondi igapäevase arvestuslehe ja haiglast lahkunu kaardi töötlemist raali abil, TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia- ja koronaarkirurgiaosakonnas tutvuti haigete infopanga ning integraalsete reogrammide analüsaatoriga, mille on konstrueerinud ja valmistanud arvutuskeskuse töötajad koostöös nimetatud osakonna meedikutega.

Tartu Kliinilises Haiglas pakkusid huvi haiglast lahkunu kaartide andmete läbitöötamisel saadud tabulogrammid, mida kasutatakse nii aruandluse koostamisel kui ka haiglasises töö juhtimisel. Vabariiklikus Onkoloogiadispenseris tutvustati Eesti NSV-s rakendatud vähijuhtude registreerimise süsteemi. Külalised olid huvitatud Eesti Vähiregistri algdokumentatsioonist. Tutvuti tunnuste valikuga pahaloomuliste kasvajate registreerimise kaartidel, andmete kodeerimise põhimõtete ning automatiseeritud töötuse korraldusega. Väljasõidutsüklist osavõtjad viibisid Eesti Vähiregistri juures tegutsevas arvutuskeskuse filiaalis, kus tundsid huvi andmetöötuse tehniliste võimaluste vastu. Demonstreeriti vähiregistris tehtavate epidemioloogiliste uuringute tarvis koostatud programmvarustust personaal-arvutile, tutvustati vähiregistri andmetöötuse arenguperspektiive.



Foto 2. ja 3. Seminarist võtsid osa ka Tšehhoslovakkia, Ungari, Bulgaaria, Poola ja Vietnami tervishoiuorganisaatorid. M. Mällo fotod.

Peale eespool mainitud raviasutuste käidi S. Kirovi nimelise Näidiskalurikolhoosi ravikeskuses, Tartu Riiklikus Ülikoolis ja tema raamatukogus, külalistele näidati ka Tallinna ajaloolisi vaatamisväärsusi.

Väljasõiduistungist võtsid osa tervishoiuorganisatorid Tšehhoslovakkia SV-st ning Ungari, Bulgaaria, Poola, Vietnami rahvavabariigist.

*Itta Levin*

**Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine.** 22. oktoobril 1985 oli Tallinnas jaoskonnaterapeutide vabariiklik seminarnõupidamine, millest võtsid osa ka linnade ja rajoonide peaterapeutid, polikliinikute sisehaiguste osakondade juhatajad ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi juhtivad töötajad eesotsas tervishoiuminister prof. V. Rätsepa, ministri asetäitja E. Palo, valitsusjuhataja V. Jänese ja peaspetsialistidega. Arutati sisehaigusi põdejate polikliinilise arstiabi parandamist.

Nõupidamist avades rõhutas minister prof. V. Rätsep, et samaaegselt arstijaoskondade suuruse vähendamise ja terapeutide koormuse normaliseerimisega omandab polikliinikutes erilise tähtsuse diagnoosimise, ravi ja profülaktika kvaliteet. Jaoskonnaterapeutide peamistest töönäitajatest (kvantitatiivsetest ja kvalitatiivsetest) ning neid mõjutavatest teguritest kõneles allakirjutanu. Osakonnajuhataja A. Adoson käsitles sisehaigusi põdejate dispansseerimise kogemusi Tallinna Väike-Õismäe Polikliinikus. Kardioloogiainstituudi osakonnajuhataja meditsiinikandidaat J. Kaik tutvustas hüpertooniatõve diagnoosimise ja ravi tänapäeva põhimõtteid. Tallinna peagerontoloog V. Vassiljevi ettekande sisuks oli vanemaealiste ravi iseärasused.

Ettekanded olid huvipakkuvad. Läbirääkimistel võtsid sõna kardioloogiainstituudi direktor P. Laane, tervishoiuministeeriumi peaspetsialis-

tid pulmonoloogia ja gerontoloogia alal meditsiinidoktor L. Jannus ja dotsent A. Vapra.

Nõupidamisest võttis osa EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko.

*Natan Elštejn*

**I sotsialismimaade psühhiaatrite kongress** toimus 25...27. septembrini 1985 Moskvas NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi ja Üleliidulise Neuroloogide ning Psühhiaatrite Seltsi korraldusel. Osavõtjaid oli üle 400 kümnest sotsialistlikust riigist, meie vabariigist prof. J. Saarma, V. Jänese, A. Värnik ja allakirjutanu.

Toimus kolm plenaaristungit, üheaegselt toimus ka töö viies sektsioonis. Esimesel plenaaristungil käsitleti põhiliselt sotsialismimaade psühhiaatrilise alase koostöö praegust olukorda ja selle arenguperspektiive. Teisel plenaaristungil vaeti alkoholismi diagnoosimist, profülaktikat ja ravi. Psüühikahaiguste epidemioloogia ja psühhiaatrilise abi organisatsiooni sektsiooni ettekannetest jäi kõlama ühine taotlus unifitseerida epidemioloogilise uurimistöö metoodikaid ning teha need kättesaadavaks ühtsele raaltöötlusele. Sellistest võimalustest, rakendades automatiseeritud nosomeetria, rääkis H. Hristozov (Bulgaaria RV-st). Kõige osavõtjaterohkem oli psüühikahaiguste profülaktika ja ravi ning psüühikahaigete rehabiliteerimise sektsioon. Selle ühte istungit juhatas prof. J. Saarma, olles ühtlasi prof. M. Saarma ettekande kaasautor, mis käsitles insuliin- ja elekterkonvulsioonravi skisofreeniahaigete kompleksravis ja mis kutsus kuulajais esile elavat huvi. Eraldi sektsioonis arutati alkoholismi päevakorral olevaid küsimusi, arutati ka kohtupsühhiaatria probleeme. Psüühikahaiguste bioloogiliste aluste sektsioonis esitati väga mitmesugustel uurimismeetoditel saadud tulemusi bioloogilise psühhiaatria valdkonnas. Lõpp-plenaaristungil vaeti psüh-



Nõupidamisel oli ligikaudu 250 osavõtjat — sisehaiguste arste, linnade ja rajoonide peaterapeutide ja teadustöötajaid. G. Tsvetkovi foto.

hiaatria üldküsümisi. Järjest edeneva ja täiustuva bioloogilise suuna kõrval psühhiaatriaalses uurimistöös ja praktikas on esile kerkima hakanud ka eetilisi-moraalseid aspekte. Sellest rääkis kaasatõmbavalt nõukogude psühhiaatria nestor, 84. eluaastat käiv akadeemik A. Zurabašvili.

Nagu selgus, on sotsialismimaade psühhiaatrite koostöö juba praegu reaalne, selleks on töörühmad kujunenud või kujunemas. Organiseerumise soodustamiseks peeti vajalikuks koordineerivat komiteed, mille loomine oligi üks kongressi resolutsiooni otsuseid. Et andmeid võrreldavaks teha, rõhutati ühtsete printsiipide uurimismetoodikasse võtmise ja meetodite unifitseerimise vajadust. Otsustati hakata välja andma sotsialismimaade psühhiaatriaajakirja. Peeti vajalikuks selliseid sotsialismimaade psühhiaatrite kongresse korraldada kahe aasta tagant. Järgmine kongress otsustati korraldada 1987. aastal Bulgaaria RV-s.

*Arno Adamsoo*

**NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiapeavalitsuse Laboratooriumide Nõukogu pleenum** toimus Tartus 10...12. septembrini 1985. Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama keemialabor on üks üleliidulisi kogemuste vahetamise koole. Seepärast oligi osavõtjaid igast liiduvabariigist. Kõne all olid keskkonnakaitse nüüdisaegsed meetodid. Põhjaliku ülevaate Eesti NSV sanitaarhügieenilaborite tegevusest sel alal andis H. Lutsoja. Ettekangetega esinesid ka nõukogu liikmed professorid M. Dmitrijev ja S. Muravjova Moskvast. Moskva kahes instituudis töötatakse välja uusi keskkonnaseisundi ja töökohtade õhu analüüsimise füsiokokeemilisi uurimismeetodeid. Meditsiinidoktor M. Klissenko (Kiiev) tutvustas pestitsiidide jääkide uurimise meetodeid. Sõna võtsid ka Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama keemialabori juhataja K. Ilmoja ja keemik J. Pintšuk ning TRÜ juhtiv insener V. Pihl, kes tutvustasid nimetatud laboris rakendatavaid praegusaegseid füsiokokeemilisi meetodeid. Toksikoloog H. Noor kõneles mürgituste põhjustest ja mürkide identifitseerimise meetoditest. Pleenumi otsuses rõhutati vajadust riikliku sanitaarjärelevalve tugevdamise eesmärgil rakendada neid meetodeid kiiremini, parandada sanitaar- ja epidemioloogiajaamade keemialaborite materiaal-tehnilist varustatust.

*Viktor Kalnin*

**Vabariiklik geriaatriaseminar** leidis aset 30. oktoobril 1985 Tallinna Kiirabihaias. Kohal oli üle 100 terapeudi. Meie vabariigi peaterapeut prof. N. Elstein, kes seminari avas, rõhutas geriaatria aktuaalsust. Suur osa vanemaealisi kannatab korraga mitme haiguse all, see teeb nende ravi sageli keerukaks. Tallinna peageriaater V. Vassiljev käsitles geriaatrilise abi organisatsiooni ning vanemaealiste dispanseerimist. Käesoleva kirjutise autor tõi esile gerofarmakoloogia printsiibid, näidates, et vanemaealiste ravimisel peab arvestama eelkõige vananeva organismi iseärasusi. Ka-

studada tuleb väiksemaid ravimiannuseid, vanuritel, 75...89 aasta vanustel, võib sagedamini tekkida medikamentide poolt esilekutsutud kõrvalnähte.

Merivälja internaatkodu osakonnajuhataja I. Kott käsitles südamehaigete ravi geriaatrilisest aspektist. P. Lasting Vabariiklikust Kehakultuuridispanserist andis soovitusi, kuidas aktiveerida vanemaealiste eluviisi. Ta rõhutas, et pidev kehakultuuriga tegelemine parandab tervislikku seisundit tunduvalt. Seminari lõpul käsitles allakirjutanu geriaatriliste haigete rehabilitatsioonist, vaadeldes põhiliselt abivahendite kasutamist vanemaealistel. Peeti vajalikuks korraldada geriaatriaseminar igal aastal.

*Artemi Vapra*

**VIII üleliidulise dermatoveneroloogide kongressi** plenaaristungitel (Stavropolis 11...13. septembrini 1985) käsitleti dermatoveneroloogilise abi süsteemi täiustamist, haigete dispanseerimist, rehabiliteerimist, veneeriliste haiguste diagnoosimise meetodeid, klamüüdiatest ja ureaplastast põhjustatud urogenitaaltrakti haigusi ning nahahaiguste diagnoosimise ja ravi meetodeid. Sektsioonides leidsid põhjalikku käsitlemist kutse-nahahaiguste epidemioloogia, diagnoosimine ja profülaktika peamistes tööstusharudes ja põllumajanduses, füsioteraapia ja kuurordiravi, samuti süüfilise ja gonorröa ravi, seenhaigused ning naha veresoonte haigused.

Viie aasta jooksul on suhuhaigustesse haigestumine vähenenud. Haigusjuhtude vähendamise huvides peaks dermatoveneroloogide atesteerimisel senisest enam arvestatama tehtu kvaliteeti, aktiivsust haigusallikate avastamisel ning lõpptulemusi (haigestumus). Tihendada koostööd üldravivõrgu arstide ning ametkondade vahel. Sage-nenud on haigestumine mittegonorroilistesse kuseteede põletikulistesse haigustesse (klamüdioosi või muudesse), mille diagnoosimise parandamiseks peetakse vajalikuks tsütoloogiliste uuringute asendamist immunoensüümimeetodi ja seroloogiliste uuringutega.

Kongressil pöörati suurt tähelepanu nahaseenhaiguste epidemioloogiale, ravile ja profülaktikale. Tähelepanu keskmes oli dermatofüütia kui suhteliselt sage nahaseenhaigus, samuti kandidoosi ravi. Kasutusele on võetud uusi mõjusaid ravimeid, sealhulgas küünte raviks preparaadid ketokanason ja nisoraal.

Kroonilistest mittenakkuslikest dermatoosidest pöörati erilist tähelepanu psoriaasile ja allergilisele dermatoosile. Üksikasjalikku käsitlust leidsid psoriaasi kompleksravi (fotokemoteraapia, laserravi ning refleksravi), eriti aga psoriaasi prototseerivate tegurite selgitamine, haigete rehabilitatsioon ja retsidiivide ärahoidmine (A. Kalamkarjan, P. Michailov, F. Novotni jt.). Mitmed ettekanded käsitasid atoopilise dermatiidi patogeneesi, kliinikut, ravi ja profülaktikat. Rõhutati vajadust senisest paremini korraldada laste nahahaiguste ravi, sealhulgas kuurordiravi atoopilist dermatiiti põdejate tarvis. Ekseemi kompleksravis on häid tulemusi saadud adrenaliini ja

koliini blokeerivate vahenditega spetsiifilise desensibilisatsiooni foonil (V. Loganov jt.) ning preparaatidega, mis pärsivad prostaglandiinide sünteesi (indometsiin). Viirusdermatooside (herpesekehjustused) korral on edukalt kasutatud interferooni ja selle induktoreid (L. Airapetov, P. Nazarov jt.). Fotodermatooside ravi on olnud tulemusrikas, kui on kasutatud antioksidante.

Naha blastomatoossete muutuste kohta äratasid huvi S. Jablõnska ettekanne onkogeensete viiruste osast naha ja limaskestade patoloogilistes muutustes ning B. Berenbeini ettekanne naha prekantserooside ja naha epiteelialsete uudismoodustiste ravi meetodeist, milles rõhutati krüodestruktuuri ja tsütostaatikumide paikse kasutamise võimalusi.

Kongressil pöörati tähelepanu kaadri ettevalmistamisele. Peeti vajalikuks, et naha- ja suguhaiguste õpetamine meditsiiniinstitiutides ning -fakultetides viidaks III ja IV kursusel üle IV ja V kursusele, peeti vajalikuks ka subordinatuuri sisseseadmist VI kursusel (36 tundi). Juhiti tähelepanu doktoriväitekirjade kiirema valmimise vajadusele.

Meie vabariigist oli plenaaristungil E. Elbergilt (kaasautor H. Vahter) ettekanne «Psoriaasihaigete kompleksravist ja dispanseerimisest». Sektsioonides esitasid ettekanded N. Loogna ja T. Tatar «Kutsealast põhjustatud fotosensibilisatsiooni mõningaid küsimusi» ning M. Majass ja U. Martinson «Mõnede krooniliste dermatooside ravist Haapsalu meremudaga». Teesides avaldati ka H. Silma töö «Fütoterapia atoopilise dermatiidiga haigete ravist ja profülaktikas» ning N. Loogna, T. Tatari ja L. Rodmani töö «Sensibilisatsioonist sünteetiliste pesemisvahendite suhtes», mis tutvustas meie vabariigi dermatoloogide teadussaavutusi.

Peale delegaatide võttis kongressist osa enam kui 20 rahvusvaheliselt tuntud dermatoloogi Saksa DV-st, Poolast, Bulgaariast, Tšehhoslovakiast ja Jugoslaaviast.

Valiti Üleliidulise Dermatoveneroloogide Seltsi uus juhatus. Meie vabariigi dermatolooge esindavad N. Loogna ja M. Majass ning allakirjutanu, kes kuulub ka juhatusesse presiidiumi koosseisu.

*Herman Vahter*

**III üleliiduline reumatoloogide kongress** toimus 25...27. septembril 1985 Vilniuses. Kongress oli osavõtjaterohke (ligikaudu 600), osa võttis külalisi nii sotsialistlikest kui ka kapitalistlikest riikidest.

Kavas oli 6 plenaaristungit ja töö 12 sektsioonis. Peale selle kuulati 8 loengut reumatoloogia aktuaalsetest probleemidest, neist viis peeti välismaa uurijate poolt. Ettekanded oli 167 (34 välismaa teadlastelt), lisaks neile esitati 116 ettekannet stendil. Kongressi peateemadeks olid reumatoloogialatus, reumaatiliste haiguste profülaktika, haigete dispanseerimise ning rehabilitatsiooni teaduslikud alused ja praktilised meetmed, samuti reumaatiliste haiguste patogeneetilise ravi põhiprintsiibid. Käsitleti kõiki peamisi reumaati-

lisi haigusi, eriti aga reumatoidartriiti, osteoartriooni ja süsteemseid sidekoehaigusi. Esmakordselt olid arutusel reumaatiliste haiguste intensiivravi ja reumatoloogiline ortopeedia.

Kongressil vahetati kogemusi, saadi uusi andmeid selliste ravivõtete nagu laserravi, refleksravi ning pulsravi kohta. Kongressil saadud kogemusi haigete dispanseerimise, reumaatiliste haiguste leviku ja geneetika alal, samuti uusi teadmisi reumatoloogilise ortopeedia efektiivsuse kohta tuleks peatselt kasutusele võtta ka meie ravipraktikas. Tähtis oli uue korraldamise ja klassifikatsiooni läbiarutamine ja kinnitamine (klassifikatsiooni projekti on välja töötanud üleliiduline komisjon 1985. aasta veebruaris Tartus).

Eesti NSV reumatoloogidest olid ettekanded A. Vapralt (reumatoidartriiti põdejate dispanseerimisest), allakirjutanutl ja S. Vihlajevalt (laboratoorsete näitajate prognostilisest tähtsusest reumatoidartriidahaigete ravi korraldamisel) ja R. Birkenfeldtilt (riskitegurite komplekssest hindamisest reumatismi korral). Allakirjutanu juhatus degeneratiivsete ja põletikuliste reumaatiliste haiguste patogeneetilise ravi plenaaristungit. Eesti NSV reumatoloogidelt oli ka kaks ettekannet stendil (V. Sui ja Ingrid Laan, J. Toomingas). Kongressil olid veel reumatoloogid O. Aakre, E. Veinpalu ja L. Tamm.

Kongressil kuulati ära Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi juhatus ja üleliidulise ajakirja «Ревматология» toimetuse kolleegiumi aruanne. Valiti uus Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi 40-liikmeline juhatus. Eesti NSV-st valiti selle koosseisu allakirjutanu ja Eesti Reumatoloogide Seltsi esimees dotsent A. Vapra.

*Leo Pää*

**Üleliiduline konverents «Ateroskleroosi ja südame isheemiatõve immunoloogia»** leidis aset 15...16. oktoobriku 1985 Tomskis. Esindatud oli 40 teadusasutust ligikaudu 300 osavõtjaga. Esitati 52 ettekannet, neist 19 stendidel.

Käsitleti rakulise ja humoraalse immuunsuse osa ateroskleroosi patogeneesis. Esitati uusi andmeid, mis kinnitavad ateroskleroosahaigetel rakulist sensibilisatsiooni aterogeensete (apoproteiini B sisaldavate) lipoproteiidide suhtes. Selle tagajärjel produtseerib organismi immuunsüsteem lipiidide antikehi. Lipoproteiidide ja antikehade komplekse infiltrerumine veresoone sisekesta toimub endotsütoosi teel makrofaagidesse ja endoteelirakkudesse, kuhu sel viisil koguneb rohkesti kolesteriini ja eriti esterifitseeritud kolesteriini. Lipoproteiidi ja antikeha komplekside aterogeenne toime ületab 60 korda ühinemata lipoproteiidide toime. Tsirkuleerivate immuunkomplekside hulga ning apolipoproteiini B ja apolipoproteiini A hulga suhte suurenemine on ateroskleroosi progresseerumise tunnuseks.

Huvipakkuvad olid ettekanded, mis käsitlesid normaalse vananemise kaasnevate nähtude eristamist ateroskleroosi kui haiguse puhul esinevatest. Vananemisega kaasneb immuunsüsteemi kui organismi universaalse kontrollsüsteemi düsfunktsioon, mis soodustab ateroskleroosi arengut.

Immuunsusnäitajate muutused on nii normaalse vananemise kui ka ateroskleroosi puhul kvalitaativselt küllalt sarnased, kuid viimase puhul enam väljendunud. Ateroskleroosihaigete seas võib eristada neid, kellel esinevad rakulised sensibilsatsiooninäidud lipoproteiidide ning arteri seinastruktuursete komponentide suhtes. Haiguse kulgu on neil kliiniliselt progresseeruv, sagedamini tekiavad tüsistused — südamelihase infarkt, insult. Patomorfoloogiliselt leitakse neil aterosklerootiliste naastude kõrval rohkelt lipiidiladestusi ja haavandumisi.

Väga perspektiivseks peeti uurimusi, milles on tõestatud ateroogeensete lipiidide ja immuunkomplekside otsene toime immuunkompetentsesse rakkudesse, mis võib väljendada T-lümfotsüütide supressiivse funktsiooni pidurdumises, lümfoidrakkude mitogeenset tingitud proliferatiivset reaktsiooni ja neutrofiilide kemotaktise pidurdumises. Makrofagaal-fagotsütaarse komponendi osa rakulise sensibilsatsiooni arenemises, immuunkomplekside eliminatsioonis ja ateroskleroosi regressioonis rõhutati mitmes ettekandes.

Südamelihase infarkti immunoloogiat käsitlevates töedes rõhutati komplekssete immunoloogiliste uuringute vajadust. Haigeil, kellel on 3...4 immunoloogilist kriteeriumi positiivsed, tekib infarkti retsidiiv neli, kardiogeenne šokk kolm, rütmihäired ja Dressleri sündroom kaks korda sagedamini kui neil, kellel on positiivsed vaid 1...2 immunoloogilist kriteeriumi. Immunoloogilistel meetoditel on võimalik diagnoosida ka väikesekoldelist müokardineeroosi.

Immunogeneetilise eelsoodumuse uurimisel selgus, et osa koebesobivusantigeenide esinemist populatsioonis võib südame isheemiatõve riski suhtes pidada soodsaks (HLA—B<sub>41</sub>, Cw5, A<sub>3</sub>), osa ebasoodsaks (B<sub>13</sub>, B<sub>40</sub>, B<sub>22</sub>, B<sub>17</sub>, B<sub>27</sub>, B<sub>5</sub>). Immunogeneetilised uuringud soodustavad suurema riskiga populatsiooni väljaselgitamist ja sekundaarset profülaktikat.

Mitmed ettekanded puudutasid immunokorriigeerivat ravi nii eksperimentid kui ka kliiniku. Kasutatud on tühimusekoe polüpeptiidide preparaate (viloseeni, tümoliini), samuti sünteetilisi peptiide, α<sub>1</sub>-tümosiini analooge, mille toimele rakulise ja humoraalse immuunsuse näitajad on kliiniliselt normaliseerunud, katseloomadel vere-seerumi lipiidide sisaldus vähenenud, vähenenud ka aterosklerootiline kahjustus. Kanti ette esialgsed tulemused tsirkuleerivate immuunkomplekside eliminatsioonis hemosorptsiooni teel südame isheemiatõbe põdejail, kellel kliiniliselt vähenesid stenokardiahogude esinemissagedus ja nitroglütseriini vajadus.

Meie vabariigist oli allakirjutanute ühine stendiettekanne, mis käsitles südamelihase infarkti kliinilise kulu ja prognoosi sõltuvust autosensibilsatsioonist südamelihase isheemilise kahjustuse suhtes.

Maido Uusküla Kristin Lamp

**II üleliiduline noorteadlaste konverents «Südame- ja veresoonte haiguste diagnoosimine ja kirurgiline ravi»** leidis aset 20...25. oktoobri

1985 Suzdalis. Õigus osa võtta oli 39 juhtival uurimisasutusel, lisaks oli delegaate mitmelt sotsialismimaalt.

Konverentsi avas organiseerimiskomitee esimees, NSV Liidu Meditsiiniakadeemia akadeemik V. Burakovski, kellelt oli ka loeng «Südame- ja veresoontekirurgia saavutused ning arenguperspektiivid Nõukogude Liidus».

Seitsmel istungil leidis kajastamist väga lai teemade ring: kaasasündinud ja omandatud südamerikete, südame isheemiatõve, rütmihäirete ning perifeerset veresoonte haiguste diagnoosimine ja kirurgiline ravi; anestezioloogia ja reanimatoloogia südamekirurgias; kunstlik vereringe ja kardiopleegia; eksperimentaaluurinud südame- ja veresoontekirurgias.

Programmis oli ka kolm ettekannet meie vabariigi teadlastelt. A. Rosenthal (kaasautor Ü. Planken) käsitles võrdlevalt ägeda müokardiinfarkti kirurgilise ja konservatiivse ravi lähi- ja hilistulemusi, allakirjutanu rääkis ebastabiilse stenokardia kirurgilisest ravist. Suurt huvi äratas ning žürii poolt diplomiga äramärkimist leidis T. Serka (kaasautorid J. Eha, O. Luha, T. Rebane) ettekannet transkutaansest transluminaalsest koronaarangioplastikast südame isheemiatõbe põdejail.

Akadeemik V. Burakovski pidas konverentsi kordaläinuks. Mainiti, et noorteadlaste ettekanded on muutunud sisukamaks. Enamasti on käsitatud aktuaalseid probleeme, kus on kasutatud igati nüüdisaegset uurimismetoodikat.

Ants Paapstel

**Esimehe üleliiduline seminar «Matemaatilised mudelid endokrinoloogias ja immunoloogias»** leidis aset Druskinkais 21...25. oktoobri 1985.

Juba 1960-ndatel aastatel kõneldi meie maal matemaatilise modelleerimisest bioloogias ja meditsiinis, kusjuures selle all mõeldi igasugust uurimistulemust matemaatilisel analüüsil. Täna-seks on valguliste hormoonide primaarstruktuuri ja haige seisundi hindamiseks välja töötatud kompuuteranalüüs.

Matemaatiline mudel on usaldusväärne üksnes siis, kui ta sisaldab piisavalt funktsionaalseid kriteeriume. Nendest näitajatest koostatud diferentsiaalvõrrandite süsteemist kujunebki välja uuritava protsessi matemaatiline mudel.

Matemaatilise modelleerimise juhtivaks keskuseks on NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Eksperimentaalse Endokrinoloogia ja Hormoonide Keemia Instituut koos sama akadeemia arvutustehnika osakonnaga. Üks instituudi filiaale töötab Kaunase Kliinilise Haigla baasil. Seminari korraldasidki need keskused.

Nädala esimesed päevad kuluvad üldtutvustavateks loenguteks suhkurtõve, kilpnäärme- ja viirushaiguste etioloogia, patogeneesi ja ravi kohta. Nädala teisel poolel jätkus töö sektioonides: matemaatilise modelleerimisest bioloogias ja meditsiinis, immunoloogias ja hormoonide biokeemias. Töötasid ka kilpnäärmehaiguste ja diabetoloogia matemaatilise modelleerimise sektorid. Huvi pakkus A. Monitševi ettekanne «Hü-

pofüüs-neeuropealiste süsteemi poolne vereloome regulatsiooni matemaatiline mudel». Uurimust pidasid parimaks nii matemaatikud kui ka meedikud.

Kuulajate tähelepanu köitis akadeemik J. Pankovi ettekanne valguliste hormoonide primaarstruktuuri kompuuteranalüüsist, samuti J. Onoptuki ettekanne gaaside transpordi juhtimise matemaatilisest modelleerimisest.

Matemaatilist modelleerimist on kasutama hakatud nii eksperimentaalses uurimistöös kui ka kliinilises praktikas. Viimane on tulemusrikas siis, kui selle vastu tunnevad huvi mitme eriala spetsialistid ja kui nende vahel valitseb koostöö. Tänapäevane matemaatiline modelleerimine toimunud nõnda, et meedik-bioloog ei mõista matemaatilist külge või vastupidi. Ainus autor, kes orienteerus mudeli kummaski küljes, oligi eelmainitud A. Monitšev. Peamiselt toimusid ettekankeid nii, et meedik esitas uurimistöökliinilis-füsioloogilise ülevaate, matemaatik selgitas seda matemaatiliste võrrandite varal. Sellele vaatamata tekkis uusi mõtteid ja tihendati sidemeid teadlaste vahel.

Eestist võtsid seminarist osa M. Viikma ning allakirjutanu.

*Eda Merisalu*

**XIII rahvusvaheline toitumiskongress** peeti 18...23. augustini Brightonis. Toitumisteaduste Rahvusvaheline Liit, mille tegevuses ka Nõukogude Liit osaleb, korraldab kongresse 3...4 aasta tagant. Seekord oli järg jõudnud Inglismaa kätte. Kongressist võttis osa ligikaudu 2700 teadlast ja spetsialisti üle kogu maailma. Tegevus toimus 49 sektsioonis, peale selle veel 48 teemal töökoosolekud, plenaaristungid, filmid, näitused, kultuuriprogramm. Selles rikkalikus pakumises oli raske valikut teha.

Järgnevalt esitan kantserogeneesi toitumistegurite sektsiooni tööst mõned uudised või ka varem juba teada faktid, mis veel kord kinnitust leidnud.

K. K. Carroll (Kanada) summeeris eri maade epidemioloogilised andmed selle kohta, milline

sõltuvus valitseb toidu rasvasisalduse ja rinnavähihaigestumuse vahel. Ta järeldas, et toidu rasvasisalduse piiramine vähendab vähirsiki. D. L. McCormick (USA) rääkis sellest, et retinoidid manustatuna üheaegselt kantserogeeniga pidurdavad vähi arengut. S. Bingham (Inglismaa) rääkis kiudainete vajalikkusest toidus, nende vähesus põhjustab käärsoolevähi juhtude sagedamist. Selliste järeldusteni oli autor jõudnud pärast seda, kui ta oli võrrelnud käärsoolevähi-haigestumust Lõuna-Inglismaal ja Sotimaal, kus kiudainerikaid köögi- ja puuvilju tarbitakse erineval hulgal. Praegu lisatakse paljudes maades leiva- ja saiatoodetele kliisid. J. Geboers (Belgia) seostas kogu maailmas täheldatavat maovähihaigestumuse vähenemist köögi- ja puuvilja suurenenud tarbimisega, toitumistingimuste paranemise ja keedusoola kasutamise vähenemisega. Ratsionaalse toitumise suurematest puudujääkidest arenenud maades konstateeriti kongressil suhkru, rasva ja keedusoola ülemäärast tarbimist.

S. Sato (Jaapan) rääkis mutageensete heterotsükliliste amiinide moodustumise kalapraadimisel. Need on osutunud tugevaimadest kantserogeenideks. Autori arvates võivad sellised ained tekkida ka taimse päritoluga toiduainete praadimisel. Wang Mei Ling (Hiina RV) rääkis maovähihaigestumusest Hiina eri piirkondades, kus küüslauku kasutatakse erineval hulgal. Küüslauku aastaringne lisamine toidule vähendab autori andmetel maovähirsiki. D. I. Thurnham (Inglismaa) seostas söögitoruvähki haigestumist Hiina RV-s B<sub>2</sub>-vitamiini-vaegusega. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis juba aastaid tehtud uurimistöökongressil esitas allakirjutanu ettekankeid «Kantserogeenide N-nitrosoühendite mikrobioloogilise moodustumise vähendamise võimalused maos».

Toiduainete tehnoloogia sektsioonis, mida juhtas E. Karmas (USA), oli võimalik tutvuda toiduainete moodsate ja perspektiivsete töötlemise viisidega — kiiritamise, süvapräadimise, ekstraktsioonkeetmise ja mikrolainelise töötlemisega. Meedikutel seisab ees lai tööpõld, otsustamiseks seliselt töödeldud toiduainete tervislikkuse üle.

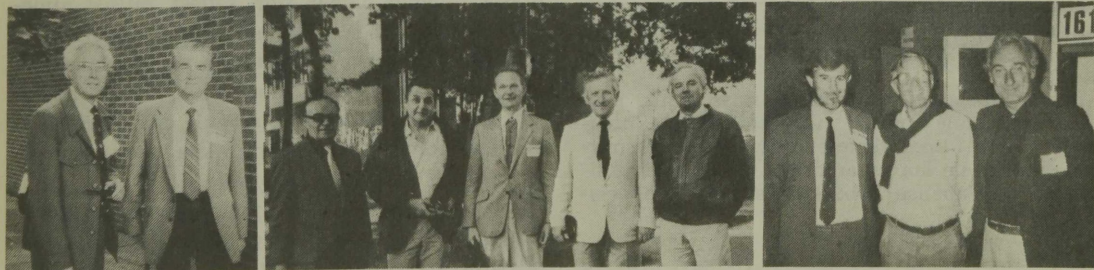


Foto 1. Briti Toiduainetetööstuse Assotsiatsiooni Teadusliku Laboratooriumi direktor A. W. Holmes (vasakul) ja Rutgersi Ülikooli professor E. Karmas (USA) pärast kongressiistungit. Foto 2. Prof. K. Korovnikov Moskvas (vasakult esimene) ja allakirjutanu (keskel) koos Saksa DV toitumisteadlastega. Parempoolt teine Saksa DV Teaduste Akadeemia Toitumisinstituudi direktor prof. H. Schmandke. Foto 3. Vasakult: D. I. Thurnham Inglismaalt, endine Lyonis asuva Rahvusvahelise Vähiuurimiskeskuse direktor J. Higginson ja M. Crespi Itaaliast stendide juures.

Mõni sõna inglaste toidulauast. Kalorsuselt paistis see toitumisteadlaste soovitudest hoolimata olevat rikkalik. Rohkesti kasutatakse köögi- ja puuvilja ning piimatooteid (jogurt!), rafineeritud suhkru kõrval on laual ka toorsuhkur. Jooke magustatakse sageli sahariiniga. Alati informeeritakse tarbijat toiduaine koostisest ja kalorsusest, mille kohta võib lugeda pakendilt.

Lõpuks tahan rõhutada seda külalislahkust, mis kongressil osaks sai. Meie maa inimeste ja nende tööde vastu tunti suurt huvi. Nõukogude Liidust olid kongressil prof. K. Korovnikov (Moskva) ja allakirjutanu.

*Jaak Uibu*

**Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu aasta-koosolek** toimus 30. septembrist kuni 3. oktoobrini 1985 Pariisis. Koosolekust võttis osa ka Nõukogude Liidu delegatsioon (A. Homenko, V. Jerohhin, G. Pavlova ja allakirjutanu). Osaleti nii administratiivorganite kui teaduskomiteede töös. Samaaegselt toimus ka Euroopa Regiooni Nõukogu koosolek.

Eri maades on tuberkuloosihagistumus väga erinev. Endiselt on see väga kõrge arengumaades, ületades hagistumuse arenenud maades 30...50 või isegi enam korda. Ka Euroopa riikides on tuberkuloosihagistumuse erinevus suur: 1983. aasta andmete põhjal oli see madalaim Taanis, Hollandis ja Rootsis (vastavalt 7,4 ja 7,9 ning 10,0 100 000 inimese kohta) ning kõrgeim Rumeenias, Portugalis ja Jugoslaavias (vastavalt 61,1 ja 70,1 ning 72,9). Hagistumuse tõusu Ameerika Ühendriikide laste hulgas seostatakse tõsiasjaga, et seal lapsi tuberkuloosi vastu ei vaktsineerita. Seda on kinnitanud ka tuberkuloosse meningiidi sagedam esinemine Saksamaa Liitvabariigis, võrreldes esinemissagedusega Saksa DV-s, kus sellealane vaktsineerimine on hästi korraldatud. Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon teeb eeltöid uue tuberkuloosi ja vaktsiini valmistamiseks.

Antibakteriaalses tuberkuloosiravis domineerivad endiselt INH, rifampitsiin, pürasinaamid, samuti streptomütsiin ja etambutool. Tänu sobivate ravimikombinatsioonidele on saanud võimalikuks lühendada kliiniliselt efektiivse antibakteriaalse ravi kestus 8...10 kuule. Ka mitme maa farmaatsiatööstus on intensiivistanud uurimistöid uute tuberkuloosi ravi preparaatide sünteesimise alal.

Suurt tähelepanu pöörati ka suitsetamise teravtõrjekahjustavale toimele ning sellealasele uurimisele, samuti kroonilistele obstruktiivsetele mittespetsiifilistele kopsuhaigustele. Seda tööd juhtivad Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu erikomiteed.

*Heinart Sillastu*

---

# Quaestiones linguae Estonicae in medicina

---

## Arstide seltside nimetustest

Mitmed uute arstide seltside esindajad on pöördunud meditsiiniterminoloogia komisjoni (MTK) poole palvega leida loodavale seltsile keeleliselt sobivaim nimetus. Et anda õige soovitus, tuli komisjonil kõigepealt endale selgeks teha, millised meditsiinitöötajate seltsid eksisteerivad meie vabariigi tervishoiusüsteemis ja millised on nende ametlikud nimetused. Selgus, et pilt on küllaltki kirju ja seetõttu ka süsteemi loomine raske.

Raskused algavad juba sellest, et üleliiduliste seltside nimetustes puudub nii erialade vahel kui ka erialade sees kindel süsteem. Näiteks on seltsi liikmepiletil nimetus Всесоюзное научное общество ревматологов, pitsatil aga Всесоюзное ревматологическое общество (Министерство здравоохранения СССР). Et meie vabariigi seltsid on asutatud enamasti üleliiduliste seltside eeskujul, on ka nende nimetused tõlgitud, kusjuures tulemus oleneb tihti sellest, millist nimekuju tõlkija on eelistanud. Peale vabariiklike erialaseltside on veel linnade ja rajoonide seltsid ning mitut teadusharu ühendavad seltsid, mis ei allu arstiteadusseltside nõukogule ega tervishoiu-ministeriumile. Nii lisandub siia veel ka juriidiline ning ametkondlik probleem.

On tavaks saanud, et ajakirjanduses ja kõnekeeles ei kasutata seltside pitsatitel ja liikmepiletil fikseeritud ametlikke pikki nimetusi, vaid piirdatakse lühematega. Need lühinimetused käibivad täisnimetuste kõrval ka ametlikena.

MTK arutas seitsmel koosolekul seltsinimedele küsimust ja otsustas lõpliku seisukoha võtta alles siis, kui vastavad nimetused on ühtlustatud. Edaspidise korrastustöö hõlbustamiseks fikseeris MTK

mõned põhimõtted, mida tuleks arvestada nii olemasolevate nimetuste korrigeerimisel kui ka uutele seltsidele nimetuste andmisel.

1. Igal seltsil võiks olla nii eesti kui ka vene keeles täis- ja lühinimetus, kuid võib olla ka vaid üks nimetus, näiteks Tallinna Stomatoloogide Selts, Tartu Ftisiaatrite Selts.

2. Venekeelse nimetuse eestindus ei tohiks olla sõnasõnaline tõlge, vaid peaks arvestatama eesti keelele omast väljendusviisi.

3. Täisnimetuses peaks sisalduma kohamäärang Eesti NSV või Tartu (mitte lisada «linna»), Viljandi jne. ning nimetuse osa Teadusselts (mitte Teaduslik Selts).

4. Lühinimetuses võiks olla ainult Eesti ja Selts (pro Eesti NSV ja Teadusselts) koos erialanimetusega.

5. Seltsi liikmete nõusolekul võib lühinimetuses jääda traditsioonilise kuju juurde (näiteks Eesti Füsioloogia Selts). Eriti soovitatavad on omakeelsed nimetused (näiteks Lastearstide Selts, mitte Pediaatrite Selts).

Aluseks võttes seni kehtivaid ametlikke täisnimetusi, on alljärgnevalt esitatud valik Eesti Arstiteadusseltside Nõukogule alluvate arstide seltside lühinimetusi. Nimekirjas toodud kujud on MTK esialgsed soovitused, mis võiksid aluseks olla ka nende hilisemal ametlikul kinnitamisel ning ühtlasi malliks uute lühinimetuste moodustamisel.

Eesti Akušöörigünekoloogide Selts  
Tallinna Akušöörigünekoloogide Selts  
Tartu Akušöörigünekoloogide Selts  
Eesti Anestesioloogide ja Reanimatoloogide Selts

Eesti Arstiteadusseltside Nõukogu  
Eesti Dermatoveneroloogide Selts  
Eesti Endokrinoloogide Selts  
Eesti Farmakoloogide Selts  
Eesti Farmatseutide Selts  
Tallinna Farmatseutide Selts  
Tartu Farmatseutide Selts  
Eesti Ftisiaatrite Selts  
Tartu Ftisiaatrite Selts  
Viljandi Ftisiaatrite Selts  
Eesti Füsioloogia Selts  
Eesti Füsioterapeutide ja Kurortoloogide Selts  
Eesti Gastroenteroloogide Selts  
Eesti Hematoloogide ja Transfüsioloogide Selts  
Eesti Hügieenikute ja Tervishoiuorganisaatorite Selts

Eesti Immunoloogide Selts  
Eesti Kardioloogide Selts  
Eesti Kirurgide Selts

Lõuna-Eesti Kirurgide Selts  
Tallinna Kirurgide Selts  
Tartu Kirurgide Selts  
Eesti Kohtuarstide Selts  
Eesti Laboriarstide Selts  
Eesti Lastearstide Selts  
Tartu Lastearstide Selts  
Eesti Meditsiiniajaloolaste Selts  
Eesti Meditsiiniõdede Selts  
Eesti Oftalmoloogide Selts  
Eesti Onkoloogide Selts  
Eesti Otorinolarüngoloogide Selts  
Eesti Patoanatomide Selts  
Eesti Patofüsioloogide Selts  
Eesti Radioloogide Selts  
Eesti Reumatoloogide Selts  
Eesti Sanitaartöötajate Selts  
Eesti Sisearstide Selts  
Tartu Sisearstide Selts  
Eesti Spordi- ja Ravikehakultuuriarstide Selts  
Eesti Stomatoloogide Selts  
Tallinna Stomatoloogide Selts  
Tartu Stomatoloogide Selts  
Eesti Toksikoloogide Selts  
Eesti Traumatoloogide ja Ortopeedide Selts  
Eesti Uroloogide Selts  
Haapsalu Arstide Selts  
Hiiumaa Arstide Selts  
Narva Arstide Selts  
Paide Arstide Selts  
Rakvere Arstide Selts  
Rapla Arstide Selts  
Saaremaa Arstide Selts  
Viljandi Arstide Selts  
Võru, Põlva ja Valga Arstide Selts

I. I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Selts

L. Puusepa nim. Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Selts

Tartu Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Selts

KIRJANDUS: Eesti NSV ministeeriumide, riiklike komiteede ja keskasutuste täis- ja lühinimetuste teatmik. ENSV MN Asjadevalitsus, 1981.

*Ilmar Laan*

# Arstide seltsides

**XXII Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõidustung** toimus 12. . . 14. juulini 1985 Tihemetsa Sovhoostehnikumis. Osa võttis 218 seltsi liiget ja külalist kogu meie vabariigist.

Avasõnad olid TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri juhatajalt prof. J. Tammeorult, tervitused Tihemetsa Sovhoostehnikumi direktorilt, kes tutvustas ka oma õppeasutust ja selle majandussaaavutusi. Tihemetsa ajaloost ja loodusest rääkis kodu-uuriija A. Mitt. Proviisor A. Laabani ettekanne oli Kilingi-Nõmme ja sealse apteegi ajaloo kohta. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi uurimistööst vee nitraadisisalduse määramisel tegi kokkuvõtte prof. I. Veldre. Mõtlemapanev on järeldus, et kaevuvete saastumine näitab suurenemistendentsi. Allergia kohta pidas põhjaliku loengu TRÜ dotsent L. Praks. Allergiast ja organismi immuunsüsteemide häiretest sisehaiguste kliinikus rääkis kardioloog E. Lõuk Pärnu Linna Haiglast.

Prof. J. Tammeoru lühiülevaade ravimtaimede kultiveerimisest Nõukogude Liidus eelnes ekskursioonile Läti NSV sovhoosi, kus kasvatatakse ravimtaimi. Selliseid sovhoose on Nõukogude Liidus üldse 24, Eestis aga neid veel ei ole. Selles Dzirkstele sovhoosis kasvatatakse tungaltera, veis-südamerohu, teekummelit ja harilikku saialille.

Kõik ravimtaimed peale tungaltera tarvitatakse ära oma vabariigis. Ekskursioonist osavõtjad said uudistada ka kummelikombaini, mida on seni kasutatud veel piiratud ulatuses.

Traditsioonipärane diskussioon kandis pealkirja «Mitte Vargamäe vanad ja noored, vaid . . .». Sissejuhatav sõnavõtt oli allakirjutanult. Eesmärk oli seltsi tegevusse kaasata senisest rohkem noori, tõsta huvi oma kutseala vastu ja mitmekesistada seltsi tegevust. Diskussioon kulges deviisi «Mitte nostalgia, vaid põlvkondade järjepidevus» all. Noorliikmete soove ja mõtteid edastas T. Heiberg, veteranide kogemusi jagas V. Pedak. Sõna sekka ütlesid H. Treufeldt, L. Kaasikmäe, D. Luik, E. Paugus, H. Eerik, A. Itra, I. Veldre, R. Pilt, E. Laas, T. Soosaar, A. Tolga, M. Pääru, R. Koger, H. Otsasoo ja J. Tammeorg.

14. juulil käidi Nigula Riiklikul Looduskaitsealal, kus rabamatka juhtis ja andis seletusi looduskaitseala direktor H. Vilbaste. Huviobjektiks olid ka rabas kasvavad ravimtaimed.

Piia Zobel

**II Lääne-Eesti arstide seltside konverents** korraldati 5. oktoobril 1985 Kärddlas, millest võtsid osa Haapsalu, Rapla, Hiiumaa ja Kingissepa rajooni arstid.

Konverentsi avas Hiiumaa Rajooni RSN Täitevkomitee aseesimees L. Toom, osavõtjaid tervitas seltside nõukogu esimees prof. U. Sibul.

Haavandtõve diagnoosimisest rääkisid T. Panfilova ja M. Vekšis (Haapsalu), R. Mihelson (Hiiumaa), R. Tammur ja M. Mägi (Kingissepa). Vaatluse all oli ka tüsistunud haavandtõve kirurgiline ravi, mida käsitlesid T. Vilosius (Haapsalu), J. Kivimäe (Rapla), A. Turo (Hiiumaa) ning A. Haavel, H. Haavel, A. Prangel ja J. Nemvalts (Kingissepa).

Viimastel aastatel on patoloogiliste sünnituste puhul üha enam vaja läinud kirurgilist vahelesegamist. Keisrilõike näidustustest ja tulemustest esitasid ettekanded H. Talving (Haapsalu), M. Per-



Foto. Farmatseudid väljasõidustungi avamisel. H. Vilbaste foto.



Fotol konverentsi presiidium. Vasakult: M. Põld, prof. U. Sibul, L. Toom, R. Mihelson, A. Haavel ja A. Turo. H. Inno foto.



Pleenumist osavõtjad loevad huviga läkitust «Üleskutse patsientidele». G. Tsvetkovi foto.

vik (Rapla), M. Tingas (Hiiumaa) ja H. Siinor, M. Oun, V. Haavel ning G. Kuldsaar (Kingissepa). Huvipakkuvad olid keisrilõike teel sündinud laste arengut käsitlevad ettekanded. Sellest rääkisid H. Laurimaa, T. Sukles Haapsalu, L. Prigode Hiiumaa, H. Merisalu Rapla, M. Haavel, E. Kallas ja M. Väljaots Kingissepa Rajooni Keskhaiglast.

Konverentsi lõpul olid vaatluse all organisatoorsed küsimused. Moodustati Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu, kes hakkab juhtima selle piirkonna arstide seltside ühisüritusi. Nõukogusse valiti T. Vilosius (Haapsalu), R. Mihelson (Hiiumaa), M. Põld (Rapla) ja A. Haavel (Kingissepa). Nõukogu esimeheks valiti allakirjutanu, sekretäriks M. Põld.

III konverents otsustati korraldada 1986. aasta septembris Kingissepas, tähistamaks sellega ühtlasi Kingissepa Arstide Seltsi 60. aastapäeva.

*Ants Haavel*

**Eesti Sisearstide Seltsi juhatuse laiendatud pleenum** toimus 22. oktoobril 1985 Tallinnas. Sellest võtsid osa ka Teadusliku Meditsiiniõukogu sisehaiguste probleemikomisjonide liikmed ning linnade ja rajoonide peaterapeutid.

Istungi algul arutati veel kord rahvusvahelise liikumise «Maailma arstid tuumasõja ärahoidmise poolt» Nõukogude komitee tegevust. Kõikides Eesti NSV tervishoiuasutustes on välja jagatud läkitus «Üleskutse patsientidele».

Seltsi ideoloogiakomisjoni tegevuse aruande esitas komisjoni esimees meditsiinkandidaat A. Randvere. Nii ettekandes kui ka sõnavõttudes (professorid V. Saarma ja L. Päi ning teised) peeti vajalikuks rohkem tegelda deontoloogiaküsimuste ja alkoholivastase propagandaga. Vabariikliku Sanitaarharidusmaja paarast meditsiinkandidaat M. Kivilo käsitles terapeutide tegevust profülaktikaalaste teadmiste levitamisel rahva hulgas. Ettekandele järgnenud läbirääkimistel (meditsiindoktor L. Jannus, prof. V. Saarma jt.) peeti otstarbekaks analüüsida võimalikult kõiki kohali-

kus trükisõnas avaldatud arstide kirjutisi, tihendada sidemeid Eesti Televisiooni ja Tallinna RSN Täitevkomitee Kinofikatsiooni Valitsusega. Nimetati ka üksiknäiteid ebaõigest tervishoiupropagandast. Meditsiiniteadmiste propagandas olgu peamine haiguste profülaktika, dispansseerimise probleemid.

Pleenumil arutati põhjalikult väitekirjade kaitsmiseks ettevalmistumisel tehtavaid teraapiaalaseid uurimistöid Eestis. Selle kohta esitasid teavet L. Päi, P. Laane, L. Jannus, L. Piel, I. Kallits jt. Äratas tähelepanu tõsi, et doktoriväitekirju planeeritakse peale kardioloogia vaid väga vähe teistel teraapiaerialadel, nefroloogia-probleemidega meie vabariigis ei tegelda, mitteküllaldasel on uurimistöid väitekirjade koostamise eesmärgil hematoloogias ja endokrinoloogias. Seda kõike tuleb eriti silmas pidada teadusliku uurimise instituutidel.

Kuulati veel allakirjutanu informatsiooni Üleliidulise Sisearstide Seltsi juhatuse presiidiumi istungi kohta. XIX üleliiduline terapeutide kongress korraldatakse 1987. aasta sügisel Taškendis. Päevakorras on krooniliste sisehaiguste arengu kõigeüldne arutelu ja ülddispansseerimise osa nende haiguste ärähoidmisel. Pleenumi üksmeelse otsuse põhjal läkati Eesti NSV terapeutide VIII kongress edasi 1987. aasta algupoolele.

*Natan Elštejn*

**Üleliidulise Kurortoloogide ja Füsioterapeutide Seltsi ning Üleliidulise Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuste ühine laiendatud pleenum** «Närvisüsteemi haiguste füsioteraapia» oli 9. ja 10. oktoobril 1985 Taškendis.

Peale klassikalise füsioteraapia leidsid kajastamist ka refleksravi, klimatoadaptatsioon ning kuurordiravi. Sektsioonidest oli ettekanneterohkeim peaju veresoonekonna haiguste füsioteraapiat käsitlev. Nii mõndagi huvitavat võis kuulda teisteski sektsioonides, kus arutati füüsikaliste tegurite kasutamist kesknärvisüsteemi ja peri-

feerse närvisüsteemi haiguste ning psüühiliste haiguste korral, ka laste närvihaiguste ravis ning närvihaigete taastusravis. Eraldi seksioonis käsitleti refleksravi. Peaaju veresoonekonna haiguste füsioteraapiat puudutavaist ettekandeist olid huvitavamad magnetravi- ning elekterstimulatsioonilased tööd. Nagu alati, pakkusid huvi katsed rakendades füüsikalisi tegureid polüskleroosi, amüotroofilise lateraalskleroosi ning süringomüeelia ravis. Kõige uuemaid suundi peale magnetravi esindasid laserravialased ettekanded (M. Dubrovskaja, G. Eninja jt.). Diskussiooni põhjustas ettekanne valude kupeerimisest transkraniaalsete elektriliste mõjutustega (A. Skoromjets jt.). Kõrgetasemeliseks tuleb hinnata V. Laskovi uurimust elekterstimulatsiooni iseärasustest traumatiliste neuuriitide korral.

Refleksravialastest töödest olid päevakohasemad need, mis käsitlesid alkoholismihaigete nõelravi võimalusi (I. Ahtjamov, I. Tabejev). Rõõmustavalt palju ettekandeid oli psüühiliste haiguste füsioteraapia kohta. Just selle seksiooni töö analüüsimisel puhkes neuroloogide ja psühhiaatrite vahel äge vaidlus selle üle, kes peaks ikkagi ravima nn. piiriseisundeid.

Pleenumil viibijad võtsid osa ka Usbeki NSV narkoloogide seminarist. Oli meeldiv kuulda, et Balti liiduvabariikide alkoholivastase võitluse kogemusi hindasid kohalikud esinejad väga kõrgelt. Tutvuti ka Usbeki NSV Kurortoloogia ja Füsioteraapia Teadusliku Uurimise Instituudi tööga. Kadestamisväärselt tihe koostöö on instituudil teiste teadusasutustega, näiteks kas või mürgistatud aatomite kasutamine elektroforeesi ja inhalatsiooni teel manustatavate ravimite liikumise kindlaksmääramiseks. Erilist huvi pakkus selle labori töö, mis uurib meteorofaktorite toimet organismisse ja edastab riskirühmadesse kuulujale teabevahendite kaudu soovitusi järgmistele päevade ilmastikku arvestades. Labori prognooside paikapidavust kinnitasid järgmisel ööl puhkenud lumetorm — väga harv nähtus neis paigus sel aastaajal — ja ülejäärgmisel päeval toimunud maavärin.

Osavõtjate ühine arvamus oli, et selline seltsidevaheline koostöö peaks regulaarselt jätkuma edaspidigi. Meie vabariigist olid laienatud pleenumil Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonna juhataja meditsiinidoktor E. Veinpalu ning allakirjutanu.

*Matti Tarum*

**Üleliidulise Kirurgide Seltsi juhatuse XX pleenum** toimus 20. .22. maini 1985 Lvovis. Põhiteemad olid kirurgiliste haigete dispanseerimine, trombemboolilised tüsistused kirurgias ja kirurgiline ravi suhkurtõbe põdejalatel.

Pleenumi avas seltsi esimees akadeemik B. Petrovski, kes juhatas sisse esimese põhiteema. Muu hulgas rõhutas ta, et praegu on tähtis kirurgiliste haigete dispanseerimine, seejuures aga ei tohi ära segada haigete ja tervete dispanseerimist. Tervete dispanseerimise põhijuhendeid seni veel ei ole. Dispanseerimist käsitlesid 30 ettekannet.

Oli ettekandeid, mis soovitasid jaotada elanikkonna viide rühma: terved, suure riski rühma kuulujad, kroonilisi haigusi põdejad haiguse kompensatsiooni-, subkompensatsiooni- ja dekompensatsioonistaadiumis. Dispanseerimisel peaksid kirurgid jälgima suure riski rühma kuulujaid ja ravima kroonilisi haigusi põdejad.

Põhiettekandes trombemboolilistest tüsistustest, nende profülaktikast, diagnoosimisest ja ravist (V. Saveljev, E. Jablokov) selgitasid autorid, et kopsuarteri trombemboolia profülaktika on otseses seoses operatsioonijärgse veenitromboosi profülaktikaga. Mittespetsiifiline profülaktika (haige varajane istumine, käimine, ravikehaku kultuur, elastsed sidemed jäsemetel) on trombembooliariski korral (kõrge eluiga, pahaloomulised kasvaja, ulatuslikud ja kaua kestnud kirurgilised operatsioonid) sageli jäänud ebapiisavaks. Vähe on kasutatud spetsiifilist profülaktikat, hepariini süstimist väikestes annustes, mis autorite andmeil vähendab alajäsemete süvaveenide trombooside tekkesagedust 61. .3,2 %. Autorid rõhutasid, et alajäseme immobiliseerimine trombi korral, samuti range lamamisrežiim kopsuarteri trombemboolia ohtu ei vähenda, vaid, vastupidi, hoopis soodustab trombi arengu progresseerumist. Trombi korral jäsemeil soovitatakse varajast kirurgilist ravi. Autorid on valmistanud trombemboolia profülaktikaks veenisisesed filtrid. Diagnoosimisviga on see, et paljud raviasutused on seni piirduvad rutiinsete diagnoosimismeetoditega — EKG ja kopsude röntgenülesvõtetega. Kahjuks ei uurita haiget angiograafiliselt, radioisotoopide meetodil, vaatamata sellele, et selliste uuringute võimalused on olemas. Raviks kasutatakse antikoagulante, rakendatakse trombolüüsi ja embolektoomiat.

Kolmanda põhiteema arutelul selgus, et igal teisel suhkurtõbe põdejal on mingisugune kirurgiline haigus, mistõttu kirurgiliste haiguste (diabeetilised angiopaatiad, mädapõletikulised haigused) diagnoosimine ja ravi on neil väga aktuaalne. Letaalsus on neil kolm korda kõrgem, tüsistus tekib enam. On vaja täiustada patofüsioloogilisi, biokeemilisi ja morfoloogilisi uuringuid ning fikseerida kriteeriumid. Operatsioonielsel perioodil on eriti tähtis homöostaasi korrelatsioon ja suhkurtõve intensiivravi. Operatsioon peab olema radikaalne, operatsioonijärgsel põetamisel on väga oluline desintoksikatsioon ja antibakteriaalne ravi, võimaluse korral ka immuunravi.

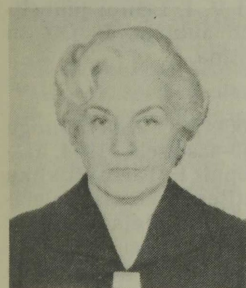
Eesti NSV-st võtsid pleenumist osa prof. E. Tünder ja allakirjutanu.

*Ants Haavel*

# Meie juubilare



**Mira Hotimskaja**, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Kohtumeditisiini Peaekspertiisi Büroo osakonnajuhataja, sai 7. novembril 1985 60-aastaseks. 36 aastat on juubilar töötanud arstina ning kogu selle aja ühes ja samas tervishoiuasutuses. Nende aastate jooksul on temast saanud võimekas spetsialist, kes on palju ära teinud kohtumeditisiinialase ekspertiisi arendamisel meie vabariigis nii organisatoorse töö kui ka eriarstide ettevalmistamise alal. M. Hotimskaja on trükkis avaldanud 25 teadustööd, neist osa kaasautorluses, ta on pidevalt oma erialateadmisi täiendanud. Ka ühiskondlikus töös on juubilar elavalt osalenud. Ta kannab tervishoiu eesrindlase rinnamärki, on kommunistliku töö eesrindlane, teenekas tööveteran, kes kohusetruu meedikuna on pälvinud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirju ja tänuavaldusi, ka teiste tervishoiuasutuste aukirju.



**Elga Võsumägi**, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla arst, sai 12. detsembril 60-aastaseks. Sündinud Tartus töölisperekonnas. 1945. a. lõpetas ta keskkooli, aastail 1945...1952 õppis TRÜ arstiteaduskonnas. Pärast arstiteaduskonna lõpetamist töötas E. Võsumägi aasta sünnitusabi ja günekoloogia kateedris assistendina. 1953...1983. a. oli Tartu Väikelastekodu peaarst. 1983. aastast on juubilar töötanud praegusel ametikohal. 1967. aastast on ta esimese kateegoria pediaater, 1972. aastal anti E. Võsumäele Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. E. Võsumägi on oma teadmisi täiendanud nii Eesti kui ka üleliidulistes teaduskeskustes, on palju teinud väikelaste tervise ja heaolu parandamiseks. Juubilar on aktiivne ka ühiskondlikus tegevuses. Korduvalt on teda valitud Tartu Linna RSN saadikuks, 1953...1957. a. oli Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee presiidiumi liige. 1962. aastast on E. Võsumägi Tartu Rahvakontrolli Komitee ühiskondlik inspektor. Hea töö eest on ta pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ja tervishoiu eesrindlase rinnamärgi.



**Aino Küng**, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi morfoloogialaboratooriumi juhataja, meditsiinikandidaat, sai 25. detsembril 60-aastaseks. Sündinud ja keskhariduse omandanud Tallinnas. 1951. aastal lõpetas TRÜ arstiteaduskonna. Pärast seda oli patoanatomia kateedri assistent ja aspirant. 1954. aastast alates on ta töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi morfoloogialaboratooriumis, algul vanema teadusliku töötajana, 1967. aastast laboratooriumijuhatajana. 1959. aastal anti A. Küngile vanemteadurikutse patoanatomia erialal. Teadustööga tutvus ta juba üliõpilasena prof. A. Valdese juhendamisel. Põhiosa tema teadusproduktsoonist (ligikaudu 100 publikatsiooni, neist üle 10 välismaa väljaannetes) on seotud onkoloogiaga ning käsitleb kopsukasvajate morfoloogiat ja etiopatogeneesi. Tema poolt viljeldav uurimistemaatika kuulub Rahvusvahelise Vähiuurimiskeskuse poolt koordineeritavasse uurimisprogrammi. Juubilar on korduvalt esitanud ettekandeid rahvusvahelistel foorumitel väljaspool Nõukogude Liitu. A. Küng annab süstemaatiliselt konsultatiivset abi tervishoiuasutustele kopsukasvajate histodiagnoosimisel. Aastaid on ta kuulunud Tallinna Patoanoomie Seltsi juhatusse, ta on Eesti Onkoloogide Seltsi liige. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga, samuti Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ning muude aukirjadega. Väga tööka ja nõudliku, kuid heasoovliku kolleegina on ta pälvinud kollektiivi lugupidamise.



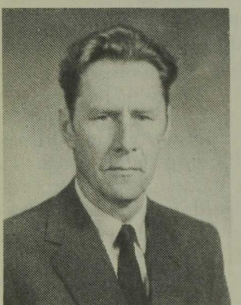
**Kalju Tammera**, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna operatiivkirurgia ja uroloogia kateedri assistent, sai 25. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölisperekonnas. 1945. a. lõpetas Tallinna 10. Keskkooli, 1951. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Samast aastast alates on K. Tammera töötanud assistendina topograafilise anatoomia ja operatiivkirurgia kateedris, praeguses operatiivkirurgia ja uroloogia kateedris. Juubilar on suurte kogemustega õppejõud, temalt on ilmunud 58 teadustööd. Korduvalt on ta viibinud täienduskursustel paljudes meie maa teadus- ja ravikeskustes, korduvalt on K. Tammera oma teadmisi täiendanud ka marksismi-leninismi õhtuülikoolis. Aastaid on ta olnud sanitaarsalklaste juhendajaks. Ravitöös on K. Tammera erilist tähelepanu pööranud konservatiivsete ravimeetodite täiendamisele ja kasutuselevõtule ortopeedilist abi vajavatel haigetel, samuti Sudecki sündroomiga haigete ravile. Juubilar on võimekas õppejõud, hea arst ja kolleeg.



**Peeter Ott**, Jõgeva Rajooni Keskhaiгла peaarsti asetäitja ravi alal, sai 15. detsembril 50-aastaseks. Sündinud Valga rajoonis Otepääl talupoja perekonnas. 1951. aastal lõpetas ta Otepääl Keskkooli ning samal aastal alustas õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna ravisakonnas, mille lõpetas 1961. aastal. Ajavahemikul 1961...1964 oli P. Ott Kunda Linnahaiгла pediaater, 1964...1973 Rakvere Rajooni Keskhaiгла peaarst, seejärel Jõgeva Rajooni Keskhaiгла peaarsti asetäitja ravi alal, 1979. aastast samas peaarst. 1983. aastast on juubilar praegusel ametikohal. Ta on võimekas esimese kategooria tervishoiuorganisaator. NLKP ridadesse on kuulunud 1965. aastast, ta on Jõgeva Rajooni Keskhaiгла parteialgorganisaatsiooni sekretär. Aastail 1965...1973 oli ta Rakvere Rajooni RSN ning 1979...1983 Jõgeva Rajooni RSN saadik. P. Ott on Eesti NSV Punase Risti Keskkomitee liige. Juubilari hea töö on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ja tervishoiu eesrindlase rinnamärgi, mitmeid aukirju. P. Ott on täpne, töökas ja alati abivalmis arst, seda ka lastearstina.



**Mall Nõu**, Riikliku ja Tarbijate Kooperatiivide Töötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee usaldusarst, sai 22. detsembril 50-aastaseks. 1954. aastal lõpetas ta Tartu 3. Keskkooli. Aastail 1954...1960 õppis ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna ravisakonnas. Pärast arstiteaduskonna lõpetamist oli ta ajavahemikul 1960...1965 Tallinna II Lastehaiгла kooliarst ning 1965...1966 106. Lastepäevakodu arst. Tallinna Tuberkuloosidispersanisertöötas M. Nõu aastail 1966...1971, 1971...1981 juhutas ta Tallinna Meditsiinikooli meditsiinide osakonda ning 1980...1981 Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Meditsiinitöötajate Kursusi. 1981. aastast alates on juubilar olnud usaldusarstiks. M. Nõu on lõpetanud marksismileninismi õhtuülikooli. Võimeka spetsialisti ning abivalmis kolleegina on ta võitnud nii kaastöötajate kui ka laialdase ametiühinguaktiivi lugupidamise. 1978. aastast on juubilar olnud NLKP liige.



**Maano Kivilo**, Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst, meditsiinkanidadaat, sai 22. detsembril 1985. a. 50-aastaseks. On sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1954. a. lõpetas Otepääl Keskkooli ning 1960. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1960...1961 oli Lihula Rajoonihaiгла kirurg, 1961...1978 töötas Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispensaris anestezioloogina ning alates 1966. a. oktoobrist samas operatsiooniploki juhatajana. 1970. a. kaitses M. Kivilo kandidaadiväitekirja, 1978. a. lõpetas marksismi-leninismi õhtuülikooli žurnalistikaosakonna. 1973. aastast on ta teinud regulaarselt kaastööd Eesti Raadiotele sanitaarharidustöö ja tervete eluviiside propaganda alal. Juubilar on esimese kategooria anestezioloog ja esimese kategooria tervishoiuorganisaator. Ta on Eesti NSV Ühingu «Teadus» juhatuse meditsiinilase meetodikanõukogu liige, Vabariikliku Tervise Rahvaukoolide Nõukogu sekretär, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee presiidiumi liige, toiduainete toiteväärtuse tõstmise ja ratsionaalse toitumise probleemi teadusliku nõukogu liige, tervishoiuministeeriumi alaliste näituste komisjoni esimees, Vabariikliku Sanitaarhariduse Nõukogu sekretär. Juubilar on töökas ja organiseerimisvõimeline ning alati südamlük ning abivalmis kolleeg. NLKP liige alates 1965. aastast.

# Uusi ravimeid

## PROSTENOON

(*Prostenoium*, протенон)

Prostenoon on NSV Liidu tervishoiuministri käskkirjaga (17. aprillist 1985. a.) sünnitusabis kasutamiseks lubatud esimene kodumaine ravimpreparaat biosünteesilise prostaglandiini E<sub>2</sub> baasil.

Preparaadi sünteesi meetod on välja töötatud Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemia Instituudis akadeemia kirjavahetajaliikme prof. Ü. Lille juhendamisel. Preparaati toodab instituudi Orgaanilise Sünteesi ja Biopreparaatide Katsetehas. Ravimit — prostenooni 0,1%- ja 0,5%-list piirituslahust — hakkab valmistama Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas 1986. aastal.

Keemiliselt I-11 $\alpha$ ,15S-dioksi-9-keto-prosta-5Z, 13E-dienhape (prostaglandiin E<sub>2</sub>, *dinoprostone*). Valge või nõrga kollaka varjundiga kristalne pulber, kergesti lahustuv 95%-lises piirituses, vees praktiliselt lahustumatu.

Sünnitustegevuse stimuleerimiseks ja esilekutsumiseks kasutatakse 0,1%- ja 0,5%-list prostenoonilahust 95%-lises piirituses. See on värvuseta või nõrga kollaka varjundiga läbipaistev vedelik, millel on piirituse lõhn.

Prostenooni manustatakse veeni tilkinfusiooni teel, mille puhul on võimalik ravimit täpselt doseerida või manustamine vajaduse korral katkestada.

Prostenooni toimespektrile on iseloomulik silelihaste kontraktsiooni esilekutsuv ja stimuleeriv toime nii mitteraseda kui ka raseda emakal. Teistest oksütotsiini toimega ravimitest erinevalt võib ta rasedal esile kutsuda emaka kontraktsioone raseduse igal perioodil.

Prostenoon on veresooni laiendava toimega, toimib hüpotensiivselt, kuid tal ei ole antidiureetilist toimet. Laiendab bronhe ja vähendab hingamisteede spasme bronhiaalastma korral.

Kirjanduse andmeil vähendavad prostaglandiini E<sub>2</sub> preparaadid maosekretsiooni, koos sellega vähendavad maomahla soolhappe- ja pepsiinisisaldust, soodustades mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi paranemist; suurendavad südame löögi- ja kontraktsioonisagedust; suurendavad ka neerude vereringet, naatriumi, kaaliumi ja vee eritumist.

Eeltoodud silmas pidades võib öelda, et kodumaisel prostaglandiinipreparaadil on laialdane perspektiiv kliinilisteks katsetamiseks hüpertooniatõve, mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõve, bronhiaalastma ning neeruhaiguste ravis.

NSV Liidu Tervishoiuministreeriumi Farmakoloogia Komitee 1985. aasta 22. veebruari otsuse põhjal on prostenooni lubatud kliiniliselt aprobeerida ägeda neerupuudulikkuse korral. Katsetusi tehakse Lvovi Hematoloogia ja Vereülekande Instituudi professori R. Glanzi juhendamisel Moskva ja Lvovi kliinikutes.

Üleliidulise Kardioloogiakeskuse Kliinilise Kardioloogia Instituudis on alustatud eksperimentaal-uuringuid prostenooni kasutamiseks hüpertooniatõve ravis.

Juba aastaid on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis L. Jannuse juhendamisel uuritud Keemia Instituudis sünteesitud prostaglandiinipreparaatide toimet kroonilise bronhiidi ja bronhiaalastma ravis (Keemia Instituudi katsetehas on teadusliku uurimistöö jaoks mitmesuguseid prostaglandiine tootnud 1977. aastast alates).

Välismaal kasutatakse prostaglandiini E<sub>2</sub> preparaate (tablette, piirituslahust, ravimküünlaid) ka raseduse katkestamiseks oraalsel, ekstra- ja intraamniaalsel ning vaginaalsel teel manustamisel.

Kodumaist preparaati on lubatud kasutada sünnitustegevuse stimuleerimiseks ja esilekutsumiseks, manustades veeni tilkinfusiooni teel. Lubatud kasutada ainult sünnitusabi- ja günekoloogiakliinikutes arstide range järelevalve all.

Prostenoonravi määratakse sünnitusabis peamiselt primaarse või sekundaarse sünnitustegevuse nõrkuse, üleaege raseduse, enneaegse lootevete mineku puhul, samuti selliste seisundite puhul, mis nõuavad sünnitustegevuse enneaegset esilekutsumist: raseduse hilistoksikoosid (nefroopaatia, preeklampsia), diabeet, hüpertooniatõbi, Rh-isoimmunisatsioon, südame- ja veresoontõve, bronhiaalastma, suur loode, tuharseis.

Enne manustamist lahjendatakse prostenooni piirituslahust steriilse füsioloogilise lahusega. Selleks segatakse ühe ampulli sisu 500 ml füsioloogilise lahusega, loksutatakse. Saadud lahus on kasutamiskõlblik 24 tundi.

Lahust viiakse rasedale veeni, alustades 6...10 tilgast minutist. Kui 20...30 minuti jooksul emakakontraktsioone tekkinud ei ole, tuleb annust suurendada kuni 20 tilgani minutis, lisada iga 10 minuti järel 4...5 tilka lahust juurde. Kui emakakontraktsioonid on juba küllalt tugevad, jäädakse selle annuse juurde püsima. Maksimaalne annus minutis ei tohi olla üle 35 tilga. Preparaadi manustamise ajal tuleb hoolikalt jälgida raseda ja loote seisundit, selle halvenemise korral manustamine katkestada.

Intravenoosse tilkinfusiooni puuduseks on pikk manustamisaeg, mis on patsiendile küllalt ebamugav. Manustamiskohal võib tekkida veenipõletik.

Prostenooni annus on 0,75...5,0 mg. Varem sünnitanutel on emakas prostenooni toime suhtes tundlikum kui mittesünnitanutel ning annused tunduvad väiksemad ja sünnitusaeg lühem. Surnud loote ja vääreandi puhul on vajalikud suuremad prostenooniannused. Ravimi doseerimine olgu rangelt individuaalne.

Prostenooni on keelatud kasutada patsientidel, kellel on allergia preparaadi suhtes, mitmikute

puhul, ka emakaoperatsiooni järel tekkinud armkoe puhul, nõgestõve, mitmesuguste ravimite toimele vallanduvate allergiliste reaktsioonide, suguelundite väärarengute, platsenta eesasetuse ja enneaegse irdumise puhul.

Kõrvalnähtudena tekivad sagedamini iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus ja spastilised valud kõhuõõnes, harvem peavalu, näo punetus, kehatemperatuuri tõus, hüpotoonia, peapööritus, tahhükardia, üldine erutus. Neil juhtudel tuleb preparaadi annust kas vähendada või manustamine katkestada. Võib kasutada ka farmakoloogilisi korrektoreid, näiteks kõhulahtisuse ja kõhuvalude puhul atropiini või papaveriini, hüpotoonia puhul lisada prostenoonilahusesse hüdrokortisooni.

Prostenooni 0,1%- ja 0,5%-list piirituslahust lastakse välja 1 ml-listes ampullides. Pakendis on 10 ampulli.

Ravim kuulub B-nimekirja, hoitakse valguse eest kaitstult temperatuuril alla +4 °C (soovitav külmkapis miinuskraadide juures).

*Meida Mayer*

## GAMIBASIIN

(*Gamibasinum*, гамибазин)

Gamibasiin on uus kodumaise päritoluga suitsetamisvastane ravivahend, mida toodetakse närimiskummi kujul. Toimeaineks gamibasiinis on anabasiinhüdrokloriid (alfapiperidüül-beetapiperidiinhüdrokloriid). Anabasiinhüdrokloriid, mida esineb ka tablettidena, on raviaineks kroonilise nikotiinismi puhul. Ta aitab vähendada vegetatiivset ja muid häireid organismis, mis ilmnevad suitsetamise mahajätmise ajal.

Niisama kui anabasiinhüdrokloriidi tabletidki, kergendab ka gamibasiin suitsetamise mahajätmist vaid siis, kui kasutajal endal on kindel soov suitsetamisest loobuda.

Neljal esimesel päeval kasutatakse neli närimiskummi päevas. Toime ilmnemisel jätkatakse ravi viiendast kaheksanda päevani, kolm närimiskummi päevas, üheksandast kaheteistkümnenda päevani kaks ja edasi kuni kahekümnenda päevani 1...2 närimiskummi päevas.

Ravi alustamisel tuleb suitsetamine kohe maha jätta või suitsetamiskordasid harvendada.

Kui preparaadi kasutamine tulemusi ei ole andnud, tuleb ravi katkestada. Uuesti võib teha katset alles 2...3 kuu pärast.

Kõrvaltoimena võib preparaat esimestel päevadel tekitada suus ebameeldivat maitset, põhjustada peavalu, iiveldust, peapööritust või tõsta arteriaalset rõhku, mis nõuab ravikuuri katkestamist.

Vastunäidustusteks gamibasiini kasutamisel on hüpertensioon, tugevasti väljendunud ateroskleroos, verejooksud.

Uus defitsiitne kodumaine preparaat, mida väljastatakse apteegist arstiresepti alusel.

Pakend, milles on 30 närimiskummi á 3 mg anabasiinhüdrokloriidi, maksab 4 rubla 50 kop.

Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse kuivas kohas valguse eest kaitstult.

*Aino Jürison*

# Kroonika

## Tervishoiuministeriumis

29. oktoobril 1985 toimus tervishoiuministeriumi kolleegiumi väljasõiduistung Viljandis. Arutati rajooni elanike arstiabi kvaliteeti ja võimalusi. Istungit juhatas Viljandi Rajooni RSN Täitevkomitee esimees U. Veeperv, kohal olid rajooni tervishoiuasutuste juhtivad töötajad, ka paljude asutuste ja majandite juhid, tervishoiuministeriumi valitsus- ja osakonnajuhatajad ning peaspetsialistid, samuti rajooni tervishoidu kureeriva Tartu Kliinilise Haigla juhtkond.

Põhiettekanne oli Viljandi Rajooni Keskaigla paarstilt R. Kariisilt, kes mainis, et rajooni elanike arstiabi korraldamises on märkimisväärset edu saavutatud. Edukalt on täidetud rajooni tervishoiuvõrgu arendamise ning arstiabi parandamise XI viisaastaku kompleksplaan. Täie koormusega töötab uus, 400 voodikohaga keskaigla, uued ruumid on Karksi-Nuia ambulatooriumil. On avatud ambulatoorium Leies ning velskri- ja ämmaemandapunkt Lillis. Kuigi pärast keskaigla tööle hakkamist suurenes voodikohtade arv rajoonis vaid 100 võrra, võimaldas see voodikohti vastavalt erialadele otstarbekamalt ümber jaotada. Polikliiniline abi haiguste diagnoosimise ja ravi osas vastab rajooni keskpoliikliiniku nõuetele. Kuigi on avatud 13 uut terapeudijaoskonda, on jaoskonnad ikka veel suured. Suur on ka kabinettide koormus: töö toimub kolmes vahetuses. Ambulatoor-polikliiniliste asutuste töötajad on seatud nii, et oleks tagatud arstiabi kättesaadavus väljaspool tööaega, kuid alates kella viiest pärast lõunat tuleb polikliinikusse vaid mõni üksik haige. Paranenud on töövõimetusekspertiis ja vähenenud ägedatesse soolenakkushaigustesse haigestumine.

Tartu Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja V. Noor mainis kaasettekandes, et iga päev on Tartu haiglates ravil keskmiselt 143 Viljandi rajooni patsienti. Ka konsultatiivpolikliiniku poole pöördujaid on niisama palju kui eelmistel aastatelgi. Enam vajatakse abi allergoloogia, gastroenteroloogia, üldkirurgia, veresoontekirurgia ja uroloogia alal. Esineja arvates peaks asutuse juhtkond olema nõudlikum selles suhtes, et inimesed läheksid arsti juurde väljaspool oma tööaega. Tugevasti häirib polikliiniku tööd see, et koha peal ei ole röntgeniaparati ega ka laboratooriumi.

Tervishoiuministeriumi valitsusjuhataja E. Tomberg toonitas sõnavõtus, et rajooni pediatrid on töösse suhtunud tõsiselt: alla aastaste

laste suuremus on kahel viimasel aastal vabariigi keskmisest väiksem olnud. Kaalumist vajab, kas on mõtet säilitada Suure-Jaani Haigla lasteosa-konda, kuna uues haiglas on ravivõimalused tunduvalt paremad. Valitsusjuhataja V. Jänes juhtis tähelepanu vajadusele intensiivistada rahvastiku dispanserimist, ülevaadet sellest tööst polikliinikul praegu ei ole. Haigete ravi kvaliteedi huvides vajatakse haiglas intensiivraviosakonda.

Tervishoiuministri asetäitja E. Palo tõi puuduseks esile seda, et ei ole statsionaarset desinfit-sioonikambrit. Ministri esimene asetäitja O. Tamm rääkis puudustest tervishoiuasutuste sanitaar-režiimist kinnipidamises, ei ole näiteks tsentrali-seeritud sterilisatsioon. Paljud rajooni tervis-hoiuasutused vajavad remonti, eriti Väikemõisa Väikelastekodu hooned. Meditsiiniaparatuuri tu-leks otstarbekamalt kasutada. Tarvis on laiendada funktsionaaldiagnoosimise ja füüsikaliste ravi-meetodite rakendamise võimalusi. Tervishoiu-minister V. Rätsep tõi esile lahendamist vajavad probleemid, ka pretensioonid uue keskhaigla hoonestiku ehitajatele: ehitamisjärge ootab ju desinfitatsioonikamber.

Täitevkomitee esimehe U. Veeperve kinnitust mööda tehakse kõik, et vaegtööd lõpetataks ja et haiglate materiaalse baasi parandamine toimuks plaanipäraselt.

Koosoleku otsuse põhjal avatakse täiendavalt arstijaoskondi nii täiskasvanute kui ka laste tarvis, haiglas avatakse intensiivraviosakond, samuti rakendatakse ühiselt meetmeid tervishoiuasutuste sanitaar- ja materiaal-tehnilise baasi paranda-miseks.

21. novembril toimunud kolleegiumi väljasõidu-istungil, mille avas V. Rätsep, arutati koos Tartu Linna RSN Täitevkomiteega Tartu linna tervis-hoiuasutuste materiaalse baasi olukorda, sanitaar-hügieenilist seisundit, töökorraldust ning abi-nõusid olukorra parandamiseks XII viisaastakul.

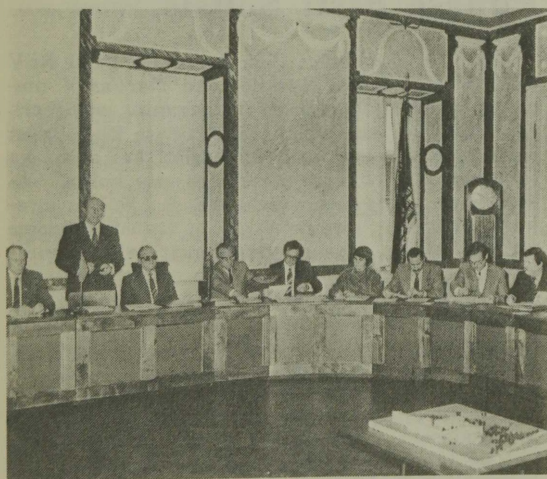


Foto 1. Kolleegiumi väljasõiduistung toimus koos Tartu RSN Täitevkomiteega.



Foto 2. Istungist võttis osa ka TRÜ arstiteadus-konna õppejõude ja raviasutuste paarste. V. Kut-sari foto.

Istungit juhatas Tartu Linna RSN Täitevkomitee esimees N. Preiman, osalesid lisaks täitevkomitee ja kolleegiumi liikmetele Tartu Rajooni RSN Täitevkomitee esimees J. Kork, Tartu linna paararstid ja Lõuna-Eesti rajoonide raviasutuste paararstid, TRÜ arstiteaduskonna dekaan A.-E. Kaasik ning kliiniliste kateedrite juhatajad, tervishoiu-ministeriumi valitsusjuhatajad, peaspetsialistid jt. Tartu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja M. Sikk rääkis oma ettekandes, et viimase 10 aasta jooksul on rohkem tähele-panu pööratud polikliinilisele abile. Täiskasvanu-tele mõeldud arstijaoskondade arv on selle ajaga kahekordistunud, elanike arv nii täiskasvanute kui ka pediatrjaoskondades on viidud vasta-vasse normatiividega. On alustatud rahvastiku ülddispanserimist. Polikliiniline arstiabi on elanikele kättesaadav ka väljaspool tööaega, kuid õhtusi aegu ja laupäevi kasutatakse siiski veel vähe.

Puudusi esineb ka haiglaravi korralduses. Vaa-tamata nelja uue rajoonikeskhaigla valmimi-sele Lõuna-Eestis, ei ole vähenenud nende rajoo-nide elanike poolt Tartus kasutatavate voodikoh-tade arv. Haiglad ei pea kinni uurimise ja ravi etapilisuse põhimõtetest. Tartu spetsialiseeritud raviasutustel puuduvad järel- ja taastusraviosa-konnad.

1976. a. avati kardioloogiakorpus ja 1981. a. lastehaigla nakkushaiguste korpus. Kapitaalre-mondi vahendite arvel valmis 1976. a. sünnitusma-ja pealishitis ja 1977. a. tuberkuloosidispanseri juurdeehitis. Remonditud on lastehaigla peahoone ja lastepolikliinik, naha- ja suguhaiguste dispan-seri polikliinik, kehakultuuridispanser. 1984. a. avati lastepolikliiniku filiaal Anne linnaosas ja valmis struumadispanseri polikliinilise osakonna juurdeehitis. 1985. a. alustati psühhiaatriaigla uue korpuse ehitamist. Sellele vaatamata jääb

ravi- ja profülaktikaasutuste materiaal-tehniline baas endiselt raskesse olukorda. Tartu tervishoiuasutuste hoonetest on ehitatud XVIII ja XIX sajandil 42,9%, aastail 1900 . . . 1960 50% ja hiljem 7,1%. Keskküte on olemas 52,4%-l ja soe vesi 59,5%-l hoonetest. Tartu raviasutuste üldpind on vaid 40,6% normatiivsest.

Kapitaal mahutuste vähesuse tõttu tehakse suuri, sageli ebaratsionaalseid kulutusi amortiseerunud hoonete remontimiseks. Raviasutustes esinev ülemajutus raskendab sanitaar-epidemioloogilise režiimi täitmist.

M. Sikk rõhutas, et tervishoiuasutuste ainelise baasi vastavusse viimiseks tänapäeva nõuetega on vaja täita ulatuslik kapitaalhituste programm, mis arvestaks ka raviasutuste osa TRÜ arstiteaduskonna baasina.

Ettekannetega esinesid veel Tartu Linna RSN Täitevkomitee alalise tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimees L. Karu ja Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja A. Roosileht, kes analüüsisid Tartu raviasutuste tööd, esinenud puudusi ja nende likvideerimise võimalusi. Tartu Kliinilise Haigla peaarst J. Lepp märkis oma sõnavõtu, et on aeg reorganiseerida Tartu linna ja rajooni tervishoiu juhtimissüsteem. Tartu polikliiniku tööst rääkis polikliiniku juhataja S. Aru. Praegust ruumikitsikust on tarvis leevendada ruumide eraldamisega kõrvalolevates hoonetes. Uus polikliinik, mis ehitatakse algaval viisaastakul, võimaldab korraldada polikliinilist abi nüüdisaja nõuete kohaselt. Tulevaste arstide ettevalmistusest andis ülevaate TRÜ arstiteaduskonna dekaan A.-E. Kaasik. Puudused noorte arstide praktilistes oskustes on suurel määral seotud õppebaaside nõuetele mittevastavusega.

Tervishoiuministeriumi valitsusjuhatajad E. Tomberg, H. Kreek ja V. Jänes ning ministri asetäitjad E. Palo ja O. Tamm rõhutasid oma sõnavõttudes, et olemasolevaid tingimusi tuleb paremini kasutada. Vajavad parandamist raviasutuste, polikliinikute sanitaarseisund ja statsionaaride töö järjepidevus, konsultatiivne abi TRÜ arstiteaduskonna õppejõudude poolt; olemasolevat voodifondi tuleb kasutada intensiivsemalt. Tartu tervishoiuasutuste ehitamises peaksid rohkem linna asutused ja ettevõtted osa võtma. Meditsiiniaparatuuri tuleb tellida ja kasutada ratsionaalselt.

Ühises otsuses kinnitati ehituskavad uueks viisaastakuks. Nähakse ette ulatuslik programm tervishoiuasutuste materiaal-tehnilise baasi parandamiseks. Uute valmivate haiglate ning teiste Tartus valmivate üusehitiste arvel parandatakse paljude tervishoiuasutuste tingimusi. Moodustati komisjon, kes töötab välja linna ja rajooni tervishoiuvõrgu optimaalse juhtimisskeemi ja struktuuri, samuti Tartu vabariiklikud ja regionaalsed ülesanded. Nähti ette ka abinõud parandamiseks järel- ja taastusravi võimalusi. Tunduvalt peab paranema tervishoiuasutuste sanitaar-hügieeniline seisund, polikliinikute ja statsionaaride töö rahvastiku ülddispanseerimisele üleminekul.

Inge Plakso

## Tartu Riiklikus Ülikoolis

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 17. septembril kuulati eelmise, 1984/1985. õppeaasta õppe- ja kasvatustöö aruannet, mille esitas prodekaan prof. L. Pokk. Teaduskonna üliõpilaste õppeedukus on viimasel ajal olnud stabiilne. 1984/1985. õppeaasta talvisel sessioonil oli arstiteaduskonna õppeedukus 93,6% ja kevadisel samuti 93,6%. Nende tulemustega oli arstiteaduskond TRÜ teaduskondade hulgas talvisel sessioonil teisel ja kevadisel sessioonil esimesel kohal. Arstiteaduskonna lõpetas 1985. aastal 273 üliõpilast, neist 17 kiitusega.

Edukalt viidi 1984/1985. õppeaasta sügissemestril teaduskonnas läbi olümpiaad «Üliõpilane ja teaduslik-tehniline progress». Keemia erialal saavutasid arstiteaduskonna üliõpilased üleliidulises konkurentsis teise, pediatría erialal neljanda koha.

Samal õppeaastal avaldasid teaduskonna õppejõud 25 õppevahendit. Kateedrites arutati instruktivkirja I-32 ning koostati õppeainete metoodilised komplektid ühes tööprogrammidega. Hoogustus teraapia- ja kirurgianõukogude tegevus õppetöö suunamisel ja metoodikaküsimuste lahendamisel.

Arstiteaduskonna õppe- ja kasvatustöös esines 1984/1985. õppeaastal ka puudusi. Liiga suur oli üliõpilaste väljalangevus: eksmatrikuleeriti 78 üliõpilast, s. o. 4,3% (1983/1984. õppeaastal 55 üliõpilast, s. o. 3%). Väljalangevus oli peamiselt edasijõudmatus tõttu — 55 üliõpilast. Kasvatustöö puudustele viitab asjaolu, et neli üliõpilast tuli eksmatrikuleerida vääritu käitumise pärast.

Nõukogu võttis vastu asjakohase otsuse.

Lembit Allikmets

## Punase Risti Seltsis

25 . . . 26. oktoobrini 1985 korraldas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee Narvas V ülevabariigilise doonorluse propaganda seminari. Osavõtjaid tervitas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees G. Sukles, kes andis ka lühülevaate doonorluselase tegevuse kohta. Vabariikliku Verejaama peaarsti R. Kolde ettekanne käsitles vereülekande ja transfusioloogia arengu ajalugu ning vereteenistusele, meedikutele ja Punase Risti aktiivile esitatud ülesandeid ning nõudeid tasuta doonorluse arendamisel. Sõna võtsid ka NSV Liidu audoonorid G. Melis, Z. Ossipenko, S. Kolikov Narvast, kõik nad on andnud verd tasuta üle 50 korra.

Seminarist osavõtjad tutvusid Narva linna ja Kreenholmi Manufaktuuriga. Näidati ka doonorluselaseid populaarteaduslikke filme, Narva vereülekandeosakonna töö kogemusi jagas osakonnajuhataja K. Kuzmenkova. Narva on tasuta doonorluses püsinud vabariigis I kohal 15 aastat järjest.

29. novembril 1985. a. toimus Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee ja Tallinna Vabariikliku Narkoloogiadispanseri poolt korraldatud ühiskondlike narkoloogiapostide II vabariiklik konverents, mida juhatas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur. Narkoloogiapostide ülesannetest karskusliikumises rääkis Eesti NSV Vabatahtliku Karskusühingu esimehe asetäitja prof. J. Saarma, narkoloogiateenistusest ja narkoloogiapostide koostööst dispanseri peaarst A. Liiv. M. Tambur Vabariiklikust Tuberkuloosidispanserist käsitles alkoholismi seoses tuberkuloosiga, Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri peaarst M. Majass aga alkoholismi ja suguhaiguste seoseid. Väga aktuaalne oli ka Vabariikliku Autoinspektsiooni ülema asetäitja K. Vainola ettekanne alkoholismi ja liikluse kohta.

*Salme Tarmas*

\* \* \*

26. ja 27. septembril 1985 sõitsid Tallinna Vabariikliku Narkoloogiadispanseri arstid, velskrid ja õed tutvuma Riia kolleegide saavutustega. Mida neilt üle võtta, mida saaks meil paremini teha? Me peame narkoloogias igati püüdma kaasas käia teaduse viimase aja saavutustega. Uute asutuste avamisel tuleb lähtuda ennekõike üleliidulistest normatiividest, mitte aga püüda iga hinna eest läbi ajada võimalikult piskuga. Taoline mentaliteet üksnes kahjustab narkoloogilise abi edenedmist. Riialased on meist mööda läinud ka karskusliikumise rahva hulka viimisel. Neil on juba anonüümne tasuline alkoholismiravi ning üks erijooni on Riia linnavõimude mitte üksnes mõistev ja kaasatundev suhtumine, vaid ka reaalne, seaduse ettenähtud ulatuses materiaalne kaasabi narkoloogilise abi edendamisel. Ühtlasi olid riialased nõus edaspidigi meie õppedelegatsioonide vastu võtma ning meie narkoloogiavelskritele õpetust jagama.

*Anti Liiv*

10. oktoobril 1985 toimus Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla klubis kirjanik V. Vahingu näidendi «Testament» arutelu. Eelnevalt oli 200 haiglatöötajat käinud L. Koidula nim. Pärnu Draamateatri külalisetendusel näidendit vaatamas. Kirjandusliku kohtuistungi vormis andsid vastakaid tunnistajaseletusi mitukümmend haigla töötajat, peategelase osatäitja V. Indrikson, Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Teatrite Valitsuse repertuaarikolleegiumi peatoimetaja M. Tiks, ajalehe «Edasi» toimetajast L. Priimägi, ajakirja «Looming» toimetusest R. Kruus, ka näidendi autor jt. Kohtuniku rollis juhatas kirjandusõhtut peaarst A. Haug. Kohtuotsuse põhjal suunati näidendi peategelane Tartusse psühhiaater dotsent V. Vahingu juurde kuueks nädalaks täiendusele. Näidendi saatus oli veelgi karmim: vöörkeeltesse tõlgituna saata meie maalt välja.

*Arvo Haug*

# **Nõukogude Eesti Tervishoid**

**[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]**

**Медицинский журнал  
Министерства здравоохранения  
Эстонской ССР**

№ 1, январь, февраль 1986 г.

**М. О. Кивило — О взаимосвязях санитарного просвещения с деятельностью руководителя здравоохранения и с политико-просветительной работой**

**В. Й. Рятсеп — Новые задачи работников здравоохранения в XII пятилетке**

**Ю. М. Саарма — Работники здравоохранения в общенародной борьбе против алкоголизма**

**М. О. Каск, Э. Х. Таммепылд — Клеточный иммунитет при вирусных гепатитах А и В у детей**

Чтобы выявить возможные изменения клеточного и гуморального иммунитета, обследовали 25 детей с вирусным гепатитом А (ВГА) и 5 детей с сывороточным гепатитом (ВГВ). В реакции розеткообразования с эритроцитами барана определяли общее количество Т-лимфоцитов (Е-РОК) и их активность (Еакт.-РОК). О функциональной активности В-системы судили по концентрации иммуноглобулинов классов А, G, М в сыворотке крови. У больных с ВГА обнаружили иммунодепрессию, которая была кратковременной и менее выраженной, чем у больных с ВГВ. Из вышеприведенного следует, что обследование больных в фазе иммунодепрессии имеет практическое и теоретическое значение.

**К. М. Ламп, [В. Г. Рейзенбург], С. И. Мартин, М. М. Уускюла — Аутосенсбилизация к миокардиальному антигену у больных инфарктом миокарда**

У 61 больного инфарктом миокарда были обследованы основные классы иммуноглобулинов,

количество общих и функционально активных Т-лимфоцитов и сенсibilизация Т-лимфоцитов к миокардиальному антигену по ингибции Эрозеткообразования под влиянием того же антигена. Установлено, что у больных инфарктом миокарда развивается сенсibilизация к пораженному миокарду; при первичном инфаркте она проявляется к концу второй недели болезни, а при повторном выявляется с самого начала заболевания. Увеличенное у больных инфарктом миокарда содержание IgG коррелирует с повышением клеточной сенсibilизации. У тех же больных отмечается более тяжелое течение заболевания, в том числе синдром Дресслера и летальные исходы.

С. Л. Линдстрем, С. К. Велбри, Л. О. Сепп, М. Я. Варик, С. В. Пеэкс — **Значение различных факторов при острой лейкемии в прогностическом аспекте**

Из различных факторов, изученных у 49 больных острой лейкемией до начала лечения, существенными с прогностической точки зрения оказались общее количество клеток и их морфолого-цитохимическая характеристика. Повысившемуся до начала лечения уровню циркулирующих иммунокомплексов соответствует худший прогноз, за исключением случаев острой промиелоцитарной лейкемии, при которой подобная связь отсутствует.

В. Н. Махотина, Э. Р. Левин, Ю. Л. Кайк — **Дифференцирование желудочковой экстрасистолии у больных с ишемической болезнью сердца и функциональными расстройствами сердечной деятельности с помощью холтеровского мониторинга**

Была определена диагностическая значимость холтеровского мониторинга для дифференцирования частой и сложной (по классификации Лауна) желудочковой экстрасистолии у 14 больных с ишемической болезнью сердца (1-я группа) и у 8 больных без органического поражения сердца (2-я группа). Больные были разделены на две группы по данным рентгенографии грудной клетки, велоэргометрии, двухмерной эхокардиографии, селективной коронарографии и контрастной вентрикулографии.

Нарушения ритма у больных с ИБС регистрировались прежде всего в виде парных экстрасистол и коротких приступов желудочковой тахикардии, для больных второй группы характерной была бигеминия. Максимальная частота желудочковых экстрасистол в минуту и их общее количество в течение суток у больных двух групп существенно не отличались.

А. М. Корк, У. Ф. Сибуль, Р. А. Труве, И. Х. Мийдла — **Определение эффективности и полноты ваготомии методом временного электрического блокирования блуждающего нерва**

Авторами разработан новый тест интраоперационного определения эффективности и полноты ваготомии методом электрического выключения вагального компонента секреции желудка. Данный метод дал возможность прогнозировать ожидаемое состояние функции кислотообразования желудка после ваготомии до ее выполнения.

По этой же методике контроля эффективности ваготомии за период с 1982 г. по 1985 г. обследовано 83 больных и выявлено число рецидивов в 1,2% случаев. Контрольная группа, где не применяли данного метода внутриоперационной оценки эффективности ваготомии, включала 94 больных (число рецидивов 8,5%).

Интраоперационное определение эффективности и полноты ваготомии позволяет уменьшить частоту рецидивов язвенной болезни ( $p < 0,01$ ).

Л. Эловайнио — **Беседа о вреде курения — повседневная работа врача**

В статье финского врача рассматривается распространение курения среди населения Финляндии. Автор подробно анализирует возможности расширения воспитательной работы, направленной против курения, на базе медицинских учреждений. В настоящее время разъяснительная работа, проводимая врачами при контактах с больными, является недостаточной. По литературным данным, врачебный совет бросить курение может оказаться эффективным в 20...40% случаев.

Х. С. Поола — **О работе Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР**

В статье представлены структура и обзор научных проблем Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР (директор — академик Б. В. Петровский). Более подробно рассматривается круг проблем, связанных с улучшением результатов лечения больных с заболеваниями желчеотводящих путей.

Центр имеет следующие хирургические подразделения: отдел хирургии сердца (руководитель проф. Б. А. Константинов), отдел хирургии сосудов (руководитель проф. А. А. Мартынов), отдел хирургии легких и средостения (руководитель проф. Ю. В. Бирюков), отдел хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы (руководитель проф. О. Б. Милонов), отдел хирургии пищевода и желудка (руководитель проф. А. Ф. Черноусов), отдел трансплантации органов и тканей (руководитель проф. О. С. Белорусов), отдел микрохирургии (руководитель проф. В. С. Крылов).

В отделе хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы большое внимание уделяется усовершенствованию методов диагностики, в том числе интраоперационной. Исследования желчных путей должны быть комплексными, с обязательным включением рентгенологических методов. Созданы специальные инструменты для диагностики и хирургического вмешательства на желчных путях. Процент диагностической холедохотомии снизился до

0,9, а лечебная холедохотомия применяется в 44% случаев. В отделе внедряется в повседневную практику применение ультразвука и лазера в хирургии желчных путей, а также биосовместимых рассасывающих пленок с лекарственными наполнителями и др. Новым методом хирургического лечения является эндовазальная пломбировка расширенных вен кардиальной части желудка и пищевода при портальной гипертензии. Широко применяются лапароскопические и эндоскопические методы диагностики и хирургического лечения. Подчеркивается, что наиболее оптимальные условия для выполнения хирургических вмешательств на желчных путях могут быть созданы в условиях специализированных отделений, оснащенных специальным оборудованием для проведения исследований и операций на желчных протоках.

**Л. А. Гасман — О лечении бронхиальной астмы и преастиматических состояний на основании данных библиометрического анализа литературы**

Изучались журнальные статьи о лечении бронхиальной астмы и преастиматических состояний глюкокортикостероидами, инталом и кетотифеном, начиная с появления первых публикаций. За 1947... 1982 гг. было опубликовано 2109 статей о гормонотерапии: за 1967... 1982 гг. 861 публикация об интале и за 1977... 1982 гг. 105 статей о кетотифене. Были изучены годовые комплекты пяти отечественных и пяти иностранных информационных источников вторичной информации за 1945... 1983 гг. Наше исследование показало, что гормонотерапия не утратила своей актуальности, однако за предыдущие годы произошли сдвиги в отношении применения отдельных препаратов. Учитывая общее количество исследований, можно сделать вывод, что лечение астмы и преастиматических состояний гормональными препаратами, инталом и кетотифеном продолжает представлять интерес для пульмонологов.

**Х. П. Мюйр, А. Х. Синисалу, К. В. Мейесаар, Р. Х. Вейрам, Я. Э. Кару, Л. А. Маурер — О возможности совершенствования анализа временной нетрудоспособности работающего населения ЭССР на ЭВМ**

В статье рассматриваются направления совершенствования анализа временной нетрудоспособности (ВН) работающих с помощью создания республиканской автоматизированной системы обработки данных, функционирующей на принципиально новых методологических основах, в ИВЦ Министерства здравоохранения ЭССР. Приводится группировка как учитываемых и регулируемых, так и объективных и субъективных факторов заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Подробнее анализируется динамика ВН по отраслям народного хозяйства на основе отчетных данных по формам № 16-вн, 2-г и 4-а. Указываются их различные аналитические способ-

ности и приводятся результаты сравнительного анализа динамики ВН по различным формам. Например, в системе Министерства легкой промышленности ЭССР уровень ВН сократился в 1982 г. по сравнению с 1980 г. на 11,1%, тогда как по форме № 16-вн — только на 5,8%.

Анализ функционирования автоматизированной системы обработки данных свидетельствует о мощности, экономичности и других существенных преимуществах данной системы по сравнению с традиционной технологией анализа ВН работающих.

**М. Э. Кяосаар — Пренатальная диагностика наследственных болезней**

Одним из замечательных достижений медицинской генетики в последние 15 лет явилось развитие и совершенствование методов диагностики некоторых наследственных заболеваний во внутриутробном периоде. Пренатальная диагностика имеет исключительно важное значение при медико-генетическом консультировании и позволяет перейти от вероятностного к однозначному прогнозированию исхода беременности. Она осуществляется в настоящее время с помощью различных методов исследования в I и II триместрах беременности, в тот период, когда в случае обнаружения патологии еще возможна элиминация плода. В настоящей статье приведены основные показания для проведения пренатальной диагностики и описаны различные методы пренатальной диагностики (ультразвук, фетоскопия, исследование крови плода, скринирование крови матерей, амниоцентез, биопсия хориона). Более подробно рассматривается генетический амниоцентез.

**Я. А. Уйбу — Пищевые факторы канцерогенеза**

По данным разных авторов, 30... 50% всех случаев рака могут быть обусловлены пищевыми факторами, действие которых выражается в виде инициации, промоции или модификации канцерогенного процесса. Представлены различные канцерогенные вещества, содержание которых в пищевых продуктах необходимо сдерживать на наименьшем уровне (мышьяк, асбест, бензен, хром, сажа, смола, минеральное масло, афлатоксины, бензо(а)пирен, кадмий, ДДТ, этанол, нитрозосоединения и др.). Охарактеризовано содержание и образование мутагенных веществ в пищевых продуктах. На основании обобщения материалов делается вывод о том, что потребление сахара, жира и поваренной соли населением необходимо уменьшить. Ограничение калоража служит предотвращению ожирения, что содействует профилактике рака. Для этого также необходимо в достаточном количестве потреблять свежие овощи, фрукты и молоко как источники витамина А, С и Е, минеральные вещества, а также пищевое волокно. Приведены, проанализированы и обобщены лабораторные и эпидемиологические

доказательства существования пищевых факторов канцерогенеза.

А. Н. Левин, А. Я. Потапова, Л. М. Сильдвер, В. Я. Лязне — **Некоторые проблемы диагностики и терапии врожденной герпетической инфекции у новорожденных**

В статье описывается случай лабораторно подтвержденной врожденной герпетической инфекции у новорожденного ребенка, получившего специфическое лечение иммунизированной плазмой. Выдвигаются некоторые проблемы диагностики и терапии врожденной герпетической инфекции, нуждающиеся в решении.

В. С. Сувидов, И. А. Фрейберг — **Ложная грыжа диафрагмы у ребенка**

Описанный в статье казуистический случай характерен тем, что у ребенка имела место врожденная левая ложная диафрагмальная грыжа с острым течением, которая на протяжении шести лет не причиняла ему никаких страданий и была обнаружена лишь после того, как развилась непроходимость кишечника.

К. Э. Вяйн — **О рациональном расположении учреждений здравоохранения**

Х. А. Густавсон — **Нарвские аптеки до 1917 г.**

В статье рассказывается о развитии аптек в г. Нарве начиная с основания первой городской аптеки в 1664 г. Предметом рассмотрения являются общие, больничные, фабричные и железнодорожные аптеки, фармацевтические лавки. Приведен факт открытия в г. Нарве первой производственной фармакохимической лаборатории (1882).

И. Г. Левин — **Цикл «Статистическая информация и вычислительная техника в системном анализе деятельности медицинских учреждений» для специалистов социалистических стран**

Н. В. Эльштейн — **Республиканское совещание терапевтов**

А. М. Аадамсоо — **I съезд психиатров социалистических стран**

В. В. Калнин — **Пленум Совета лабораторий Главного санитарно-эпидемиологического управления Министерства здравоохранения СССР**

А. Н. Вапра — **Республиканский семинар по гериатрии**

Х. Т. Вахтер — **VIII Всесоюзный съезд дерматовенерологов**

Л. Т. Пяй — **III Всесоюзный съезд ревматологов**

М. М. Уускюла, В. М. Ламп — **Всесоюзная конференция «Иммунология ишемии сердца и атеросклероза»**

А. В. Паапстель — **II Всесоюзная конференция молодых ученых**

Э. П. Мерисалу — **I Всесоюзный семинар «Математические модели в эндокринологии и иммунологии»**

Я. А. Уйбу — **XIII Международный съезд по проблемам питания**

Х. А. Силласту — **Годичное собрание Международного противотуберкулезного совета**

И. А. Лаан — **О названиях врачебных обществ**

П. Э. Зобель — **XXII выездное заседание Эстонского общества фармацевтов**

А. А. Хаавель — **II конференция врачебных обществ Западной Эстонии**

Н. В. Эльштейн — **Пленум правления Эстонского общества терапевтов**

М. М. Тарум — **Пленум правлений двух всеобщих врачебных обществ**

А. А. Хаавель — **XX пленум правления Всесоюзного общества хирургов**

**Юбилейные даты**

**Новые лекарственные препараты**

**Хроника**

---

#### Trükivigade õiendus

1985. aasta 5. ja 6. numbris on eksitavad trükivead. Palume lugeda lk. 341 parempoolse veeru viimast lauset järgmiselt. Niisugused neurohormoonid nagu türoliberiin (TRH) ja somatostatiin on ühtlasi ka neurotransmitteriteks, sest nad toimivad otse aju tasandil — TRH kui stimulaator, somatostatiin kui depressor.

6. numbri lk. 421 joonealune seletus on: PEEP — *positive end expiratory pressure*.

Lk. 430 parempoolsel veerul alt 6. real lõpeb lause viitega (7). Lk. 431 kirjandusallika viide (7) lugeda (8), lk. 432 vasakpoolses veerus alt 21. reas sulgudes toodud viited on (2a, 3, 5, 9, 10, 11, 11a).

Toimetus

# **Nõukogude Eesti Tervishoid**

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the Ministry  
of Health of the Estonian SSR**

No 1, January, February 1986

M. Kivilo — **The relation of health and political education to the health administrator's activities**

V. Rätsep — **Medical workers' new tasks in the 12th Five-Year Plan**

J. Saarma — **Medical workers in a common struggle against alcoholism**

M. Kask, E. Tammepõld — **Cell mediated immunity in children with viral hepatitis**

25 children with viral and 5 children with serum hepatitis, between the ages of 1 and 13 years, were tested for the presence of active (T-Ea) and total (T-Et) T lymphocytes using E (erythrocyte) rosette forming and Mancini's method of detecting immunoglobulins (IgA, IgG and IgM). It was found that children with viral hepatitis were suffering from immunosuppression which was milder and shorter than that in children with serum hepatitis. The author points out that monitoring of immunosuppression is both of theoretical and practical value.

K. Lamp, V. Reisenbuk, S. Martin, M. Uusküla — **Autosensitization to cardiac antigen (CA) in myocardial infarction patients**

An immunoglobulin profile (IgG, IgA, IgM) and the number of functionally active T lymphocytes and sensitization to cardiac antigen (CA) were studied by E rosette formation inhibition under the influence of CA antigen. It has been found that, in primary infarction, a complete sensitization to the damaged myocardium develops within two weeks of myocardial infarction, but in cases of reinfarction — within the first day of infarction. IgG elevation correlates with a high autosensitization, which is often accompanied by complications, such as Dressler's syndrome and exitus letalis.

S. Lindström, S. Velbri, L. Sepp, A. Ilisyan, M. Varik, S. Peets — **Prognosis of leukaemia with special reference to various cytochemical, morphological and immunological factors**

In 49 patients suffering from leukaemia the total leukaemic cell count and their cytochemical and morphological characteristics were of great prognostic value. A poor prognosis was usually accompanied with a high level of immune complexes, except for myeloid leukaemia in which such a link was absent.

V. Mahhotina, E. Levin, J. Kaik — **The use of Holter monitoring in the differentiation of ventricular extrasystolia in patients with coronary heart disease and functional cardiac disorders**

A 24-hour outpatient electrocardiographic monitoring was carried out to differentiate frequent and high-grade extrasystolia in 14 patients with coronary heart disease (Group 1) and in 8 patients without detectable heart disease (Group 2). The most common ventricular arrhythmia forms in Group 1 patients were consecutive ventricular premature beats (VPB) — pairs or salvos, whereas bigeminy was detected in most of Group 2 patients. The maximum number of VPB per minute and over a period of 24 hours did not differ significantly in both groups.

A. Kork, U. Sibul, R. Truve, I. Miidla — **An electrical vagus blocking test for the effectiveness and completeness of vagotomy**

Authors have used an electrical vagus blocking test since 1982 in the department of surgery of Tallinn Pelgulinna Hospital. It is concluded that by using this method the number of recurrent ulcers after vagotomy can be reduced.

L. Elovainio — **Doctor's advice can help people give up smoking**

This article deals with smoking habit in Finland. The author gives details of the health education about smoking and points out that the campaign to educate the public on the dangers of smoking is inadequate.

According to the literature, when a doctor advises a patient not to smoke a significant success rate is achieved, estimated at 20—40%.

H. Poola — **The activities of the Surgical Centre of the USSR Medical Academy**

This article presents a review of the structure and research trends of the All-Union Scientific Centre of the USSR Medical Academy. The scientific and practical work of the department of hepatic, biliary and pancreatic surgery is also described. An intraoperative complex diagnosis is made in each patient admitted to the centre. Contrast X-ray diagnosis is widely used. Laser surgery is employed in biliary tract surgery.

Ultrasound is used both in diagnosis and treatment. Endovasal fillings with polymer compounds during surgery is being introduced into the surgery of cardiac (stomach) and oesophageal varices. Polymer films are also used for haemo- and biliary stasis in hepatic, bile duct and pancreatic surgery. The department has developed special instruments for the diagnosis and surgical treatment of bile duct diseases.

It is concluded that the setting-up of specialized surgical departments will make it possible to improve treatment results.

**L. Gasman — Treatment of bronchial asthma and preasthmatic conditions: results of a bibliometric analysis of literature**

Articles in medical journals on the treatment of bronchial asthma and preasthmatic conditions with glyocorticosteroids, intal and ketotifen have been reviewed from the very first sources up to now. The data collected are derived from 5 Soviet and 5 foreign secondary information sources and from annual files between 1945 and 1983. As a result, it has been ascertained that hormonotherapy has not lost its actuality, but certain changes have been occurred in the use of certain preparations.

It is concluded that the treatment of asthma and preasthmatic conditions with hormone preparations, intal and ketotifen is still of great interest for pulmologists.

**H. Müür, A. Sinisalu, K. Meiesaar, R. Veiram, J. Karu, L. Maurer — Possibilities of improving the analysis of temporary disability of working population by the computer in the Estonian SSR**

This article deals with temporary disability data processing by using a new technology with the help of a computerized information service at the Ministry of Public Health of the Estonian SSR. The classification of temporary disability in groups takes account both subjective and objective factors of temporary disability. Temporary disability is also analysed according to various branches of national economy on the basis of the statistical form № 16,2-t and 4-a. According to this new computerized technology, the incidence of temporary disability, in 1982, dropped by 11.1 per cent, compared with that in 1980, whereas according to the form № 16 it was reduced only by 5,8 per cent.

It is concluded that the new automatic data-processing system for analysing temporary disability is efficient and economical compared with conventional technology of temporary disability analysis.

**M. Kääsaar — Antenatal diagnosis of the genetic disease**

One of the major achievements in medical genetics today is the development of diagnostic tools which make it possible to make an intrauterine diagnosis of various genetic diseases. The antena-

tal diagnosis of genetic diseases has become part and parcel of genetic counselling. This article presents a review of some essential methods of antenatal diagnosis, especially of genetic amniocentesis. The author also gives a list of the most important indications for antenatal diagnosis.

**J. Uibu — Food factors in carcinogenesis**

Data presented by various authors have demonstrated that 30—50 per cent of cancer cases may be caused by food factors which act as initiators, promoters or modifiers of carcinogenic process. The level of arsenic, asbestos, benzene, chromium, soot, tars, mineral oils, aflatoxins, benzo(a)pyrene, cadmium, DDT, alcohol, N-nitroso compounds and other carcinogenic compounds in food should be kept at the lowest possible level. The results of a study of the occurrence and the formation of mutagenic compounds in food are presented. The intake of sugar, fat and salt should be reduced. Obesity is correlated with an increase in cancer incidence, but caloric restriction may help to avoid it. The lack of such essential nutrients in the diet such as vegetables and milk, as sources of vitamin A, C, E, minerals and fibre, should be avoided. Epidemiological and laboratory data on food factors essential in carcinogenesis are presented, analysed and discussed.

**A. Levin, A. Potapova, L. Sildver, L. Lääne — Some problems connected with the diagnosis and treatment of congenital herpetic infection in newborns**

This article describes a laboratory confirmed case of congenital herpetic infection in a newborn who received specific therapy with immunized plasma. The article also deals with some problems of the diagnosis and treatment of congenital herpetic infection, which should be overcome.

**V. Suvidov, I. Freiberg — Diaphragmatic pseudohernia in a child**

This article describes an acute case of congenital left-side diaphragmatic pseudohernia which, over a period of six years, did not cause any complaints. This pseudohernia was discovered only after intestinal obstruction.

**H. Gustavson — Drug-stores at Narva till 1917**  
**Conferences and meetings**

**I. Laan — The names of medical societies**

**Physicians' societies**

**Our heroes of the day**

**New drugs**

**Chronicle**

*English text edited and translated  
by E. Saarnok*

---

VÄLISMAA VÄLJAANNETE  
KOONDKATALOOGI

---

KOOSTAVAD

EESTI TEADUS- JA TEHNIKAINFORMATSIOONI  
NING MAJANDUSUURINGUTE INSTITUUT JA  
FR. R. KREUTZWALDI NIM. EESTI NSV  
RIIKLIK RAAMATUKOGU;

---

SISALDAB ANDMEID MEIE VABARIIGI  
RAAMATUKOGUDESSE SAABUNUD VÄLIS-  
KIRJANDUSE KOHTA KÕIKIDELT  
TEADUSALADELT;

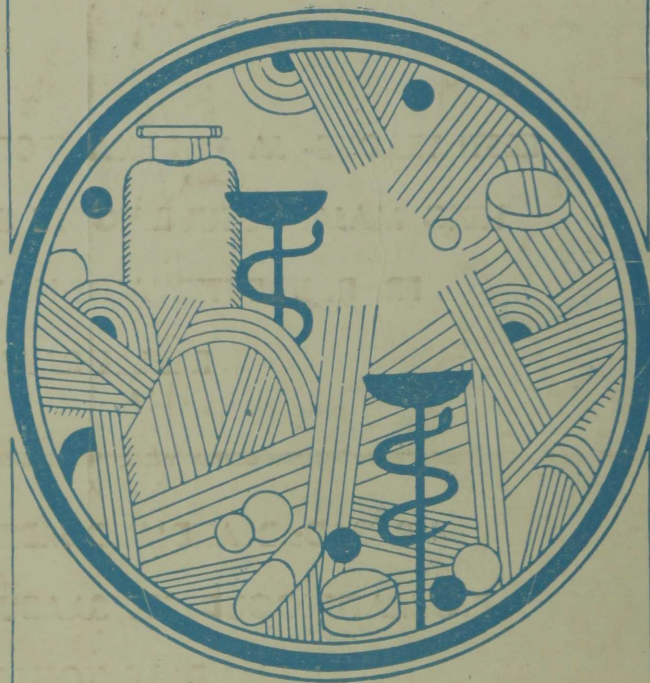
---

KOOSNEB TÄHESTIKULISEST PÕHINIMESTIKUST  
NING SÜSTEMAATILISEST, NIME- JA  
MÄRKŠÖNAREGISTRIST.

---

Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu

---



## FUBROMEGANUM

Fubromegaanil on m- ja n-kolinolüütiline ning spasmolüütiline toime.

Kasutatakse mao ja kaksteistsõrmiku haavandfõve, bronhiaalastma, neeru- ja sapikoolikute, koronaarveresoonte spasmide korral.

Ravimiannus on 30 mg enne sööki 2...3 korda päevas ning ravikuuri kestus 2...3 nädalat. Originaalpakendis on 50 tabletti à 30 mg toimeainet.