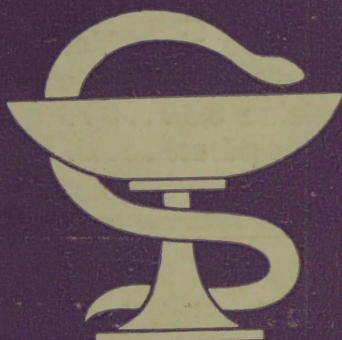




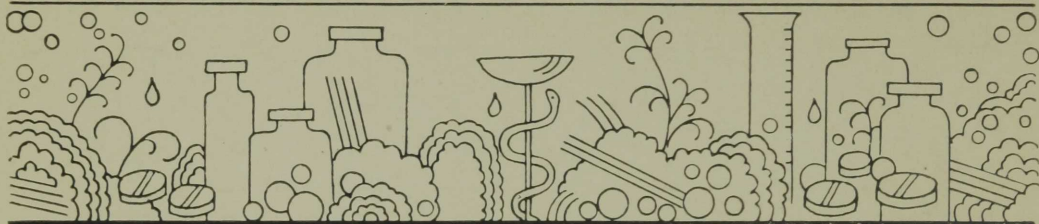
ISSN 0134—2320

NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

2-1985



MISCLERON

Sünonüüm: *Clofibratum*

Miskleroon pidurdab triglütseriidide ja kolesteriini sünteesimist maksas ning suurendab lipoproteiidi lipaasi aktiivsust.

Preparaati kasutatakse ateroskleroosi, koronaar-, aju- ja perifeersetes veresoonte skleroosi raviks. Misklerooni võetakse 0,5 ... 0,75 g (2 ... 3 kapslit) kolm korda päevas pärast sööki. Ravikuur kestab 20 ... 30 päeva.

LINAETHOLUM

Linetooli saadakse linaõlist. Ta sisaldab küllastamata rasvhapete efüülestreid. Preparaati võetakse sisse ateroskleroosi profülaktikaks ja raviks, välispidiselt põletus- ja kiiritushaavade raviks. Üks kord päevas, hommikul vahetult enne sööki või söögi ajal, võetakse 20 ml (1,5 supilusikatäit) linetooli. Ravikuur kestab 1 ... 1,5 kuud.

CINNARIZINUM

Sünonüüm: *Stugeron*

Tsinnarisiin parandab aju-, koronaar- ja perifeerset vereringet, avaldades enam toimet ajuvereringesse.

Preparaati määratakse ajuvereringehäirete korral 0,025 g (1 tablett) 2 ... 3 korda päevas söögi ajal. Ravikuuri kestus on individuaalne — mõnest nädalast mitme kuuni.

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI
1985 ● XXVIII AASTAKÄIK

Tartu Ülikooli
Raamatukogu

SISU TERVISHOIUJUHT TÄNAPÄEVAS

L. Laks — Juhtiva kaadri ülesannetest lähtudes — 83

TEORIA JA PRAKTIKA

J. Laasik, I. Paju, L. Tähepõld, H. Tihane — Keskmise massiga molekulide määramisest ja diagnostilisest väärtusest neerupuudlikkuse korral 86

V. Sui, A. Vapra — Rumaloonravi tulemusi deformeeriva osteoartroosi eri röntgenoloogiliste staadiumide puhul 91

K. Kutsar — Gripi IgG- ja IgM-antikehade diferentseeritud määramine 92

A. Ellamaa — Lülisamba kaelaosa eesmine metallspondüloees 94

K. Zilmer, A. Kallikorm, A. Paju, H. Sinimäe, A. Tähepõld — Vereseerumi hormonaalse spektri ning valgulise koostise muutused füsioloogilisel raseduse vältel 97

L. Karu — TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut 101

ÜLEVAATED

K. Karu — Koormusproov varajasel infarktjärgsel perioodil 105

L. Sildver — Hüpoplükeemiasündroom vastsündinutel 110

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASU-ISTIKA

I. Liiv — Parema südamekoja müksoom 114
A. Paal — Äge sapipõiepõletik väikelapsel 117

ARSTITEADUSE AJALOOST

E. Käer-Kingisepp — *Theatrum anatomikum Universitatis Tartuenssis*. Lehekülgi Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppetööst XIX sajandi algusaastail 118

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

R. Rannamäe — Sanitaararsti töö eripära 123

40 AASTAT VÕIDUST

A. Kuusik — Nõukogude Punase Risti tegevus Suure Isamaasõja aastail 125

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

V. Vassiljev — Avati Tallinna Sanitaarharidusmaja 127

M. Keerma — Loo uus ambulatoorium 127

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

T. Kauba — Neuroloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite vabariiklik seminar 128

A. Jannus — NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi teaduslik-tehnilise kompleksprogrammi «Inimene ja väliskesk-kond» peanõukogu järjekordne plenaaristung 129

E. Kuus — XI üleliiduline röntgenoloogide ja radioloogide kongress 129

V. Kalnin — Läti NSV sotsiaalhügienistide, tervishoiuorganisaatorite ja meditsiiniajaloolaste I kongress 130

L. Priimägi — Üleliiduline teaduskonverents «Immuunravi meetodid» 131

I. Pilv — Liiduvabariikide teadusliku töökorralduse osakondade juhatajate seminar 132

H. Pärn, Ü. Heinla — III üleliiduline gastroenteroloogide kongress 132

A. Tikk — Doonamaade neuroloogide XVII sümposium 132

H. Sillastu — Euroopa Pneumoloogia Ühingu kolmas kongress 133

R. Tammur — XIX Tšehhoslovakkia gastroenteroloogide kongress 133

J. Saarma — Kuues Nõukogude Liidu ja Soome psühhiaatriasümposium 134

ARSTIDE SELTSIDES

L. Rebane — Pärnu meditsiiniseltside IV konverents 134

V. Laos — Eesti Patoanatomide Seltsi ja Rapla Arstide Seltsi ühiskoosolek 135

L. Allikmets — Eesti Farmakoloogide Seltsi ja Eesti Füsioloogide Seltsi ühiskoosolek 135

L. Nurmand — Leedu, Läti ja Eesti farmakoloogide seltside ühiskonverents 136

MEIE JUUBILARE 137

Henrich Petlem, Elmar Siirde, Irina Veerma, Ernst Raudam, Heino Kreek, Lia Prohorov, Argo Rooks, Aino Orgulas, Vello Salupere

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

J. Saarma — Ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1984 140

ASKLEPIOSE KLUBIS

Alkohol ja alkoholism 143

IN MEMORIAM

Eesti NSV teeneline arst Endel Laamann 17. VI 1917... 6. X 1984 150
Väino Vessar 18. XII 1925... 20. XI 1984 151

TOIMETUSE VEERG 152

KROONIKA 152

Tartu Ülikooli

«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. Elšteine, K. Gross, M. Kivilo, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, R. Silla, R. Zupping, O. Tamm (peatoimetaja), E. Tomberg.

Toimetusnõukogu

M. Allik (Kingissepa), S. Ellervee (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 L. Art. Tehniline toimetaja H. Brus. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Periodika», Tallinn. Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 18. 02. 1985. Trükkimisele antud 01. 04. 1985. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 9,05. Tell. nr. 653. MB-04002. 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 5~00. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 9,05. Заказ № 653. MB-04002. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Periodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid».

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

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

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

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

Tervishoiujuht tänapäevas

UDK 614.253

Juhtiva kaadri ülesannetest lähtudes

Leo Laks · Tallinn

Üks meie vabariigi ühiskondlik-poliitilise elu mulluseid tähtsündmusi oli kahtlemata EKP Keskkomitee aruande ärakuulamine NLKP Keskkomitees, mille tulemusena võeti vastu otsus «Eesti NSV juhtiva kaadri osavõtust töötajate hulgas tehtavast poliitilisest kasvatustööst». Varasem niisugune meie vabariigi parteiorganisatsiooni töö põhjalikum läbiarutamine, selle heade külgede ja puudujääkide vaagimine üleliidulisest tasandist lähtudes oli aset leidnud 17 aastat tagasi, 1967. aastal. Juba see asjaolu kinnitab sündmuse erakordset kaalukust ning ka seda, et otsuses ei tule näha mitte üksnes hetkeiseisu hinnangut, vaid selles seatud ülesanded ja soovitused on mõeldud pikema aja tegevusjuhiseks.

Otsus keskendab eri probleemide analüüsimisel tähelepanu juhtivale kaadrile ja läheneb meie vabariigi parteiorganisatsiooni ideoloogilisele tegevusele ning poliitilise kasvatustöö olukorra vaagimisele juhtiva kaadri senisest tegevusest ning tema ees seisvate ülesannete aspektist. Otsuses rõhutatakse, et juhtiva kaadri poliitiline kasvatustöö aitab arendada töötajate tootmisalast ja ühiskondlikku aktiivsust.

Juhtiv töötaja ongi kõigepealt kas-

vataja. Sellest tulenevalt on tema põhiülesanne tihendada partei sidemeid laiade töötajate hulkadega, võtta aktiivselt osa NLKP ja Nõukogude riigi sise- ja välispoliitika selgitamisest ning elluviimisest, tagada ideoloogilise, organisatsioonilise- ja majandustegevuse üha tihedama ühtsuse. Inimesi tuleb kasvatada mitte üksnes sõna, vaid ka teoga. See omakorda eeldab õige töösse suhtumise kujundamist, ladusa töökorralduse loomist, hoolitsemist tööinimese eest ning hea isikliku eeskuju andmist. Kokku võttes võib tõdeda, et juhtiv tegevus on kõigepealt partei poliitika ja otsuste elluviimine, partei programmiliste juhiste täitmise tagamine. Seda ennekõike isiklikus plaanis, seejärel aga nõuda sedasama ka kõikidelt lähikondlastelt.

NLKP Keskkomitee dokument on paljutahuline ja sisutihe tegevusjuhik, mille paljusid seisukohti on paljudes ettekannetes, mõtteavaldustes ja kirjutistes põhjalikult valgustatud. Kuid samas on ilmne, et selles veel hulgaliselt mõtlemisainet peidus on.

Juhile esitatavad üldised nõuded on nähtavasti samased kõikidele juhtivatele töötajatele, olenemata sellest, millises eluvaldkonnas või millisel tööpostil üks või teine juht tegev on. Juhi omaduste hulgas võib siiski vahet teha oluliste ja vähemoluliste vahel. Nende hulgas peamine, mis tagab juhile hädavajaliku autoriteedi, on oskus inimestega tööd teha. EKP Keskkomitee XV pleenumil peetud ettekandes märkis seltsimees Karl Vaino, et hea juhi omaduste loetelus on üks põhiline, ilma milleta kõik ülejäänud võib osutada väheväärtuslikuks. See on oskus inimesi veenda.

Tuntud tõde on, et iga asutuse ja ettevõtte töö edukus oleneb suuresti sealsest mikrokliimast. See omakorda tuleneb töökorraldusest, töötajate, eeskätt juhtide ja alluvate omavahelistest suhetest, mis kujundavadki töömeelolu.

Oskus inimestega suhelda ja neid veenda on oluline ka iga meditsiinitöö-

taja praktilises tegevuses. Me kõik oleme teadlikud psühholoogilise faktori mõjust inimesele. Olgu too siis juhuslik vestluskaaslane, kolleeg või patsient. Usaldusliku vahekorra tekkeks arsti ja abivajaja vahel on tarvis peale ametioskuse ka psühholoogia aluste tundmist. Sageli saab just esmastest kokkupuudetest aluse patsientide hulgas levinud arstide liigitamine headeks ja halbadeks, ehkki sellisel jaotusel ei pruugi olla mingit objektiivset alust.

Tänapäeval, mil üha enam kõneldakse stressist, inimestevaheliste suhete pingestumisest, võõrandumisest ja kõiki tagantkihutavast elutempot, mis jätab vähem tegutsemisruumi inimlikule tähelepanelikkusele ja lürismile, on hea, sõbralik sõna tihti võrreldav väärt arstirohuga. Seda on soovitatav igaühel silmas pidada.

Veelgi aktuaalsemaks saab see küsimuste ring, kui arvesse võtta otseseid inimese psüühilise seisundi ning südame- ja veresoonekonnahaiguste vahel. Selle seose olemasolu tõestanud USA arstide rühma sellealased tähelepanekud, on keskajakirjanduse vahendusel meiegi ajalehtedes valgustamist leidnud. Niisiis ei ole oskusel inimestega lävida, heal sõnal õiges kohas, suhtlemiskultuuril tervikuna mitte üksnes kõlbeline ja tööd edasiviiv väärtus, vaid otseselt ka inimeste tervist toetav kaal.

Juhil on kollektiivi töö ja elu korraldamisel suured volitused ja õigused, ent veelgi enam rõhutatakse otsuses tema kohustusi kollektiivi kui terviku ja iga selle üksikliikme ees. Juhilt nõutakse soodsa töömeeleolu loomist oma alluvate hulgas. Ta peab valdama juhtimise ja poliitilise kasvatamise efektiivseid meetodeid ning pedagoogika, sotsiaalpsühholoogia ja sotsioloogia aluseid. Juhilt eeldatakse usalduslikke, siiraid suhteid alluvatega, mis saavad välja kujuneda üksnes vastastikuse austuse ja lugupidamise õhkkonnas. Juhtiv töötaja peab andma asjalikkuse, parteilise printsiipaalsuse, aususe ja korralikkuse eeskujuga. Juhil peab olema madal valu lävi kõikide kaastöötajate murede suhtes ja kohustus hoida puhas oma süda-

metunnistus nii iseenda kui ka alluvate silmis.

Paraku, nagu ka NLKP Keskkomitee otsuses toonitatakse, leidub meil siiski ka vastupidiseid näiteid. Tegelikkus kinnitab, et mitte kõik juhid ei oska ühte sulatada ametijärgset ja isiklikku autoriteeti, ühe mõõduga mõõta oma õigusi ja kohustusi ning anda kõlbelise puhutuse ja korralikkuse eeskujuga. Nii madalamate kui ka kõrgemate juhtide hulgas tuleb ette oma mina esiletõstmist, upsakust, alluvate arvamusel mittearvestamist ja arvamust enda ilmeksimatusest.

Üldkehtivatest käitumisnormidest kõrvalekaldumise levinumaks nähteks on ametiseisundi kuritarvitamine. Siht on üldreeglina ikka üks: parandada isiklikku heaolu ühiskonna arvel, mida aga ühiskond mingil juhul heaks ei saa kiita.

Palju kordi on alla kriipsutatud, kui võrd tähtsat kohta väärib kõikide teiste inimlike omaduste kõrval isiklik tagasihoidlikkus.

Selgeks viiteks tagasihoidlikkuse puudumisele on igasuguse olmeprestiiži taganõudmine, avaldugu see siis oma ametiseisundi rõhutamises, liigeses tähelepanus oma töökabineti sisustamise vastu või muus. On loomulik, et kabinetis on tarvis luua tingimused viljakaks tööks. Kuid sageli tuleb ette, et juhtide vahetumisel alustab uus juht oma sisseelamist mitte tutvumisest kollektiivi ja tema probleemidega, vaid kabinetis ümbersisustamisest. Ja ikka pretensioonikama suunas. Põhjuseks kõige sagedamini lihtsalt kas «ei meeldi» või «pole isikupärane».

Lõpuks veel probleemist, mis meid kõiki sügavalt puudutab ning ka kõnesoleva küsimuse arutamisel üles kerkis. See on meie vabariigis levinud alkoholism ning sellega seonduv kuritegevuse kasv.

Joomarlus on ühiskonna elus üks suuremaid ebakohti, millest saavad alguse paljud muud pahed. Lähtudes alkoholi müügi andmetest, tarbitakse meil alkoholiseid jookke inimese kohta rohkem kui üheski teises liiduvabariigis ja ka lähemate naabrite juures. See on niisugune liidrikoht, mille üle pole põh-

just rõõmu tunda ja mis meile au ei too. Seejuures kinnitavad paljud tähelepanekud, et tendents on kahjuks sinna poole, kus esmatutvus alkoholiga siirdub üha varasematele eluaastatele ning aina muret tekitavamaks muutub alkoholismi levik praeguste ja tulevaste emade hulgas. Siit aga kasvab välja terve rida väga tõsiseid sotsiaalseid ja demograafilisi probleeme. Ohus on rahva tervis.

Alkoholismi paratamatud tagajärjed on mõranenud inimsaatused, purunenud perekonnad ja alaväärtuslikud järeltulijad. Joomine ei ole meil omane mitte üksnes ühiskonna heidikuile, nagu mõned seda ette kujutavad. Selle all kannatab ka suur hulk haritud, võimekaid inimesi, kes selle väärustuse tõttu ei suuda anda oma rahvale seda, milleks nende ettevalmistus, oskused, anne ja tihti ka südametunnistus neid kohustaksid. Nii jääb alkoholismi tõttu rahva vaimsest potentsiaalist teatav ja nähtavasti mitte väike osa realiseerimata ning ka rahva vaimujõu kasv jääb tagasihoidlikumaks, kui võimalused seda lubaksid. Kuid rahva tervis on nagu rahva harituski ühiskonna üks suuremaid aardeid.

Õeldust kasvab välja järeldus, et võitlusel alkoholismi, joomarluse vastu on meie kõigi jaoks väga oluline tähtsus. Samas on aga teada, et see on üpris keerukas ja kompleksne probleem, mis nõuab kõigekülgselt lähenemist ja laia avalikkuse aktiivset kaasalöömist. Meie senist sellealast tegevust iseloomustab rohkem võitlus juba juhtunuga, tagajärgede häbimärgistamine. Ometi oleks ilmselt vaja peatahelepanu pöörata joomarluse süvapõhjustele ning profülaktikale. Selles on kõigepealt vajalik meditsiinitöötajate abi.

Niisugused on mõned võimalikud remargid, mis NLKP Keskkomitee otsusega tutvudes mõttesse tulevad. Miski ei välista, et otsust uuesti läbi lugedes võib tähelepanu keskenduda sootuks teistele probleemidele. See kõneleb üksnes kõnesoleva otsuse sisutihedusest ja mõtte-rikkusest, mida saab küll kajastada, kuid mitte ammendada.

Oluline on see, et ka juhised tuleb näha inimest, kellele on iseloomulik kõik inimlik, kuid kes peab suunama paljude teiste inimeste tööd ning on seatud teisi kasvatama. Tegelikult on nii, et juhilt nõutakse rohkem kui teiselt ja talle andestatakse vähem.

Paraku on juhte nagu inimesi üldse väga mitmesuguseid. On niisuguseid, kes asju sügavamalt tajuvad, leidub ka pealiskaudsemaid. Inimesi ei saa ühesugusteks tahta. Ei tohikski. Ka ei ole ühtseid kindlaid tegevusretsepte, mis ühtviisi igäihe jaoks kehtiksid. Juhile peab alati jääma võimalus ise otsust vastu võtta. Teda peab usaldama. Kuid samas tuleb ka usaldus ära teenida. NLKP Keskkomitee otsuses nimetatakse juhti partei usaldusisikuks. See on väga suur tunnustus juhtivale kaadri-le. Kuid tunnustus seondub alati kohustustega. Tuleb teha täna paremini kui eile ja homme paremini kui täna. See on ka otsuse juhtmõte.

Selles kirjutises ei ole ei positiivseid ega negatiivseid fakte, ehkki reaalses elus on need olemas. Pigem sisaldub selles üleskutse kõneluseks iseendaga, arupidamiseks igäihe panuse üle tänaste kitsaskohtade lahendamisse, lähtudes NLKP Keskkomitee 1983. aasta juuniplenumi suunistest. Need aga rõhutavad: «Uue inimese kasvatamine on lahutamatu kõige energilisemast võitlusest joomarluse, huliganitsemise ja priileivasõomise, spekuleerimise ja sotsialistliku omandi riisumise, altkäemaksuvõtmise ja ahnitsemise vastu. Oleks ebaõige näha kõigis neis väärustunud nähtustes, mis tekitavad töötajates rahutust ja õiglast nõrdimust, vaid mineviku igandeid inimeste teadvuses ja käitumises. Paljude nende valusate kohtade põhjusi tuleb otsida ka tänasest praktikast, ühtede või teiste töötajate viltulaskmistest, meie arengu reaalsest probleemidest ja raskustest ning kasvatustegevuse puudustest».

*Eesti NSV Ministrite Nõukogu
Asjadevalitsuse kultuuri- ja tervis-
hoiuosakond*

Teooria ja praktika

UDK 616.61-008.64-079

Keskmise massiga molekulide määramisest ja diagnostilisest väärtusest neerupuudulikkuse korral

Jüri Laasik Inge Paju Lembit Tähepõld
Harri Tihane Tartu

neerupuudulikkus, diagnoosimine, keskmise massiga molekulid

Rohkearvulised kliinilised tähelepanekud on näidanud, et nii ägeda kui ka kroonilise neerupuudulikkuse korral puudub korrelatsioon kliinilise seisundi raskuse ja haigete vereplasma madalmolekulaarsete lämmastikuühendite (kreatiniini, urea, kusiha) kontsentratsiooni vahel. Seda kinnitavad uurimused, mille kohaselt pikaajalist peritoneaaldialüüsi saavatel kroonilise neerupuudulikkusega haigetel ei teki ureemilist neuropaatiat, vaatamata sellele, et neil kreatiniini, urea ja kusiha kontsentratsioon vereplasmas on suhteliselt kõrge. Küll aga tekib neuropaatia neil haigetel, kellel on raken-datud hemodialüüsi (9). Nende tähelepanekute põhjal oletati (6), et kroonilise neerupuudulikkuse puhul kuhjuvad vereplasmas ained, mille molekulmass eespool nimetatud lämmastikuühendite molekulmassiga võrreldes on suurem ja mis läbivad peritoneaalmembraani kergemini kui hemodialüüsil kasutatavat tsellofaanmembraani.

Kõike mainitud arvesse võttes esitati hüpotees (2), mille kohaselt ureemilise intoksikatsiooni põhjuseks ei ole

mitte madalmolekulaarsed lämmastikuühendid, vaid nendest suurema molekulmassiga (üle 0,3 kD) ühendid, mida hakati nimetama keskmise massiga molekulideks, ka keskmisteks molekulideks («middle molecules», «молекулы средней массы», «средние молекулы»).

Edasised kliinilised ja eksperimentaalsed uurimised tõestasid keskmise massiga molekulide reaalselt kuhjumist neerupuudulikkuse korral ja nende olulist osa ureemilise intoksikatsiooni arengus (1, 4, 5, 10).

Keskmise massiga molekulide lahutamisel geelkromatograafia abil selgus, et sellesse ainete rühma kuuluvad mitmesugused ühendid molekulmassiga 0,3... 5 kD (10), mis keemilisel analüüsil osutusid eri aminohappelise koostise ja optilise tihedusega oligopeptiidideks (4, 10).

Käesolevas töös on diagnostilisest ja prognostilisest aspektist uuritud keskmise massiga molekulide sisalduse muutumist ägeda ja kroonilise neerupuudulikkusega haigetel, seda on võrreldud neerupuudulikkuse puhul kasutatavate traditsiooniliste uuringute (kreatiniin, urea, jääklämmastik) muutuste dünaamikaga.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti kuut ägeda ja kümnet kroonilise neerupuudulikkuse all kannatavat haiget. Kolmel oli äge neerupuudulikkus tekkinud operatsioonijärgselt, kahel sepsise ja ühel ägeda enterokoliidi tõttu. Krooniline neerupuudulikkus oli viiel haigel tekkinud kroonilise glomerulonefriidi, kolmel kroonilise põelonefriidi ja kahel neerude polütsüstilise degeneratsiooni tagajärjel. Kuuel kroonilise neerupuudulikkusega patsiendil võeti ette neerusiirdamine.

Kontrollrühma moodustasid 109 Tartu Vereülekandejaama doonorit, kellel määrati keskmise massiga molekulide sisaldus järgnevalt kirjeldataval meetodil, ning 37 Tartu Kliinilise Haigla ambulatoorset patsienti, kellel neerutalitlus oli normaalne ja kellel määrati kreatiniini-, urea- ja jääklämmastiksisaldus vereplasmas üldkasutatavatel meetoditel.

Uuritavatel haigetel määrati enne dialüüsi 2...10-päevaste vaheaegade järel vereplasma kreatiniini, urea, jääklämmastiku ja keskmise massiga molekulide kontsentratsioon.

Keskmise massiga molekulide sisalduse määramiseks kasutati NSV Liidu Tervishoiu-ministeriumi Transplantoloogia ja Tehiselundite Teadusliku Uurimise Instituudis väljatöötatud (7)

Tabel 1. Kreatiniini, urea, jääklämmastiku ja keskmise massiga molekulide sisalduse suurenemine vereseerumis ägeda neerupuudulikkuse puhul

				Kreatiniin		Urea		Jääklämmastik		Keskmise massiga molekulid	
Kontrollrühma keskmine				1,2 mg%		34,2 mg%		27,1 mg%		0,109 s.ü.	
Uuritavad haiged				keskmise (mg%)	keskmise tõus (%)	keskmise (mg%)	keskmise tõus (%)	keskmise (mg%)	keskmise tõus (%)	keskmise (s.ü.)	keskmise tõus (%)
init-siaalid	vanus	sugu	analüüside arv								
P.V.	42	M	11	8,1 (4,1—14,0)	675	255 (114—376)	745	135 (67—194)	498	0,539 (0,231—0,972)	494
S.T.	44	N	11	10,6 (2,0—16,6)	883	219 (56—348)	640	106 (21—184)	390	0,669 (0,156—1,10)	613
G.M.	63	N	6	8,5 (3,5—14,8)	708	196 (94—282)	573	126 (75—186)	463	0,796 (0,460—1,41)	731
M.J.	48	M	7	9,6 (8,0—12,8)	800	286 (259—300)	836	141 (72—160)	520	0,731 (0,439—0,918)	670
T.V.	58	M	8	8,8 (4,6—9,3)	569	165 (104—244)	483	95 (62—132)	350	0,832 (0,60—1,41)	763
K.E.	75	N	5	11,1 (8,0—12,8)	923	228 (180—256)	667	124 (100—138)	458	0,713 (0,310—0,832)	654
Kokku				9,11	760	224	657	121	446	0,713	654

ning meie poolt osaliselt modifitseeritud metoodikat. See seisnes järgmises: 1 ml vereseerumile või -plasmale lisati valkude sadestamiseks 0,5 ml 20%-list triklooräädikhapet ning segati klaaspulgaga hoolikalt 1...2 minutit. Seejärel tsentrifugiti segu 30 minutit, 5000 pöört minutis. Saadud sademe pealne vedelik lahjendati destilleeritud veega kümnekordselt ning selle lahuse optiline tihedus määrati lainepikkusel 254 nm (spektrofotomeetril CФ-16 ja Perkin-Elmer) võrrelduna kontroll-lahuse (plasma asemel destilleeritud vesi) optilise tihedusega. Keskmise massiga molekulide sisaldus väljendati suhtelistes ühikutes (s.ü. optilise tiheduse näitajates).

Tulemused. Nagu tabeli 1 andmetest nähtub, esineb ägeda neerupuudulikkusega haigete vereplasmas tunduv kreatiniini (569...883 %), urea (483...836 %), jääklämmastiku (350...520 %) ja keskmise massiga molekulide (494...763 %) kontsentratsiooni tõus. Haigetel ei lange keskmise massiga molekulide kuhjumise intensiivsus kokku kreatiniini-, urea- ega jääklämmastikusisalduse tõusu intensiivsusega, küll aga kulgeb nendega paralleelselt, olles väga lähedane urea kontsentratsiooni tõusule, kuid madalam kui kreatiniini ja kõrgem kui jääklämmastiku kontsentratsiooni tõus.

Kroonilise neerupuudulikkuse puhul täheldati 10 haige keskmisena (vt. tabel 2) uuringute ajal kreatiniinisalduse

kõige suuremat suurenemist (912,5 %), seejärel ka urea- (614 %) ja jääklämmastikusisalduse suurenemist (429 %). Tunduvalt kõrgemaks osutus ka keskmise massiga molekulide sisaldus (591 %). Kroonilise neerupuudulikkuse korral esineb mittevastavust madalmolekulaarsete lämmastikuühendite (jääklämmastik) ja keskmise massiga molekulide sisalduse suurenemise intensiivsuse vahel. Näiteks kui patsientide K. E., N. H., K. T. ja U. H. jääklämmastiku- ja keskmise massiga molekulide sisaldus suureneb paralleelselt, siis patsientidel T. L., T. Ü. ja A. V. on keskmise massiga molekulide sisalduse tõus tunduvalt rohkem väljendunud kui jääklämmastikusisalduse tõus.

Uuritud lämmastikuühendite ja keskmise massiga molekulide sisalduse muutumise dünaamika kõrvutamiseks seoses neerupuudulikkuse arengu ja raviga esitame järgmised haigusjuhud.

Haigusjuht 1. 29-aastane meespatsient N.H. (haiguslood nr-d 1445/1983 ja 4051/1983). Viimased 13 aastat oli pödenud kroonilist glomerulonefriiti. 1979. a. oli diagnoositud krooniline neerupuudulikkus ja renaalne hüpertensioon. Analüüsid haiglasse saabumisel: kreatiin in seerumis 21,5 mg %, urea seerumis 384 mg %, jääklämmastik 202 mg %. 2., 3., 6. ja 8. haiglapäeval tehti neli hemodialüüsiseansi, mille järel seisund

Tabel 2. Kreatiniini, urea, jääklämmastiku ja keskmise massiga molekulide sisalduse suurenemine vereplasmas kroonilise neerupuudulikkuse puhul

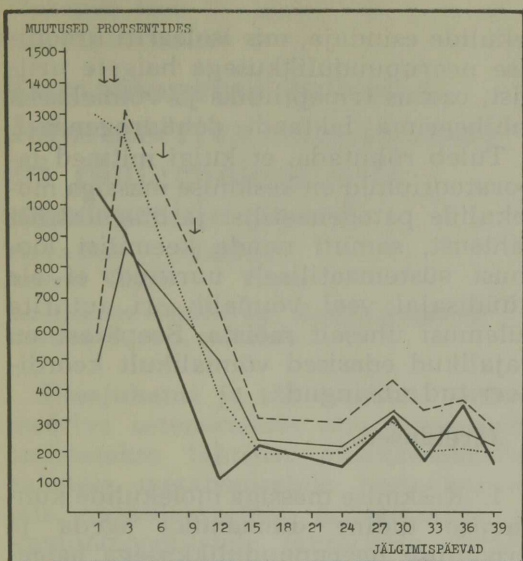
				Kreatiniin		Urea		Jääklämmastik		Keskmise massiga molekulid	
Kontrollrühma keskmine				1,2 mg%		34,2 mg%		27,1 mg%		0,109 s.ü.	
Uuritavad haiged											
initsiaalid	vanus	sugu	analüüside arv	keskmine (mg%)	keskmine tõus (%)	keskmine (mg%)	keskmine tõus (%)	keskmine (mg%)	keskmine tõus (%)	keskmine (s.ü.)	keskmine tõus (%)
K.E.	45	N	7	5,6 (1,2—15,2)	464	130 (46—324)	380	77 (33—172)	284	0,348 (0,09—0,748)	319
N.H.	29	M	20	3,8 (1,9—15,6)	320	132 (67—448)	386	77 (43—234)	284	0,300 (0,112—1,15)	275
K.T.	20	M	15	2,9 (1,3—15,4)	241	76 (36—200)	222	48 (28—110)	178	0,198 (0,072—1,09)	181
T.L.	42	N	3	13,4 (11,3—15,0)	1116	242 (158—352)	708	131 (89—186)	483	0,875 (0,649—1,09)	803
S.V.	52	M	9	13,0 (1,6—15,2)	1083	240 (164—364)	702	127 (92—162)	468	0,665 (0,082—0,895)	610
K.R.	28	M	7	12,8 (9,7—16,6)	1067	342 (230—440)	1000	185 (125—234)	684	0,896 (0,551—1,55)	821
U.H.	40	N	4	15,4 (14,0—18,2)	1283	295 (256—364)	863	158 (138—192)	581	0,600 (0,255—0,944)	550
L.M.	41	N	2	12,7 (7,3—18,0)	1058	250 (200—300)	731	143 (110—175)	526	0,800 (0,389—1,21)	733
T.Ü.	54	M	9	14,3 (12,4—16,0)	1192	217 (184—292)	635	119 (102—156)	438	0,977 (0,597—1,48)	896
A.V.	46	M	5	15,6 (14,2—17,0)	1300	175 (152—232)	512	100 (86—126)	368	0,786 (0,620—1,04)	721
Kokku			81	10,95	912	210	614	117	429	0,645	591

märkimisväärselt ei paranenud. 9. päeval võeti ette neerusiirdamine. Siirdamisjärgselt tehti veel neli hemodialüüside seanssi, mille tulemusena transplantaadi funktsioon normaliseerus. Analüüsid 21. operatsioonijärgsel päeval: kreatiniin seerumis 3,2 mg %, urea seerumis 122 mg %, jääklämmastik 71 mg %, keskmise massiga molekulide sisaldus 0,23 s.ü. Lämmastikuühendite ja keskmise massiga molekulide sisalduse dünaamikast annab ülevaate joonis 1.

Haigusjuht 2. 40-aastane naispatsient U. H. (haiguslugu nr. 27 544 A/1983). 16 aasta jooksul oli põdenud kroonilist püelonefriiti. Oli saadetud tehisneeruosakonda ureemilises seisundis. Analüüsid haiglasse saabumisel: kreatiniin vereseerumis 18,2 mg %, urea vereseerumis 364 mg %, jääklämmastik 192 mg %, keskmise massiga molekulide sisaldus 0,270 s. ü. Rakendati peritoneaaldialüüsravi (7 seanssi), hiljem hemodialüüsravi (5 seanssi), kuid seisund halvenes veelgi lisandunud ureemilise perikardiidi ja hemodialüüsi ebaefektiivsuse tõttu. Jääkainete kontsentratsioon, mis algul küll veidi langes (välja arvatud keskmise massiga molekulide kontsentratsioon, mis pidevalt tõusis), hakkas kaheksandal jälgimispäeval uuesti tõusma: kreatiniin 15,3 mg %, urea 304 mg %, jääklämmastik 152 mg %, keskmise massiga molekulide 0,98 s. ü. Haige suri südame- ja vereringepuudulikkuse tõttu. Lämmastikuühendite ja keskmise massiga molekulide kontsentratsiooni muutused on esitatud joonisel 2.

Haigusjuht 3. 44-aastaselt naispatsiendil S. T. (haiguslugu nr. 2017/1983) oli tehisneeruosakonda saabumisel nefrektoomiajärgselt tekkinud äge neerupuudulikkus. Analüüsid haiglaravi algul: kreatiniin seerumis 16,6 mg %, urea seerumis 290 mg %, jääklämmastik 155 mg %, keskmise massiga molekulide 1,39 s. ü. Kohe rakendati hemodialüüsravi (kokku 8 seanssi). Jääkainete kontsentratsioon, mis kolme dialüüside seansi järel oli hakanud langema (kreatiniin 7,1 mg %, urea 180 mg %, jääklämmastik 100 mg %, keskmise massiga molekulide 0,530 s.ü.), tõusis kolmeteistkümnendaks operatsioonijärgseks päevaks uuesti, kusjuures suhteliselt vähem tõusid kreatiniini ja keskmise massiga molekulide kontsentratsioon. Edasiste hemodialüüside ajal kõik vaadeldavad analüüsid normaliseerusid: kreatiniin 2,0 mg %, urea 56 mg %, jääklämmastik 38 mg %, keskmise massiga molekulide 0,150 s. ü. Haiglast väljakirjutamisel oli neerufunktsioon taastunud ja haige oli heas üldseisundis.

Arutelu. Pikka aega on neerupuudulikkusega kulgevate haiguste diagnoosimisel raskusastme ning ravitulemuste hindamiseks kasutatud madalmolekulaarsete lämmastikuühendite (kreatiniin, urea) kontsentratsiooni määramist vereplasmas (3,9). Mõningatel juhtudel, näiteks neuropaatiaga kulgeva



Joonis 1. Keskmise massiga molekulide (tähistatud jämejoonega), kreatiini- (punktirjoonega), uurea- (katkendjoonega) ja jääklämmastikuisalduse (peenjoonega) muutumine protsentides haigel N. H. Nooltega on tähistatud hemodialüüs-ravi seansid.

ureemia korral, aga ei peegelda need analüüsid neerupuudulikkuse tegelikkuse kulgu. Meie esialgsed tulemused, mis olid saadud keskmise massiga molekulide kontsentratsiooni uurimisel neerupuudulikkusega haigete vereplasmas, kinnitavad, et madalmolekulaarsete lämmastikuühendite traditsioonilise määramise kõrvale on kerkinud uus, küllalt suure informatiivsusega kliinilis-laboratoorne näit. Nagu andmetest nähtub, ei lange keskmise massiga molekulide kontsentratsiooni suhtelised väärtused kõigis haigusstaadiumides kokku kreatiini, uurea ega ka jääklämmastiku väärtustega, kuid nende üldine dünaamika on võrreldav.

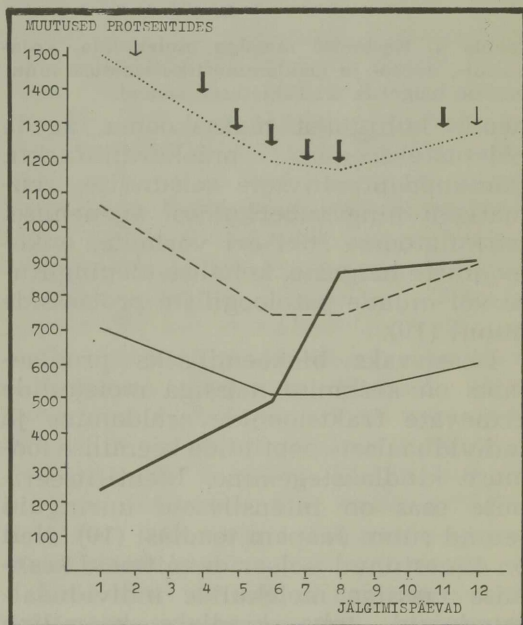
Keskmise massiga molekulide kontsentratsiooni vereplasmas on uuritud nii ägeda kui ka kroonilise neerupuudulikkuse puhul, rakendades geelfiltratsiooni, ionivahetuskromatograafiat ja erinevaid elektroforeesimeetodeid (5). Nende järsk kuhjumine esineb ägeda neerupuudulikkuse arengu algstaadiumis, kuid kroonilise neerupuudulikkuse korral vastab keskmise massiga molekulide kontsentratsiooni

tõus väljakujunenud neerupuudulikkusele (8).

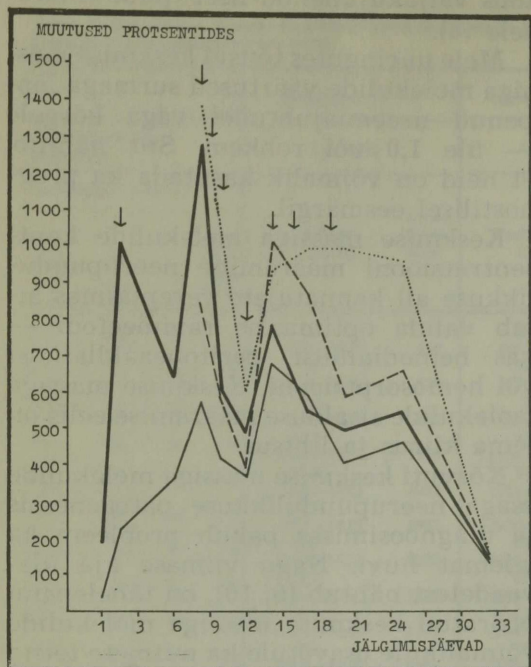
Meie uuringutes tõusid keskmise massiga molekulide väärtused surmaga lõppenud ureemiajuhtudel väga kõrgele — üle 1,0 või rohkem. Siit nähtub, et neid on võimalik kasutada ka prognostilisel eesmärgil.

Keskmise massiga molekulide kontsentratsiooni määramine neerupuudulikkuse all kannatajate vereplasmas aitab valida optimaalse ravimeetodi — kas hemodialüüsi, peritoneaaldialüüsi või hemosorptsiooni. Keskmise massiga molekulide sisalduse määramise eelis on tema kiirus ja lihtsus.

Kõrvuti keskmise massiga molekulide osaga neerupuudulikkuse patogeneesis ja diagnoosimises pakub probleem ka laiemat huvi. Nagu viimase aja ülevaadetest nähtub (5, 10), on tähelepanu pööratud keskmise massiga molekulide võimalikule osavõtule ka mitmete teiste haiguste patogeneesis. Nii on täheldatud



Joonis 2. Keskmise massiga molekulide, kreatiini-, uurea- ja jääklämmastikuisalduse muutumine protsentides haigel U. H. Tähistused samad mis joonisel 1. Peenjooneline nool tähistab hemodialüüs-ravi seansse, jämejooneline nool peritoneaaldialüüsi seansse. Nagu jooniselt nähtub, ei vähendanud hemodialüüs ega ka peritoneaaldialüüs ühelgi ravietapil keskmise massiga molekulide kontsentratsiooni, mis tõusis pidevalt kuni haige surmani.



Joonis 3. Keskmise massiga molekulide, kreatiini-, urea- ja jääklämmastikusalduse muutumine haigel S. T. Tähistused samad.

nende kuhjumist maksakooma, ägeda põletustokseemia, müokardiinfarkti, immunodepressiivsete seisundite, reumatismi ning tuberkuloosi ägenemise, tsirkulatoorse šoki eri vormide, onkoloogiliste haiguste, kehalse ülepingutuse või muude patoloogiliste protsesside puhul (10).

Iseseisvaks biokeemiliseks probleemiks on keskmise massiga molekulide erinevate fraktsioonide eraldamine ja individuaalsete peptiidide keemilise loomuse kindlakstegemine. Identifitseerimise osas on intensiivseid uuringuid teinud rühm Jaapani teadlasi (10). Neil on õnnestunud isoleerida mitmeid keskmise massiga molekulide individuaal-esindajaid, teha kindlaks keemiline struktuur ning tõestada nende toksilisi omadusi. Näiteks kroonilise neerupuudulikkuse all kannatavate haigete veresplasmast eraldatud dipeptiidid, mis sisaldas asparagiinhapet ja glütsiini, oli võime alla suruda fütthemaglutiniini poolt esilekutsutud lümfotsüütide transformatsiooni. Teine keskmise massiga mo-

lekulide esindaja, mis isoleeriti kroonilise neerupuudulikkusega haigete uriinist, osutus tripeptiidiks ja võimeliseks inhibeerima laktaadi dehüdrogenaasi.

Tuleb rõhutada, et kuigi mitmed laboratooriumid on keskmise massiga molekulide patogeneetilist ja diagnostilist tähtsust, samuti nende keemilist loomust süstemaatiliselt uurinud, ei ole nüüdisajal veel võimalik eri autorite tulemusi üheselt mõista. Seepärast on vajalikud edasised võimalikult koordineeritud uuringud.

Järeldused.

1. Keskmise massiga molekulide kuhjumise üldine dünaamika ägeda ja kroonilise neerupuudulikkusega haigetel, langes kokku urea, kreatiini ja jääklämmastiku kontsentratsiooni tõusuga, on täiendava meetodina edukalt kasutatav neerupuudulikkuse diagnoosimisel, haiguse kulust ülevaate saamisel ja ravi mõjususe hindamisel.

2. Keskmise massiga molekulide väga kõrgel kontsentratsioonil koos kliiniliste nähtude progresseerumisega ravile mittealluva neerupuudulikkuse juhtudel on prognostiline tähtsus.

KIRJANDUS: 1. Asaba, H. Scand. J. Urol. Nephrol., Suppl., 1982, 67, 3—45. — 2. Babb, A. L., Farrell, P. C., Uvelli, D. A. a. o. Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs, 1972, 18, 98—105. — 3. Bergström, J. Proc. Eur. Dial. Transpl. Assoc. 1976, 12, 579—588. — 4. Bergström, J., Fürst, P., Zimmermann, L. Clin. Nephrol., 1979, 115, 229—238. — 5. Navarro, J., Contreas, P. a.o. Nephron, 1982, 32, 301—307. — 6. Scribner, B. H. Trans. Am. Soc. Artif. Intern. Organs, 1965, 11, 29.

7. Габриэлян Н. И., Дмитриев А. А., Кулаков Г. Н. и др. Клини. мед., 1981, 10, 38—42. — 8. Габриэлян Н. И., Коновалов Г. А., Дмитриев А. А. и др. Анестезиол. реаниматол., 1983, 1, 48—50. — 9. Рябов С. И., Наточин Ю. В., Бондаренко Б. Б. В кн.: Диагностика болезней почек. Л., 1979, 83—86. — 10. Туликова З. А. Вop. мед. химии, 1983, I, 2—10.

TRÜ arstiteaduskonna bioloogilise
keemia kateeder

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonna-
kirurgia kateeder

Rumaloonravi tulemusi deformeeriva osteoartroosi eri röntgenoloogiliste staadiumide puhul

Virve Sui · Tallinn
Artemi Vapra · Tartu

deformeeriv osteoartroos, röntgenoloogilised
staadiumid, ravi, rumaloon

Sissejuhatus ja töö eesmärk. Deformeeriva osteoartroosi etiopatogeneesis omistatakse tähtsust mehhaanilistele, ealistele, metaboolsetele, hormonaalsetele, vaskulaarsetele, geneetilistele ja immunoloogilistele faktoritele. Nende ühe- või teistsuguse kombinatsiooni toimel kujuneb kondrotsüütide düsfunktsioon, millest sugeneb kõhre põhiaines proteoglükaanide vaegus (18, 21). Selle multifaktoriaalse genesisiga haiguse korral ordineeritakse mitmesugust füüsikalist ja medikamentooset ravi. Ravimitest soovitatakse deformeeriva osteoartroosi puhul neid, mis parandavad liigese kudede ainevahetust või verevarustust, ning reaktiivse sünoviidi kaasnemise korral enamasti mittesteroidseid reumaravimeid. Otstarbekohane on haigeid ravida organismi stimuleerivate preparaatide aaloe, klaaskeha või humisooliga või nüüdisajal patogeneetilisteks ravimiteks peetavate, peamiselt intraartikulaarselt manustatava arteparooni (4, 16, 19, 20) või lihasesse süstitava rumalooniga (8, 9). Rumaloon parandab kondrotsüütide ainevahetuse reguleerimise kaudu kõhre põhiaine sünteesimist (1, 3, 5, 6), soodustab reparatiivseid protsesse kõhres (6, 7), takistab patoloogiliselt suurenenud liigese kõhre ensümaatilist lõhustamist (2, 6, 10).

Kirjanduses on rohkesti andmeid rumalooni soodsa ravitoime kohta deformeerivat osteoartroosi põdejail, ei leidu aga uurimust, milles rumaloonravi tõhusust oleks uuritud sõltuvalt osteoartroosi röntgenoloogilistest staadiumidest. Käesolevas töös seda tehakse, et näidata raviefekti seost haiguse staadiumiga.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Ambulatoorselt uuriti ja raviti 102 haiget. Enamikul oli haigusest tabandunud 1...3 liigest, 56 haigel distaalsed interfalangeaalsed sõrmeliigesed, ühel öläliiges, 8-l metatarsaal- või metatarsaalfalangeaalliigesed, 25-l põlveliigesed ja 12-l puusa-liigesed. Röntgenifilm tehti haiguse poolt kõige enam kahjustatud liigestest. Haigete jaotamisele röntgenoloogiliste staadiumide järgi võeti aluseks Kellgreni skeem (22). Kooskõlas instruksiooniga süstiti rumalooni lihasesse kolm korda nädalas: esimesel korral 0,3 ml, teisel 0,5 ml ja edasi 1,0 ml rumalooni, enamikule 20...25 korda kogu ravikuuri vältel.

Tulemused, arutelu ja kokkuvõte. TABELIS toodud andmete statistiline analüüs näitab, et haiguse II röntgenoloogilises staadiumis jäi ravi tulemusteta rohkemal arvul haigetel kui I staadiumis. I ja II staadiumis oli ravitulemus hea oluliselt sagedamini kui III ja IV staadiumis. Üldse oli ravitulemus hea kolmveerandil haigeist. Haiguse I ja II röntgenoloogilises staadiumis saadi E. Agababova jt. (11) andmeil rumaloonraviga häid tulemusi 70 %-l juhtudest. Ka M. Astapenko (12) sai ravimisel rumalooniga häid tulemusi 70 %-l, A. Vapra ja V. Noor (14) 71 %-l, G. Guobis ja I. Taletiene (15) 74,7 %-l ravituist, millega ka meie andmed kokku langevad. Paremaid tulemusi — 83,8 %-l hea terapeutiline efekt — sai T. Pavlenko (17). M. Belenki (13), ravinud haigeid mitmesuguses röntgenoloogilises staadiumis, täheldas paranemist 58,7 %-l haigeist. F. Wagenhäuser (8), kes rumaloonravi kohta on avaldanud kokkuvõtte viies reumatoloogiakeskuses (Helsingi, Madrid, Marburg, Zürich, Milano) tehtud uuringute põhjal, kirjutab, et soodsad tulemused olid 40...70 % vahel. Tõenäoliselt on erineva raviefekti üks olulisi põhjusi ravitute rühmade röntgenoloogiliste staadiumide poolest erinev koosseis.

Meie tööst ilmneb, et ravitulemus on

Tabel. Liigese röntgenoloogiline staadium ja ravitulemus

Staadium	Haigete arv	Ravitulemus		
		hea	rahuldav	puudus
I	34	14	17	3
II	40	11	18	11
III	22	2	13	7
IV	6	—	4	2

Gripi IgG- ja IgM-antikehade diferentseeritud määramine

Kuulo Kutsar · Tallinn

viirushaiguste etioloogia selgitamine, gripi seroloogiline diagnoosimine, IgG- ja IgM-antikehade määramine

seotud liigete röntgenoloogiliste muutuste väljakujunemise astmega. Parem raviefekt I ja ka veel II staadiumis on tõenäoliselt seletatav sellega, et haiguse algul pole kondrotsüütide kahjustus veel ulatuslik, siis on nad taastumisvõimelisemad kui hilisemates staadiumides. Liigese muutused III ja IV röntgenoloogilises staadiumis näitavad, et haigus on kaugele arenenud, mille puhul rumaloonravilt head tulemust oodata ei maksa. Sellest tuleneb ka soovitus ravida rumalooniga võimalikult varajases haigusstaadiumis. Kõrvalnähte rumalooni kasutamise puhul on täheldatud harva. Vaid kolmel meie haigel tekkis laiguline nahalööve. Rumalooni tarvitamise instruksioonid vastunäidustusi toodud ei ole, kirjanduses (19) aga leidub teade, et vastunäidustuseks on allergia ja kasvajad.

KIRJANDUS: 1. Adam, M., Brettschneider, I., Musilová, R. a.o. Pharmacology, 1978, 16, 49—53. — 2. Baici, A., Salgam, P., Fehr, K. u.a. Z. Rheumatol., 1981, 40, 44—46. — 3. Bollet, A. J. Arthritis Rheum., 1968, 11, 663—673. — 4. Dettmer, N., Greiling, H., Sensch, K. H. Arterparon. IX Europäischer Kongress für Rheumatologie. Wiesbaden, 1979. — 5. Jasinski, B., Weigel, W. Schweiz. Med. Wochenschr., 1965, 95, 101—104. — 6. Kalbhen, D. A. Therapiewoche, 1981, 31, 4938—5001. — 7. Pilz, W. Z. Orthop., 1965, 100, 229—232. — 8. Wagenhäuser, F. J. Schweiz. Med. Wochenschr., 1968, 98, 904—907. — 9. Wagenhäuser, F. J. In: Fortbildungskurse für Rheumatologie. Basel, 1978, 5, 57—86. — 10. Weigel, W., Iwangoff, P., Jašinski, B. Arzneim. Forsch., 1969, 19, 780—785.

11. Азабабова Э. Р., Дуляпин В. А., Мылов Н. М. и др. Вopr. ревмат., 1971, 4, 31—37. — 12. Астапенко М. Г. Вopr. ревмат., 1975, 3, 75—80. — 13. Беленький М. С. В кн.: Ревматизм. Вып. 8, Киев, 1975, 50—52. — 14. Вапра А. Н., Ноор В. В. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 1, 75. — 15. Губовиц Г., Талетене И. Вopr. ревмат., 1974, 4, 35—39. — 16. Майметс О. В сб.: Тезисы докладов II конференции ревматологов Эстонской ССР. Таллин, 1982, 124—126. — 17. Павленко Т. М. Тер. арх., 1969, 12, 73—76. — 18. Пастель В. П., Мильдияров П. Я. Ревматология, 1983, 1, 16. — 19. В кн.: Справочник по ревматологии. Остеоартроз деформирующий. Л., 1983, 134—140. — 20. Суй В. М. Вopr. ревмат., 1978, 1, 31—33. — 21. Фильчагин Н. М., Косягин Д. В. В сб.: X Европейский конгресс ревматологов. Тезисы докладов. М., 1983, 39. — 22. Цонцев В. Т. Ревматология. София, 1965.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder

G. Kronvalli uuringud pneumokoki-antikehade kiireks määramiseks seoses nende adsorptsiooniga *Staphylococcus aureus*'e A-proteiinile viisid uurijad mõttele kasutada seda seroloogilise diagnoosimise meetodit ka riketsioidide ja viirushaiguste etioloogia varajaseks väljaselgitamiseks (1, 3, 5, 6). Käesolevas töös on püütud leida kinnitust selle meetodi sobivuse kohta A- ja B-gripi seroloogilisel diagnoosimisel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuritavateks olid grippi või muid ägedaid respiratoorseid viirushaigusi põdenud täiskasvanud, kelle uuriti 32 seerumite paari ning 62 üksikseerumit. Lisaks uuriti 43 üksikseerumit 19...21-aastastel täiskasvanutel ühest ja samast kollektiivist, uurimine toimus gripipuhangu ajal.

Antikehad vereseerumis määrati hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsiooniga üldrakendataval meetodil eri gripiviiruste (H_0N_1 , H_1N_1 , H_2N_2 , H_3N_2 ja B) suhtes (4).

IgG-antikehade adsorbeerimiseks kasutati *Staphylococcus aureus*'e suspensiooni, mis oli valmistatud Kronvalli metoodika järgi (2): kuldokkide stafülokoki kultuuri pesti kaks korda fosfaatpuhvriga, seejärel suspendeeriti 0,5%-lises formaldehüüdilahuses fosfaatpuhvriga ning hoiti toatemperatuuril kolm tundi. Pärast seda pesti formaliniseeritud stafülokokkide suspensiooni neli korda fosfaatpuhvriga ning lõpuks valmistati sellest 10%-line *Staphylococcus aureus*'e suspensioon. Selleks, et saada surmatud bakterite kultuuri ning kaotada formaliniseeritud lahuse ebaseadlikku lõhna, täiendas G. Kronvall oma meetodit suspensiooni termilise töötlemise teel, mis toimus üks tund temperatuuril $+80\text{ }^\circ\text{C}$ (1). Sellise kombineeritud töötlemise tulemusena saadud stafülokokikultuur on temperatuuril $+4\text{ }^\circ\text{C}$ säilitamise korral kasutuskõlblik mitu kuud. Stafülokokkide töötlemisel Kronvalli meetodil inaktiveeritakse need ensüümid, mis põhjustavad bakterite autolüüsi. Tüübispetsiifilised IgG-antikehad seotakse A-proteini sisaldavatele stafülokokkidele nende F-fragmendi abil.

Uuritavad vereseerumid lahjenduses 1:5 segati 10 %-lise *Staphylococcus aureus*'e suspensioo-

niga, kontaktiajaks oli 30 minutit toatemperatuuril. Pärast seda sadestati stafülokokid tsentrifuugimisel. IgM-antikehade eemaldamiseks töödeldi vereseerumeid tsüstamiiniga, kontaktiaeg oli 18 tundi temperatuuril +4 °C.

Tulemused ja arutelu. Seerumite paari uurimisel, milleks kasutati tavalist hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsiooni, diagnoositi grippi A(H₃N₂) üksnes antikehade tiitrite tõusu alusel 18,5 %-l juhtudest ning ainult IgM-antikehade olemasolu alusel 25,9 %-l juhtudest. Mõlema testiga üheaegselt diagnoositi grippi 33,3 %-l juhtudest, kokku 77,7 %-l uuritud juhtudest. Selline kõrge diagnoosimissagedus on seletatav eeskätt seerumite võtmisega gripihaigetelt haiguse kõrgperioodil.

Gripahaigete üksikseerumite uurimine näitas, et uurimisperioodil ei tsirkuleerinud mitte ainult gripiviirused A(H₃N₂), vaid ka viirused A(H₁N₁) ja B: nende esinemissagedus oli vastavalt A(H₃N₂) — 18,5 %, A(H₁N₁) — 11,2 % ja B — 7,4 %. Antikehade keskmised geometrilised tiitrid pärast seerumite adsorbeerimist *Staphylococcus aureus*'el langesid märgatavalt: viiruse A(H₃N₂) antikehade tiitrid 1:49,0-lt 1:10,6-le, viiruse A(H₁N₁) antikehade tiitrid 1:56,0-lt 1:11,3-le ja gripiviiruse B antikehade tiitrid 1:49,0-lt 1:10,6-le.

Järgnevalt töötlesime vereseerumeid algul *Staphylococcus aureus*'e suspensiooniga ning seejärel tsüstamiiniga. Kui pärast adsorptsiooni *Staphylococcus aureus*'ele antikehade tiitrid märgatavalt langesid, siis pärast tsüstamiiniga töötlemist kaotasid antikehad oma seroloogilise aktiivsuse: tiitrid langesid alla 1:10.

Üksikseerumite uurimisega gripipuhangu ajal püüti selgitada IgM-antikehade määramise diagnostilist väärtust. Selgus, et puhangu algperioodil võetud seerumites leidis IgM-antikehi ainult gripiviiruse A(H₃N₂) suhtes: enne adsorptsiooni *Staphylococcus aureus*'ele keskmise geometrilise tiitriga 1:49,0 ja pärast adsorptsiooni tiitriga 1:17,1. Gripiviiruste A(H₁N₁) ja B antikehi puhangu algperioodil võetud vereseerumites ei olnud.

Nagu uurimistulemustest selgus, langetavad antikehade tiitrid märgatavalt pärast IgG immunoglobuliinide adsorbeerimist *Staphylococcus aureus*'ele. Seda, et pärast adsorptsiooni määratud antikehad kuulusid IgM-klassi, kinnitas antikehade aktiivsuse kadumine pärast IgM-antikehade lõhustamist tsüstamiiniga. Seni on IgM-antikehade aglutineeriva aktiivsuse kaotamiseks kasutatud merkamiini. Selgus, et samal eesmärgil sobib kasutamiseks ka tsüstamiin, mille molekuli võib vaadelda kui merkamiini kahekordistatud molekuli, kus sulfhüdrüülrühm on asendatud disulfiidsidemega.

Eksperimentaalandmetest on teada, et gripiviiruste IgM-antikehade tiiter hakkab tõusma 3...5. nakatumisjärgsest päevast alates ning see püsib kõrgena 1...2 nädalat, seejärel hakkab uuesti langema (7). Järelikult on võimalusel määrata haiguse algperioodil võetud üksikvereseerumis spetsiifilisi IgM-antikehi suur praktiline väärtus. IgM-antikehade nivoo määramisega üksikvereseerumites gripiviiruste eri tüüpide suhtes on võimalik välja selgitada ka etioloogiline agens, s.t. gripiviirus, mille suhtes on IgM immunoglobuliinide tiitrid kõige kõrgemad. Lisaks on IgM-antikehade määramine suurema tundlikkusega, võrreldes gripiviiruse antikehade üldtaseme määramisega hemaglutinatsiooni pidurduse reaktsioonis. Ühtlasi on see kinnitus asjaolule, et IgM molekul on palju suurema aktiivsusega kui IgG molekul.

KIRJANDUS: 1. Kronvall, G. J. Med. Microbiol., 1973, 6, 2, 187—190. — 2. Kronvall, G., Dossett, J. H., Quie, P. G. a.o. Infect. Immun., 1971, 3, 10—15. — 3. Mallinson, H. J. Clin. Pathol., 1976, 29, 999—1002.

4. Временные методические указания к работе опорных баз ВГЦ. Л., 1979. — 5. Канторович Р. А., Володина Н. И., Хитенев М. Л. и др. Вopr. вирусол., 1980, 1, 103—106. — 6. Смородинова И. П., Хазензон Л. Б., Виноградов Е. Я. и др. Ж. микробиол., эпидемиол. иммунобиол., 1980, 4, 78—83. — 7. Тарос Л. Ю., Гринбаум Е. Б., Иванова Н. А. и др. В сб.: Этиология и диагностика гриппа и других ОРЗ. Л., 1982, 42—47.

Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam

UDK 616.711.1-001-08

Lülisamba kaelaosa eesmine metallspondülodees

Andres Ellamaa · Tallinn

Lülisamba kaelaosa vigastused, neurokirurgiline ravi, eesmine spondülodees, laminektoomia, eesmine metallspondülodees, operatsioonimeetod

Lülisambatraumadega haigete ravi on muutunud meditsiiniliseks ja sotsiaalseks probleemiks. Õnnetus, mis tabab eelkõige 15...34-aastasi, toob endaga 2/3-l juhtudest kaasa kas suurema või väiksema seljaajukahjustuse ning neuroloogiliste jääknähtude kujunemise. Arenenud tööstusmaades saab igal aastal 100 000 inimesest kolm seljaajuvigastuse, kelle põetamiseks ja ravimiseks kulutab ühiskond palju tööjõudu ning suuri summasid (5, 13).

Lülisamba ja seljaaju kaelaosa vigastus, mille puhul kannatadasaanu jääb täielikku sõltuvusse kaasinimestest, kohustab meedikuid tegutsema kiiresti esimeste tundide jooksul, sest sellest sõltub suurel määral haiguse edasine kulg. Võimalikult kiiresti tuleb 1) stabiliseerida lülisamba kahjustatud segment, et luua ohutud tingimused haige transportimiseks, asendi muutmiseks ja ka edaspidisteks kirurgilisteks manipulatsioonideks;

2) kõrvaldada lülisambakanali deformatsioonid, eemaldada seljaaju muljuvad selgrootülid ja lülivaheketaste fragmendid, tagada seljaaju tööks selle küllaldane dekompressioon.

Lülisambatrauma toob enamikul juhtudel endaga kaasa kahjustatud segmenti ebastabiilsuse (1). Sageli on lülisambas ebastabiilne ka siis, kui tavaline spondülogramm ei viita murru olemasolule (2).

Tänapäeval on lülisamba ja seljaaju kaelaosa vigastustega haigete kirurgilises ravis kasutusel kaks põhivõtet — seljaaju eesmine dekompressioon koos järgneva eesmise spondülodeesiga või tagumine dekompressioon—laminektoomia ja tagumine spondülodees.

Eesmise dekompressiooni ja spondülodeesi eesmärk on seljaaju eestpoolt muljuvate lülisambaosade eemaldamine ning lülid vahelise ühenduse loomine, kasutades transplantaatluid. Mainitud võttel, mis on kasutusel enamikus Nõukogude Liidu neurotraumatoloogiakliinikutes (19), vaatamata sellele, et ta on tehniliselt hõlpsasti tehtav, on järgmised puudused:

1) ei taga seljaaju ulatuslikku dekompressiooni, milleks tekib vajadus seljaajupõrutuse ja sekundaarse turse korral (11, 12);

2) ei taga kohe lülisamba stabiliseerimist juhtudel, kui on kahjustatud selle sidemed ja liigesed, ning tingib vajaduse lülisamba pikaajaliseks väliseks fikseerimiseks, tuues täiendavalt kaasa piinu haigetele ja komplitseerides hooldepersonalitööd.

Teine meetod — laminektoomia — tagab küll seljaaju tööks vajaliku ruumi ja annab hea ülevaate kahjustusalast, kuid ei võimalda kõrvaldada lülisambakanali eespinna deformatsioone ega eemaldada sellesse eestpoolt tunginud lülisambafragmente (10), destabiliseerib lülisamba (16).

Laminektoomiajärgselt ei ole võimalik kasutada spondüloteesivõtet, mille puhul ogajätked ühendatakse metallplaatidega. Lülisamba fikseerimiseks soovitatud meetodid, mille puhul säilinud ogajätked ja lülrikaared ühendatakse traadi, lavsaanlindi vms., ei suuda tagada lülisamba kahjustatud osa stabiilsust (9) ning on lülisamba liigete ja sidemete vigastuse korral kasutatud.

Eelnimetatud põhivõtete kooskasutamisele — idee on sündinud juba üle poole sajandi tagasi (17) — on seni saanud takistuseks see, et puudub võimalus kaelalülid jäigaks ühendamiseks kohe pärast traumat. Seetõttu on eesmise spondülodeesi ning dekompressiivse laminektoomia vahele seniajani jäänud pikk ajavahemik, kuni plokklüli moodustumiseni, mis tihti otsustab haige saatuse.

Kasutusel olevate eesmise spondülodeesi meetodite puhul on suur intervertebraaltransplantaadi nihkumise oht, seda vaatamata viimase täiendavale fik-

seerimisele (4, 14), mistõttu laminektoomia sama operatsiooni käigus, ühe narkoosi ajal, on ohtlik.

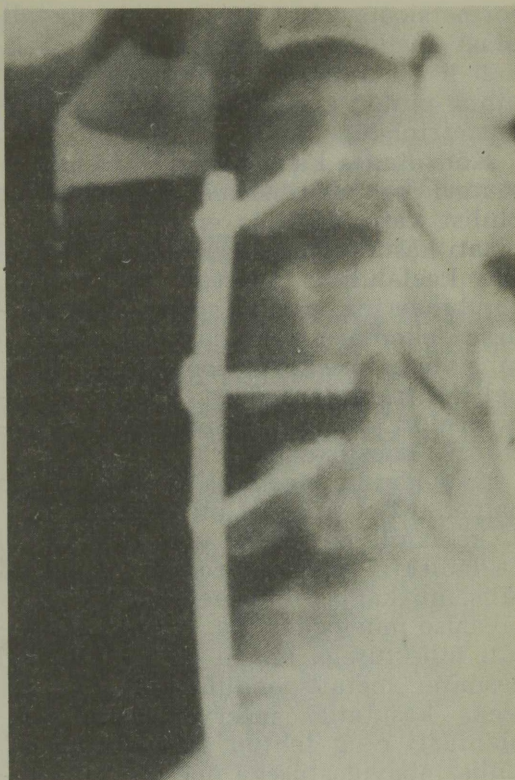
Eespool loetletud puudused on tingitud eesmise metallspondulodeesi kasutuselevõtmise kaelatraumadega haigete, mõnel juhul ka lülisamba kaelaosa diskide degeneratiivsete haigustega haigete kirurgilises ravis, kui soovitakse üheaegselt saavutada lülisamba stabiilsust ning seljaaju ulatuslikku dekompressiooni.

Lülisamba kaelaosa vigastusega haigeid opereeritakse kohe pärast seda, kui röntgenoloogiliselt on diagnoositud lülisamba ebastabiilne murd ja lülisambakanali deformatsioon, ka neil juhtudel, kui lülikeha vähese kompressioonmurruga kaasneb seljaaju kompressiooni neuroloogilisi tunnuseid.

Operatsioonimeetod. Operatsioon toimub üldnarkoosis. Esimesel etapil tungitakse vasakult paratrahheaalselt lülisamba eespinna, eemaldatakse lülisambakanalisse tunginud lülide ja lüli vahetaste osad. Säilinud kaelalülide vahelise paigutatakse luutransplantaat (3). Kui lülikehafragmendid ei ole märkimisväärselt nihkunud, siis neid ei eemaldata ning transplantaati kasutamata minnakse üle operatsiooni järgmisele etapile. Kaelalülide eespinna paigutatakse metallplaat, millele eelnevalt on antud kerge paine, olenevalt kaela lordoosist (vt. foto). Seejärel, kasutades spetsiaalset keermelõikurit, valmistatakse etteavad kinnituskruvide lülikehadesse viimiseks. Plaat kinnitatakse vähemalt nelja spongioosluu jaoks ettenähtud 14...16 mm pikkuse kruviga, kummalgi pool kahjustatud lüli kahe kruviga. Pärast operatsioonihaavade harvade siidõmblustega sulgemist paigutatakse haige asendisse, mis võimaldaks laminektoomia tegemist. Tallinna Kiirabihaiglas on selleks eelistatud istuvat asendit, mille puhul on see mõnevõrra hõlpsam kui kõhuli või külili asendis.

Mingit operatsiooni järgset välist fikseerimist Glissoni silmuse, vati-marlikrae, plastmassi või kipsiga ei kasutata. Haigel lubatakse tõusta kohe järgmisel päeval pärast operatsiooni, tema aktiivsus aga sõltub seljaajukahjustuse nähtude väljendatusest. Kui haigel on tetrapleegia või parees, pannakse ta operatsiooni järgsel päeval istuma, esimestest operatsiooni järgsetest tundidest aga muudetakse võimalikult sageli haige asendit, et vältida lamatise ja kopsupõletikku. Seejuures on lubatav ka haige asetamine kõhuli.

Kirjeldatud kirurgilise ravimeetodi puhul on lähtutud eeldusest, et kasutatavad A—O-süsteemi spongioosluukruvid kinnituvad luusse jõuga ligikaudu



Röntgeniülesvõte kaelalülidele kinnitatud metallfiksaatorist.

2200 N. Lülisamba fikseerimiseks kasutataval A—O-plaadil (ristlõige 10×2 mm), toodetud Poola RV-s, on Tallinna Polütehnilises Instituudis tehtud katsete (dotsent A. Jürgenson) põhjal paindetugevus 5,56 Nm. Arvutused osutavad sellele, et kinnituskruvide 30 mm-se vahetugevuse puhul võib plaati deformeerida 700 N juures, s.t. ligilähedaselt niisama tugeva jõuga, mis on suuteline vigastama normaalset lülisammast (15). Seega võib kinnitusplaadile anda vähemalt ühe vigastatud lülikeha kandefunktsiooni ja sellega saavutada lülisamba normaalsele lähedase seisundi.

Et fikseeriva plaadi ja lülisamba vahelise ühenduse suurim destabiliseeriv jõud, mis tekib asendi muutmisel horisontaalsest vertikaalseks, ei ületa 10 Nm, siis on tõenäoline, et plaadi ühe otsa fikseerimiseks piisaks ka ühest kinnituskruvist. Seejuures aga säiliks ühenduse plaat—lülisammast külgede

formatsiooni oht. Rõhk, mida metallplaat avaldab lülিকেhale nende omavahelise kontakti väikseima võimaliku pinna puhul, ei küüni kaelalülide taluspiirini (6).

Kõrvutades kaelalülide ja metallfiksaatori mehhaanilisi omadusi, ei leitud olulist vastuolu, mis ei lubaks A—O-plaati kasutada eesmiseks spondülodeesiks kaelalülide vigastuse korral (18), kombineerida eesmine spondülodees kohe dekompressiivse laminektoomiaga ning võimaluse korral loobuda lülidevahelisest transplantaadist. Viimast on seni peetud eesmise spondülodeesi vältimatuks koostisosaks.

Kirjeldatud meetodil on ravitud 15 haiget. Neist kümnel oli tegemist 4... 7. kaelalüli murruga, viiel aga 2... 3 kaeladiski osteokondroosist tingitud lülisambakanali kitsenemuse ja tservikaalse müelopaatiaga. Neljal selgroolüli nihestusega haigel on tehtud vaid eesmine metallspondülodees, ilma et oleks kasutatud intervertebraaltransplantaati ning tehtud laminektoomiat. Lülisambavigastusega opereerituist kahel oli seljaaju täieliku läbilõike sündroom, teistel aga oli seljaaju funktsioon osaliselt säilinud.

Operatsiooni ajal ei tekkinud tüsistusi ühelgi juhul, ei täheldatud neid ka operatsioonijärgsel perioodil. Korduvad röntgeniülevõtted kaelalülidest (maksimaalne jälgimisaeg 14 kuud) ei osutanud kordagi lülisamba deformatsiooni suurenemisele, võrreldes vahetu operatsioonijärgse leiuga, vaatamata sellele, et laminektoomia oli tehtud kohe pärast metallspondülodeesi ning et haige oli liikuma hakanud kohe pärast operatsiooni.

Tüsistusi, mis oleksid tekkinud metallplaadi pikaajast implanteerimisest, ei täheldatud. Ühel haigel eemaldati plaat kolm kuud pärast paigaldamist, sest üks kinnituskrüvi oli vallandunud ning oli söögitoru vigastumise oht. Ohu tekkimine oli ilmselt tingitud tehnilisest veast, plaadile antud painde ja opereeritava lülisamba kaelaosa lõrdoosi mittevastavusest. Metallplaadi eemaldamise keerukus kolm kuud pä-

rast selle kinnitamist sunnib vähemalt esialgu pidama õigemaks metallplaadi jäävat implanteerimist, seda muidugi juhul, kui ei ole tüsistuse tekke ohtu. Viimase õigeaegseks kindlakstegemiseks on kahtlemata vaja haige dispanseerida.

Kirjeldatud spondülodeesivõte ei vaja keerukat instrumentariumi, võimaldab teha laminektoomiat kohe, säästes haiget korduvatest operatsioonidest. See tagab lülisamba stabiilsuse ning vabastab haige välisest fikseerimisest. Juba varakult saab ravivõimlemist alustada, samuti hõlbustab see põetispersonali tööd tunduvalt. Kahe levinud ravimeetodi — eesmise spondülodeesi ja laminektoomia — ühendamine ühte vältimatus korras tehtavasse operatsiooni annab suure majandusliku efekti — haige neurokirurgiaosakonnas viibimise aeg lüheneb tunduvalt (13).

KIRJANDUS: 1. *Louis, R.* Rev. Chir. Orthop., 1977, 63, 423—425. — 2. *Mazur, J. M., Stauffer, E. S.* Spine, 1983, 8, 7, 687—692. — 3. *Schmidek, H. H.* In: Current Techniques in Operative Neurosurgery. New York — San Francisco — London, 1977, 303—322. — 4. *Scoville, W. B., Palmer, A. H., Samra, K. J.* Neurosurg., 1967, 27, 274—279. — 5. *Yashon, D.* In: Spinal Injury. New York, 1978, 6—9.

6. *Аникин Ю. М., Данилов В. И., Шульман Х. М. и др.* Таблицы характеристик прочности позвонков и межпозвонковых дисков человека. Казань, 1980. — 7. *Базилевская З. В.* Вopr. нейрохир., 1978, 4, 54—59. — 8. *Васюков, А. И.* Ортопед., травматол., 1975, II, 71—73. — 9. *Вильямс Д. Ф., Роуф Р.* Имплантаты в хирургии. М., 1978. — 10. *Фишкин В. И., Глазырин Д. И.* Ортопед., травматол., 1967, I, 59—62. — 11. *Хвисяк Н. И., Фадеев Г. И., Корж Н. А.* Ортопед., травматол., 1980, 12, 62—64. — 12. *Церлюк Б. М.* Ортопед., травматол., 1980, 12, 61—62. — 13. *Никольский М. А., Железняк А. В.* Ортопед., травматол., 1979, 5, 36—39. — 14. *Обадже К. С.* Передний спондилодез с применением протакрила при стабилизации шейного отдела позвоночника. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1982. — 15. *Румянцев Ю. В.* Травматический цервикомедуллярный синдром. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1976. — 16. *Сергеев С. С.* Постламинектомическая недостаточность шейного отдела позвоночника при повреждениях его и остеохондрозе (клиника и профилактика). Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1977. — 17. *Чаклин В. Д.* Ортопед. травматол., 1969, 4, 1—18. — 18. *Элламаа А. Н.* Вopr. нейрохир. — в печати. — 19. III всесоюзный съезд нейрохирургов. Тезисы докладов. М., 1982, 130—184. Tallinna Kiirabihaigla

UDK 618.4: [612.398.12+612.018]

Vereseerumi hormonaalse spektri ning valgulise koostise muutused füsioloogilise raseduse vältel

Kersti Zilmer Ants Kallikorm Aili Paju
Helbe Sinimäe Aili Tähepõld Tartu

füsioloogiline rasedus, hormoonide sisaldus
vereseerumis, vereseerumi valguline koostis

Süsteemi hüpotaalamus—hüpopüüs—perifeersed endokriinnäärmed kaudu reguleeritakse metabolismi ja suguelundite tsüklilisi muutusi tervel mitterasedal. Raseduse kui kvalitatiivselt uue füsioloogilise seisundi ajal formeerub süsteem ema—platsenta—loode, mis on suhteliselt sõltumatu süsteemi hüpotaalamus—hüpopüüs mõjudest (7). Kuidas kulgeb hormonaalne regulatsioon sel perioodil? Füsioloogilise raseduse ajal ilmnevad kindlad muutused vere hormoonidesisalduses, mis sõltuvad endokriinnäärmete aktiivsuse tõusust või langusest või vastavate sihtrakkude reaktiivsuse muutusest (11).

Töö eesmärk. Eeltoodust lähtudes võeti antud töö eesmärgiks uurida komplekselt hüpopüüsi eessagara, kilpnäärme ja neerupealiste hormoonide ning valgufraktsioonide sisalduse muutusi vereseerumis sõltuvalt raseduse kestusest normaalse kulu korral.

Kompleksuurimise tulemused on biokeemiliste normväärtustena rakendatavad hormonaalse seisundi määramisel, mis omakorda võimaldab hinnata ema organismi kaitse- ja kohanemismehhanisme raseduse puhul.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 115 tervet rasedat (19... 33-aastased) eri trimestritel, neist 25 naist korduvalt. Trimestriteks jaotamine toimus vastavalt raseduse kestusele: I trimester — kuni 16 nädalat, II trimester — 17... 32 nädalat ning III trimester — 33... 40 nädalat.

Adrenokortikotropiini-(AKTH), türeotropiini-, somatotropiini-, prolaktiini-, türoksiini-(T₄), trijoodtürooniini-, kortisooli- ja aldosteroonisisaldus vereseerumis määrati radioimmunoloogilisel mee-

todil, kasutades standardkomplekte (firmad «Amersham» ja «Sorin»); verevalkude türoksiini sidumise võimet hinnati «Adsorbtest 3» (At-3) meetodil (10); adrenaliini- ja noradrenaliinisaldus määrati fluorimeetriliselt trioksiindoolimeetodil (12); seerumi valgufraktsioone hinnati kvantitatiivselt diskelektroforeesil poliüakrüülamiid-geelil (9). Vaba türoksiini indeks (FTI) arvutati valemil järgi

$$FTI = \frac{T_4 \text{ kontsentratsioon } n \text{ mol/l}}{\text{adsorbtest } 3} \times 100.$$

Uurimistulemused ja arutelu. Hüpopüüsi hormoonid. Tabelist 1 nähtub, et türeotropiini kontsentratsioon vereseerumis rasedatel I trimestril langeb, võrreldes mitterasedatest kontrollrühma näitajatega ($P < 0,5$). II ja III trimestris on teatav tõus, mis aga ei ületa kontrollrühma näitajaid. Kirjanduse andmed türeotropiini kontsentratsiooni kohta raseduse ajal on vasturääkivad (2, 5, 8). Üks võimalikke seletusi I trimestris esineva türeotropiini kontsentratsiooni languse kohta oleks kooriongonadotropiini kõrge kontsentratsioon (kilpnäärme stimulaator!) raseduse algul, mis põhjustab kilpnäärme hormoonide sisalduse suurenemist ja see omakorda viib türeotropiini sekretsiooni vähenemisele (2).

AKTH kontsentratsioon vereseerumis raseduse ajal tõuseb, ulatudes III trimestriks 146,1 ng/l ($P < 0,001$, võrreldes kontrollrühmaga). Ilmselt tagab AKTH hulga suurenemine veres enne sünnitust organismi valmisoleku sünnitusstressiks. Raseduse arenemisel on AKTH kontsentratsiooni tõus vastuolus kortisooli-, östrogenide ja progesteroonisisalduse suurenemisega. Seda võib seletada mitmeti. Põhjuseks võivad olla kortisooli tõusnud kliirens, muutused AKTH prohormooni metabolismis või fakt, et peale hüpopüüsaarse AKTH leidub ema veres veel platsentaarse päritoluga AKTH, mis ei allu tagasidemehhanismile (1).

Somatotropiini kontsentratsioon vereseerumis kontrollrühma näitajatega võrreldes raseduse ajal oluliselt ei muutu, kuigi raseduse lõpuks see langeb (6,1 µg/l-lt 2,8 µg/l-le; $P < 0,005$). Somatotropiini sekretsiooni pärssimises etendavad olulist osa kortisool ja plat-

Tabel 1. Hüüpüüsi, kilpnäärme ja neerupealiste hormoonide sisaldus vereseerumis füsioloogilise raseduse vältel

Näitajad	Terved mitterasedad		Terved rasedad				P
	1		2	3	4		
	n	$\bar{x} \pm m$	I trimester n $\bar{x} \pm m$	II trimester n $\bar{x} \pm m$	III trimester n $\bar{x} \pm m$		
Hüüpüüsi hormoonid	türeetropiin (mU/l)	(30) 3,9±0,37	(47) 2,9±0,17	(55) 3,4±0,18	(34) 3,8±0,38	1-2 } 2-3 } < 0,05 2-4 }	
	AKTH (ng/l)	(29) 37,5±5,85	(48) 66,1±6,54	(55) 123,5±10,5	(37) 146,1±15,94	1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,001 2-3 } < 0,005 2-4 } < 0,001	
	somatotropiin (µg/l)	(28) 3,9±0,65	(47) 6,10±0,58	(55) 4,4±0,41	(33) 2,8±0,20	2-4 } < 0,005	
	prolaktiin (µg/l)	(27) 10,5±0,71	(48) 50,2±3,13	(57) 120,7±3,19	(36) 148,9±5,42	1-2 } < 0,001 1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,001 2-3 } < 0,001 2-4 } < 0,001 3-4 }	
Kilpnäärme hormoonid	↑ türoksiin (nmol/l)	(30) 107,3±2,45	(49) 123,9±2,51	(58) 144,7±2,77	(37) 143,9±2,41	1-2 } < 0,005 1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,001 2-3 } < 0,001 2-4 }	
	↑ trijoodtüroniin (nmol/l)	(30) 2,17±0,070	(49) 2,35±0,082	(58) 2,84±0,070	(37) 2,70±0,082	1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,005 2-3 } < 0,001 2-4 } < 0,05	
	↑ adsorbtest 3	(30) 107±1,5	(49) 129±1,2	(58) 144±1,2	(37) 147±1,4	1-2 } < 0,001 1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,001 2-3 } < 0,001 2-4 }	
	↓ vaba türoksiini indeks	(30) 101±2,8	(49) 96±1,8	(58) 100±1,7	(37) 98±1,1	1-2 } < 0,001 1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,001 2-3 } < 0,001 2-4 }	
Neerupealiste hormoonid	↑ kortisool (nmol/l)	(30) 357±11,8	(49) 489±18,4	(58) 594±15,9	(35) 681±17,8	1-2 } < 0,025 1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,001 2-3 } < 0,025 2-4 } < 0,001	
	↓ aldosteroon (nmol/l)	(30) 0,49±0,027	(44) 0,72±0,049	(52) 1,15±0,054	(34) 1,34±0,072	1-3 } < 0,001 1-4 } < 0,001 2-3 } < 0,001 2-4 }	
	↑ adrenaliin (nmol/l)	(20) 5,14±0,387	(35) 4,31±0,317	(37) 5,52±0,301	(26) 5,77±0,341	2-3 } < 0,05 2-4 } < 0,025	
	↑ noradrenaliin (nmol/l)	(20) 7,12±0,474	(35) 7,53±0,442	(37) 9,15±0,457	(26) 9,01±0,478	1-3 } < 0,01 1-4 } < 0,01 2-3 } < 0,02 2-4 } < 0,05	

sentia laktogeen, toimides hüpotaalamuse tsentrisse kas otseselt või tagasideme mehhanismi kaudu (2).

Prolaktiini kontsentratsioon, võrreldes kontsentratsiooniga mitterasedatel, tõuseb raseduse lõpuks umbes 15 korda. Prolaktiini kui varajases raseduses asendamatu hormooni lai toimepiirkond on tingitud spetsiifiliste retseptorite olemasolust väga erinevates elundites ja kudedes (2).

Kilpnäärme hormoonidel on eriline tähtsus loote normaalses arengus. Uurimistulemustest ilmneb, et rasedatel ületab kilpnäärme hormoonide sisaldus tunduvalt nende sisalduse mitterasedatel. Tulemused on kooskõlas kirjanduse andmetega (2, 5, 8).

Türoksiini kontsentratsiooni statisti-

liselt tõenäone tõus saab alguse juba I trimestrist, trijoodtüroniini II trimestrist. Trijoodtüroniini kontsentratsioon I trimestril kontrollrühma näitajast oluliselt ei erine. Ilmselt raseduse algul väheneb türoksiini perifeerne konversioon trijoodtüroniini, teisalt aga on suurenenud trijoodtüroniini tarbimine, sest kolmel esimesel kuul loote kilpnäärme veel ei funktsioneerinud ning hormoonidega varustamine on emapoolne. II trimestril ilmneb kilpnäärme hormoonide sisalduse tunduv suurenemine veres, III trimestril aga saabub teatud stabiliseerumine. Seda fakti võib seletada loote kilpnäärme küpsemise ja funktsioneerimise algusega, mistõttu ema kilpnäärme hormoonide produktsioon väheneb. Raseduse ajal täheldasime ve-

Tabel 2. Vereseerumi valguline koostis füsioloogilise raseduse vältel (g/l)

Näitajad	Terved mitterasedad		Terved rasedad			P
	1		2	3	4	
			I trimester	II trimester	III trimester	
	n=29	$\bar{x} \pm m$	n=48	$\bar{x} \pm m$	n=37	
Üldvalk	87,2±0,92	75,6±0,56	72,0±0,56	72,6±0,69	1-2 } 1-3 } 1-4 } 2-3 } 2-4 }	<0,001 <0,01
I prealbumiin	0,34±0,024	0,29±0,011	0,28±0,013	0,26±0,012	1-4	<0,025
II prealbumiin	0,39±0,036	0,38±0,024	0,32±0,018	0,29±0,015	1-4	<0,02
Prealbumiinid (I+II)	0,73±0,053	0,67±0,029	0,60±0,021	0,55±0,020	1-3 1-4	<0,05 <0,005
Albumiin	56,3±0,75	33,6±0,49	30,6±0,32	30,2±0,39	1-2 } 1-3 } 1-4 } 2-3 } 2-4 }	<0,001 <0,001
Albumiinid (prealbumiinid+albumiin)	59,1±0,74	34,3±0,50	31,2±0,32	30,7±0,38	1-2 } 1-3 } 1-4 } 2-3 } 2-4 }	<0,001 <0,001
Postalbumiinid (α-globuliinid)	5,49±0,150	5,02±0,141	5,37±0,102	5,78±0,153	2-4	<0,005
Transferrin	11,02±0,224	8,78±0,204	9,33±0,183	10,49±0,249	1-2 } 1-3 } 2-4 } 3-4 }	<0,001 <0,001
Aeglased β-globuliinid	3,59±0,175	3,65±0,134	3,86±0,141	3,81±0,142	1-2 1-3 2-4	<0,001 <0,025 <0,001
β-globuliinid (transferrin+aeglased β-globuliinid)	14,61±0,275	12,44±0,289	13,21±0,260	14,31±0,293	1-2 1-3 2-4	<0,001 <0,025 <0,001
γ-globuliinid	22,51±0,506	19,21±0,354	17,26±0,333	16,81±0,450	1-2 } 1-3 } 1-4 } 2-3 } 2-4 }	<0,001 <0,01 <0,005
α-makroglobuliinid	3,20±0,094	2,90±0,072	3,15±0,048	3,16±0,103	1-2 2-3 2-4	<0,02 <0,01 <0,05
β-lipoproteiidid	2,36±0,078	1,81±0,054	1,83±0,037	1,88±0,049	1-2 } 1-3 } 1-4 }	<0,001
Makroglobuliinid (α-makroglobuliinid+β-lipoproteiidid)	5,56±0,151	4,72±0,101	4,98±0,066	5,04±0,122	1-2 1-3 1-4	<0,001 <0,01 <0,05

revalkude türoksiini sidumisvõime tu-
gevnemist, mida võib käsitada kui orga-
nismi kaitse- ja kohanemisreaktsiooni,
välistamaks rasedatel hüpertüreosi
tekke võimalust. Hormoon vabaneb
valguga seotud kompleksist kriitilistes
situatsioonides, mis nõuavad hormooni
kiiret toimet. Kogu raseduse ajal
jääb vaba türoksiini indeks normi pii-
resse.

Neerupealiste hormoonid. Tulemused
viitavad kortisooli kõrgeenenud kont-
sentratsioonile veres. Raseduse arene-
misel kortisoolisisaldus suureneb. On
teada, et raseduse vältel säilib kortisooli
sekretsiooni normaalne regulatsioon
tagasisidemehhanismi ümberkorralda-
mise foonil ema organismis, sest kudede
tundlikkus kortisooli suhtes nõrgeneb
(1). Seejuures homöostaasi säilitamiseks

kasutab organism suuremat vaba korti-
sooli hulka. Hüpotalamohüpopüsaarse
telje alanenud tundlikkust kortisooli pi-
durdava toime suhtes võib seletada ema
veres sisalduva kortisooli antagonisti—
progesteroni — toimega. Ka aldoste-
roni kontsentratsioon vereseerumis rase-
duse vältel tõuseb: mitterasedatel 0,49
nmol/l-lt 1,34 nmol/l-le rasedatel III
trimestril ($P < 0,001$). Kuigi aldoste-
roni sekretsiooni regulatsiooni on rase-
duse ajal intensiivselt uuritud, jääb
tema kõrgeenenud sekretsiooni füsioloogi-
line tähtsus ikkagi ebaselgeks. Aldo-
steroni kontsentratsiooni tõus ei ole
seotud vererõhu või kaaliumierituse
tõusuga, pigem on see kompensatoorne
vastusreaktsioon, säilitamaks naatriumi
ja biovedelike (veri, lümf) normaalset
mahtu (4).

Rasedatel ei esine adrenaliini kont-

sentratsiooni olulisi muutusi, võrreldes näitajatega mitterasedatel, noradrenaliinisalduses ilmneb raseduse arenemisel aga tõusutendents. Ka kirjanduses on andmeid noradrenaliini kontsentratsiooni tõusu kohta, mis on vahetult enne sünnitust (6).

Vereseerumi valguline koostis. Tabelist 2 järeldub, et normaalsele rasedusele on iseloomulik üldvalgu kontsentratsiooni langus, mis peegeldab albumiinide fraktsiooni sisalduse langust seoses tsirkuleeriva plasma mahu suurenemisega (3). Kui mitterasedatel on albumiinide kontsentratsioon vereseerumis 38,9 g/l, siis rasedatel III trimestril on see näitaja langenud 30,2 g/l ($P < 0,001$). Ka prealbumiinide sisalduses ilmneb langustendents. Globuliinidest on transferrini kontsentratsioon raseduse I trimestril kontrollrühma näitajatega võrreldes langenud (11,02 g/l-lt 8,78 g/l-le; $P < 0,001$), edasi aga tõuseb see raseduse vältel, mis ilmselt on kaitsemehhanismiks, et tagada piisavalt rauda hemoglobiini, tsütokroomide jt. rauda sisaldavate valkude sünteesiks. Ilmneb aeglase β -globuliinide kontsentratsiooni mõõdukas tõus ja γ -globuliinide kontsentratsiooni märgatav langus (22,51 g/l mitterasedatel ja 16,81 g/l rasedatel III trimestril; $P < 0,001$). Makroglobuliinide fraktsioonis nii α -makroglobuliinide kui ka β -lipoproteiidide kontsentratsioon I trimestril on kontrollrühma näitajatega võrrelduna langenud, raseduse vältel aga tõusnud.

Kokkuvõte. Füsioloogilise raseduse ajal on mitmete hormoonide kontsentratsioon vereseerumis muutunud ning ilmnevad nihked proteinogrammis. Kas neid muutusi seostada vastavate endokriinnäärmete funktsionaalse aktiivsuse muutustega või hormoonide valguga seotud vormide sisalduse muutustega? Ilmselt situatsioonides, mis nõuavad hormoonide kohest toimet, vabanevad hormoonid valguga seotud kompleksidest (kiire tee), seejärel aga intensiivistuvad hormooni produtseerimine ning sekretsioon endokriinnäärmetes (aeglane tee).

Järeldused.

Füsioloogilise raseduse vältel

1) hüpofüüsi eessagara hormoonide türeotropiini ja somatotropiini kontsentratsioon vereseerumis oluliselt ei muutu, AKTH ning prolaktiini kontsentratsioon tõuseb, kusjuures saavutab maksimumi enne sünnitust;

2) kilpnäärme ning neerupealiste hormoonide kontsentratsioon vereseerumis tõuseb;

3) üldvalgu, albumiinide ja γ -globuliinide kontsentratsioon vereseerumis langeb; transferrini, aeglase β -globuliinide ning makroglobuliinide kontsentratsiooni osas esineb tõusutendents;

4) muutused seerumi hormoonide kontsentratsioonis ning proteinogrammis peegeldavad ema organismi kaitse- ja kohanemisreaktsioone homöostaasi säilitamisel.

KIRJANDUS: 1. Carr, B. R., Parker, C. R., Madden, J. D. a.o. J. Obstetr. Gynecol., 1981, 139, 4, 416—422. — 2. Fuchs, F., Klopper, A. Endocrinology of Pregnancy. New York, 1977. — 3. Kawai, T. Clinical Aspects of the Plasma Proteins. Tokyo, 1973. — 4. Nolten, W. E., Ehrlich, E. N. Sodium and mineralocorticoids in normal pregnancy. Kidney Int., 1980, 18, 2, 162—172. — 5. Skjöldebrand, L., Brundin, J., Carlström, A. a.o. Acta endocrinol., 1982, 100, 504—511. — 6. Wladimiroff, J. W., Lo, R. T. H., de Meijer, M. H. M., a.o. Eur. J. Obstetr. Gynaecol. Reprod. Biol., 1983, 14, 6, 365—369.

7. Баграмян Э. Р. Акуш. и гинекол., 1984, 4, 8—12. — 8. Гуламова Ф. Я. Функциональное состояние гипофизарно-тиреоидной системы и метаболизм тироксина у матери и плода при беременности, родах и некоторых воздествиях. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ташкент, 1981. — 9. Калликорм А. П. В кн.: Электрофорез в полиакриламидном геле и его применение в биологии, сельском хозяйстве, медицине и пищевой промышленности. М., 1973, 36—38. — 10. Калликорм А. П., Эстер К. М., Асташкина А. В., Цильмер К. Я., Лаасперс М. С. В сб.: Диагностика и лечение эндокринных заболеваний. Рига, 1976, 45—46. — 11. Мицкевич М. С. Механизмы гормональных регуляций и роль обратимых связей в явлениях развития и гомеостаза. М., 1981. — 12. Паю А. Ю. Лабор. дело, 1979, 5, 297—301.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut
Tartu Riikliku Ülikooli rektoraat

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut

Laur Karu · Tartu

ÜMPI, asutamine, struktuur, uurimisprobleemid ja -suunad, saavutused

Möödunud aasta 1. märtsil tähistas TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut (ÜMPI) oma viiendat aastapäeva. Selle noore instituudi juured aga ulatuvad tunduvalt kaugemasse minevikku.

Instituudi põhialuseks tuleb pidada TRÜ Arstiteaduskonna Meditsiini Kesklaboratooriumi, millele instituudi asutamisel lisandus veel mitmeid probleemilaboratooriume ja töөрühmi, mis enne olid asunud TRÜ eri kateedrite ja allüksuste juures.

Nii kõlab TRÜ rektori käskkiri 1. märtsist 1979 (nr. 28 § 1) järgmiselt: «Moodustan alates 1. märtsist 1979 Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi meditsiini kesklaboratooriumi, sekretoorsete protsesside biokeemia laboratooriumi, psühhofarmakoloogia laboratooriumi, veresoontekirurgia laboratooriumi ja molekulaarbioloogia uurimisgrupi baasil». Sama käskkirjaga kinnitatakse ka instituudi struktuur. Instituudi koosseisus oli tol ajal 122 inimest. Ilmselt kõige murrangulisemaks meditsiini teadusliku uurimistöö allüksuste arengus tuleb pidada meditsiini kesklaboratooriumi moodustamist 1962. aastal. Kuuekümnendate aastate alguseks oli selge, et ainuüksi eri kateedrite juures asuvad uurimisrühmad ei suuda tagada ei teadusprobleemide lahendamist ega teadlaskaadri küllaldast juurdekasvu. Samuti ei olnud võimalik uurimisrühmi ega probleemilaboratooriume varustada nüüdisaegse uurimisaparatuuriga. Kesklaboratooriumi organiseerimisel nägid palju vaeva ja kulusid energiat professorid A. Linkberg, R. Looga, E. Raudam, L. Tähepõld,

K. Põldvere, K. Villako, L. Allikmets, A. Lenzner ning S. Velbri ja paljud teised. Erilist tähelepanu väärivad prof. R. Looga eeltöö. Kesklaboratooriumi põhiülesanne oli kliiniliste kateedrite abistamine teaduslikuks uurimistööks vajamineva kaadri ja aparatuuriga. Aastail 1962...1966 juhtis kesklaboratooriumi K. Põldvere, 1966...1972 A. Veldi ja 1972...1979 A. Kallikorm. Seitsmekümnendate aastate lõpuks aga nõudis aeg eesmärkide ja struktuuri muutmist. Saavutatud oli selleks ajaks palju. Kesklaboratooriumi baasil tehtud tööde alusel oli kaitstud 20 doktori- ja 31 kandidaadiväitekirja nii laboratooriumi töötajate kui ka arstiteaduskonna õppejõudude ja tervishoiusüsteemis töötanud arstide poolt.

Tänu TRÜ rektori prof. A. Koobi, Meditsiini Kesklaboratooriumi juhataja dots. A. Kallikormi, arstiteaduskonna dekaani prof. L. Allikmetsa ja paljude teiste eeltööle tegi Eesti NSV Ministrite Nõukogu 1977. aasta septembris NSV Liidu Teadus- ja Tehnikakomiteele ning NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumile ettepaneku moodustada TRÜ juures Üld- ja Molekulaarpatoloogia Teadusliku Uurimise Instituut, mis 1979. aastal avati.

Esimeseks direktoriks määrati praegune TRÜ teadusprorektor prof. A. Kallikorm, kes juhtis instituuti aastail 1979...1982. 1982. a. alates on seda teinud allakirjutanu.

Viie aasta jooksul on instituut tugevnenud nii organisatoorselt, teaduslikult kui ka materiaalselt. Erinevalt eelnevatest ülesannetest — põhisuund teisi abistada — on instituudi põhiülesanne nüüd nii fundamentaalsete kui ka rakenduslike teadustööde tegemine küllalt laiald meditsiinilis-bioloogilisel diaspsoonil.

Instituudis on 165 töötajat ja 31 lepingulist töötajat, kokku 191 inimest. Lisaks otsesele uurimistööle on instituut praktikabaasiks igal aastal ligikaudu 200-le TRÜ arstiteaduskonna, bioloogia, keemia, füüsika eriala üliõpilasele.

Praegu kuuluvad ÜMPI struktuuri järgmised allüksused. Reguleerimis-

protsesside osakonna koosseisus on hormonaalse regulatsiooni labor, immunoloogialabor ja immuunpatoloogialabor.

Kardioloogia- ja koronaarkirurgiaosakonda kuuluvad koronaarkirurgialabor, anestesioloogia- ja reanimatoloogialabor, röntgenkontrastainete labor, röntgenangiokardiograafialabor ja südame isheemiatõve prognoosi uurimise labor.

Kardiovaskulaarsüsteemi haiguste uurimise osakonna koosseisus on müokardiinfarkti uurimise labor, südame- ja veresoonekonna biokeemia ja füsioloogia uurimise labor, ajuvereringehaiguste labor.

Geneetika- ja biotehnoloogiaosakond koosneb inimesegeneetika, rakubioloogia ja molekulaarse modelleerimise laborist.

Peale osakondadesse koondatud laborite kuulub ÜMPI koosseisu mitmeid iseseisvate ülesannetega laboreid: eksperimentaalse ja kliinilise psühhofarmakoloogia labor, ensümolooalia-labor, molekulaarbioloogialabor, mikroobide ökoloogia labor, enteroloogia-labor ja -katsebaas. Ilmselt tuleb ÜMPI struktuuri veelgi kompaktsemaks muuta.

Nagu eespool toodust nähtub, uurib ÜMPI meditsiinilis-bioloogilisi probleeme küllalt laialdaselt. Meie teadustöö on koordineeritud NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia, NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi ja NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi probleeminõukogudes ja see toimub 18 teemal 9 probleemi all. Kuut teemat lahendatakse üleliiduliste riiklike programmide alusel. Kolm teemat on lahendamisel NSV Liidu Riikliku Teadus- ja Tehnikakomitee ülesannetena. 1982. aastast alates on ÜMPI biotehnoloogiaalase üleliidulise teaduslik-tehnilise kompleksisihprogrammi üks täitjaid. Kaht teemat (gastroenteroloogia ja neuroloogia) täidetakse NSV Liidu — Soome vahelise sotsiaalhoolduse ja tervishoiu ning meditsiini alal toimuva koostöö liinis.

Oma töötulemuste eest on ÜMPI üleliidulises kõrgkoolide teadusinstituutide vahelises sotsialistlikus võistluses 1981. ja 1982. a. pälvinud kolmanda ja 1983. a. teise koha.

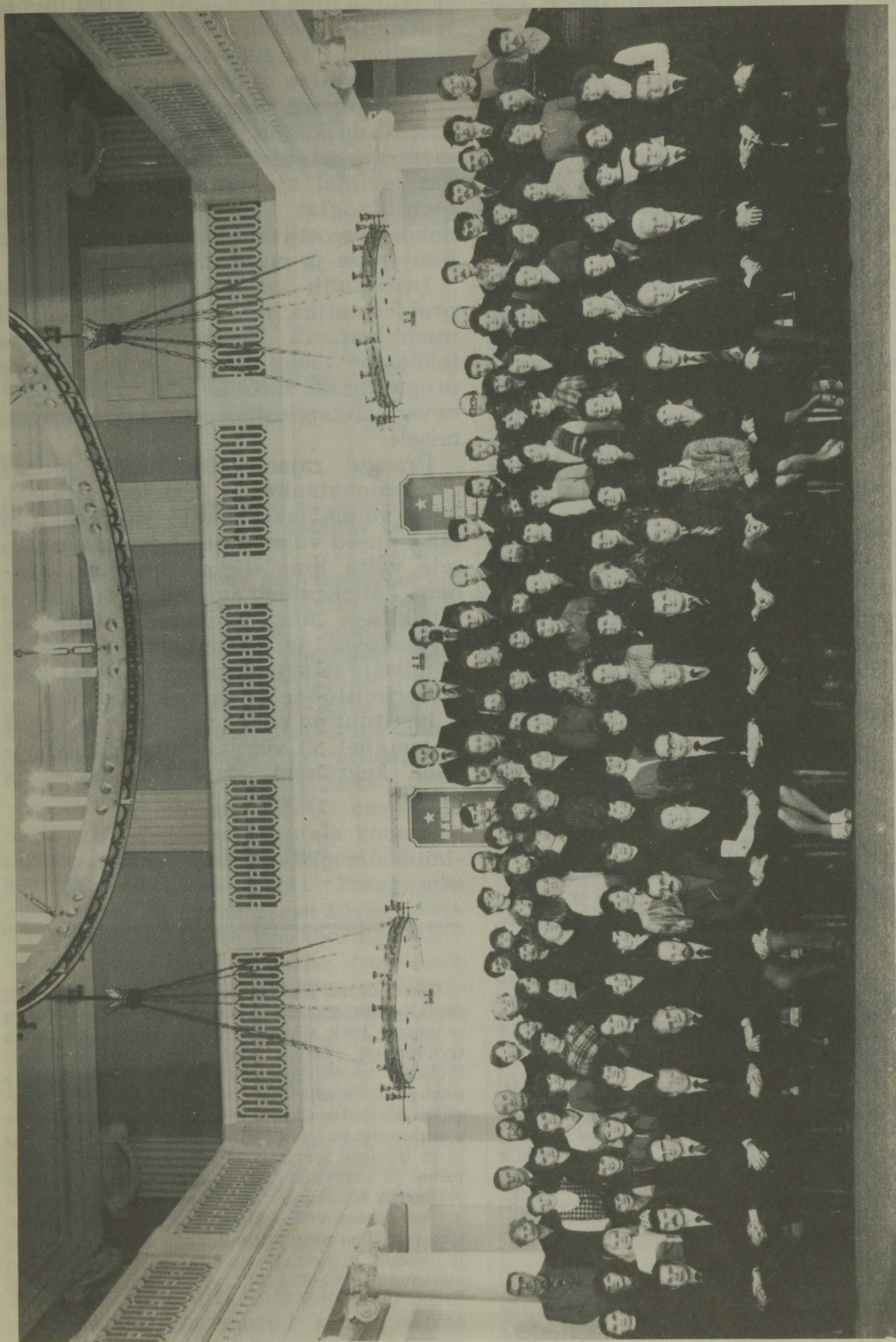
Lühiülevaates ei ole võimalik kõiki ÜMPI teadussuundi põhjalikult käsitleda, liiati on nendega võimalik tutvuda erialakirjanduse vahendusel. Tooksin vaid mõned tegevussuunad.

Instituudis on küllalt suuremahuline uurimistö biotehnoloogia valdkonnas. Sellest võtavad osa nii geneetika- ja biotehnoloogiaosakond kui ka molekulaarbioloogialaboratoorium. Meie ülesanne on hübriidsete rakuliinide (hübriidoomide) loomine, mille alusel saab toota kindlate omadustega monokloonseid antikehi, mis aitavad paljusid haigusi diagnoosida ning tulevikus ka ravida. Üleliidulise sihtprogrammi järgi tuleb meil saada monokloonseid antikehad, mille abil võib määrata olulisi aineid bioloogilistes vedelikes, sealhulgas müoglobiini määramiseks patsiendi veres infarkti varajase diagnoosimise eesmärgil. Loodud on juba hulgaliselt hübriidome mitmesuguste teiste ainete, kaasa arvatud hormoonide määramisel tarvisminevate monokloonsete antikehade saamiseks. Hübriidoomide meetodikast on huvitatud mitte üksnes meedikud, vaid ka loomakasvatatajad. Koostöös Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Teadusliku Uurimise Instituudiga toimub meetodika väljatöötamine veiste tiinuse varajaseks kindlaks tegemiseks.

Molekulaarbioloogia on oma traditsiooniliselt valgusünteesi uurimisel hakanud üle minema onkogeeni uurimisele.

Geneetikud on koostöös Tartu Kliinilise Haigla, Tartu Kliinilise Sünnitusmaja ja TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedriga hakanud tegelema üsasiseste geneetiliste haiguste diagnoosimisega.

Palju aastaid on nii TRÜ arstiteaduskonnas kui ka ÜMPI-s tegeldud kardioloogiaalase temaatikaga. ÜMPI-s on peatähelepanu pööratud isheemiatõve terapeutilisele ja kirurgilisele



Fotol Tartu Riikliku Ülikooli Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi töötajad 1984. aastal. V. Kutsari foto.

ravile ning haigusmehhanismide eksperimentaaluurimisele. Erilist tähelepanu on kardioloogia- ja koronaarkirurgiaosakond pööranud südame isheemiatõve terapeutilise ja kirurgilise ravi taktika väljatöötamisele ning akuutsel perioodil isheemiatõve ja südameinfarkti optimaalsete ravivõtete leidmisele. Meie koronaarkirurgide tegevus on NSV Liidus juhtival kohal ja esimestena ollakse võimeline akuutses staadiumis infarkti ravima lisaks medikamentoossele meetodile ka kirurgiliselt, trombolüütilisel või muudel meetoditel.

Seoses eksperimentaalkardioloogia osakonna avamisega on võimalus hakata suuremat rõhku panema eksperimentaalsuunale, eriti prostaglandiinide osale isheemiatõve ravis (koostöös Eesti NSV TA Keemia Instituudiga).

Kujunenud on hea koostöö Tartu Kliinilise Haigla ja Tallinna Kiirabihaigla, mis on meie põhibaasid.

Koostöös TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedriga töötab ÜMPI mikroobide ökoloogia labor laktobatsillide morfoloogia ja funktsionaalse tähenduse selgitamise alal. Selles osas toimub koostöö nii rahvusvahelises kui ka üleliidulises ulatuses, sealhulgas kosmosemeditsiini alal, selgitamaks laktobatsillide funktsiooni ja muutusi pikaajase kosmoselennu ajal.

Enteroloogialabor on spetsialiseerunud seedetrakti funktsionaalse seisundi hindamisele soolemikrofloora ainevahetuse produktide kvalitatiivse ja kvantitatiivse analüüsi alusel, uuritakse ka elanike laktaasidefitsiiti. Need probleemid on ka NSV Liidu—Soome vahelises koostööprogrammis.

Molekulaarbioloogialabor on seni tegelnud peamiselt valgusünteesi uurimisega, täpsemalt: ribosoomide ehitusega. 1984. aasta algul hakkas labor uurima uut teemat — geenide ekspresiooni. Peatähelepanu on seejuures pööratud vähi teket põhjustavatele geenidele, onkogeenidele.

Lai tegevusväli on hormonaalse regulatsiooni osakonnal, kus kaks immunoloogialaborit uurivad maksahaiguste

ja reuma ning reumatoidartriidi immunoloogilisi mehhanisme. Tegeldakse ka raseduse ja türetoksikoosi hormonaalmehhanismide selgitamisega.

Ajuvereringehaiguste labor koos TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedriga uurib elanike hulgas levinud ajuvereringehaiguste epidemioloogiat ja prognoosi ning nendega seostuvaid hormonaalseid, vere hüübimise ja muid mehhanisme.

Instituudil on küllalt lai teadusproblemaatika, mis hõlmab aktuaalseid uurimissuundi. Edaspidi püüame oma teadustöö veelgi enam suunata riiklike programmide täitmisele ja sellest tulenevate rakenduslike suundade arendamisele.

Praegu rajame instituudi juurde eksperimentaalset katsetootmisbaasi, mis võimaldaks meil väljatöötatud lahendused võimalikult kiiresti kasutusele võtta ilma liigsete vaheinstantsideta. Selleks tuleb aga üle saada ruumikitsikusest ning ehitada instituudile teadustööks ja katsetootmiseks sobiv nüüdisaja nõuetele vastav hoone. Organiseerimistöö selles suunas juba käib.

Instituut on noor, oleme täis energiat ja teotahet, et võimalikult hästi lähendada keerukaid, kuid tähtsaid ülesandeid.

*TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut*

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil on alkoholi kuritarvitamise sagenemisest kogu maailmas kõik alkoholismitõrje probleemid väga teravnenud. Samal ajal ühiskonna huvitatus inimeste tervislikust elulaadist võib soodustada niisuguse tõsiasja mõistmist, et alkohoolsed joogid ei ole mitte üksnes mõnuained, vaid et nende pruukimine kujutab endast suurt riski ühiskonnale ja inimese tervisele, täpselt samuti nagu kahjulike ja riknenud toiduainete söömine. Sellises olukorras ühiskonna muretundmine alkoholismi leviku pärast võib aidata mobiliseerida rahvastiku püüdlusi ning kujundada avalikku arvamust ja hoiakut, mis omakorda aitab rakendada kaitsemeetmeid alkoholi kuritarvitamise tõkestamiseks.

Ülevaated

UDK 616.127-005.8:612.745(047)

Koormusproov varajasel infarktjärgsel perioodil

Külliki Karu · Tartu

müokardiinfarkt, koormustest, koormustesti vastunäidustused, koormus-EKG kliiniline ja prognoostiline tähendus

Infarktihaigetele koormusproovide tegemisel tuleb lähtuda ÜTO ekspertide soovitustest meetodika, näidustuste, vastunäidustuste, testi tegemise tingimuste ja hindamiskriteeriumide kohta (9, 29). Artiklis on eesmärgiks seatud käsitleda olulisemaid probleeme koormustestide tegemisel ja hindamisel varajasel infarktjärgsel perioodil.

1971. a. pidasid ÜTO eksperdid müokardiinfarkti põdenutele koormustesti lubatuks alles kolme kuu möödumisel infarkti algusest (9). Praeguseks on kujunenud arvamus, et tüsistumata infarktiga haigetele on koormusproov lubatud ja isegi vajalik tunduvalt varem. Varajase koormusproovi õigustuseks infarktjärgsel perioodil peetakse testi ohutust ning võimalust varakult välja selgitada suure riskiga haiged. Enamik autoreid (4, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 17, 26) soovitab koormustesti teha siis, kui tüsistusteta kulgeva infarkti algusest on möödunud kolm nädalat. On ilmunud ka töid, kus leitakse, et vastava meetodika rakendamisel on koormuskats ohutu juba kaks nädalat pärast ägedat atakki (19, 25, 27). Tartu Kliinilise Haigla infarktiosakonnas on infarktihaigetele tehtud koormusteste 3...4 nädalat pärast infarkti tekkimist.

Paljude uurijate (5, 6, 13, 15, 19, 27) andmeil ei ole koormusproovide tulemusena infarkti põdemise järgselt tüsistusi tekkinud. A. Pedersoni ja kaasautorite (16) andmeil tekkis 1500 uuritust kahel varajase testi sooritamisel südamevatsakeste fibrillatsioon, mis ühel juhul lõppes surmaga. F. M. Weldi ja kaasautorite (25) poolt uuritud 250 haigest, kellele koormustest tehti kaks nädalat pärast infarkti haigestumist, tekkis kahel infarkti retsidiiv 24 tundi pärast koormustesti.

Varajase koormustesti eesmärk on: 1) infarktihaige individuaalse koormustaluvuse määramine; 2) andmete saamine raviskeemi ja kehalise treeningu programmi koostamiseks; 3) haiglast väljakirjutamise aja määramine (10); 4) koronarograafia vajaduse selgitamine (3); 5) prognoosi määramine; 6) haige psüühika ja kehalise aktiivsuse mõjutamine soodsas suunas (6, 8, 13).

Et tagada testi ohutus, tuleb eelnevalt kindlaks teha vastunäidustused ning neid arvestada. Põhilisteks vastunäidustusteks on (5, 6, 15): 1) ebastabiilne ja rahuolekustenokardia; 2) kliiniliselt, röntgenoloogiliselt või ehokardiograafiliselt diagnoositud südame- ja veresoonkonnapuudulikkus (diastoolne galopprütm, kopsupais, südame mõõtmete suurenemine); 3) arteriaalne hüpertensioon üle 180/100 mmHg; 4) südame erutustekke- ja juhtehäired (sage ventrikulaarne ekstrasüstoolia, südamekodade laperdus ja virvendus, Hisi kimbu vasaku sääre totaalne blokaad); 5) kaasuvad haigused (südame klapirikked, kopsuhaigused, lihaste ja liigeste haigused). Meie ei ole koormustesti teinud ka Dressleri sündroomi ning II...III astme atrioventrikulaarse blokaadi puhul, samuti üle 60 aasta vanustele patsientidele.

Mõne autori (5) arvates ei tohi 24 tundi enne testi uuritavatele manustada nitropreparaate ega arütmiavastaseid vahendeid. Neile haigetele aga, kes on saanud beetaadrenoblokaatoreid ja/või digitaalpreparaate, olevat parem koormustesti mitte ette võtta. Mitmed uurijad (4, 13, 19) aga arvavad,

et koormustest tuleks teha tavalise ravi foonil ning tulemuste interpreteerimisel arvestada ravimite võimaliku mõju. Ka meie arvame, et ravimite ärajätmine enne koormusproovi ei ole nendel haigetel otstarbekas. Koormusteste oleme teinud ka digitaalsravi foonil, kusjuures eluohtlikke rütmihäireid ei ole tekkinud ühelgi juhul.

On nõutav, et testi teeksid funktsionaalse diagnoosimise alal kogenud arst ja õde. Protseduuri juures peaks olema vähemalt kaks meditsiinitöötajat. Arsti juuresolekuta on testi tegemine kategooriliselt keelatud. On vajalik, et koormusproovi tegev arst tutvuks eelnevalt patsiendi haiguse käiguga ning teaks, milliseid ravimeid haige on saanud. Uuringu eel peab arst haigelt pärima, milline on olnud tema tervislik seisund viimastel päevadel, ning füsioloogiliselt uurima kardiovaskulaarset ja respiratoorset süsteemi. Eeldame, et rahuoleku-EKG registreerimine ja vererõhu mõõtmine on rutiinsed võtted. Koormustestikabinetis peab olema töökorras defibrillaator ning reanimatsiooniks tarvisminevad vahendid ja ravimid, mille kasutamist peab valdama. Test tehakse kardioskoobi kontrolli all, ennetamaks ohtlike rütmihäirete teket ning jälgimaks ST-segmendi muutusi koormuse ajal. Koormuse ajal mõõdetakse iga koormusetapi lõpul arteriaalset rõhku. EKG-d on soovitatav registreerida 12 lülituses, sest väiksema arvu lülituste korral väheneb testi tundlikkus (20, 22).

Koormusproovidel kasutatakse mõõdukaid, astmeliselt tõusvaid koormusi liikuvrajal (*treadmill*) (6, 15, 17, 19, 25) või veloergomeetril (1, 10, 13, 18, 30). Liikuvrajal alustatakse koormusest, mis vastab hapniku tarbimisele 2...3 metaboolset ühikut (MET), ning koormust suurendatakse ühe MET-i kaupa (5, 6, 17). Veloergomeetril on algkoormuseks tavaliselt 25...50 W (1, 4, 10, 13, 27, 30) ja koormust suurendatakse kas 25 W (10, 27, 30) või harvem 50 W kaupa (13). Koormusastme kestuseks on enamasti kolm

minutit (5, 6, 17, 25, 26), mõnikord ka 4...6 minutit (10, 13, 30). Provokatsiooniteste, mille puhul koormust lisatakse juurde iga minuti järel, infarktihaigete uurimiseks ei kasutata.

Neil haigeil oleme veloergomeetril alustanud koormusest 0,5 W kehakaalu 1 kg kohta, seejärel suurendanud seda iga kolme minuti järel 0, 25 W kaupa kehakaalu ühe kg kohta. Maksimalne koormus seejuures ei ületa tavaliselt 1 W/kg.

Testi katkestamise momendi määramisel puudub üksmeel selles, kas test tuleb lõpetada mingi kindla löögisageduse saavutamise korral ka sel juhul, kui haige enesetunne on hea, vererõhu reaktsioon normi piires ning rütmihäireid ei esine. Mitmed autorid (4, 21, 26, 27) peavad maksimaalselt lubatavaks südame löögisageduseks varajasel infarktijärgsel perioodil 120...130 korda minutis. Teised seevastu leiavad, et maksimaalse lubatava löögisageduse arvestamine ei tee testi ohutumaks ning lõpetavad koormustesti siis, kui ilmuvad nn. limiteerivad sümptoomid (5, 6, 13, 16, 17). R. F. De Busk kaasautoritega (6), uurinud võrdlevalt koormustestide tulemusi, mille puhul ühel haigete rühmal katkestati test südame löögisageduse puhul 130 korda minutis ja teisel rühmal limiteerivate sümptomide ilmnemise korral, jõudis järeldusele, et enamik prognostiliselt olulisi EKG muutusi tuleb esile sagedusel alla 130 löögi minutis. Oma kogemuste alusel julgeme arvata, et varajasel koormustestil võiks piirduda südame löögisageduse 130 korda minutis saavutamisega.

Mõne autori arvates on üks testi katkestamise kriteeriume ST-segmendi depressiooni teke või süvenemine 0,1 mV (26, 27) või 0,2 mV (4, 13, 21). Teised uurijad (5, 6, 17) ei pea ainuüksi ST-segmendi muutusi piisavaks, kui puuduvad teised limiteerivad sümptoomid. Kuid infarktihaigetel kaasneb stenokardia ST-segmendi muutustega suhteliselt harva (5, 6, 13, 15, 16, 17, 19) ning ST-segmendi depressiooni teket koormuse korral peetakse prognostiliselt tähtsaks tunnuseks (5, 6, 7, 17),

mistõttu meie arvates ei ole mõtet testi jätkata, kui on tekkinud ST-segmendi depressioon 0,2 mV.

Kirjanduse andmeil (4, 5, 6, 13, 26) on testi katkestamise üldtunnustatud kriteeriumid järgmised: 1) subjektiivsed limiteerivad sümptoomid, nimelt stenokardia, õhupuudus, tugev väsimustunne, jalgade väsimine, tasakaaluhäired; 2) süstoolse vererõhu mitteadekvaatne reaktsioon koormuse suhtes (süstoolse vererõhu langus 10 või enama mmHg võrra, võrreldes testipuhuse maksimaalväärtusega); 3) südame rütmihäired (ventrikulaarne tahhükardia, polütoopne, rühmaviisiline või sage ventrikulaarne ekstrasüstoolia, sage supraventrikulaarne ekstrasüstoolia). Mitmed uurijad (5, 6, 13, 16, 17, 19), kes on analüüsinud testi katkestamise põhjusi, on leidnud, et kõige sagedamini katkestatakse koormustest patsiendi väsimuse ja õhupuudustunde (resp. hingelduse) tõttu — 37...77 %-l juhtudest, harvemini on testi lõpetamise põhjuseks stenokardia (10...24%), hüpotensioon (7...19%) ja eluohtlikud rütmihäired (0...4,8%). Kui testi katkestamise kriteeriumiks peetakse südame löögisagedust 130 korda minutis ka juhtudel, kui teised limiteerivad sümptoomid puuduvad, siis oleks selle sageduse saavutamine koormustesti lõpetamise põhjuseks kuni 45%-l haigetest (5). Meie poolt analüüsitud 60 varajasel koormustestil olid testi katkestamise põhjuseks väsimus ja õhupuudustunne 58,3%-l ning stenokardia 23,3%-l, vaid 11,7%-l haigetest südame löögisageduse tõus üle 130 löögi minutis. Rütmihäirete teke oli testi lõpetamise põhjuseks kolmel haigel (4,8%) ning ülemäärane vererõhu tõus ühel haigel (1,6%).

Koormustesti tulemuste hindamine peab olema kompleksne, arvestades 1) testi katkestamise põhjust, 2) lävi-koormuse suurust, 3) vererõhu ja südame löögisageduse dünaamikat, 4) rütmihäirete esinemist või puudumist, 5) EKG muutusi.

Järgnevalt piirdume vaid EKG muutuste interpreteerimise ning koormus-

testil tekkivate EKG muutuste ning rütmihäirete kliinilise ja prognostilise tähenduse käsitlemisega.

Positiivse koormustesti elektrokardiograafilised kriteeriumid infarkthaigetel on järgmised (20, 22): 1) horisontaalne või destsendeeruv ST-segmendi depressioon vähemalt 0,1 mV 0,08 sekundit pärast J-punkti, võrrelduna rahuoleku-EKG-ga; 2) aeglaselt astsendeeruv ST-segmendi depressioon vähemalt 0,2 mV 0,08 sekundit pärast J-punkti; 3) ST-segmendi elevatsioon vähemalt 0,1 mV 0,04 sekundit pärast J-punkti, võrrelduna rahuoleku-EKG-ga.

ST-segmendi depressioon tekib kehalisel koormusel eri autorite (5, 12, 13, 15, 16, 19, 25) andmeil 22...70%-l infarkthaigetest (keskmiselt 30...40%-l) ning ST-segmendi elevatsioon 7...14%-l. Kuni 60%-l haigetest varajasel koormustestil ST-segmendi muutusi ei teki (12, 19). Rütmihäirete teket koormustestil täheldatakse 20...51%-l infarkti põdenulist (13, 16, 19, 24, 25), seejuures eluohtlikke rütmihäireid 0...4,8%-l juhtudest (5, 13, 16, 17, 19). Meie andmeil tekkis varajasel koormustestil ST-segmendi depressioon 35%-l ning ST-segmendi elevatsioon 13%-l haigetest. Ainuüksi T-saki muutused ilmnesisid 3%-l ja rütmihäired ilma ST-segmendi muutusteta 8%-l haigetest. 40%-l haigetest koormusproovil EKG muutusi ei ilmenenud.

ST-segmendi depressiooni kujunemist või süvenemist kehalisel koormusel peetakse subendokardiaalse isheemia ilminguks. Selline muutus viitab võimalusele, et lisaks infarkti piirkonda verrega varustavale pärgarterile on skleroseerunud ka kahjustamata müokardi varustav arter (1, 20, 23, 25). J.F.Tubau ja kaasautorid (20), kõrvanud koormustesti tulemusi koronarograafia andmetega, leidsid, et neist infarkthaigetest, kellel koormusel tekkis ST-segmendi depressioon ≥ 2 mm, esines 60%-l kas kolme pärgarteri stenoos $\geq 70\%$ või vasaku pärgarteri põhitüve stenoos $\geq 50\%$.

Seevastu ST-segmendi elevatsioonid teket või süvenemist koormusproovil infarktjärgsel perioodil ei peeta müokardi isheemia tunnuseks, pigem peetakse seda vasaku südamevatsakese seinä süveneva või transitoorse asünergia väljenduseks (1, 2, 18, 20, 22, 28). J. F. Tubau ja kaasautorid (20) leidsid ventrikulograafiliselt akineesia või düskineesia 92%-l infarktihaigetest, kellel koormusel kujunes ST-segmendi elevatsioon. Seejuures esines samal ajal mitme pärgarteri kahjustus 25%-l eesseina- ning 80%-l inferioorse infarktiga haigeist. Kui ST-segmendi elevatsiooniga ei kaasne ST-segmendi depressiooni mõnes teises lülituses, on tavaliselt tegemist vaid infarkti piirkonda varustava pärgarteri haigusega (11, 22, 23). Kui ST-segmendi elevatsioonile lisandub ST-segmendi depressioon, suureneb mitme pärgarteri kahjustuse tõenäosus (1, 11, 23). Ei tohi unustada, et teatud juhtudel võib ST-segmendi depressioon olla retsi-prookseks muutuseks ST-segmendi elevatsioonile, mitte aga isheemia tunnuseks (1, 22, 28).

Infarktjärgsel perioodil on kehalisel koormusel tekkivale ST-segmendi elevatsioonile iseloomulikud järgmised tunnused (1, 2): 1) tekib tavaliselt lülitustes, kus on patoloogiline Q-sakk; 2) elevatsiooniga võib kaasneda T-saki reversion (negatiivse T-saki muutumine positiivseks) samas lülituses; 3) tekib koormusel järk-järgult, elevatsiooni amplituud sõltub südame löögisagedusest; 4) stenokardia kaasneb harva; 5) koormusel tekkiv ST-elevatsioon ajapikku väheneb, kui pole tegemist aneurüsmi või ulatusliku akineesiaga.

ST-segmendi elevatsiooni teket kehalisel koormusel peetakse prognostiliselt vähem raskeks muutuseks kui ST-segmendi depressiooni (7). Kuid K. F. Hosacki ja kaasautorite (12) andmeil oli suremus esimesel kuul infarktjärgsel kuul tunduvalt suurem selles haigete rühmas, kellel koormusel tekkis ST-segmendi elevatsioon (10,7%), võrreldes haigetega, kellel ST-segmendi

elevatsiooni ei tekkinud (suremus vaid 0,5%). Kui ST-segmendi elevatsioon tekib või süveneb väikese koormuse korral, esineb paljudes lülitustes ning kui kaasnevad ventrikulaarsed ekstrasüstolid, võib tegemist olla vasaku südamevatsakese funktsioonivõime langusega (1). Noortel haigetel, kellel on eesseinainfarkt ja kellel pärgarterite ateroskleroos on vähene ning infarkti tekkepõhjuseks oli pärgarteri tromb, jääb koormus-EKG-l tekkiv ST-elevatsioon aastateks püsima, kusjuures samal ajal on nende koormustaluvus hea (1).

Prognostiliselt kõige raskemaks EKG muutuseks infarktihaigetel peetakse ST-segmendi depressiooni teket või süvenemist (5, 6, 7, 17). R. F. De Buski ja kaasautorite (6) andmeil esines haigetel, kellel koormustestil kolm nädalat pärast infarkti tekkis ST-segmendi depressioon $\geq 0,1$ mV, kolme kuu jooksul pärast haiglast väljakirjutamist tunduvalt sagedamini äkksurma, südamevatsakeste fibrillatsiooni, reinfarkte, ebastabiilset stenokardiat. Mõned uurijad (5, 17) peavad prognostiliselt oluliseks alles ST-segmendi depressiooni $\geq 0,2$ mV. P. Theroux ja kaastöötajad (19) leidsid, et nende arvele, kellel varajasel koormustestil tekkis ST-segmendi depressioon, langes 85% kõikidest surmajuhtudest ja 91% äkksurmajuhtudest esimesel infarktjärgsel aastal.

Koormusjärgse ST-segmendi depressiooni iseloomulikud tunnused on järgmised (1, 23): 1) enamasti ei teki see lülitustes, kus esineb patoloogiline Q-sakk, kuid võib tekkida infarkticolde piiril, sel puhul sageli koos Q-saki transitoorse kadumisega; 2) stenokardia kaasneb ST-segmendi depressiooniga sagedamini kui ST-segmendi elevatsiooniga; 3) infarktist paranemise perioodil on edasine ST-depressiooni vähenemine vähe tõenäone.

Negatiivsel koormustestil (koormusel ei tekkinud ST-segmendi muutusi ega stenokardiat) võib infarktjärgsel perioodil olla kahesugune tähendus: 1) koronaarverevarustuse puudulikkus esineb vaid infarkticolde piirkonnas (23);

2) test osutub valenegatiivseks (14, 20, 21). Valenegatiivsed koormustestid on sagedad just neil infarktihaigeil, kellel vasaku südamevatsakese funktsioonivõime on langenud (vasaku südamevatsakese seinä asünergia, diastoli kõrge-
nenud lõpurõhk vasakus südamevatsakeses, madal väljutusfraktsioon). Mõne autori andmeil (20) on valenegatiivseid koormusteste rohkem raske stenokardiaga haigetel. Haigetel, kellel stenokardia tekib mõõduka või väikese koormuse korral, välistab negatiivne koormustest mitme pärgarteri kahjustuse vaid 42...44%-l juhtudest (kergema stenokardiaga haigetel on see protsent 80).

Üksikutel ventrikulaarsetel ekstrasüstolitel koormustesti korral ei ole prognostilist tähtsust (1). Suuremat tähendust omistatakse sagedatele ventrikulaarsetele ekstrasüstolitele, *bigemina*'le, polütoopsetele ja rühmaviisilistele ekstrasüstolitele, eriti aga ventrikulaarsele tahhükardiale (1, 16, 19, 24). P. Theroux' ja kaasautorite (19) andmetel on äkkurma risk 2,5 korda suurem neil, kellel koormustestil tekivad ventrikulaarsed ekstrasüstolid. Mitme autori (1, 5, 6, 15, 17) arvates on koormustestil tekkivad ventrikulaarsed ekstrasüstolid eelkõige vasaku südamevatsakese funktsioonivõime languse näitajad. Ekstrasüstolite prognostiline tähendus on suurem, kui koormustestil tekib nendega samaaegselt ST-segmendi elevatsioon ning kaasneb madal koormustaluvus (1).

Mõõduka koormusega proov 3...4 nädalat pärast tüsistusteta kulgenud infarkti on patsiendile ohutu, võimaldab varakult välja selgitada suure riskiga haiged ning annab arstile väärtuslikku informatsiooni ravi- ja rehabilitatsiooniplaani koostamiseks.

KIRJANDUS: 1. *Broustet, J. P.* In: *Advances in Cardiology*. Basel, 1978, 24, 16-30. — 2. *Chahine, R. A., Raizner, A. E., Ishimori, T.* *Circulation*, 1976, 54, 209-213. — 3. *Chaitman, B. R., Waters, D. D., Corbara, F. a. o.* *Circulation*, 1978, 57, 1085-1090. — 4. *Corbett, J. R., Dehmer, G. J., Lewis, S. E. a. o.* *Circulation*, 1981, 64, 535-544. — 5. *Davidson, D. M., De Busk, R. F.* *Circulation*, 1980, 61, 236-242. — 6. *De Busk, R. F., Haskell, W. L.*

Circulation, 1980, 61, 738-743. — 7. *De Landsheere, C., Smeets, J. P., Rigo, P. a. o.* In: IX World Congress of Cardiology Abstracts. II, Moscow, 1982, abstract nr. 0663. — 8. *Ewart, C. K., Taylor, C. B., Reese, L. B. a. o.* *Am. J. Cardiol.*, 1983, 51, 1076-1080. — 9. *Fundamentals of exercise testing.* World Health Organization. Geneva, 1971. 10. *Geissler, W., Franz, N., Förster, A. a. o.* In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. II. Moscow, 1982, abstract nr. 0403. — 11. *Haiat, R., Broustet, J-P.* *Nouv. Presse Med.*, 1976, 5, 775-778. — 12. *Hossack, K. F., Sivaraajan, E. S., Almes, M. J. a. o.* *Am. J. Cardiol.*, 1982, 49, 932. — 13. *Ibsen, H., Kjoller, E., Styperek, J. a. o.* *Acta med. scand.*, 1975, 198, 463-469. — 14. *Kramer, N., Susmano, A., Shekelle, R. B.* *Circulation*, 1978, 57, 763-768. — 15. *Markiewicz, W., Houston, N., De Busk, R. F.* *Circulation*, 1977, 56, 26-31. — 16. *Pederson, A., Grande, P., Saunamäki, K. a. o.* *N. Engl. J. Med.*, 1980, 302, 174. — 17. *Sami, M., Kraemer, H., De Busk, R.* *Circulation*, 1979, 60, 1238-1247. — 18. *Sharma, B., Goodwin, J. F., Raphael, M. a. o.* *J. Br. Heart J.*, 1976, 38, 59-70. — 19. *Theroux, P., Waters, D. D., Halphen, C. a. o.* *N. Engl. J. Med.*, 1979, 301, 341-345. — 20. *Tubau, J. F., Chaitman, B. R., Bourassa, M. G. a. o.* *Circulation*, 1980, 61, 44-52. — 21. *Upton, M. T., Palmeri, S. T., Jones, R. H. a. o.* *Am. Heart J.*, 1982, 104, 1232-1243. — 22. *Waters, D. D., Chaitman, B. R., Bourassa, M. G. a. o.* *Circulation*, 1980, 61, 286-296. — 23. *Weiner, D. A., Mc Cabe, C., Klein, M. D. a. o.* *Circulation*, 1978, 58, 887-891. — 24. *Weld, F. M., Bigger, J. T., Rolnitzky, L. M. a. o.* *Am. J. Cardiol.*, 1982, 49, 945. — 25. *Weld, F. M., Chu, K-L., Bigger, J. T. a. o.* *Circulation*, 1981, 64, 306-314. — 26. *Wohl, A. J., Lewis, H. R., Campell, W. a. o.* *Circulation*, 1977, 56, 931-937.

27. *Бокебаева Р. Т.* *Кардиология*, 1984, 1, 45-48. — 28. *Голицов А. П., Чарчоглян Р. А., Зингерман Л. С. и др.* *Кардиология*, 1983, 3, 55-59. — 29. *Инфаркт миокарда. Предупреждение и реабилитация* (перевод с английского). М., 1976. — 30. *Щербаткин Д. Д.* *Кардиология*, 1975, 1, 116-123.

TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste
propedeutika kateeder
Tartu Kliiniline Haigla

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni koordineeritud ja eri maades korraldatud uurimistööde tulemused näitavad ka seda, et alkoholsete jookide pruukimise tavad ja harjumused on üldiselt väga püsivad ning nähtavasti vähe sõltuvad antud ühiskonna sotsiaalse struktuuri muutustest. See aga lubab eeldada, et alkoholismi leviku ja alkoholi kuritarvitamise tõkestamise poliitika kujundamisel peab rahvaste alkoholsete jookide pruukimise kohalikke tavasid ja viise tingimata tõlgendamata kui antud ühiskonna kultuurist lahutamatu nähtust. Ka see komplitseerib joomarlusevastast võitlust.

Hüpo-glükeemiasündroom vastsündinutel

Lia Sildver · Tartu

hüpo-glükeemia, kliinilised vormid, diagnoosimine ja glükoosravi

Hüpo-glükeemia on neonataalse perioodi suhteliselt sage laboratoorne tunnus. Sündroom võib kulgeda kliiniliste sümptomidega või sümptomideta ja kombineeruda eri haigusseisunditega. Hüpo-glükeemia esinemissagedus vastsündinutel kõigub suuresti, olles seoses loote ja vastsündinu seisundit mõjutavate teguritega, nimelt gestatsiooni kestuse, mitmikraseduse, perinataalse koormatuse, sünnikaalu, ema suhkurtõvega (5, 6, 14, 15, 17). Paljud uurijad (4, 5, 6, 13, 14, 15, 17) peavad normaalse sünnikaaluga vastsündinuil hüpo-glükeemiaks esimese 72 elutunni jooksul vere suhkruisaldust alla 1,9 mmol/l ja neljandast elupäevast alates alla 2,5 mmol/l. Enneaegsetel ja väikese sünnikaaluga õigeaegsetel vastsündinutel peetakse hüpo-glükeemiliseks väärtuseks esimese 72 elutunni jooksul vere suhkruisaldust alla 1,4 mmol/l (4, 13).

Etioloogiliste või patofüsioloogiliste klassifikatsioonide põhjal, mis on publitseeritud pediaatrikirjanduses, võib hüpo-glükeemia kliinilised vormid jaotada järgmiselt.

1. **Varajane lühiajaline hüpo-glükeemia** õigeaegsetel vastsündinutel tekib varakult, esimese 6...12 elutunni jooksul. Hüpo-glükeemia kestus on lühiajaline, enamasti alla 12 tunni. Kliinilisi sümptome tavaliselt ei ole. Hüpo-glükeemia likvideerub glükoosraviga hästi ega kordu (5, 6, 8, 17). Loode on glükosiiga pidevalt varustatud platsentaarvereringe kaudu, mille lakkamine sünni ajal põhjustab glükoosisalduse kiiret vähenemist vastsündinu veres. A. Fancioni kaastöötajatega (8), kes on leidnud 672 õigeaegselt tervest vastsündinust

17,5 %-l esimestel elutundidel sümptomideta hüpo-glükeemiat, diskuteerib isegi selle üle, kas varajast hüpo-glükeemiat pidada haiguslikuks või on see hoopis füsioloogiline seisund.

2. **Transitoorne hüpo-glükeemia** areneb kõige sagedamini 24...72. elutunni vahel, püsib adekvaatse ravita pikka aega ja võib retsidiveeruda (5, 17, 21). Vastsündinutest täheldatakse kliinilist sümptomatoloogiat 80 %-l (6, 15, 17). Transitoorne hüpo-glükeemia on glükosiiga hästi ravitav, glükosiiga aga tuleb parenteraalselt manustada suurtes annustes (6).

Enneaegsetel ja intrauteriinsse hüpotroofiaga vastsündinutel on eriti suur kalduvus transitoorseks hüpo-glükeemiaks (21). A. Elert (6) avastas hüpo-glükeemia kõigil, kes sündisid enne 35. rasedusnädalat, ja kõigil alla 2000-grammise kehakaaluga vastsündinuil. Nende intrauteriinsse malnutritsiooni või hüponutritsiooni põhjusteks on platsentaarhäired, hiline rasedustoksikoos ning muud rasedustüsistused. Enneaegsete ja kaasasündinud hüpotroofiaga vastsündinute hüpo-glükeemia paljudest patogeneetilistest teguritest on olulisimad:

glükoneogeneesihäire ja mitteküllaldased või puuduvad glükogeenivarud maksas ning sellest tingitud glükosi puudulik produktsioon;

suhteliselt kiire ainevahetus — kiiresti kasvava aju glükosi- ja energia-tarve on väga suur;

glükosi suurenenud utilisatsioon kudedes ja tugevasti kiirenenud eliminatsioon;

vähased rasvavarud või nende puudumine (2, 6, 14, 15, 17).

Vastsündinu transitoorne hüpo-glükeemia võib olla seoses lootel arenenud hüperinsulineemiaga — insuliini rohke produktsiooni ja aktiivsusega veres. Kompensatoorne hüperinsulineemia on tingitud insuliinidefitsiidist suhkurtõbe põdeval rasedal ja see avaldub vastsündinul kliiniliselt diabeetilise fetopaatiana (1, 3, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Lootel tekkinud hüperinsulineemia säilib pärast sündi ja põhjustab vastsün-

dinul tugevat hüpo-glükeemiat. Insuliin-sõltuvad (White'i järgi B-, C- või F-klasi kuuluvate) suhkurtõbe põdevate emade vastsündinutest on hüpo-glükeemiat leitud 40...60 %-l (3, 6, 21, 25, 26). Seejuures on hüpo-glükeemia intensiivsus seoses ema suhkurtõve raskusega (3). Vere suhkruisaldus on madalaim kaks tundi pärast sündi. Eripäraks on hüpo-glükeemia kiire arenemine juba esimestel elutundidel (10, 22, 25).

Ka iatrogenne reaktiivne hüpo-glükeemia vastsündinul on transitoorne seisund, mis võib tekkida kontsentreeritud glükoosilahuse veeni kiire infundeerimise järel või glükoosilahuse instilleerimise järsul katkestamisel. Esi-mesel juhul põhjustab vere suhkruisalduse väga järsk suurenemine insuliini liigproduktiooni ja viimane omakorda hüpo-glükeemiat. Põhimõtteliselt samasugune olukord kujuneb ka teisel juhul, kui insuliini produktioon on intensiivne ja hüpo-glükeemia tekib glükoosilahuse tilgutamise järsul lõpetamisel. Kumbki seisund on välditav (15). M. Epstein kaastöötajatega (7) kirjeldas transitoorset reaktiivset hüpo-glükeemiat vastsündinutel, kelle emasid oli raseduse viimasel trimestril enneaegse sünnituse ärahoidmiseks ravitud beetasümpatomimeetiliste vahenditega.

3. Sekundaarne hüpo-glükeemia tekib vastsündinutel perinataalse stressi korral. Arvesse tulevad esmajoones asfüksia, sünnitraumast tingitud ajuhemorraagiad, respiratoorne distress, kesknärvisüsteemi perinataalne kahjustus ja kliiniliselt manifestne infektsioon, eriti sepsis. Nende seisundite puhul vastsündinu glükoositarve suureneb ja organismi süsivesikute varud vähenevad. Esiplaanil on põhihaiguse kliinilised sümptoomid. Hüpo-glükeemiasümptoomid selle vormi puhul ei domineeri (5, 6, 14, 15, 17). Sekundaarne hüpo-glükeemia on glükoosiga parenteraalselt hästi ravitav, kuid ravitulemus ei ole püsiv (6).

4. Persisteeriv hüpo-glükeemia. Siia alla kuuluvad vastsündinute hüpo-glükeemia raskekujulised vormid, mis püsivad üle ühe elunädala või mis on ref-

raktaarsed adekvaatse asendusravi, glükoosi parenteraalse manustamise suhtes.

4.1. Pärilikud süsivesikute metabolismi ensümaatilised anomaaliad. Vastsündinul põhjustavad hüpo-glükeemiat: fruktoosi- ja galaktoositalumatus, galaktoseemia, glükogenoos; glükoos-6-fosfataasi, fruktoos-1,6-difosfataasi, püruvaatkarboksülaasi jt. ensüümide defitsiit. Süsivesikute metabolismi ensüümide defitsiiti iseloomustab hepatomegalia maksafunktsiooni kahjustuse tunnustega, samuti metabolistlik atsidoos ja püsiv hüpo-glükeemia (4, 15, 16). Ensümpaatiate diagnoos põhineb ainevahetuslikel, fermentatiivsetel uuringutel. Hüpo-glükeemia ei ole prevaleeriv laboratoorne tunnus.

4.2. Hüpo-glükeemia seoses hormonaaldefitsiidiga.

Vastsündinul põhjustavad hüpo-glükeemiat järgmised seisundid: panhüpopituuitarism, AKTH ja STH isoleeritud defitsiit, hüpo-glükagoneemia, kaasasündinud hüpotüreos ja adrenokortikaalne defitsiit, mis avaldub kliinilise vormina:

a) neerupealiste ägeda puudulikkuse sündroom vastsündinutel, mille põhjuseks on suprarenaalsed hemorraagiad (sünnitraumast või asfüksiast), või Waterhouse'i-Friderichseni sündroom glüko- ja mineralokortikoidide produktiooni defitsiidiga;

b) neerupealiste koore kaasasündinud düsfunktsioon. Vastava endokriinopaatia kliinilis-laboratoorsed tunnused on diagnoosimisel määravad (5, 6, 15).

4.3. Hepatogeenset hüpo-glükeemiat võib vastsündinutel põhjustada iga tegur, mis tugevasti kahjustab hepatotsellulaarset funktsiooni. Maksafunktsiooni teised laboratoorsed näitajad on lisaks hüpo-glükeemiale samuti muutunud (4, 15).

4.4. Hüperinsulineemiast tingitud persisteerivad hüpo-glükeemiad on alati raskekujulised. Püsiv hüpo-glükeemia on insuliini liigproduktiooni — hüperinsulineemia — tagajärg (4, 11, 12, 18, 21). Hüperinsulinismi sagedasim põhjus on pankrease morfoloogiline

kahjustus järgmisel kujul:

a) pankrease insulaarsete beetarakude hüperplaasia või adenoom e. insulinoom. E. Rossi (17) uurimuse järgi on insulinoomi vastsündinutel viimastel aastatel senisest sagedamini diagnoositud;

b) nesidioblastoos — autosoomselt retsessiivselt pärilik haigus, mida võib esineda perekonniti (9, 19). Patomorfoloogiliselt on pankrease kõigi insulaarsete rakkude difuusne proliferatsioon, totaalne insulaarne hüperplaasia. Nesidioblastoosi kliinilis-laboratoorsed tunnused võivad neonataalsel perioodil olla varieeruvad. Hüperinsulineemiast tingitud tugev, persisteeriv hüpoglükeemia kujuneb esimestel elupäevadel. Diagnoosimiseks määratakse insuliini- ja glükagoonisisaldus vereseerumis radioimmunoloogiliselt. Vajalik on pankrease selektiivne angiograafia (11, 19).

Hüpoglükeemia kliinilised sümptoomid on polümorfsed ja väga sageli atüüpilised. Vastsündinu hüpoglükeemial patognoomilist tunnust ei ole. A. Elert (6) rõhutab, et selleks ajaks, kui sümptoomid ilmsiks tulevad, võib olla juba sügav hüpoglükeemia. Varajased kliinilised tunnused on nahakahvatus, terav, kriiskav kisa, imemisnõrkus, lihaste hüpotoonia, vähene motoorne aktiivsus, *bulbus*'te rotatsioon, treemor, apnoe hood (tsüanoosiga või ilma) ja bradükardia. Krambid on kõige sagedam, aga suhteliselt hiline kliiniline avaldus (4, 5, 6, 15, 17).

Prognoos sõltub mitmest tegurist. 1982. aastal publitseeritud uurimused näitavad, et vastsündinutel on asümptoomse hüpoglükeemia korral prognoos tunduvalt parem kui kliiniliste (neuroloogiliste) sümptomidega hüpoglükeemia puhul (6, 8, 17). U. Spahni (21) uurimistulemuste järgi leitakse hüpoglükeemiast tingitud kliiniliste sümptomidega vastsündinutest neuroloogilisi ja vaimseid kahjustusi 20...60 %-l. Suur risk tserebraalset päritolu kahjustuste tekkimiseks on kogu esimese elupoolaasta vältel (2, 6, 11, 15). I. Brandt (2) järeldab oma uurimistulemuste põh-

jal, et eriti enneaegsete ja intrauteriinsse hüpotroofiaga vastsündinute ajukahjustuste kujunemisel on glükoosivaegusel suur osa. Sekundaarse hüpoglükeemia prognoos sõltub põhihaiguse laadist, selle raskusest ja ravile alluvusest. Persisteeriv hüpoglükeemia jõuab välja vastsündinute kesknärvisüsteemi tugeva kahjustuseni, kuid ka transitoorne hüpoglükeemia võib põhjustada püsivaid psühhomotoorseid jääknähte (17).

Vastsündinute hüpoglükeemiasündroomi patogeneetilise asendusravi suhtes on autorite (5, 6, 13, 17, 20, 21) seisukoht ühtne: glükoosilahust on vaja instilleerida veeni esimestel elutundidel ja -päevadel. Seejuures rõhutatakse, et kui glükoosravi normaliseerib vere suhkrusisalduse, siis peavad ka hüpoglükeemiast tingitud sümptoomid kaduma. U. Spahn (21) rõhutab glükoosravi vajadust ka asümptoomse hüpoglükeemiaga enneaegsetel ja kaasasündinud hüpotroofiaga vastsündinutel.

Vältimatu abi korras tuleb vastsündinutele süstida 20 %-list glükoosilahust korraga 2 ml/kg joana veeni, millele järgneb pidev tilgutamine (13, 17). A. Elert (6) peab vajalikuks esimese ravivõttena manustada 10...20 ml 10 %-list glükoosilahust nabaveeni. Vere suhkrusisaldus, mida ravi ajal peab korduvalt kontrollima, määrab glükoosravi kestuse. L. Miranda ja H. Dweck (14), kes olid uurinud hüpoglükeemiasündroomi väga madala sünnikaaluga vastsündinutel, rõhutavad, et nende ravis ei tohi hüpertoonilisi glükoosilahuseid kasutada, mille siht on vältida vere hüperosmootsust. H. Haupt (10) peab ravi alustamisel vajalikuks tilgutada ühe tunni jooksul 10 %-list glükoosilahust 10 ml/kg. U. Spahn (21) kasutas vastsündinute hüpoglükeemia ravis esimese 48 tunni jooksul 75...85 ml/kg/24 t. 10 %-list glükoosilahust instillatsioonina ja vajaduse korral kolmandast elupäevast 100...110 ml/kg/24 t. 10 %-list glükoosilahust. A. Elerti (6) uurimistulemused näitasid, et mõnepäevased vastsündinud ei talu veeni süstitud glükoosi hulka üle 10 g/kg 24 tunni jooksul.

P. Poljakova (24) kasutas diabeetilise fetopaatia korral 30...40 ml/kg 10...20 %-list glükoosilahust instillatsiooni, sageli nabaveeni. Vastsündinutele süstiti ka prednisolooni, esimesel korral korraga 3...4 mg/kg veeni ja järgmisel 1...2 päeval 1...2 mg/kg 24 tunni jooksul. J. Tõlkidži ja I. Nikitina (26) uurimistulemused näitasid glükoosilahuse varajase infusiooni otstarbekust diabeetilise fetopaatiaga vastsündinutel. 10 %-list glükoosilahust viidi isotoonilise keedusoolalahusega veeni vahekorras 4:1. Vedelikku manustati korraga 30...40 ml/kg, tilkinfusioon kestis 3...3,5 tundi, tilgutamis-kiirus oli 8...10 tilka minutis.

Kui hüpoglükeemia adekvaatsele glükosravile vaatamata kas püsib või kordub, siis viiakse veeni prednisolooni 1...2 mg/kg 24 tunni jooksul või hüdrokortisooni 5 mg/kg 24 tunni jooksul, kumbagi kolme annusena (10, 17, 20, 21). Võimalikku düselektrolüteemiat ja metaboolset atsidoosi korrigeeriv ravi peab toimuma ühel ja samal ajal hüpoglükeemiaraviga. Kui seisund lubab, peetakse vajalikuks alustada suu kaudu toitmist varakult, esimese 2...6 elutunni jooksul. Hüpoglükeemiaga vastsündinuid peab esimesel ööpäeval toitma rinnapiimaga iga kahe tunni järel (6, 21).

Hüperinsulineemiat tingitud hüpoglükeemia ravis kasutatakse insuliini sekretsiooni pidurdavaid vahendeid ja insuliini antagonistide (9, 11, 12, 18, 19). Varajane subtotaalne või totaalne pankreatektoomia on näidustatud haigetele, kellel konservatiivne ravi mõjus ei ole olnud (12, 18).

Pediaatrikirjanduse ülevaade hüpoglükeemiasündroomist vastsündinutel võimaldab teha mõningaid üldistavaid järeldusi.

Kõigil enneaegsetel, intrauteriinsel hüpotroofia ja perinataalse kahjustusega vastsündinutel, samuti suhkurtõbe põdevate emade vastsündinutel on vaja silmas pidada varajase hüpoglükeemia võimalust. Kõigil neil peab esimestel elupäevadel regulaarselt määrata vere suhkruisalduse.

Kui hüpoglükeemia olemasolu on kindlaks tehtud, siis tuleb kohe infundeerida glükoosilahust veeni, olenemata sellest, kas hüpoglükeemiale kliinilised sümptomid kaasuvad või mitte. Hüpoglükeemiasündroom jääb adekvaatse asendusravita püsima.

Varajase diagnoosimise ja ravi põhi-eesmärk on vältida hüpoglükeemiast areneda võivaid ajukahjustusi.

Kui hüpoglükeemiasündroom on ravi-refraktaarne ja võtab persisteriva või retsidiveeruva kulu, siis osutuvad vajalikuks täiendavad uuringud, et diagnoosida süsivesikute metaboolseid ensümpaatiad, hormonaalse defitsiidi seisundeid või pankrease orgaanilist kahjustust.

KIRJANDUS: 1. Amendt, P. Kinderärztl. Prax., 1978, 6, 299—309. — 2. Brandt, I. Klin. Pädiatr., 1980, 192, 1, 61—75. — 3. Brans, Y. W. Pediatrics, 1982, 70, 4, 576—581. — 4. Böhles, H. Klin. Pädiatr., 1980, 192, 4, 295—303. — 5. Dominick, H. G., Bachmann K. D. Geburtshilfe Frauenheilkd., 1979, 39, 6, 564—567. — 6. Elert, A. Pädiatr. Prax., 1982, 26, 2, 211—220. — 7. Epstein, M. F., Nicholls, E., Stubblefield, P. G. J. Pediatr., 1979, 94, 3, 449—454. — 8. Fanconi, A., Bovet, U., Tschumi, A. a. o. Helv. paediatr. acta, 1982, 37, 5, 449—456. — 9. Hammersen, G., Trefz, F., Schmidt, H. J. Pediatr., 1980, 96, 4, 778. — 10. Haupt, H. In: Das Neugeborene. Untersuchung. Diagnose. Therapie. Stuttgart, 1982, 94—97. — 11. Jeschke, R., Romen, W., Thanner, F. u. a. Klin. Pädiatr., 1978, 190, 4, 403—412. — 12. Landau, H., Perlman, M., Meyer, S. a. o. Pediatrics, 1982, 70, 3, 440—446. — 13. Lilien, L., Pildes, R., Srinivasan, G. a. o. J. Pediatr., 1980, 97, 2, 295—298. — 14. Miranda, L. E., Dweck, H. S. Clin. Perinatol., 1978, 4, 2, 351—356. — 15. Pagliara, A.-S., Karl, I.-E., Haymond, M. a. o. J. Pediatr., 1973, 82, 3, 365—380. — 16. Rallison, M. L., Meikle, A. W., Zigrany, W. D. J. Pediatr., 1979, 94, 6, 933—936. — 17. Rossi, E. Pediatrics, 1982, 70, 1, 17—23. — 18. Schiller, M., Krausz, M., Meyer, S. J. Pediatr. Surg., 1980, 15, 1, 16—20. — 19. Schwartz, S., Rich, A., Barry, H. a. o. J. Pediatr., 1979, 95, 1, 44—45. — 20. Sergio, A. J. Pediatr., 1979, 94, 6, 1015. — 21. Spahn, U. Neonatale Hypoglykämie. In: Hesse, V. Endokrinologie des Kindes- und Jugendalters. Leipzig, 1982, 327—330.

22. Грязнова И. М., Второва В. Г., Савченко Т. Н и др. В кн.: Сахарный диабет у детей. М., 1976, 65—67. — 23. Педерсен Е. В кн.: Диабет у беременной и ее новорожденный. М., 1979, 46—49. — 24. Полякова Г. П. Вopr. oхp. мат. дет., 1978, 6, 47—52. — 25. Полякова Г. П. Вopr. oхp. мат., 1982, I, 66—70. — 26. Тьлькиджи Ю. А., Никитина И. И. Вopr. oхp. мат., 1983, 6, 15—19.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.125.3-006.325-073-7

Parema südamekoja müksoom

Inge Liiv · Tartu

südamekasvaja, parema südamekoja müksoom, ehokardiograafia

1982. aastal kirjeldas allakirjutanu kuut vasaku südamekoja müksoomiga haiget, opereeritud Tartu Kliinilise Haigla kardiokirurgiaosakonnas 1978. aastast 1981. aastani (4). Pärast seda on avanenud võimalus ehokardioskopia abil diagnoosida müksoomi veel neljal haigel, kellest ühel oli see paremas südamekojas. Seega on kuue aasta vältel diagnoositud 9 vasaku ja üks parema südamekoja healoomuline kasvaja.

Vasaku südamekoja müksoom võib osaliselt sulgeda vasaku atrioventrikulaarsuistiku, parema südamekoja müksoom takistab aga verevoolu läbi trikuspidaalava.

Diastoli ajal läheb tuumor läbi parema atrioventrikulaarsuistiku ja takistab verevoolu paremast kojast vatsakesse. Selline olukord meenutab trikuspidaalklapi riket ja tekib progresseeruv parema südamepoole puudulikkus (1, 2, 5, 9).

Parema südamekoja müksoom võib vahel anda adhesiivse perikardiidi pildi (1, 13), harvem simuleerib mõnda muud haigust, nagu mitraalstenoosi, Ebsteini

anomaaliat või ülemise õonesveeni sündroomi (9).

Parema südamekoja müksoom põhjustab enamasti suure vereringe puudulikkust. Nii on sel puhul tegemist raskelt haigega, kellel võivad esineda veel üldist laadi sümptoomid: palavik, settereaktsiooni kiirenemine, kõhnumine, aneemia, düsproteinoos (8, 12, 14). Võib tekkida kopsuarteri emboolia (2, 5, 9). Haiguse kliinilist pilti on sageli tõlgendatud kui endomüokardiiti või perikardiiti.

Kirjeldame parema südamekoja müksoomi juhtu, mida 1983. aasta novembris diagnoositi ehokardioskopia abil Tartu Kliinilises Haiglas.

Haigusjuht. 43-aastane naine V. V. (haiguslood nr-d 18523/1983, 18741/1983 ja 13063/1983) oli haigestunud 1982. aasta novembris. Öhtuti oli palavik 38...38,6°, käimisel väsis kergesti ja hakkas hingeldama. Pärast seda, kui teda oli Kohtla-Järvel antibakteriaalsete preparaatidega ambulatoorselt ravitud umbes kolm nädalat, ta veidi küll paranes ja sai töötada kuni 1983. aasta veebruarini. Selle aja vältel tundis ta ikka väsimust ja öhtuti oli palavik.

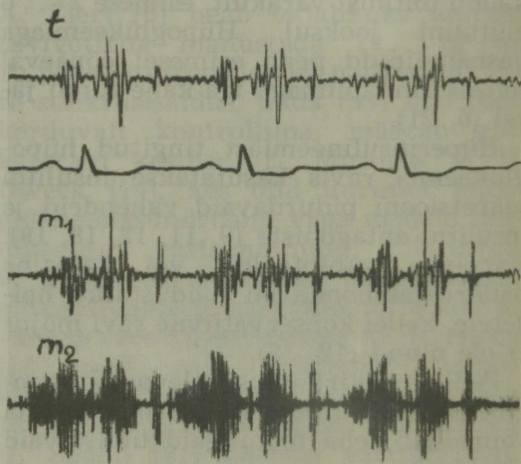


Foto 1. Haige V. V. fonokardiogramm, mis on registreeritud 4. interkostaalruumist rinnaku vasakult servalt. I toon on lõhestunud, sellele järgneb lühike süstoolne *decrescendo*-kahin. Suure amplituudiga kõrgsageduslik IV toon. Mesodiasstoolne ja presüstoolne kahin, mis läheb kokku IV tooniga, on kõige paremini nähtavad kõrgsageduskanaliga (m_2) registreeritud FKG-l.

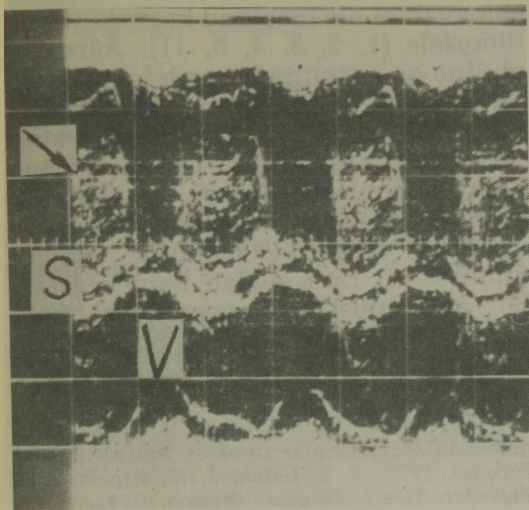


Foto 2. Haige V. V. ehokardiogramm 1. S — vatsakestevaheline septum. V — vasaku südamevatsakese õõs. Nool näitab tuumorist põhjustatud kaja, kui tuumor diastoli ajal tungib läbi parema atrioventrikulaarsuistiku.

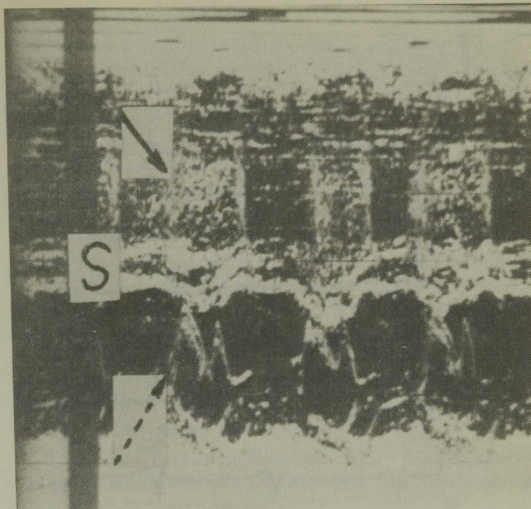


Foto 3. Haige V. V. ehokardiogramm 2. S — vatsakestevaheline septum. Nool viitab tuumorile, kui see diastoli ajal tungib läbi trikuspidaalava paremasse südamevatsakesse. Punktirnool viitab normaalsele mitraalklapile vasaku südamevatsakese õones.

Veebruaris õhupuudustunne süvenes, palavik püsis ka hommikuti, haige ei jaksanud enam hästi käia. Vereanalüüs: hgb. 80 g/l, SR 57 mm/t. Patsient viidi Kohtla-Järve haiglasse, kus ta oli üle kolme kuu. Subfebriilne kehatemperatuur oli peamiselt öhtuti. Tekkisid südamepekslemine ja valu südame piirkonnas, isegi vähene keheline pingutus põhjustas tugevat hingeldust. Haigestumise algul südametipul kuulda olnud nõrk süstoolne kahin tugevnes haiguse ajal märgatavalt, sellega kaasnesid galopprütm ja ekstrasüstoolia.

Vereanalüüs: SR 70, 58 ja 35 mm/t., hüpo-kroomne aneemia (hgb. 90 g/l, 97 g/l, 100 g/l). C-reaktiivne valk oli positiivne, siaalhapet oli 0,345 ühikut; proteinogramm: üldvalku 82 g/l, albumiini 40 %, globuliini 60 %, neist α_1 7,5 %, α_2 12,5 %, β 17,5 %, γ 22,5 %. Verekülv oli steriilne. Röntgenuuringul täheldati südamevarju laienemist. Kopsud olid puhtad. EKG: madal voltaaz, parema südamekoja ja vasaku südamevatsakese hüpertroofia tunnused. Kirjeldatud sümptomide alusel arvati, et haigel võiks olla nodoosperiarteriit. Bipsia vastus seda aga ei kinnitanud. Hormoonravi, glükosiidid ja aneemia-vastased preparaadid haige seisundit oluliselt ei parandanud ja ta tunnistati II grupi invaliidiks.

6. juulist 28. juulini 1983 oli haige Tartu Kliinilise Haigla reumatoloogiaosakonnas. Diagnoositi disseminaatset erütematoosluupust koos südamekahjustuse ning südame- ja vereringepuudulikkusega. Õhupuudustunne, hingeldus ja südamepekslemine olid tugevnenud, need esinesid ka rahuolekus. Täheldati akrotsüanoosi. Öhtuti olid labajalad tursunud, oli ka subfebriilne kehatemperatuur. Röntgenuuringul ilmnis,

et süda oli ristlähimöödus laienenud, kontraktsioon oli kiire ja madala amplituudiga. EKG: madal voltaaz, T-sakid olid kõigis lülitustes muutunud madalaks või isoelektriliseks. Vereanalüüs: SR 36 mm/t. ja 17 mm/t., aneemiat enam ei olnud (hgb. 145 g/l ja 160 g/l, erütrotsüüte vastavalt 4,5 ja 4,7 miljonit). Düsproteiinoos püsis. Korduvalt otsiti LE-rakke, ent neid ei leitud.

6...20. oktoobrini 1983, mil haige viibis Kohtla-Järve haiglas, oli tema tervis halvnenud veelgi: akrotsüanoos, hingeldus rahuolekus, tahhükardia (100...120 lööki minutis), galopprütm, ekstrasüstoolia, maks suurenenud ja jalad põlvini turses.

Sellises raskes südame- ja vereringepuudulikkuse seisundis hospitaliseeriti haige 20. oktoobril 1983 Tartu Kliinilise Haigla reumatoloogiaosakonda teist korda. Endiselt peeti võimalikuks esmajoones südamekahjustusega kulgevat disseminaatset erütematoosluupust või ka Fiedleri müokardiiti. SR 27 mm/t., hgb. 162 g/l ja 158 g/l, erütrotsüüte vastavalt 5,3 ja 4,8 miljonit. Düsproteiinoos. Reumatoidfaktor oli negatiivne.

28. novembril 1983 suunati patsient müokardiidile lisandunud perikardiidi kahtluse tõttu ehokardioskooiakabinetti. Auskulteerimisel oli trikuspidaalrikkele viitav leid (vt. fonokardiogramm). Ehokardioskopiaal oli näha tuumorist (müksoomist) põhjustatud kaja paremas südamevatsakeses, kui kasvaja langes läbi trikuspidaalava (vt. ehokardiogramm 1 ja 2). EKG oli madala voltaaziga, enamikus lülitustes isoelektriline T-sakk (vt. elektrokardiogramm). Et parema südamepoole puudulikkus ohtlikult süvenes, siis

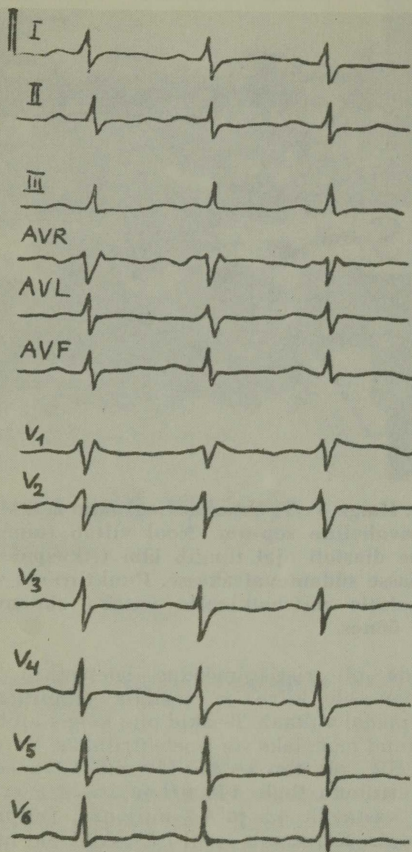


Foto 4. Haige V. V. elektrokardiogramm. Madal voltaaz, Hisi kimbu parema sääre osaline blokaad, kõigis lülitustes isoelektriline T-sakk.

võeti 9. detsembril 1983 Tartu Kliinilise Haigla kardiokirurgiaosakonnas ette erakorraline operatsioon: eemaldati paremat südamekoda täitev suur (umbes 100 g) sültjas tuumor (müksoom), mis ulatus läbi trikuspidaalava paremasse südamevatsakesse. Haige paranes kiiresti.

Müksoomi diagnoosimiseks kasutatakse ehokardiograafiat ja angiokardiograafiat (1, 4, 5, 10, 12, 13), kusjuures tuleb eelistada esimest kui ohutut ja küllalt suure informatiivsusega uurimismeetodit (1, 2, 3, 4, 6, 7, 11). Kui tuumor on ehokardiograafia abil kindlaks tehtud, siis sondeerimist enam ette ei võeta (2, 5, 6, 8, 9). Kasvaja diagnoosimine ei ole kliinilise pildi komplitseerituse tõttu kerge ja ka ultraheliga uurimisel võib see jääda leidmata, kui

eelnevalt ei ole mõeldud kasvaja võimalikkusele (1, 2, 3, 4, 5, 11). Äärmiselt oluline on auskultatoorse leiu analüüsimine ja õige hindamine, õigemini — siit kõik algabki. Ka nüüd, kuigi arstidel on võimalik kasutada väärtuslikku uurimisaparatuuri, ei tohi alahinnata vanu uurimismeetodeid. Südameõõnes oleva healoomulise kasvaja (müksoomi) ravi eeldab tema õigeaegset avastamist ja operatsiooni kohe pärast seda, kui kasvaja on kindlaks tehtud.

KIRJANDUS: 1. Chung, E. K. Quick Reference to Cardiovascular Diseases. Philadelphia — Toronto, 1977. — 2. Dalen, J. E., Alpert, J. S. Valvular Heart Disease. Boston, 1981. — 3. Feigenbaum, H. Echocardiography. Philadelphia, 1981. — 4. Liiv, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 3, 175—179. — 5. Silver, M. D. Cardiovascular Pathology. 2. New York, 1983.

6. Голыжников В. А. Кардиология, 1983, 2, 115. — 7. Клийман А. Г., Кыо Э. П., Самарютель Ю. Р., Вяли Ю. Ю., Ресс М. Н., Покк Л. Р., Лийв И. О. В кн.: Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической хирургии. Часть I. Таллин, 1982, 116—117. — 8. Константинов Б. А., Князева Г. Д., Таричко Ю. В. и др. Кардиология, 1982, 4, 11—16. — 9. Королев Б. А., Добротин С. С., Карпов Е. М. Кардиология, 1979, 2, 109—116. — 10. Кривиченя Д. Ю., Никишин Л. Ф., Кондрашова Н. И. Кардиология, 1981, 1, 106. — 11. Лякишев А. А., Шевченко О. П. Кардиология, 1977, 5, 138—140. — 12. Петросян Ю. С., Богомолова М. П. Кардиология, 1983, 8, 47—51. — 13. Савченко А. Н., Скорняков В. И., Кисель Е. М. и др. Кардиология, 1982, 6, 110—111. — 14. Шхвацабая Л. В. Кардиология, 1984, 1, 112—116.

TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskond

Äge sapipõiepõletik väikelapsel

Ann Paal · Tallinn

väikelaps, sapipõiepõletik, esinemissagedus, diagnoosimine, ravi

Äge sapipõiepõletik on harva esinev haigus väikelapseas. 28 aasta jooksul (1950...1978) on kodumaised kirurgid J. Grigorovitši ja A. Mihhalkina andmeil kirjeldanud 57 destruktiivse kolestüstiidi juhtu lastel (3).

Erinevalt täiskasvanuist põevad poisilapsed kaks korda sagedamini kui tütarlapsed (2, 4).

Maksa ja sapiteede embrüonaalne areng toimub põhiliselt 4...12. rasedusnädalal. Seejuures toimub sapipõie ja sapipõiejuha areng maksast ning teistest sapiteedest erinevatel aegadel (1, 2).

V. Akopjani andmeil on sapiteede haigusi põdevatest lastest 65 %-l põhjuseks sapiteede arengu anomaalia. Patoloogiline sapipõis on põletikunähtude soodustaja (2). Antud juhtudel tagab operatsioon enamasti lapse täieliku tervenemise.

Kirjeldame ägedat sapipõiepõletikku väikelapsel, keda raviti Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla lastekirurgiaosakonnas.

Haigusjuht. Kahe ja poole aastane poeglaps A. M. (haiguslugu nr. 332/1984) toodi 16. jaanuaril 1984 Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla kirurgiaosakonda. Diagnoos: sepsis, *abscessus hepatis*?

Kahe aasta ja nelja kuu vanuselt olid lapsel tekkinud kõhuvalu, kõrge palavik ja oksendamine. Haigusnähud taandusid mõne päeva jooksul, ilma et arsti poole oleks pöördutud. Laps jäi virilaks, isutuks, kõhnemaks.

1984. aasta 11. jaanuaril, s. o. kahe kuu pärast, laps haigestus taas. Sümptomidest: kõrge palavik, sage oksendamine, tugev kõhuvalu, vedel iste, valud vasakus õlas ja kaela ümbruses. Anamneesist on teada, et pois oli sündinud ajalisesna, pere kolmanda lapsena. Sünnikaal 3300 g. Kolm kuud oli saanud rinnapiima, areng eakohane, last peetud terveks. Emal oli raseduse 2...3. kuust olnud aneemia, mistõttu oli kasu-

tanud rauapreparaate. 5...7. raseduskuul oli naha ja skleerade kollasuse tõttu viibinud haiglas. Oli kahtlustatud ravimallergiat, maksakahjustust. Sünnituse järel olid emal haigusnähud taandunud.

13. jaanuaril 1984 toimetati haige rajooni keskhaigla lasteosakonda. Üldseisund keskmise raskusega. Kohe alustati intoksikatsiooni- ja põletikuvastast ravi: manustati antibiootikumi tseporiini, 5 %-list glükoosilahust ja hemodeesi. Laboratoorsed analüüsid: SR 42 mm/t., leukots. $7,9 \times 10^9$, eosinof. 1 %, keppt. 23 %, segmentt. 60 %, lümfots. 13 %, monots. 3 %. Uriin hägune, sademes valgujäljed. Ravile vaatamata üldseisund halvenes, kõrge palavik püsis, eksikoos, kõhuvalu. Üldkirurg, kes last korduvalt läbi vaatas, täheldas peritoneumi väheselt väljendunud ärritusnähte paremal roidekaare all.

Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla lastekirurgiaosakonda saabumise ajal oli laps raskes seisundis. Esinesid tugevad intoksikatsiooni- ja eksikoosinähud, kehatemperatuur pidevalt 39°C piires, tugev sage oksendamine, vedel iste. Nägu kahvatu jumega, kurnatud ilme. Huuled lõhenevad, kuivad, erepunased, keel silmatorkavalt erepunane. Drastiline palmaarereitem ulatus sõrmeküdeni, samasugune erüteem ka taldadel. Laps rahutu. Kõht ette võlvunud, meteorism. Kõhu palpeerimisel leiti paremal roidekaare all pehme valulik munajas moodustis. Maks suurenenud, kahe põikisõrme ulatuses roidekaare alt väljas, hell. Üle kõhu peritoneumi kergelt väljendunud ärritusnähud.

Analüüsid: SR 55 mm/t., leukots. $9,8 \times 10^9$, eosinof. 1 %, müelots. 3 %, keppt. 38 %, segmentt. 43 %, lümfots. 10 %, monots. 5 %; bilirubiini 15,39 $\mu\text{mol/l}$, K 3,43 ja Na 121,4 mekv/l. Uriin hägune, kollane, sademes valku 0,113 g/l, suhkrut ei leitud, atsetooni uriinis 0,3 m/mol/l.

Tegemist oli vältimatut kirurgilist ravi vajava kõhuõõne haigusliku seisundiga, tõenäoliselt kolestüstiidiga.

Mõnetunnine operatsioonieelse ettevalmistava ravi järel opereeriti last 16. jaanuaril üldanesteesias. Kõhuõõs avati transrektaalse pikilõikega paremal. Mesenteriumil lümfisõlmed hulgi põletikuliselt suurenenud. Kõhuõõnes keskmisel hulgal kollakat selget vedelikku. Kogu soolestik ühtlaselt kergelt hüperemiline, paiksete muutusteta, ussriipik normaalses asetuses. Sapipõis pingul, eluea kohta tunduvalt suurenenud, kaela piirkonnas niverdunud patoloogiliselt. Sapipõiejuha kulges niitja skleroseerunud vädina ühis-sapijuhasse. Sapi pääsu sapipõiest *d. cysticus*'sse ei olnud. Teised maksavälised sapiteed normaalselt arenenud. Sapipõis kaetud üksikute põletikuliste värsketel fibriiniladestustega. Sapipõie punkteerimisel saadi 15 ml kollakat läbi-paistvat vedelikku. Tegemist oli sapipõiejuha kaasasündinud anomaaliaga, mille tüsistuseks oli äge sapipõiepõletik. Sapipõis eemaldati. Sapipõie loož dreniti peene marlitampoonega ning kõhuõõs suleti. Patohistoloogiline uuring preparaadist: sapipõiekaela ja -juha väljendunud skleerose.

Pärast operatsiooni hakkas lapse seisund kiiresti paranema. 8. operatsioonijärgseks päevaks kliinilised haigusnähud taandusid, kõhuhaav paranes esmaspingsalt. Analüüsid normaliseerusid kolmanda haigusnädala lõpuks ja laps viidi koju rahuldavas üldseisundis. Dieeti, režiimi piiranguid ei määratud.

Viie kuu pärast toodi patsient statsionaarsele järelkontrollile. Kaebusi ei olnud. Toitumus ja üldtoonus hea. Analüüsid normis.

Mainitu on koletsüstiidi ägeda juhu iseloomulik ilming väikelapsel (2). Teisesed põletikunähud sapipõies olid tingitud *d. cysticus*'e arengu anomaaliast.

Tõenäoliselt tuleks gastroenteroloogiliste haiguste all kannatajate puhul sagedamini mõelda arenguanomaalia võimalustele. Kui lisaks haige kaebustele ja kliinilisele leiule kaasub emapoolselt rasedusaegne riskimoment, võib julgemini ja rutem otsustada kirurgilise ravi kasuks.

KIRJANDUS: 1. Gray, S. W., Skandalakis, J. E. Embryology for Surgeons, Philadelphia — London — Toronto, 1972.

2. Акоюн В. Г. Хирургическая гепатология детского возраста. 1982. — 3. Григорович И. Н., Михалкина А. Т. Хирургия, 1978, I, 89—92. — 4. Милонов О. Б., Смирнов В. А., Курганов А. С. Хирургия, 1973, 10, 94—98.

Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) Euroopa Regionaalbüroo algatusel on aastate kestel toimunud rahvusvaheline teaduslik koostöö ja ühised uurimistööd otsimaks tõhusamaid meetmeid ning põhimõtteid alkoholismi leviku ja alkoholi kuritarvitamise tõkestamise eesmärgil. Selles laialdases uurimistöös osalesid riigid või osariigid (provintsid), kes ka ise olid tulemustest väga huvitatud: Iirimaa, Ontario provints Kanadas, Holland, Poola, USA Kalifornia osariik, Soome ja Šveits. Lõpptulemused näitasid, et alkoholsete jookide tarvitamise moodused eri maades on muutumas universaalseks, joomisharjumused mitmekesisemaks ja alkoholi tarvitamise piirangud tagasihoidlikumaks. Alkoholsete jookide pruukimise erinevused sõltuvalt soost ja vanusest on hakanud kaduma, taanduma. Kõik ühiskonnakihid on alkoholi tarvitamise suhtumises enam-vähem samasuguse hoiaku ja käitumisega, mistõttu alkoholismiprobleemi ei saa siduda ühiskonna teatava ühe elanike rühma või klassiga, rahvakihiga.

Arsti- teaduse ajaloost

UDK [611+612+340.6](474.2)(092)Isenflamm

*Theatrum anatomicum Universitatis Tartuensis.** Lehekülgi Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppetööst XIX sajandi algusaastail

Elise Käer-Kingisepp · Tartu

Tartu Ülikooli ajalugu, H. Fr. Isenflamm, anatoomia, füsioloogia ja kohtuarstiteaduse kateedri tegevus, «Theatrum anatomicum Universitatis Tartuensis»

Tartu Ülikooli ajaloole lisab väärtuslikke andmeid professor Heinrich Friedrich Isenflammi trükis aastast 1805, mis kannab pealkirja «Keiserliku Tartu Ülikooli «Anatoomiateatri päevik»». ¹ 26-leheküljeline raamatuke on trükitud ülikooli trükkali Michael Gerhard Grenziuse juures Tartus. Raamatuke leiti hiljuti 1984. aasta kevadel Fr. R. Kreutzwaldi nim. Kirjandusmuuseumi Arhiivraamatukogus. Seega on meieni jõudnud ligikaudu 180 aastat hiljem. Raamatukese tiitellehel on Huecki nimi, mis lubab arvata, et raamatuke on kuulunud ka temale. Meie kultuuriloos on see nimi tuntud. Alexander Friedrich Hueck oli sündinud Tallinnas 1802. a., Tartu Ülikooli kasvandik, meditsiini-

* «Theatrum Anatomicum Universitatis Caesarea Dorpatensis» oli varemalt kasutusel, sest Tartut nimetati Dorpat või Derpt.

¹ Tagebuch des anatomischen Theaters der Kaiserlichen Universität Dorpat.

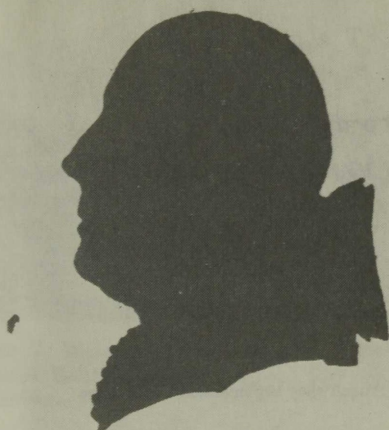
doktor 1826. a., 1830. aastast oli anatoomiaprosektor, erakorraline professor, 1833. a. anatoomia korraline professor kuni surmani 1842. a. 1838. a. oli Hueck üks Õpetatud Eesti Seltsi asutajaliikmeid, 1841. a. ÕES-i esimees (3). Huecki huvitasid muu hulgas antropoloogia ja muinasteadus, ka põllumajanduse küsimused Baltimaadel.

H. Fr. Isenflamm oli keiserliku Tartu Ülikooli anatoomia, füsioloogia ja kohtuarstiteaduse õpetooli korraline professor, kateedrijuhataja (4). Kirjutise pühendab prof. H. Fr. Isenflamm oma kuulajaile, kellega ta oli koos töötanud kaks aastat, ning ta kutsub kõiki üliõpilasi loengutele 1. augustil 1805. a. See oli õppetöö algus tol ajal (vt. fotod 1 ja 2).

Oma kirjutise sissejuhatuses pöörduv prof. H. Fr. Isenflamm kuulajate poole järgmistele sõnadega: «Minu härrad! Annan Teile edasi selle kirjutise kui tõendi oma lugupidamisest ja sõprusest, sest olen veendunud, et pole vastumeelt peatuda lühidalt varem ulatuslikult läbi võetu juures, sellest ajast peale, mil ma siinses keiserlikus ülikoolis õpetajana ametis olen. Tunnustades Teie tagasihoidlikkust, ei hakka ma avalikult kiitma Teie agarust ja usinust anatoomias, sest olete ise teadlikud oma õppimisihast. Võtke vastu kinnitus, et mulle iga võimalus Teile abiks olla meelepärane on ning eeloleval semestril, mil ma käsitan inimese keha luid, lihaseid, sidemeid ja loen kohtuarstiteadust, kasutan ma kõike, et Teile arusaadavaks ja kasutatavaks teha neid arstiteaduse alasid».

H. Fr. Isenflammi teos väärib suurt tähelepanu. Autor annab selles ülevaate möödunud sajandi esimestel aastatel anatoomiateatris toimunud õppetööst, selle korraldusest, õppevahenditest, doktoriväitekirja kaitsmisest, loengutest, lahangutest jm. Edastades seal leiduvat mitmekesisest andmestikku, on võimaluse piires püütud kinni pidada autori sõnastusest ja teksti koondamisel olulisem välja tuua.

H. Fr. Isenflamm märgib, et teadused, mida tema siinses keiserlikus ülikoolis õpetab, on anatoomia, füsioloogia ja kohtuarstiteadus (seda nimetust kandis



*H. F. Isenflamm, Prof. der
Medic. in Erlangen.*

Foto 1. Heinrich Friedrich Isenflamm.

kateeder tol ajal). Anatoomialoengud toimusid 1. augustist detsembri lõpuni, võeti läbi inimese luud, lihased, sidemed ning 1. veebruarist juuni lõpuni võeti läbi siseelundid, aju, närvid, veresooned, nahk. Kevadsemestril loeti ka võrdlevat anatoomiat ja elundite haiguslikke muutusi. Praktilist anatoomiat, aine ajalugu ja kirjandust inimese organismi ealise, soolise, rahvusliku ja individuaalse iseloomustuse osas käsitles ja täiendas prosektor, erakorraline professor L. E. Cichorius (4). Prof. H. Fr. Isenflamm mainib ka kliiniklasi, sünnitusabi- ja koduloomade ravi korralist professorit Ch. Fr. Deutschit (4) ja kirurg M. E. Kauzmanni (4) ja teisi.

Füsioloogialoenguid luges prof. H. Fr. Isenflamm pärast lõunat, kohtuarstiteaduse loenguid sügissemestril pärast lõunat. Nagu märgib H. Fr. Isenflamm, alustas ta siin ülikoolis kohtuarstiteaduse loengutega esimest korda sügissemestril 1805. a., sest enne seda tuli üliõpilastel kuulata keemia-, patoloogia-, teraapia-, kirurgialoenguid.

Õppeabinõudest oli prof. H. Fr. Isenflamm, nagu ta mainib, kaasa toonud mitte väikese kogu preparaate füsioloogia, samuti ka võrdleva ja patoanatomia alalt. Materjali oli jätkunud,

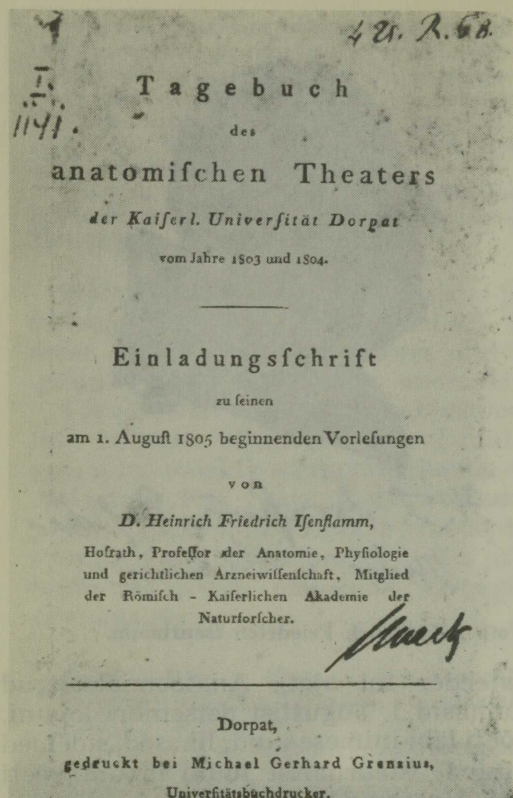


Foto 2. «Anatoomiateatri päeviku» tiitelleht.

preparaate oli valmistatud ka ise, kahel aastal olid üliõpilased anatoomias prepaareerinud ka värskel laibal. Siinjuures kriipsutab prof. H. Fr. Isenflamm alla, et füsioloogia-, patoloogia- ja võrdlev-anatoomiliste preparaateid muretsemiseks määrati 8000 rbl., anatoomiateatri vajadusteks aastas oli ette nähtud 1300 rbl. Prof. H. Fr. Isenflamm märgib, et metsloomad, keda Saksamaal harva esineb, nagu karu, hunt, põder, põhjapõder, hüljes, ilves ja lendorav, ning mitmed haruldased linnud, kalad on siinmail kergesti saadavad. Neid võimalusi on H. Fr. Isenflamm juba kasutanud võrdleva anatoomia, eriti füsioloogia-loenguil, arvesse võttes tegevarsti vajaduste piire.

Patoanatomia lahanguid tegid tol ajal professorid H. Fr. Isenflamm ja L. E. Cichorius, kuna seletusi andsid vastavate kliinikute õppejõud — patoloogia-,² kirurgia- ja sünnitusabiprofes-

sorid. Neil tuli teha ka mitmeid kohtuarstlikke lahanguid ja iga kord vastavale asutusele esitada leiutõend ja arvamus.

Prof. H. Fr. Isenflamm annab ka ülevaate meditsiinidoktori kraadi taotlejaile esitatavate nõuete kohta. *Ad gradum doctoris medicinae* taotlejal keiserlikus Tartu Ülikoolis tuli täita suuri nõudeid. Prof. H. Fr. Isenflamm kirjutab: «Peale eksamite, väitekirjakaitsemise ja ühe haige ravimise tuli arstiteaduskonna õppejõudude kogu ja üliõpilaste ees valmistada üks anatoomiline preparaat, nimelt tuli prepaareerida üks kehaosa, seejärel teha kohtuarstlik lahang: uurida laibal löikehaava või muud vigastust, kirjeldada leidu ja koostada protokoll. Prof. H. Fr. Isenflamm märgib, et 1805. a. kevadsemestril täitsid kõik need nõuded kaks arsti, Th. H. Lützens Tallinnast ja Kohl Riias. Edasi lühidalt Th. H. Lützensi kohta: «Lützens avas väga osavalt kõhuõõne, seejärel rinnaõõne, pidas väga selge ja ilusa loengu siseelundite anatoomiast ja ülesandeist. Selle järel uuris vasakusse reide lõigatud haava, mis läbis arteri, veeni ja *nervus cruralis*'e ja mitmeid lihaseid, ta kirjeldas leidu ja koostas hoolikalt arvamuse haava kui surmava kohta. Tema väitekirja käsitas «*De organis respirationis animalium*».³

Teise väitekirja kohta ütleb prof. H. Fr. Isenflamm: «Doktor Kohl demonstreeris silma ehitust väga osavalt, seejärel uuris täpselt kaelahaava, mis lõikas läbi hingekõri ja söögitoru, vereooned ja närvid. Leiu kirjeldus, samuti ka arvamus surmava haava kohta olid

² patoloogia kateedri täielik nimetus — eripatoloogia ja kliinik (kasutatakse ka sisekliinik). Tol ajal patoloogia kateedrit ei olnud.

Lützens, Thomas Hermann, *dr. med. et chir.*, sündinud Tallinnas 5. veebruaril 1778. a. Öppis 1797. a. Jenas, 1800...1804. a. Peterburis Mediko-Kirurgilises Instituudis, 1804...1805. a. Tartus, kus 25. veebruaril 1805 kaitses doktoriväitekirja. Pool sajandit tegevarst Tallinnas. Tartu Ülikooli 50. aastapäevaks 12. detsembril 1852 andsid Tallinna arstid (14 allkirja) talle kui Tartu Ülikooli vanimale meditsiinidoktorile ülikooli juubeli puhul üle pargamendile trükitud õnnitluse (I. Brennsohn, *Aerzte Estlands*. Riga, 1922, lk. 262).

väga selgelt põhjendatud. Tema väite-
kiri käsitas «*Animadversiones in aetio-
logiam hydropsis*» (Tähelepanekud hü-
dropsi etioloogias).

Prof. H. Fr. Isenflamm asus Tartusse
1803. a. juuli lõpul ja, nagu ta päevikus
märgib, alustas varsti inimese anatoo-
mia loengutega. Kõigepealt õpiti tund-
ma luustiku ehitust, novembris prepa-
reeriti lihaseid, detsembris sidemeid.
Ta juhtis üliõpilaste tähelepanu luude
etnilisele erinevusele, tõi mitmeid näi-
teid, kriiputades alla vajadust koguda
luustikke märksa enam, et teha kindlaid
järeldusi ja üldistusi. Ta lisas, et ka rah-
vaste toidu koostisel on suur tähtsus
luude struktuuri tugevuse kujunemisel.

Prof. H. Fr. Isenflamm kirjutab, et
1804. a. kevadsemestril, ajal, mil ta
füsioloogialoengul käsitas hääleaparaati
inimesel, saadi anatoomiateatrile poole-
aastane karu. Loengul võrreldi inimese
ja karu kõri ehitust, lihaste tugevust.
Prepareeriti karu rinnalihaseid, nende
kinnitus eesjäsemel näitas haardemeha-
hanika eelst karul võrreldes inimese-
ga, selgitamaks karu erakordset jõudu
vaenlase ümbert kinni haarates. Järg-
misel aastal demonstreeris prof. H. Fr.
Isenflamm sukeldujalinnu (*Colymbus
urinator*) jäsemeliigese ehituse eripära,
tagamaks jalgade aerutamist meenuta-
vad tõmbed. Samal, 1805. a. kevad-
semestril demonstreeris H. Fr. Isen-
flamm füsioloogialoengul põdralehma
ja täkkhobuse aju ja haistmisnärve, mis
on jämedad ja õõnsad. Edasi jätkame
tema sõnadega: «... ning võtsin läbi
kõik erinevused suuraju, väikeaju ja
närvide osas inimese ja üldse kõigi teiste
imetajate vahel.» Fontana kanal (*canalis
Fontanae*) oli H. Fr. Isenflammi
uuringutel selgelt näha põdra ja hobuse
silmas, kuid mitte kõigil teistel uuritud
imetajail. Lindudel, nagu käol, metsisel,
tedrel, oli Fontana kanal väga selgesti
näha. *Fovea centralis* leidis kindlasti
inimesel (eestlastel, venelastel, sakslas-
tel), seda ei leidunud lindudel ega ka
imetajail, leidis aga kassi silmas. Isen-
flamm avaldab seejuures arvamust, et
siis, kui läbi uurida rohkesti silmi ime-
tajail, lindudel, amfiibidel ja kaladel,

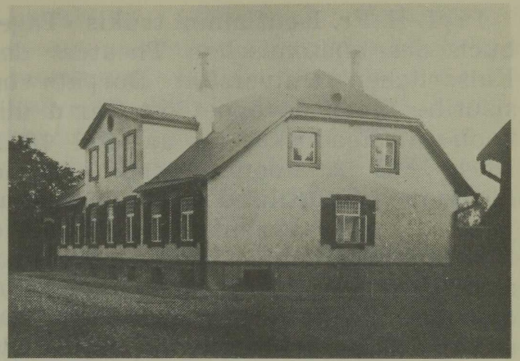


Foto 3. Elumaja Tartus Struve 2 (endine Tähe-
tänav). Selles majas asus Tartu Ülikooli *Theatrum
anatomicum*.

saaks kindlad tulemused. Semestri lõpul
valmistati hundi ja karupoja luustik.

Lahanguid, kohtuarstlikke ja kliini-
lis-patoloogilisi, tehti kirjeldatud kahe
õppeaasta jooksul ligikaudu 30 juhtu.
Kliiniliste lahanguite sagedaim diagnoos
oli kopsutõbi, *apoplexia* või külmumise
mitu juhtu. Mõnikord oli diagnoos mär-
kimata või tänapäeval raskesti mõiste-
tav, näiteks febre *vermicosa nervosa*
kliinikus surnud 22-aastaselt naisel, kelle
lahangu kirjeldusest väljavõtteid: «Pe-
ritoneumil ja sooltes esines põletikulisi
kohti ning *lumbricos*,⁴ sooles ja munas-
sarjas hüdatiide. Südames ja kopsus
vedel veri, lõhnas *vitriolnaphtha* järe-
le⁵. Aju vasakus ja paremas külgõones
paar untsi selget vedelikku, lõhnata,
maitsetelt soolane, ei hüübinud *vitriol-
naphtha* lisamisel».

Lahanguite kirjeldused on üldiselt
lühikesed. Kopsutõve diagnoosil märgi-
takse, et kopsus oli rohkesti mädaplekk-
e või: kops oli üleni täis mäda... Ühel
noorel naisel leiti vasakus munasarjas
corpus luteum. Et naine ei olnud kunagi
sünnitanud, siis peeti *corpus luteum*'i
teket varajase aborti näitajaks.

1805. a. kevadsemestril, märtsis ja
aprillis, tegi kirurgiaprofessor M. E.
Kauzmann (4) operatsioone laipadel,
harjutusi tegid tema juures ka üliõpi-
lased, s. t. operatiivkirurgia praktikumi.

⁴ *lumbricos* — uss

⁵ *Vitriolnaphtha* — *Naphtha Vitrioli* — üks pal-
judest eetri sünonüümidest. Hagers Hdb. d. Phar-
mazeutischen Praxis I, 1930.

Prof. H. Fr. Isenflammi trükis «Tagebuch des anatomischen Theaters der Kaiserlichen Universität Dorpat» on sisutihe ülevaade õppetööst Tartu ülikooli arstiteaduskonnas aastatel 1803, 1804, 1805. Anatoomiateatris toimusid loengud ja praktilised tööd anatoomias ja võrdlevas anatoomias, seal toimusid füsioloogialoengud ühes demonstratsioonidega, loengud ja lahangud kohtuarstiteaduses ja kliinilis-patoloogiaalased lahangud kliiniku õppejõudude kaaslusel. Lahangute kohta anti ametivõimudele tõendid ja arvamused. Valmistati õppevahendeid, preparaate, skette. Samas toimus kirurgiaprofessoril õppetöö operatiivkirurgias.

Theatrum anatomicum — kus asus see hoone Tartus? Seda küsimust prof. H. Fr. Isenflamm oma kirjutises ei puuduta. Siinjuures peab tähendama, et ülikooli taasavamisel 1802. aastal ülikoolil oma hooneid ei olnud. Õppetöö toimus üürimajades. Üürikortereis asusid ka kliinikud ja laboratooriumid (1, 5).

Sirvides ülikooli nõukogu «Conseil» toimikuid möödunud sajandi esimestest aastatest, selgus, et 1803. a. suvel käis vilgas ettevalmistus õppetööks, mis ülikoolis pidi algama 1. augustil. Anatoomiateatril ei olnud veel ruume, valmistuti üürilepingu sõlmimiseks, mis, nagu alljärgnevalt nähtub, ka toimus.

1803. a. 6. juunist on ülikooli nõukogus arstiteaduskonna dekaani prof. M. E. Styxi esitis üürida eelolevaks semestriks 2...3 tuba köögi ja keldriga.⁶ 11. augustil on ülikooli nõukogus prof. H. Fr. Isenflammi taotlus üürida anatoomialoengute pidamise kohaks parukameister J. G. Drawingilt tema puuelumaja 200 rbl. eest aastas.⁷ Nõukogu otsustab, et ülikooli sündikul tuleb koostada leping.⁸ Lepingus punkti 1 all on märgitud, et parukameister J. G. Drawingile kuuluv maja on puust, sinna juurde kuulub kelder, asukoht Tartu 2. linnajaos, linnakrundil nr. 26. Pooltevahelised kohustused on lepingus

nõuetekohaselt üles loetud. Leping keiserliku Tartu Ülikooli ja parukameister J. G. Drawingi vahel kirjutati alla 20. augustil 1803. a., lepingu pikendus 20. aug. 1804. a. Rektor A. Ch. Gaspari, J. G. Drawing.⁹

Krundil nr. 26 asuv puumaja (aegade jooksul vähe muudetud), administratiivjaotuse järgi Struve t. 2, endine Tähe t. 2, ongi Tartu esimene «Theatrum anatomicum». Sõjatulest jäi maja puutumata. Maja Tartus Struve t. 2 on tähtis ajaloomälestis, mis vajab riikliku kaitset ja vastavaid tähistusi.

Tartus Struve t. 2 (Tähe t. 2) asuvas majas on elanud mitmed Tartu Ülikooli õppejõud. 1828...1829. a. on seal elanud keemia- ja farmaatsiaprofessor Carl Christian Traugott Friedemann Goebel, Peterburi Teaduste Akadeemia korrespondentliige 1833. a. (1, 2, 3). 1829. a. kuni elulõpuni (1841) elas selles majas Tartu Ülikooli kasvandik meditsiini- ja kirurgiadoktor (1814), füsioloogia korraline professor (1821...1826), füüsika korraline professor (1821...1841), Tartu Ülikooli rektor (1831...1833), Peterburi Teaduste Akadeemia korrespondentliige 1816. a., Ararati mäetipu valutaja 1829. a. Jacob Friedrich Wilhelm Parrot (1, 2, 3) koos Tartu Ülikooli kasvandiku, armeenia uue kirjakeele rajaja H. Abovjaniga, kes hiljem säilitas sõprussidemed Parrotiga. 20-ndate aastate teisel poolel ja 30-ndate algul elas selles majas keeleteadlane Johannes Aavik.

KIRJANDUS: 1. Kudu, E. Rmt.: Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi, 5. Tartu, 1977, 3—9. — 2. Tartu Ülikooli professorite, NSV Liidu Teaduste Akadeemia liikmete portreid ja autograafe. Koostajad: H. Tankler, H. Käsper. — Publicationes Bibliothecae Universitatis Litterarum Tartuensis. Tartu, 1977.

3. Левцкий Г. В. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Юрьевского, бывшего Дерптского, Университета. Том I. Юрьев, 1902. — 4. Левцкий Г. В. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Юрьевского, бывшего Дерптского, Университета. Том II. Юрьев, 1903. — 5. Петухов Е. В. Императорский Юрьевский, бывший Дерптский, Университет. Том I. Юрьев, 1902.

TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateeder

⁶ ENSV RAKA, f. 402, nim. 5, s.-ü. 57, 1, 2.

⁷ ENSV RAKA, f. 402, nim. 5, s.-ü. 57, 1.2.

⁸ ENSV RAKA, f. 402, nim. 5, s.-ü. 57, 1.3

⁹ ENSV RAKA, f. 402, nim. 5, s.-ü. 57, 1.4, 4p. 5,5p.

Tervishoiutöö korraldus

UDK 614.254

Sanitaararsti töö eripära

Rein Rannamäe · Tallinn

sanitaararst, tööala, sanitaarseadlusandlus, tootmisjuhid, sanitaararsti töö hindamine

Sanitaararsti töö on laialdane: kontrollida ja uurida inimest ümbritsevaid välistingimusi, töökeskkonda ja sotsiaalselt olustikku, nende mõju indiviidile ja kollektiivile. Sanitaarkontrolli vajavad tööstusettevõtted, koolid, lasteasutused, sööklad, kauplused, ühiskondliku toitlustamise ettevõtted, piimafarmid, toiduainetetööstuse ettevõtted, veevarustussüsteem, puhkepaigad. Viimastel aastatel on üha rohkem tegeldud keskkonnakaitsega. Tööalaste küsimuste ring on üha laiinenud, sest teaduslik-tehnilise progressiga rahvamajanduses kaasnevad sanitaararsti uued ülesanded: oskus ette näha progressi võimalikke seaduspärasusi hügieeni aspektist, et ära kasutada nendest inimese tervisele hästi mõjuvad, leida lahendus kahjulike mõjude vähendamiseks.

Sanitaararst, eriti tööhügieeni alal, elab oma elukutsesse sisse raskemini ja aeglasemalt kui raviarst. Tavaliselt ei saa sanitaararst õpingute ajal küllaldast praktilist ettevalmistust. Sanitaar-hügieeniinstituutides ei toimu spetsialiseerumist, seda asendab ainult võimalus osaleda teaduslikus õpperingis, puudub ka praktika-aasta (analoogne raviarstide internatuuriga).

Oma töös juhinduvad sanitaararstid sanitaarseadusandlusest, sealhulgas va-

bariikliku tähtsusega meetodilistest soovistest ning eri ametkondade sanitaareeskirjadest ja -normidest. Keskkel kohal on NSV Liidu Tervishoiuministeriumis kinnitatud sanitaareeskirjad, samuti NSV Liidu Riikliku Ehituskomitee projekteerimise sanitaareeskirjad ja -normid.

Sanitaararsti eduka töö eeltingimus on sanitaarseadusandluse oskuslik rakendamine. Ta peab oskama tööd racionaalselt korraldada, koostada asjalikke ja vormikohaseid kirju, ettekan-deid ja õiendeid. Sanitaar- ja epidemio- loogiajaamast väljastatav dokumentat- sioon peab vormilt ja sisult vastama GOST-i (6.38-72 ja 6.39-72) nõuetele. Vastasel korral võib see õiguslikus suh- tes isegi defektseks osutuda.

Sanitaararst lävivib töös majandite ja tööstusettevõtete juhtidega, kelle ise- loomuomadustest sõltub sageli suhtu- mine sanitaararstisse ja tema nõudmis- tesse. Sanitaararst ei saa arvestamata jätta tootmisjuhi isiksust ega ühiskond- likku positsiooni, kuid ta peab teadma, et tootmisjuht on pidevalt erinevate võimuorganite, kaasa arvatud sanitaar- talituse, kontrolli all. On kahju, et sani- taararstidele ei anta psühholoogiaala- seid teoreetilisi teadmisi, mistõttu osku- sed kontrollitavate objektide juhtidega suhtlemiseks neil puuduvad.

Oma nõudmiste elluviimiseks peab sanitaararst nii mõnigi kord üles näi- tama järjekindlust, kasutama mitmeid taktikavõtteid. See eeldab sanitaararstil selliste vajalike omaduste olemasolu nagu printsiipiaalsus, objektiivsus, veen- misoskus, järjekindlus, kontaktsus, ka paindlikkus ja heatahtlikkus. Temalt nõutakse oskust välja valida arvukatest küsimustest põhiline. Sanitaararst peab olema veendunud oma nõudmiste vaja- likkuses ja õigsuses, ta peab oskama seda ka tootmisjuhile selgeks teha.

Töös on kõige õigem kasutada veen- mist. Kui sanitaararst toetub põhiliselt veenmisele, võib ta tootmisjuhis esile kutsuda soovi täita nõuded ja ettekirju- tused. Sanitaararsti ja tootmisjuhi vahel kujunevad mitte ainult formaalsed (sea- dusandluse alusel), vaid ka vastastikusel

sümpaatial põhinevad suhted. See omakorda loob kindla aluse sanitaararsti ja tootmisjuhi vastastikusele austamisele, mis on vajalik nende kestvaks ja viljakaks koostööks.

Tootmisjuhtidele esitatud nõuded tulenevad sanitaareeskirjadest, kuid olgu seejuures reaalsed. Sanitaararst peab eristama lohakust ja ükskõiksust tehnilisest küündimatusest ning objektiivselt paratamatusest. Sageli püüavad tootmisjuhid endid viimasega kaitsta, kuid nii mõnigi küsimus jääb lihtsalt vastutustunde puudumise varju. Unustatakse, et üheainsa isiku lohakuse, ükskõiksuse või ettevaatamatuse tagajärjel pannakse ohtu paljude elu ja tervis. Sellised olukorrad põhjustavad sageli konfliktsituatsioone ja tingivad vajaduse süüdlasi karistada.

Sanitaararstil tuleb oma töös ette näha tootmisjuhtide vastuseisu ning osata seda kõrvaldada. Seejuures ei saa arvestamata jätta tootmisjuhi isiksust, tema erialaettevalmistust, harjumusi ja sanitaartenistuse nõuetest arusaamist. Tavaliselt kutsub tootmisjuht konflikti esile ise. Sanitaararstil on raske ülesanne saada konfliktist üle minimaalsete «kaotustega», kasutades taktikavõtetest omavahelist kõnelust, usalduslikku pöördumist tootmisjuhile autoriteetsete isikute ja kõrgemalseisva organisatsiooni poole abi saamiseks. Alles siis, kui need võimalused on ära kasutatud ning tootmisjuhi süü tõttu on tekkinud või püsib ohtlik epidemioloogiline või sanitaarne situatsioon, nõutakse sanitaararstilt otsustavat tegutsemist sanitaarseadusandluse alusel. Administratiivkaristuse määramisel peab sanitaararst arvestama tootmisjuhi süü astet, sellega kaasnenu ohtu inimeste tervisele, ka sanitaareeskirjade rikkumise raskendavaid ja pehmendavaid asjaolusid.

Vaidlusi on tekitanud sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töö hindamine. See kajastagu sanitaartenistuse tegevuse kõiki külgi, eelkõige regulaarset järelevalvet sanitaar-hügieeniliste ja epidemioloogiliste ürituste korraldamisel väliskeskkonna saastumise likvi-

deerimiseks ning ärahoidmiseks, töötin-gimuste tervendamiseks, laste tervise kaitseks, elanike puhkuse- ja olmeküsi-muste lahendamiseks, nakkus- ja üldhaigustesse haigestumise vähendamiseks ja nende ärahoidmiseks. Samal ajal peavad töönäitajad võimaldama võrrelda mitme aasta andmeid, mis on aluseks edasiste mõjusate meetmete kavandamisel.

Töö hindamise keerukus on seletatav sellega, et ühelt poolt peab olema arvestatud sanitaar- ja epidemioloogiajaama aktiivne ning operatiivne tegevus ning teiselt poolt töö resultatiivsus. Kumbagi kriteeriumi tuleb käsitleda koos. Seega lisaks kvantitatiivsetele ning kvalitatiivsetele näitajatele sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töö hindamiseks tuleb välja töötada efektiivsusnäitajad ja hakata neid kasutama.

Mõjusa töö korral suureneb sanitaar- ja epidemioloogiajaama autoriteet ning tiheneb side territoriaalsete partei ning nõukogude võimu organitega. Viimaste toetus annab võimaluse aktiivsemalt ja täielikumalt ära kasutada sanitaartenistusele antud riiklikud õigused.

Tihti näeb sanitaararst oma töö tulemust alles mitme aasta pärast. Kui sanitaarne ja epidemioloogiline olukord püsib soodne, sageli sanitaar- ja epidemioloogiajaama jõupingutuste tõttu, jäävad sanitaararstid laiemale üldsusele märkamatuks. See on loomulik. Loomulik (?) on ka see, et sanitaaralaste puuduste ja nakkushaiguste leviku korral langeb süüdistus sageli sanitaararstidele.

Sanitaararsti töö ei ole kerge. Koos teiste meditsiinitöötajatega suunavad nad oma jõupingutused inimeste tervise kaitseks.

*Harju Rajooni Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam*

40 aastat võidust

UDK 614.39 «1941/1945»

Nõukogude Punase Risti tegevus Suure Isamaasõja aastail

Aleksis Kuusik · Tallinn

Suur Isamaasõda, Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu tegevus, doonorlus, sanitaar-epidemioloogiasalgad, Eesti NSV Punase Risti Selts

9. mail 1985. aastal tähistavad meie maa ja kogu progressiivne inimkond Suures Isamaasõjas saavutatud võidu 40. aastapäeva. Võitluses fašismi vastu saavutasime mitte üksnes sõjalis-majandusliku, vaid ka moraalse-poliitilise võidu, mille allikad olid nõukogude ühiskonnakorra võimas elujõud ning kõige eesrindlikum ideoloogia.

Saksa fašistlike vallutajate ja Jaapani militaristide purustamisse, nõukogude rahva ajaloolisesse võidusse Suures Isamaasõjas andis oma panuse ka Nõukogude Punane Rist.

Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu tegevus sõja ajal oli väga mitmekülgne. See hõlmas sanitaarala töötajate ettevalmistuse Nõukogude armee ja tagala raviasutuste tarvis, doonorite värbamise, elanike abistamise, kes olid kannatada saanud vaenlase lennu- ja suurtükiväe tulistamise läbi, hoolitsuse sõjainvaliidide ja orbude eest, tervishoiuorganite abistamise sanitaaralaste epideemiatõrjeürituste kor-

raldamisel, elanikkonnale meditsiinilise esmaabi võtete ja üksteisele abi andmise õpetamise.

Sõja algul oli Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu 159000 algorganisatsiooni, millesse kuulus 7,9 miljonit inimest. 1945. aastal oli algorganisatsioonid juba üle 200000, millesse kuulus üle 11 miljoni punaristlase.

Sõja-aastail valmistati ette 263700 meditsiiniõde, umbes pool miljonit sanitaarsalklast ja 39000 sanitari. Üheaegselt sanitaarsalklaste ettevalmistusega valmistati ette ning vormistati ettevõtetes ja asutustes sanitaarpöste. 1942. aasta jaanuariks oli selliseid sanitaarpöste 76000, täpselt aasta hiljem oli neid juba 207000. Sõja viimasel aastal oli sanitaarpöste 210000. Aastail 1941 . . . 1945 sai Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu komiteede ja algorganisatsioonide poolt väljaõppe vastavalt «Valmis sanitaarkaitseks» normidele üle 23 miljoni inimese. Rinde ja tagala meditsiini-asutused keskja noorema astme meditsiini-personali järele puudust ei tundnud.

Ennastalgava tööga rindel ja tagalas aitasid kõikide liiduvabariikide punaristlased kaasa, et 72,3 % haavatuist ja 90,6 % haigestunud sõduritest ja ohvitseridest tuli tagasi rivisse. Selliseid tulemusi ei ole varem olnud ühegi sõja ajal.

Kangelaslikkuse eest haavatute ja haigete päästmisel on paljud tuhanded meditsiinitöötajad, Nõukogude Punase Risti kasvandikud saanud kõrgeid valituse autasusid — ordeneid, medaleid. Rahvusvaheline Punase Risti Komitee autasustas Suures Isamaasõjas ilmutatud ennastalgavuse ja mehisuse eest 36 nõukogude meditsiiniõde ja sanitaarinstruktorit Florence Nightingale'i medaliga. Palju saatis korda Punase Risti Seltsi aktiiv. Aktivistid avasid omal jõul hospidale, valvasid neis ja hoolitsesid haavatute ja haigete eest, abistasid sidumistel. Ettevõtete ja instituutide töötajad võtsid raviasutusi šefluse alla. Pärast pingelist tööpäeva tehases ning vabrikus tulid tütarlapsed ja naised, õpilased, arstid, kirjanikud palatitesse haavatute juurde. Nad rääkisid olukor-

rast rinnetel, kirjutasid kirju sugulastele ja kaastöötajatele, saagisid ja raiusid puid, pesid pesu, valmistasid toitu.

Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu organisatsioonid kogusid sõja-aastail välihospitalidele üle 165 tonni toiduaineid, 524 000 mitmesugust eset, umbes 240 000 eset hospitalide seadmetamiseks ja valgustamiseks. Ömmeldi ja parandati üle 940 000 tonni pesu, pesti üle kahe miljoni komplekti pesu.

Sõja-aastail värvati mitmeid tuhandeid nõukogude patrioote doonoriteks. Üle 5,5 miljoni doonori andis verd haavatute ja haigete elu päästmiseks. Ainuüksi leningradlased andsid sõja-aastail 144 000 liitrit verd. Paljud doonorid ütlesid ära rahalisest kompensatsioonist, andes selle üle kaitsefondi. Nii näiteks oli blokaadis olevas Leningradis doonori rahaga ehitatud eskadrill «Leningradi doonor». Ühena esimestest tuli sõja-päevil Moskva Punase Risti Seltsi Komiteesse doonorina verd andma suure väejuhi M. Kutuzovi lapselapselaps Nadežda Skatškova, viiekümneaastane pensionär. Ta andis verd tasuta üle 15 liitri, mille eest teda autasustati Punatahe ordeniga. 1944. aastal võeti kasutusele rinnamärk «NSV Liidu audoonor». Sõja ajal pälvisid selle autasu 15000 nõukogude inimest.

Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside komiteed ja organisatsioonid võtsid okupantidest vabastatud rajoonides šefluse alla invaliididekodud, lasteasutused ja rindemeeste perekonnad. Šeflusest sõjainvaliidide ja orbude üle võtsid osa 23000 algorganisatsiooni ja 700000 aktivisti kõikidest seltsidest, kes kuuluvad NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liitu. Ühiskondlik abi tagati 804 lastekodule, 172 Isamaasõja invaliidide internaadile ja üle 100000 langenu perekonnale.

Koos täiskasvanutega andsid haavatuile abi miljonid pioneerid ja õpilased, kes pärast õppetööd külastasid haavatuid, koos täiskasvanutega valvasid raskelt haavatute voodi juures, lugesid neile ette raamatuid ja ajalehti, kirjutasid kirju kodustele, esinesid isetegevuskontsertidega. Sõjaga tekkis nakkus-

haiguste levimise oht elanike hulgas ja sõjaväes. Suure Isamaasõja ajal epideemiad Punaarmees ei esinenud. Nakkushaiguste tekke ja leviku ärahoidmine sai võimalikuks tänu sanitaar- ja epideemiatõrjeteenistusele, teaduslikult põhjendatud tõrjemeetmete rakendamisele. Sõjaväemeditsiiniteenistus koos tervishoiuorganitega, koos Punase Risti ja Punase Poolkuu seltside aktivistidega avastas epideemiakoldded ning võttis osa nende likvideerimisest. Abiks tervishoiuorganitele ja Punaarmee meditsiiniteenistusele organiseeris NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee 30 sanitaar-epidemioloogiasalka haigete avastamiseks ja hospitaliseerimiseks, kaitseüstimate ja sanitaarharidustöö tegemiseks. Sanitaarsalgad kontrollisid üle 517000 hoovi ja elamu, hospitaliseeriti üle 10000 inimese. Ehitati 670 sauna, parandati 7631 kaevu, tehti üle 110000 kaitseüstimise. 1944. aastal saadeti vabastatud Poolasse, Bulgaariasse, Tšehhoslovakkiasse ja Jugoslaaviasse ravi- meid, sidumisvahendeid ja meditsiini- varustust.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi organisatsioonide taastamiseks ja tegevuse korraldamiseks oli juba 1944. a. algul Moskvast moodustatud organiseerimigrühm eesotsas Eesti NSV tervishoiu-rahvakomissari esimese asetäitja A. Reimaniga. 1944. aasta lõpuks alustasid kõikides maakondades tegevust komiteed Eesti NSV Punase Risti Seltsi organisatsioonide loomiseks kohtadel.

1984. aastal oli Eesti NSV Punase Risti Seltsil juba üle 680 000 liikme. Sotsialistlik kohustus, mis oli võetud Nõukogude Eesti fašistlikest anastajatest vabastamise 40. aastapäevaks, on täidetud 101,1 %-liselt. Tasuta doonorite arv on tõusnud üle 50000.

NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liit suutis täita oma ülesanded Suures Isamaasõjas. Täna on Nõukogude Punase Risti, tema aktiivi edasilükkamatuks ülesandeks võidelda rahu eest.

*Eesti NSV Punase Risti Seltsi
Keskkomitee*

Uusi tervishoiu asutusi

Avati Tallinna Sanitaarharidusmaja

30. novembril 1984 avati Tallinna Sanitaarharidusmaja. Avamistseremoonial lõikasid lindi läbi Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm ja Tallinna Linna RSN Täitevkomitee esimehe asetäitja U. Elmi.

Kümme aastat tegeles Tallinnas terviseõpetuse ja -kasvatusega sanitaarhariduskabinet, mis asus Tõnismäe Haiglas. See aga ei suutnud rahuldada üha kasvava pealinna vajadusi. Nüüd on linna sanitaarharidusala töötajatele loodud paremad töötingimused uutes ruumides Gagarini pst. 5. Tugevnenud on asutuse materiaal-tehniline baas. Sanitaarharidusmaja ülesandeks on koordineerida Tallinnas tervisepropagandat korraldavate ametkondade tegevust, tugevdada nende koostööd.



Tallinna Sanitaarharidusmaja.

Päevaprobleemidest on praegu esikohal tervislike eluviiside propageerimine. Sanitaarharidusmaja on ka Tallinna Tervise Rahvaülikooli organisatsioonilis-metoodiline keskus. Tallinna Tervise Rahvaülikool on aastaid järjekindlalt meie vabariigi parimaks tunnustatud ja praegu küünib seal õppurite arv 1,8 %-ni Tallinna elanike arvust. Arvestades ülesandeid, mis on tervishoiutöötajatel seoses üleminekuga rahvastiku ülddispanseerimisele, omandab tervishoiu- ja hügieeniteadmiste propageerimise uue kvaliteedi. Vastavatud asutusel on kindel koht selle ülesande täitmisel.

Viktor Vassiljev

Loo uus ambulatoorium

Möödunud aasta 27. detsembril avati Loo uus ambulatoorium. Avamisel viibisid Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep, ministri asetäitja O. Tamm, EKP Harju Rajoonikomitee esimene sekretär S. Kont, Harju Rajooni RSN Täitevkomitee esimees E. Luik ja Eesti NSV Agrotööstuskoondise esimehe asetäitja J. Ots.

Projekt valmis «Eesti Maaehitusprojekti», arhitekt on A. Varus, peainsener H. Methusalem. Hoone ehitas Tallinna Näidislinnavabrik, töödejuhataja oli T. Mürsepp ning see maksis 750 tuhat rubla. Ambulatooriumi üldpind on 1800 m², sellest tööpinda 1300 m². Esi-



Foto 1. Ambulatooriumi vesiravila.

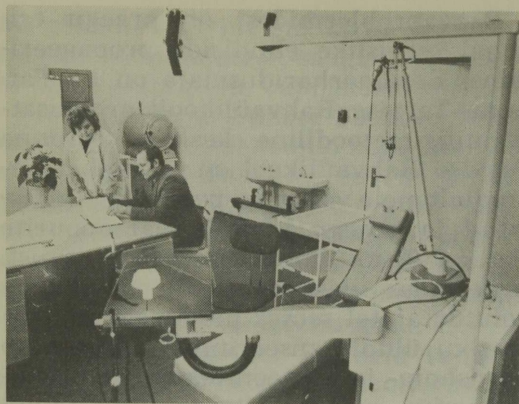


Foto 2. Hambaravikabinetis. E. Tarkpea fotod.

mesel korrusel on vestibüül ja registratuur ning selle ühes tiivas asuvad vesiravila, füsioteraapia- ning massaažikabinetid koos puhkeruumiga, teises tiivas hästi läbimõeldult planeeritud lasteosakond, laboratoorium ja ravikehakultuurikabinet ning kolmandas hambaravi-, hapnikravi-, inhalatsiooni- ja protseduurikabinet ning käsimüügiapteek. Teisel korrusel asuvad peamiselt eriarstide kabinetid.

Ambulatooriumis antakse arstiabi Tallinna Näidislinnavabriku töötajatele ning Loo ja selle ümbruskonna elanikele. Raviasutuses, kus võib vastu võtta enam kui sada patsienti päevas, töötab praegu kolm arsti — terapeut, lastearst ning stomatoloog, lisaks veel ämmaemand, õed, velsker, laborant, ravikehakultuuriinstruktor ning abipersonal. Eriarstiabi andmiseks sõidavad vajaduse korral kohale muude erialade spetsialistid. Silmas pidades linnuvabriku töötajate ameti eripära, on loodud suurepärased võimalused haiguste profülaktikaks. Ehkki kogu ambulatoorium on varustatud hea aparatuuriga, nimetagem eriti ajakohast füsioteraapiakabinetti ning vesiravilat, kus ravivannide ning -duššide kõrval on ka veeluse massaaži võimalus.

Tänu Tallinna Näidislinnavabriku juhtkonnale ning ehitajatele võivad uuest ambulatooriumist rõõmu tunda nii patsiendid kui ka seal töötajad.

Maie Keerma

Konverentsid ja nõupidamised

Neuroloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite vabariiklik seminar toimus 7. detsembril 1984 Tartus. Esitati neli ettekannet, mis leidsid elavat vastukaja.

Prof. A.-E. Kaasiku ettekanne tutvustas üleliiduliselt levinud mõistet — peaaegu vereringehäirete varajased vormid. Tegemist on raskesti defineeritava mõistete kompleksiga, mis püüab enda alla mahutada absoluutselt kõik prekliinilised ajuvereringe puudulikkuse juhud. Selgub, et kasutusel olev definitsioon võimaldab lisada veel ekstratserebraalsed peapööritused, asteeniad, primaarse neuroonaalse degeneratsiooni tunnused ja palju muud. Raviks on kirjanduse andmeil mittespetsiifilised, väheefektiivsed preparaadid kõrvuti elurežiimi üldsõnalise ettekirjutusega. Esineja nentis abiuuringute, näiteks reoentsefaloграфия abitust probleemi lahendamisel. Ta rõhutas, et pigem kuulub probleem hästi varustatud laboratooriumides tehtavate uuringute valdkonda ja et aju vereringehäirete prekliiniliste ilmingute diagnoosimine ei ole veel võimalik.

Allakirjutanu refereeris kirjanduse ja oma andmeid insuldi ja südame seisundi seoste kohta. Sümptoomid, mida insuldihaiigel uurime — südame- ja vereringepuudulikkus, vereringe ja südame elektrilise süstoli ebastabiilsus, liigne kehakaal, arteriaalne hüpertensioon —, võivad kompleksse hinnangu korral anda teavet haige edasise saatuse kohta, nii hilis- kui ka lähiprognosi kohta. Nii saab rakendada haigetel individuaalset, põhjendatud ravitaktikat, mis insuldi kordumise või fataalse lõppe edasilükkamise seisukohalt on üldarstide, kardioloogide jt. tähtis ülesanne.

Prof. R. Zupping diskuteeris neuroloogide ja neuroloogia kohta üle tänapäeva tervishoius ja selle praktilises korralduses Eesti NSV-s. Mitme välisriigi keskmisega võrreldes on meil tunduvalt rohkem neurolooge. Ka Inglismaal ja mujal tegelevad haigustega, mis meil neuroloogide tegevuse valdkonda kuuluvad, peamiselt hea ettevalmistuse saanud üldarstid, perekonnaarstid. Lisaks ortopeedilistele ja reumaatilistele haigustele tuleb neuroloogidel igapäevase lisatööna tegelda ka mõnede psüühikahäiretega (neuroosidega). Osaline lahendus oleks psühhiaatrite arvu suurendamine, ilmselt aga on vajalik asjaliku kvalifikatsiooniga jaoskonnaarsti olemasolu. Esineja rõhutas, et iga orgaaniline närvisüsteemikahjustus on neuroloogi pärisosa. Voodifondi parema kasuta-

mise tagaks üldosakondade voodikohtade laialdasem kasutamine.

E. Kross tutvustas polüradikuloneuriiti põdevate praeguse hospitaliseerimise korda ning ravi tulemusi. Tartu Kliinilise Haigla hingamiskeskuses on veerandsajandi jooksul ravitud üle 80 nimetatud eluohtliku haigusega haige. Umbes pooled neist vajavad abistavat hingamist, ravile vaatamata sureb umbes 1/4 haigetest. Kahtlustele vaatamata on kortikosteroidid esimesed meie raviarsenalis. Jääb kehtima nõue, et polüradikuloneuriidi diagnoosi kahtlusega haige vajab anesteosioolooide saatel kiiret hospitaliseerimist meie keskusse.

Diskussiooni korras mainis prof. A. Tikk, et töötavast maaelanikkonnast umbes pooltel esineb neuroloogilisi vaevusi ning et nende ravi sageli hilineb. Tervishoiuministeeriumi valitsusjuhataja asetäitja A. Lipand rõhutas, et üldarstina peaks tegutsema jaoskonnaterapeut, kes sageli vaid dispetšeri rollis on. Üksnes maajaoskonnas tuleb arstil olude sunnil universaalne olla. Mõned haigused, näiteks insult, neuroinfektsioonid, ei anna oodata, kuni kutsutakse kohale spetsialist ning üldarst peab ise olema suuteline adekvaatset ravi alustama. Ka teised sõnavõtjad (A. Ellamaa, H. Noor, R. Põllumaa) toetasid eeltoodud. Edaspidist polüskleroosi esinemust hakkab uurima M. Audova Tartu Kliinilises Haiglas, kes püüab igakülgselt konsultatiivset abi pakkuda. Dotsent M. Mägi esitas vastuväetide ajuvereringe puudlikkuse (mittetäisväärtuslikkuse) varajaste tunnuste mõiste kohta. On täheldatud rohkelt iatrogeniat ka reoentsefalograafia tulemuste interpreteerimisel.

Tõnu Kauba

NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi teaduslik-tehnilise kompleksprogrammi «Inimene ja väliskeskond» peanõukogu järjekordne plenaaristung toimus 6. detsembril 1984 Tallinnas. Teatavasti on Tartu Riiklik Ülikool probleeminõukogu «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid» tegevust juhtiv kõrgkool.

Istungit juhatas Loodusressursside Kaitse ja Kompleksse Kasutamise Probleemide Üleliidulise Teadusliku Koordinaatsiooninõukogu esimehe asetäitja bioloogidoktor prof. A. Kiprianov. Ta mainis, et juba palju aastaid on looduskaitse ülesannete lahendamise suure panuse andnud meie kõrgkoolide õppejõud. Kõrgõppeasutustel on tunduvalt suurem teaduslik potentsiaal, sest nendes on koondunud üle poole kõikidest meie maal töötavatest teadusdoktoritest ja -kandidaadidest. Looduskaitse temaatika läbitöötamisest võtavad osa kõrgkoolide õppejõud, samuti ka aspirandid ja üliõpilased.

Puudustest tuleks mainida, et mõne kõrgkooli teadlased ei ole veel küllaldaselt koondunud loodusressursside ratsionaalse kasutamise kõige tähtsamate probleemide lahendamiseks. Konkreetsete piirkondade jaoks planeeritud uurimisi on komplekselt tehtud veel vähe. Uurimistulemuste tootmise rakendamise tähtjaid on pikad.

Puuduste kõrvaldamiseks ja teadustöö paran-

damiseks kõikides NSV Liidu kõrgkoolides loodi Keskkonnakaitse Teaduslik Koordinaatsiooninõukogu, kus NSV Liidu kõrgõppeasutuste jaoks koostati uurimistööde koordineerimise plaan. Nõukogu on 14-liikeline, esimees tehnikadoktor prof. J. Vassiljev. Liikmed esindavad mitut teaduse valdkonda, allkirijutanu meditsiini. Kõikidele kõrgkoolide rektoritele, kes osalevad keskkonnakaitsealases uurimistöös, on kohustuseks tehtud tagada esmajärjekorras töö täitjate varustamine kõigi vahendite, aparatuuri ja materjaliga. Vene Föderatsiooni ja Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumile ja Moskva Riiklikule Ülikoolile on antud võimalus juhtivate kõrgkoolide baasil oma kogumikke välja anda. Peanõukogu on asunud programmi «Inimene ja keskkond» plaaniülesannete formuleerimisele ajavahemikuks 1986...1990. Ühtlasi valmistatakse kõrgkoolidele ettepanekute tegemiseks, võtmaks osa üleliidulisest teaduslik-tehnilisest programmist «Looduse kaitse».

Peanõukogusse kuulub 11 probleeminõukogu eri teadusharude valdkonnast. Probleeminõukogu «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid» esimees, kelleks on selle kirjutise autor, andis ülevaate seni tehtust ja tegemist vajavast. Kõne all olevat probleemi uurib praegu 27 meditsiinikõrgkooli (42 teemat). Järgmiseks viisaastaks on 15 kõrgkoolilt laekunud juba 20 teemat. Uurimistööde põhisuundadeks on väliskeskonna kahjulike tegurite ja nende mõju uurimine inimese tervisele, biosfääri sanitaar-hügieeniline hinnang, keskkonnatingimuste kompleksuurimine suurlinnades ja suurtes tööstuskeskustes, põllumajanduslike mürgkemikaalide ja mineraalväetiste tsirkuleerimine ning nende ohtlikkuse uurimine inimese tervisele, raskmetallide leviku ja nende seose uurimine tervisele; kantserogeensete, mutageensete, teratogeensete, embrüotroopsete, aga ka organismi sensibilliseerivate tegurite adaptatsiooniprotsesside kompleksne uurimine.

Peanõukogu koosolekule järgnes probleeminõukogu «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid» nõupidamine. Arutati organisatoorseid küsimusi. Otsustati 1986. aastal korraldada teaduskonverents ja 1987. aastal Tartu Riikliku Ülikooli trükisena välja anda uurimistööde kogumik.

Probleeminõukogu «Keskkonnakaitse aspektid» järgmine töökoosolek otsustati korraldada Rostovis 1985. aasta algul.

Arnold Jannus

XI üleliiduline röntgenoloogide ja radioloogide kongress toimus Tallinnas 2...4. oktoobrini 1984, neid korraldatakse regulaarselt iga kuue aasta tagant. Kongress on eelkõige Nõukogude Liidus tehtava röntgenoloogia- ja radioloogialase teadustöö ülevaatus. Kongressi eesmärgiks on ka välja selgitada, missugused on nüüdisaja teadustöö tegemise võimalused, millised probleemid on röntgenoloogidel-radioloogidel, kas tehnilised võimalused on vajadustele vastavad või on neid vaja parandada, kas kaadri ettevalmistus vastab tänapäeva nõuetele.



Foto. XI üleildulise röntgenoloogide ja radio-
loogide kongressi presiidium. V. Salupuu foto.

Kongressist võttis osa 671 delegaati, neist 158 meditsiinidoktorit. Töö toimus sektsioonides. Loengusaalid asusid kesklinnas, mis hõlbusas kuulajal valida ettekannet, mille vastu ta huvi tundis.

Röntgenoloogilise abi organisatsiooniliste aluste sektsioonis peeti kaks istungit rahvastiku dispanseerimise teemal. Kirjeldati meetodeid, mille abil on võimalik avastada pahaloomulisi kasvajaid varajases staadiumis, kuidas varakult diagnoosida kopsu- ja südamehaigusi.

Röntgendiagnostika sektsioonis oli 18 istungit, kusjuures meie vabariigist oli 4 ettekannet. Istungid olid jaotatud elundüsteemide järgi, mis võimaldas kuulata seda elundit või süsteemi puuduvat ettekannet, mis inimest just parajasti huvitas. Nii olid istungid südame- ja veresoonte haiguste, peritoneaal- ja retroperitoneaalruumi, kopsude ja keskeinandi, rinnanäärme- ja luuhaiguste diagnoosimise alal. Suure töö nii südame- ja veresoonte haiguste diagnoosimise kui ka ravi osas on teiste hulgas ära teinud ka meie vabariigi röntgenoloogid. Võib täie õigusega öelda, et kui seni on röntgenoloogid tegelnud vaid haiguste diagnoosimisega, siis nüüd tulevad nad edukalt toime ka neeru- ja südamehaiguste ravimisega. Kõrgetasemelisi ettekandeid võis kuulata ka gastroenteroloogiasektsioonis. Heameel oli tõdeda, et vaatamata nõuetekohase kontrastaine puudumisele, on paljud teadlased leidnud võimalusi seda ise valmistada, et seedetrakti röntgenoloogilisel uurimisel rakendada topeltkontrasteerimise meetodit.

Lasteröntgenoloogia sektsioonis toimus 10 istungit. Käsitleti laste rindkere elundite, seede- ja retroperitoneaalruumide ning luuhaiguste röntgendiagnostikat.

Kõige rohkem, 36 istungit oli radionukliididagnostika sektsioonis. Enam huvi pakkusid ettekanded kiiritusravi topomeetrilise aparatuuri täiustamise, uute meetodite rakendamise ja ravi efektiivsuse hindamise kohta. Kiiritusravi sektsioonis peeti viis ja kliinilise radiobioloogia sektsioonis neli istungit.

Füüsikalise tehnilise sektsiooni ettekanded mahutasid 7 istungisse. Näidati pahaloomuliste kasvaja-
jate, samuti ka mittekasvajaliste haiguste kiiritusravi uusi tehnilisi võimalusi. Arvestades ettekande

koostajate arvu (näiteks ühel ettekandel oli 23 (!) autorit), torkab silma väga suur elavus teadustöö tegemises. Seda, kas see tuleb asjale kasuks või kahjuks, on veel vara öelda.

Niisiis 7 sektsioonis oli kokku 473 ettekannet.

Kongressi ajaks oli korraldatud röntgenoradio-
loogiaaparatuuri näitus, millest võttis osa 42 firmat. Võis näha miniatuurset Kruppi firma toodetud ülilmoodsate anduritega varustatud ning kõiki hambahaigusi vaid hamba puudutamisel diagnoosivat *Placky't*, mis inimese peopesa ära mahub, aga ka kompuutertomograafe ja magnetuumaresonantsaparatuuri. Nagu eelmisel kongressil Jerevanis, nii ka siin Tallinnas hiilgas jälle Siemensi firma oma röntgen- ja ultrahelidiagnostikaaparatuuriga. Näituse külastajad võisid mitmeti veenduda, et nii maailma radiodiagnostika- kui ka kiiritusraviaparatuur on teinud tohutuid edusamme. Ja seda kõike haigete parema uurimise ja ravimise nimel!

Jääb üle vaid tänada eelkõige organiseerimiskomiteed selle suurürituse eest.

Erich Kuus

Läti NSV sotsiaalhügienistide, tervishoiuorganisatorite ja meditsiiniajaloolaste I kongress toimus 25...26. oktoobrini 1984 Riias deviisi *sanatio sanorum* all. Avasõnad ütles Läti NSV Ministrite Nõukogu aseesimees V. Kruminš. Läti NSV tervishoiuminister akadeemik V. Kaneps ise loomustas sotsiaalhügieenialaste uurimuste aktuaalseid suundi, nende tulemusi ja tervishoiupraktikas kasutuselevõtu perspektiive. Lätis viiakse edukalt ellu kauaaegset sotsiaalhügieeniliste uurimuste kompleksprogrammi. Selle aluseks on elanikkonna tervise süvauurimine. Andmed, sealhulgas esmakordselt demograafiliste protsesside statistilis-tõenäone mudel, on baasiks diferentseeritud normatiivide väljatöötamisel arstiabi eriliikide osas, tervishoiuvõrgu arendamise ja paigutamise organisatsiooniliste vormide põhjendamisel. On korraldatud organisatsioonilisi eksperimente, mis panid aluse printsiipselt uute teenistuste loomisele tervishoiusüsteemis — informatsiooni- ja arvutustehnika evitamine, TTO, insenerajaliste remont ja ekspluateerimine, tervishoiuobjektide ehitamise ühenddirektsioon. Edukalt on realiseeritud printsiipselt uus arsti-
teaduse, hariduse ja eriarstiabi praktika ühendamis-
vorm — õppe-teaduslik-praktilised ühendused. Praegu on neid üle 30 ning nad on end täiesti õigustanud. Sotsiaalhügieeniliste uurimuste tulemused on võetud haiguste profülaktika ja rahva tervise tugevdamise abinõude vabariikliku kompleksprogrammi aluseks kuni 1990. aastani.

Tervishoiuorganite ja -asutuste tähtsaimat ülesannet — nõukogude tervishoiu profülaktilise suuna edasiarendamist — lahkas üksikasjalikult NSV Liidu tervishoiuministri esimene asetäitja prof. O. Stšepin. Haiguste profülaktika ja elanikkonna tervise tugevdamise kompleksprogramm sisaldab ligikaudu 2000 abinõud, nende seas nii üleildulisi meetmeid kui ka rakenduslikult vabariikidele ja regioonidele, ministeeriumidele, amet-

kondadele, ühiskondlikele organisatsioonidele, tervishoiuorganitele ja -asutustele. Kompleksprogrammi põhiülesanded on: 1) esmase profülaktika meetmete tugevdamine; 2) kogu rahvastiku dispanseerimise arendamine ja täiustamine; 3) profülaktikaprobleemide teaduslik uurimine ja selle tulemuste kasutuselevõtt. Tervete eluviiside kui sotsialistliku elulaadi üht aspekti esmase profülaktika alusena analüüsis NSV Liidu Arsti-teaduse Akadeemia korrespondentliige J. Lissitšon (Moskva). Ta mainis, et universaalne meditsiiniteooria ei pea olema üksnes patogeneesi-teooria, nagu seni tavaks, vaid ka sanogeneesi-teooria. Päevakorras peabki olema sanoloogia, õpetus tervete tervisest.

G. Popov esitas akadeemik V. Kanepsi juhendamisel valminud ühisettekande «Elanike meditsiiniliste läbivaatuste kompleksse automatiseeritud süsteemi rakendamise kogemusi kogu rahvastiku dispanseerimisel». Sellesse süsteemi on arvatud anamnestilise küsitlus ankeedi järgi ja mitmed diagnostilised uuringud. Tulemusi töödeldakse mikroraalidega «Искра 256» ja «Искра 226», mille põhjal haige saadetakse eriarsti juurde. On koostatud ka automatiseeritud meditsiinilise läbivaatuse esmane dokumentatsioon. Seda on juurutatud enamikus Läti NSV ravi- ja profülaktikaasutustes.

Kongressil töötas viis sektsiooni. I sektsioon «Sotsiaalhügieen ja tervishoiuorganisatsioon» arutati peamiselt dispanseerimise aktuaalseid probleeme, esmase profülaktika tugevdamist, profülaktiliste läbivaatuste täiustamist. II sektsioon «Tervise sotsiaalhügieenilised probleemid» käsitleti eelkoige rahvastiku üksikute kontingentide tervist (**demograafilisi tegureid**, kehalist arengut, haigestumust). Huvi tekitas eriti L. Lipovetskaja ja V. Kanepsi ettekanne «Patomorfoosi sotsiaalhügieeniline analüüs kui haiguste profülaktika programmi planeerimise alus». III sektsioon «Tervishoiu organisatsioonilised probleemid» vaadeldi polikliinikute profülaktikaosakondade töökorraldust, töökollektiivide juhtimise täiustamist, kasvatustöö efektiivsuse tõstmist. IV sektsioon «Meditsiiniinformatsioon ja teaduslugu» oli tähelepanu keskmes tervishoiu komplekssete sihtprogrammide, arstiteaduse juhtimise, üksikute haiguste uurimise ja profülaktika uute meetodite väljatöötamise informatsioonilise tagamise efektiivsus, teadusloo tähtsus profülaktiliste lähene-misviiside väljatöötamisel meditsiinis. V sektsioonis «Meditsiiniajalugu» käsitleti peaaegjalikult sotsiaalhügieeni ajalugu Lätis, Leedus ja Mol-daavias. Allakirjutanut oli ettekanne «Sotsiaalhügieenilised aspektid Tartu Ülikooli teadlaste töödes».

Kongressi ettekannete teesides olid avaldatud meie vabariigist teesid ka H. Kahnilt ja M. Mok-silt teemal «Tööliste perioodiliste läbivaatuste täiustamise teaduslik-organisatsioonilised probleemid» ja M. Lövi-Kalninilt «Kaasasündinud näolõhedega haigete dispanseerimine ja selle arengurikke profülaktika». Kongressiks ilmus trükist ka kaks teadusartiklite kogumikku: «Ela-

nikkonnale arstiabi organiseerimise täiustamine» ja «Küberneetika ja informatsioon meditsiinis», milles olid trükitud ka A. Jannuse, V. Kalnini, I. Laane ja M. Lövi-Kalnini tööd.

Viktor Kalnin

Üleliiduline teaduskonverents «Immuunravi meetodid» toimus Taškendis 24. .26. oktoobrini 1984. Osavõtjaid oli ka välismaalt.

Konverentsi avakõne oli akadeemik R. Petrovilt. Muu hulgas rääkis ta trükist ilmunud ning uurimismeetodite ühtsustamiseks mõeldud metoodilisi soovitusi sisaldavast väljaandest «Inimese immuunseisundi hinnang». Selles on soovitatud kaheetapilist hindamisprintsipi. Esimesel etapil selgitatakse välja üldkarakteristikud või suured defektid rakulises ja humoraalses immuunsüsteemis ning fagotsütoosüsteemis, teisel etapil soovitatakse immunoloogilise defekti ilmumise ja astme määramiseks kasutada nn. analüütilisi teste. Akadeemik rõhutas, et tähtis on hinnata immuunsüsteemi tasakaalu tervikuna, silmas pidades mitmesuguste immunoloogiliste näitajate dünaamilises tasakaalus olevaid suhteid. Ka prof. K. Lebedev Moskvas kriipsutas alla, et immunoloogilise üksiknäitajate võrdlemine normiga on vananenud põhimõte, mis ei aita selgitada organismi immuunseisundit. Immuunseisundit iseloomustab üksiknäitajate tasakaalustatus, mille kohta saadakse vastus näitajate matemaatilisel analüüsil diskreetsete tunnuste alusel.

Kolme sektsiooni istungitel arutati peamiselt probleeme: immuunseisundi hindamine, immuunkorrektsiooni tänapäeva aspektid ja immunogeneesi regulatsioon. Esimeses sektsioonis kuulati ka V. Kirpitsenkova ja allakirjutanu ettekannet «Rakuline ja humoraalne immuunseisund tüsistunud kuluga respiratoorsete viirusnakkuste korral eelkooliealistel lastel».

Viimasel plenaaristungil peatus USA teadlane prof. J. Fachey üksikasjalikult täiesti uuel haigusel, mille avastasid kliiniklastest immunoloogid alles 1981. aastal ning mida tuntakse nüüd omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi ehk Kaposi sarkoomi nimetuse all. Kolme aasta jooksul (1981. .1984) on USA-s seda haigust registreeritud juba 6000 juhtu, kusjuures suremus on 80 %. On kindlaks tehtud, et haigust põhjustab retroviirus, mis kahjustab immuunsüsteemi ühte tähtsat lüli — T-abistajarakke. Raviks on vaja viirusevastaseid preparaate koos immunoregulaatoritega. Prof. G. Goldsteini (samuti USA-st) ettekanne iseloomustas uut, tüümusest saadud mittekõksilist preparaati — immunokorrektorit tümopoeetiini. Eksperimentis on tõestatud selle preparaadi immunoreguleeriv funktsioon, iseäranis taastab ta T-abistajarakkude talitlusvõimet. Prof. R. Haitov Moskvas kõneles uute kunstlike immunogeenide — polüanioonide ja polükatioonide — loomisest, mida samuti kasutatakse immunokorrektoritena.

Ludmilla Priimägi

Liiduvabariikide teadusliku töökorralduse osakondade juhatajate seminar toimus 26. novembrist 5. detsembrini 1984 Moskvas N. Semaško nim. Üleliidulises Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudis.

Prof. I. Lavrova andis ülevaate sotsiaalhügieenilase uurimise põhisuundadest ja selle kompleksset metoodikast. O. Aleksandrov käsitles tänapäeva tervishoiu teoreetilisi probleeme. Ambulatoor-polikliinilise abi parandamisel (V. Kozlitin) peetakse oluliseks jaoskonnaarstide profülaktikale ümberorienteerimist. Senisest enam tuleb tähelepanu pöörata riskirühmadesse kuulujate väljaselgitamisele ja nende ravimisele. Üleminekul kogu rahvastiku dispanseerimisele tuleks selle esimeses etapis kasutada automaatsiseerimist. Stationsaarse abi parandamisel (J. Loginova) on oluline voodifondi ratsionaalne kasutamine, ravi kvaliteedi ja mõjususe tõstmine.

G. Demtšenkova peatus oma ettekandes lähemalt rahvastiku dispanseerimise teaduslikul kontseptsioonil ja metodoloogial. Oluline on inimeste kaasaaharamine, dispanseerimine perekonniti. Esimeses etapis on oluline osa polikliinikute profülaktikaosakondadel, teises toimub täiendav uurimine diagnoosi täpsustamiseks (ligikaudu 1/3 läbivaatustest), kolmandas kõigi ravi- ja profülaktikaabinõude rakendamine, neljandas haigete dispanseerimise jälgimine ja ravi, viiendas etapis abinõude efektiivsuse hinnang.

Profülaktika kompleksprogrammi ellurakendamisel annab väliskeskonna kaitse üldise haigestumise languse 3...20%, töötingimuste parandamisega saavutatakse ajutise töövõimetuse alenemine 6...20%, tervisespordi arendamisega tõuseb töövõime 20...30%. Dispanseerimise kvaliteedi hindamiseks soovitas esineja kasutada eksperthinnangut, mõjususe hindamisel lähtuda terviserühmade dünaamikast ja jälgimise kestusest. Eriti komplitseeritud küsimus rahvastiku dispanseerimisel on nende inimeste (ligikaudu 30%) hõlmamine, kes ennast terveks peavad ning kes ise ei pöördu polikliinikusse.

Käsitleti ka ravi- ja profülaktikaasutuste juhtimist ning juhtivate töötajate töökorralduse parandamist (R. Tsvang), ambulatoor-polikliiniliste asutuste töötajate töö normeerimist ja objektiivset hindamist (J. Zotov), eesrindlike kogemuste koolide töö laialdasemat tutvustamist (M. Krasnova).

Seminarist osavõtjad tutvusid Moskva polikliinikute profülaktikaosakondade töökorraldusega. Ühes polikliinikus oli võimalus jälgida anamnestilise sõeltesti kasutamist kahe programmi järgi (kardioloogia ja onkoloogia) süsteemis patsient raal. Teises demonstreeriti profülaktikakabineti kompleksset sisustust automaadmõte-süsteemiga. Moskva üle 2000 voodikohaga palju-profiilises haiglas tutvustati operatiivosakonna organiseerimise põhiprintsiipe ja töökorraldust (R. Tsvang). Osakonna neli töötajat (juhataja — meditsiiniõde, teised — erihariduseta) täidavad üle 50 funktsiooni, vabastades peaarsti ja osakonnajuhatajad kvalifikatsioonile mittevastavast tööst kuni 70% ulatuses.

Ilme Pilt

III üleliiduline gastroenteroloogide kongress toimus Leningradis möödunud aasta lõpul. Osavõtjaid oli ka Bulgaariast, Tšehhoslovakiast, Mongooliast. Ettekandeid oli kongressil 162, neist 74 plenaaristungeil.

Avaistungil olid ettekanded gastroenteroloogia-alastest saavutustest, perspektiividest ja teaduslikest edusammudest (A. Safonov, V. Vassilenko). Eristati tähelepanu pöörati profülaktikale ja teadustööde suundadele seoses rahvastiku ülddispanseerimisega. Gastroenteroloogiaosakondade arv suurenes 570-lt (1978. a.) 745-ni (1982. a.), gastroenteroloogide arv 1,5 korda. Gastroenteroloogia-probleemidega tegeleb 106 teaduslikku meditsiini-asutust. On vaja profileeritud osakondi ja tagada ambulatoor-polikliinilise abi järjepidevus. Oluliseks peeti ka jaoskonnaarstide gastroenteroloogia-alaste teadmiste täiendamist, kasjuures polikliinikus on vaja haiged põhjalikult uurida ja ravida ning teha õige valik haiglaravile suunamiseks. Meie vabariigist oli N. Elšteinitl ettekanne seede-elundite haiguste patomorfoosi ja haigete väljaselgitamise kohta.

Plenaaristungeil oli viis, neist kolmel käsitleti söögitoru- ja maohaiguste, sapiteede ja maksa-haiguste ning soole- ja kõhunäärmehaiguste diagnoosimise ja ravi uusi võimalusi. Seede-elundite pahaloomuliste kasvajate varajast diagnoosimist käsitlevaal plenaaristungil esitas ettekande K. Villako.

Kongressil toimus 5 sektsiooniistungit: kaadri ettevalmistamine, endoskoopia gastroenteroloogia, biolo katsiooni uurimise meetodid, dieetravi ja kurortoloogia ning uut seede-elundite haiguste diagnoosimise ja ravi. Sektsiooniistungil analüüsisid H.-I. Maaros ja V. Salupere oma ettekandes maohaavandihaigete mitmeaastase jälgimise tulemusi, A. Tamm ja M. Mikelsaar tutvustasid fenooli määramist uriinis soole düsbioosi diagnoosimiseks.

Diskussioonikoosolekul arutati gastrointestinaalsete hormoonide ja tsükliiliste nukleotiidide osatähtsust haiguste diagnoosimisel.

Autorid Odessast tutvustasid polikliinilise päevase statsionaari tööd. Sellises polikliiniku osakonnas on võimalik komplekselt ravida, kaasa arvatud dieetravi, võimalikud on venisisesed infusioonid, füsio- ja psühhoteraapia. Haigete ajutine töövõimetus on lühenenud keskmiselt 7...10 päeva võrra.

Kongressi materjalid avaldati teesidena, neist 14 olid meie vabariigi autoreilt.

Üleliidulises Gastroenteroloogide Seltsi juhatuse aruande aastaist 1979...1984 esitas kaadeemik V. Vassilenko, kes valiti taas juhatuse esimeheks. Seltsi juhatusse valiti ka K. Villako ja N. Elšteinit.

*Helga Pärn
Ülle Heinla*

XVII Doonamaade neuroloogide sümposium toimus 9...11. oktoobrini 1984 Moskvas. Sümposiumist võtsid osa neuroloogid Ida- ja Kesk-Euroopa riikidest, külalisi oli ka USA-st ja Kuubast. Tartust oli sümposiumil neli inimest. Osavõtjaid tervitas Ülemaailmse Neu-

roloogide Föderatsiooni president prof. R. Masland (USA).

Arutati intensiivravi neuroloogias ja ajutüvehaigusi, mis on suurt huvi pakkuvad probleemid. Sektsioonide tööle eelnesid ülevaateloengud. Prof. R. Masland rääkis medikamentoosest ravist epilepsia korral, prof. F. Gerstenbrand Innsbruckist käsitles monitoride osa intensiivravis. Ta kriipsutas alla, et neuroloogiliste haigete eluohtliku seisundi üle võimaldab otsustada esmajoones kliiniliste sümptomide jälgimine, vähem olulised on monitoridelt saadavad andmed. Moskva Neuroloogia Instituudi hingamiskeskuse juhataja prof. L. Popova analüüsis neuroloogiliste haigete hingamishäireid. Intrakraniaalset rõhku käsitles prof. A. Manevitši (Moskva) ettekanne. Ta esitas uue mõiste — äge intrakraniaalne düstensioon. Ajuturse patogeneesi ja ravi käsitles prof. E. Csanda Budapestist. Oluline on turset soodustavate tegurite vältimine, sellele lisanduvad spetsiifiline ja mittespetsiifiline ravi. Andmeid vere reoloogiliste muutuste kohta ning nende korrigeerimise olulisest osast ajuinfarkti ravis esitas prof. D. Hodijev Sofiast.

Meile pakkusid suurt huvi intensiivravi käsitleva sektsiooni ettekanded, sest need haakusid tihedalt TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri ning Tartu Kliinilise Haigla hingamiskeskuse pikaajalise uurimissuunaga. Tartu Närvikliiniku hingamiskeskus alustas Nõukogude Liidus esimeste hulgas närvihäiguste intensiivravi. Meie 25-aastase tegevuse üldistuse esitas allakirjutanu. Dissemineerunud intravaskulaarne koagulatsioon raskete närvisüsteemihäiguste puhul oli ÜMPI vanemteaduri U. Noormaa ja kaastöötajate ettekande teemaks. Kumbki ettekanne vallandas elava diskussiooni.

Ajutüvehaigusi käsitleva sektsiooni istungitel kuulati 60 ettekannet ajutüve elektrofüsioloogia, neuromorfoloogia, kahjustussündroomide ja nende ravi kohta, enamik oli seotud ajutüve vaskulaarse patoloogiaga.

Eraldi istung toimus kooma ja ajusurma teemadel. Selgus, et ajusurma mõiste on arstipraktikasse küll juurdunud, kuid inimese surma kriteeriumina ei ole ta veel kõikjal seadusandlikes aktides fikseeritud. Huvi tekitasid prof. F. Gerstenbrandi esitatud uus, Innsbrucki skaala komatoosess seisundis haigete ajukahjustuse raskuse ja prognoosi hindamiseks ning analoogne Moskva skaala. Viimane on välja töötatud meditsiinidoktor A. Sahnovitši juhtimisel Moskva Neurokirurgia Instituudis. Peeti vajalikuks edasist rahvusvahelist koostööd ühtse skaala loomiseks.

Sümposionist osavõtjad külastasid ka NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Neuroloogia Instituuti ja tutvusid sealse teadustöö korraldusega.

Arvo Tikk

Euroopa Pneumoloogia Ühingu kolmas kongress toimus möödunud aasta lõpul Baselis. Euroopa Pneumoloogia Ühingu (*Societas Euro-*

paea Pneumologica) on suhteliselt noor rahvusvaheline meditsiiniorganisatsioon, mis loodi 1981. aastal. Asutajaliikmeid oli 70. Praegu on liikmeid juba üle tuhande, nende arv pidevalt suureneb. Ühingu teeb kaastööd Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liiduga.

Kongressi põhiteemaks oli «Astma ja bronhiaalhüperreaktiivsus». Käsitlemist leidsid ka paljud pulmonoloogia aktuaalsed probleemid, nagu uuemad diagnoosimismeetodid, kopsuinfektsioonid, -tuumorid. Osavõtjaid oli üle 1300. Esindatud olid peamiselt Euroopa riigid, aga ka teised piirkonnad, eeskätt Ameerika Ühendriigid. Nõukogude Liitu esindas allakirjutanu.

Astma patofüsioloogias oli keskel kohal nn. arahhidoonhappe kaskaad. Arahhidoonhappe vabanemine rakumembraani fosfolipiididest ja selle ensümaatilise mõjustamine ainevahetuse käigus põhjustab omakorda selliste bioaktiivsete ainete nagu prostaglandiinide, leukotriinide, tromboksaanide ja lipoksiinide tekke. Nendest on allergilistes reaktsioonides eriline tähtsus leukotriinidel. Seetõttu ongi nende uurimine allergoloogia üks olulisemaid probleeme.

Suurt tähelepanu pöörati ka beetaadrenergilisele mõjustusele. See võib avalduda kas labrotsüütides (degranulatsiooni pidurdus), silelihastes (otsene toime ja parasümpaatilise mõjustuse vähendamine) või mukotsiliaarsüsteemis (funktsiooni tõus).

Ravis domineerisid kõrvuti beetaagonistidega ksantiiniderivaadid (eeskätt pika toimeajaga oraalset kasutatavat teofüllin), naatriumkromoglükaat (intaal) ja glükokortikoidid. Tähelepanu äratas antikolinergiliste preparaatide kasutamise ulatus, mis meil on mõnevõrra tagaplaanile jäänud. Käsitlemist leidsid ka mitmed uued ravimid, nagu ketotifeen (saditeen) ja teised.

Kongressi ajal toimusid ka paljud sümposioonid, eeskätt bronhiaalastma diagnoosimise ja ravi alal.

Heinart Sillastu

XIX Tšehhoslovakkia gastroenteroloogide kongress toimus 12...16. novembrini Karlovy Varys. Sellest võtsid osa 24 maa esindajat, sealhulgas spetsialistid Jaapanist, Ameerika Ühendriikidest, Brasiiliast, Alžeerias ja peaaegu kõigist Euroopa maadest. Nõukogude Liitu esindas 14-liikeline delegatsioon, mille koosseisus olime Eestist kahekesi: U. Siigur TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudist ja allakirjutanu. Esitati üle 500 ettekande.

Seedetraktihaigustest kui tõsisest sotsiaalsest probleemist andsid ülevaate Poola uurijad. Nende andmetel moodustab nendest haigustest põhjustatud ajutine töövõimetus 20% kogu ajutisest töövõimetest, kusjuures peamise osa sellest põhjustab mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandõbi. Rumeenia teadlased käsitlesidki haavandõve patogeneetilist ravi. Maovähi varajase diagnoosimise kohta esitasid kõige rohkem andmeid Jaapani, Saksamaa Liitvabariigi ja Poola arstiteadlased. Nende seisukohad võiks kokku võtta järgmiselt: varajane maovähk on harva esinev ja sageli juhuslik leid. Seni ainus

võimalus leida maovähki varajases arengujärgus on rahvastiku massiline endoskoopiline uurimine.

Põhjalikku käsitlemist leidsid ka maksa-, kõhunäärme- ja soolehaigused. Meie ettekanded käsitlesid peensoolt. U. Siigur rääkis seedetrakti mikrofloora määramise kaudsetest meetoditest ja allakirjutanu piimasuhkru imendumisest Saaremaa elanikel. Meie ettekanded äratasid elavat huvi ja tuli vastata paljudele küsimustele.

Rein Tammur

Kuues Nõukogude Liidu ja Soome psühhiaatriasümposioon peeti 25...30. novembrini 1984 Helsingis. Meie maa kuueliikmelist delegatsiooni juhtis V. Serbski nim. Üleliidulise Üld- ja Kohtupsühhiaatria Teadusliku Uurimise Instituudi direktor akadeemik G. Morozov. Ettekanded käsitlesid depressiivsete seisundite, skisofreenia ning alkoholismi patogeneesi, diagnoosimist ja ravi. Soome kolleegid tutvustasid oma kogemusi psühhosomaatiliste haigete ravimise alal (prof. K. Achtè), depressiivsete seisundite diagnoosimise ning farmakoteraapia (prof. A. Harenko, dotsent T. Tamminen jt.), ka skisofreenia sümptomaatika ning kulu uurimise alal (prof. R. Rimon, dotsent A. Pakaslahti jt.). Nõukogude Liidu psühhiaatrid käsitlesid ägedate alkoholsühhhooside all kannatajate ravi uusi meetodeid (akad. G. Morozov), joomatungi patogeneesi mehhanisme (prof. E. Kostandov), skisofreenia kulu iseärasusi ning ravi hilistulemusi (prof. A. Tiganov, vanemteadur G. Miljohin jt.). Allakirjutanu ettekande teemaks oli sotsioteeraapia osa alkohoolikute kompleksravis, milles üldpõhimõtete kõrval tutvustati ka Tartu psühhiaatriahaigla juures juba 15 aastat tegutsenud «Anti-Bakchose» klubi sotsioterapeutilisi kogemusi.

Sümposionist osavõtjad tutvusid Helsingi Ülikooli psühhiaatriakliiniku ravi-, õppe- ja teadustööga ning ambulatoorse psühhiaatrilise abi korraldusega ülikooli keskhaigla polikliinikus. Kahe päeva jooksul oli delegaatidel võimalus põhjalikult tutvuda Tampere psühhiaatriakliiniku ning seal rakendatava ulatusliku rehabilitatsioonisüsteemiga.

Ühistel arutlustel haigete üle oli võimalik tõdeda psühhikahaguste diagnoosimise ja ka ravistrateegia põhimõtete sarnasust.

Otsustati kahe maa koostööd edaspidi veelgi tihendada, korraldades ühissümposioonide kõrval ka ühisuurimisi ning vahetades teadlasi. Meie poolt peeti otstarbekaks lülitada V. Serbski nim. Üleliidulise Üld- ja Kohtupsühhiaatria Teadusliku Uurimise Instituudi üldjuhtimisel koostösse ka Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi ja Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria kateedrid. Ühisuurimuse põhiteemadeks on depressiivsete seisundite patogenees ja skisofreeniahaigete ravi hilistulemused.

Sümposiooni materjalid avaldatakse kogumikuna. Järgmine ühissümposioon otsustati korraldada 1986. aasta kevadel Moskvast.

Jüri Saarma

Arstide seltsides

IV Pärnu meditsiiniseltside konverents toimus 21. novembril 1984. Osavõtjaid oli palju, teemaks meditsiinipsühholoogia.

Arstiteaduses on pearõhk pandud inimorganismi somaatilise külje tundmaõppimisele, eriti meditsiini spetsialiseerumise tingimustes. Inimene ei ole ainult organism, vaid ka isiksus. Haiguse igakülgseks mõjutamiseks on vaja tunda ka isiksust ja valida õige meditsiinilis-psühholoogiline taktika.

Ettekandega «Meditsiinipsühholoogia rakendamisel igapäevases tervishoiupraktikas» esines meie vabariigi peanarkoloog A. Liiv. Et teema ja problemaatika on aktuaalsed ja igapäevases töös vajalikud, siis soovitas esineja meditsiinitöötajatel selles valdkonnas end täiendada tervise rahvaülikoolis. Huvipakkuva ettekande «Senestopaatia diagnoosimine ja ravi» esitas ka Riia Meditsiiniinstituudi psühhiaatriaprofessor I. Egli-tis. Igas meditsiini valdkonnas on diferentsiaal-diagnostiliselt vaja vahet teha, kas on tegemist tõelise orgaanilise haiguse või psühhogeense häirega. Pärnu psühhiaater S. Vanatoa esitas ettekande «Psühhosomaatiline meditsiin». See käsitles mehhanisme, kuidas psüühilise mõju tagajärjed formeeruvad somaatiliseks haiguseks.

Dispansseerimise psühholoogilise külje uurimisel on suure töö ära teinud Pärnu Polikliiniku osakonnajuhataja E. Lõuk. Anonüümse ankeetküsitluse teel uuriti nii dispansseeritavaid kui ka dispansseerijaid. Järeldusena võis välja tuua järgmised asjaolud. Dispansseeritavad ei suutu tervise kontrollisse küllalt tõsiselt, oma tervist samastatakse enesetundega. Arstid ei ole küllalt põhjalikult selgitanud haiguse olemust ega selle tüsistusi, ei ole tuttavad haige töö- ja olmetingimustega ega oska seega soovitada individuaalset režiimi. Polikliiniku võimalused ei küüni selleni, et kõiki dispansseeritavaid saaks uurida vajalikus ulatuses minimaalse ajakuluga. Meditsiinitöötajad on koormatud dispansseeritavate tagaotsimisega.

Konverentsil oli ka Pärnu Meditsiini raamatukogu teemakohane näituslaenus, mille korraldamisel oli abiliseks Riiklik Teaduslik Meditsiini raamatukogu. IV Pärnu meditsiiniseltside aastakonverentsist võttis osa ka Vabariikliku Meditsiiniseltside Nõukogu sekretär E. Luiga ja palju külalisi teistest rajoonidest.

Lehte Rebane



Prof. A. Valdese 100. sünniaastapäevaks avati tema sünnimaja seinal graniidist mälestusplaat. V. Valdese foto.

Eesti Patoanoomide Seltsi ja Rapla Arstide Seltsi ühiskoosolek. Rapla Rajooni Keskhaiglas oli 26. oktoober 1984 pidulik päev. Kohale oli saabunud arstiteadlasi, tegevarste, tervishoiujuhte Tartust ja Tallinnast ning mujaltki tähistamiseks silmapaistva arstiteadlase ja meditsiinoskuskeele rajaja, oma õpetaja ja ka kolleegi prof. Albert Valdese 100. sünniaastapäeva. Eelkõige tutvuti A. Valdese kodupaikadega Rapla rajoonis. Tema sünnimaja, mis oli isa Otto Valdese ja tema pere tööpaigaks ning koduks, on hästi säilinud. Nüüd kaunistab seda maja graniidist mälestustahvel ning sellel järgmised sõnad. *Selles majas sündis 1. detsembril 1884. a. Eesti NSV teeneline teadlane patoanoomia professor Albert Valdes.*

Meie kõigi poolt austatud teadlasest rääkisid äsjajapaigaldatud mälestustahvli ees tema tütar, TRÜ arstiteaduskonna patoanoomia kateedri dotsent V. Sillastu, ja poeg, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peapatoanoom V. Valdes. Huvitavaid meenutusi nendelt kuulati ka Altveskil, kus oli alanud A. Valdese koolitee.

Päeva teisel poolel koguneti Rapla Rajooni Keskhaigla konverentsisaali, kus TRÜ arstiteaduskonna patoanoomia kateedri juhataja, Eesti Patoanoomide Seltsi esimees prof. A. Truupõld avas arstide seltside ühiskoosoleku, austades südamliku sõnaga prof. A. Valdese mälestust. Dotsent U. Podar andis ülevaate oma õpetaja ning kolleegi elukäigust ja -tööst. Ta kõneles prof. A. Valdese eredast teadlasest, tema suurepärasest pedagoogiisiksusest, üldse kui suurest eeskujust elus ja töös. Prof. P. Bogovski, samuti A. Valdese õpilane, analüüsis tema teaduslikku uurimistegevust ja vaateid vähktõve tekke valdkonnas ja võrdles neid tänapäevaste kantserogeneesi puudutatavate teaduslike teooriate seisukohtadega, rõhutades prof. A. Valdese kui töö-

lise teadlase suurt põhjalikkust ja harukordset ettenägemisvõimet. Rapla Rajooni Keskhaigla peaarst T. Kadastik kõneles rajooni tervishoiusüsteemi tänapäevast ja tulevikust. Ta tutvustas põhjalikult tervishoiutöötajate tegemisi ja püüdlusi, ka raviasutuste vajadusi nüüd ja tulevikus. Saime teada, et Rapla rajooni meedikute suur mure on haiglavoodite suhteliselt väike üldarv, mis toob kaasa ravivõimaluste piiranguid.

Vello Laos

Eesti Farmakoloogide Seltsi ja Eesti Füsioloogide Seltsi ühiskoosolekuga 5. detsembril 1984. a. tähistati Tartu Ülikooli endise farmakoloogia kateedri juhataja professor Walter Siegfried Loewe 100. sünniaastapäeva. Tartu Ülikoolis töötas ta 1921. aastast kuni 1928. aastani.

Allakirjutanu käsitles W. S. Loewe teadus-



Fotol näeme osa W. S. Loewe 100. sünniaastapäeva tähistamise piduliku koosoleku audituumist.

pärandit, mis on seotud farmakoloogia mitme teadussuuna arenguga maailmas. W. S. Loewe sündis Fürthi linnas Baieris 19. augustil 1884. aastal, lõpetas gümnaasiumi Maini ääres Frankfurdis, õppis meditsiini Freiburgis, Berliini, Strasbourgi ja Müncheni ülikoolis. Ajavahemikul 1905...1910 oli Strasbourgi Ülikooli Füsioloogia Instituudi assistent prof. Hoffmeisteri juures. Aastail 1910...1912 töötas Leipzigi Ülikooli Psühhiaatriakliiniku keemialaboratooriumi juhatajana ja ka sama ülikooli füüsikalise keemia instituudis prof. Freundlichi juures. 1912. aastast töötas Göttingeni Ülikooli Farmakoloogia Instituudis prof. Heubneri juures, kus 1913. aastal kaitses doktoriväitekirja. 1915. aastal nimetati ta dotsendiks, 1918. aastal erakorraliseks professoriks. 1921. aastal kutsuti Tartu Ülikooli Farmakoloogia Instituudi juhatajaks, korraliseks professoriks. Tartus olid tema põhilised kaastöötajad Elise Käer-Kingisepp ja Friedrich Lange. Samuti arendas ta koostööd histoloog H. Vossi ja matemaatik H. Muischnekiga. Ka V. Vadi töötas prof. W. S. Loewe juures, kaitses 1932. aastal doktoriväitekirja farmakoloogia alal.

W. S. Loewe teadustöö viljakaim periood langetas Tartu-aega. Alustpanevad on tema endokrinoloogialasest tööd, mis käsitlesid kõige enam suguhormoonide keemia, farmakoloogia ja füsioloogia küsimusi. W. S. Loewe isoleeris nais- ja meessuguhormoonid, käsitles nende sisaldust uriinis, veres, sugunäärmetes, nende ainevahetust ning farmakoloogilist toimet, töötas välja teste nende bioloogiliseks standardiseerimiseks ning avaldas põhjanevaid töid nende kliinilise kasutamise kogemuste ja võimalikkuse kohta. Hiljem valiti W. S. Loewe Saksa Endokrinoloogia Seltsi auliikmeks. Algul Tartus, hiljem Mannheimis uuris ta ka kilpnäärme ja hüpofüüsi talitlust.

Teiseks W. S. Loewe teadustöö suursaavutuseks oli alusepanemine kvantitatiivsele farmakoloogiale. Suur osa sellealaseid uurimusi on avaldatud koostöös E. Käeri ja H. Muischnekiga. W. S. Loewe rajas ravimite farmakodünaamikalastele uuringutele täpse matemaatilise kvantitatiivse aluse, eriti mis puudutab ravimite kombineeritud kasutamist. Ainete antagonistliku, sünergistliku või muude koostoimete avaldusi võimaldus seetõttu täpsemalt analüüsima hakata ning rajati mürkide farmakoloogilise sobivuse (sobimatuse) hindamise printsiibid. Ainete toime reversiibsus, irreversiibsus, kumulatiivsus, toime staatilised ja dünaamilised avaldused muutusid täppisteaduste meetoditel mõõdetavaks. Kõigis oma ülevaateetöödes rõhutas W. S. Loewe metoodika valiku ja täpse mõõdetavuse printsiipi. Tema poolt väljatöötatud bologrammid on üldfarmakoloogias kindlalt paigal tänaseni ja kõigis suuremates käsiraamatutes on W. S. Loewe töid tsiteeritud. Tartust lahkus W. S. Loewe Mannheimi Saksamaale ja 1935. aastal fašismi eest Ameerika Ühendriikidesse. Aastail 1935...1946 töötas ta New Yorgis Cornelli Ülikoolis ja *Mount Sinai Hospital*'is, alates 1946. aastast kuni surmani 1963. aastal oli ta *Salt Lake City*'s Utahi osariigi ülikooli farmakoloogia kateedri professoriks. Ameerikas töötas ta narkootikumide, lahtistite,

ganglioblokeerivate ja kuraaretaoliste ainete farmakoloogia alal. Ka nendest nii mõnedki tööd, eriti need, mis käsitlevad ainete struktuuri ja toime seoseid, on põhjanevaid tähtsusega. Oma lemmikteema, nimelt kvantitatiivse farmakoloogia juurde tuli W. S. Loewe korduvalt tagasi veel ka USA-s töötamise ajal, avaldades viimase sellealase töö 1959. aastal.

Prof. E. Käer-Kingisepp rääkis W. S. Loewest kui õppejõust, kes nõudis lisaks farmakoloogiaalastele ka sügavaid keemiaalaseid teadmisi, tema nõudlikkusest ja täpsusest loengute pidamisel ning katsete tegemisel. Samuti näidati rikkalikku fotomaterjali tolleaegse farmakoloogia kateedri kohta. Kahtlemata oli 1920-ndate aastate Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas üks teaduslikult aktiivsemaid farmakoloogia kateeder ning seda tänu W. S. Loewe töökuusele ja nõudlikkusele teadlasena.

Lembit Allikmets

Leedu, Läti ja Eesti farmakoloogide seltside ühiskonverents toimus 14. detsembril 1984 Vilniuses. Juba ligikaudu 15 aasta vältel on igal aastal toimunud kolme liiduvabariigi farmakoloogide ühiskonverentsid või -sümposioonid. Alguse sai selline tava 1970. aastal Tartus. Eelviimaseks taoliseks ürituseks oli 1983. aastal Tartus aset leidnud gammaaminovõihappe farmakoloogiale pühendatud sümposioon.

Vilniuse konverentsil, mille teemaks oli «Füsioloogilisel aktiivsete ainete süntees ja uurimine», kuulati 34 ettekannet ja esitati 44 ettekannet stendil. Töö toimus farmakoloogia ja sünteetilise keemia sektiioonides. Käsitleti paljusid farmakoloogiaprobleeme, alates uute erineva toimespektriga füsioloogiliselt aktiivsete ühendite sünteesist (Vilnius, Riia) nende toime igakülge uurimiseni kõikidel tasanditel (Tartu, Riia) ja kliinikus kasutamiseni (Riia, Kaunas, Vilnius).

Tartu farmakoloogidelt oli neli ettekannet. Erilist huvi äratasid T. Žarkovskaja ja A. Žarkovski uurimus «Bensodiasepiini retseptorite afiinsuse muutus katseloomadel pärast neuroleptikumide kroonilist manustamist» ja A. Nurga, M. Maimetsa, E. Vasara, L. Rägo ja L. Allikmetsa uurimus «Neuroleptikumide kroonilisest manustamisest tingitud adaptiivsed muutused gammaaminovõihappe-ergilises süsteemis». Kummaski ettekandes vaadeldi molekulaarseid aluseid neuroleptikumide toimemehhanismis bensodiasepiini ja gammaaminovõihappe retseptoritele. Mitte vähem huvi pakkusid ka allakirjutanu ja A. Adamsoo töö «Alkoholi kroonilise tarvitamise mõju barbamüüli farmakokineetikale» ning M. Otteri ja allakirjutanu töö «Fenibuti ja etanooli koostoimest.» Esimeses näidati pideva alkoholitarbimise kahjustavat toimet maksa detoksikatsioonivõimesse inimesel, teises aga võimalusi nõrgendada või kõrvaldada mõningaid alkoholi toimeilminguid katseloomadel.

1985. aastal toimub farmakoloogide seltside vaheline nõupidamine Kaunases.

Leo Nurmand

Meie juubilar



Henrich Petlem, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri endine kauaaegne kateedrijuhataja ning dotsent, Eesti NSV teeneline arst, sai 27. märtsil 75-aastaseks. Juba üliõpilasena tundis huvi kirurgia vastu ning viimasel kursusel asus H. Petlem assistendina tööle Tartu Ülikooli I Haavakliinikus. Pärast Tartu Ülikooli lõpetamist 1936. aastal jätkas samas vanemassistendina. 1948. aastast oli H. Petlemi töö seotud hospitaalkirurgia kateedriga, ajavahemikul 1948...1972 oli ta kateedrijuhataja. Uurimistöös oli tol ajal peamine maohaavanditõve kirurgiline ravi, mida käsitles ka 1950. a. kaitstud kandidaadiväitekirj. Hiljem on tähelepanu keskmeks olnud põhiliselt urokirurgiaprobleemid. Ta on välja töötanud ureterosigmoidostoomia modifikatsiooni põie pahaloomuliste kasvujate radikaalsel eemaldamisel. Juubilar on avaldanud arvukalt teadusartikleid ning ta on kahe traumatoloogialase monograafia autor. H. Petlemi hoolitseva käe all on väga paljud noored omandanud oma kirurgioskused. Juubilar on kirurgide hulgas tunnustatud kolleeg.



Elmar Siirde, kauaaegne TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhataja, praegune konsultantprofessor, Eesti NSV teeneline teadlane, saab 22. aprillil 75-aastaseks. 1938. aastal lõpetas E. Siirde Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Juba üliõpilasena huvitus otorinolarüngoloogiast ning V kursuse üliõpilasena asus tööle kõrva-nina-kurguhaiguste kliinikus. 1944. a. määrati E. Siirde TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhatajaks, millisel ametikohal oli ta üle kolmekümne aasta. Õppe- ja teadustöö kõrval oli ta aastail 1944...1951 Tartu kõrva-nina-kurguhaiguste kliiniku peaarst, 1950...1952 arstiteaduskonna prodekaan ja dekaan, 1966...1969 TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi juhataja. Prof. E. Siirde alustas teadustööd üliõpilaspõlves, huvialadeks logopeedia ja foniaatria, millele hiljem lisandusid veel mitmed, ent põhiline on olnud aeroionisatsiooni ja elektroaerosoolide uurimine. 1963. a. kaitstud doktoritöös «Aero- ja hüdroioonid otorinolarüngoloogias» esitatud põhimõtteid on praktikas rakendatud. Prof. E. Siirde on nimekas arst, teadlane ning õppejõud, kes on olnud väga paljude Tartu Riiklikus Ülikoolis õppinud arstide ning arvukate kõrva-nina-kurguarstide õpetaja ja kasvataja. Juubilar on Eesti Otorinolarüngoloogide Seltsi asutajaliige ning üleliidulise seltsi juhatuse ning üleliidulise otorinolarüngoloogiaalase probleemikomisjoni liige, aastaid olnud tervishoiuministeeriumi peatorinolarüngoloog. Prof. E. Siirde on autasustatud nelja medali ning Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega.



Irina Veerma, Tartu Kliinilise Sünnitusmaja peaarst, sai 24. jaanuaril 70-aastaseks. 1939. aastast alates, mil ta lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna, on I. Veerma kogu elu ja töö olnud seotud sünnitusabi ja günekoloogiaga. Pärast ülikooli lõpetamist töötas ta Tartu Naistekliinikus volontäärina ning hiljem samas assistendina. Aastail 1940...1970 oli ta TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedris assistent, vanemõpetaja, dotsent, ajavahemikul 1950...1955 kateedrijuhataja. Õppetöö kõrval töötas ta aastail 1955...1960 Tartu Kliinilise Sünnitusmaja peaarsti asetäitjana ravi alal ning 1963. a. alates peaarstina. Juubilar on kõrge kvalifikatsiooniga spetsialist, väga hea diagnoosija ning võimekas kirurg, 21 teadus- ja populaarteadusliku artikli autor. Kuuel korral on teda valitud Tartu Linna RSN saadikuks, on olnud Tartu linna peaakušöörgünekoloog, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi sünnitusabinõukogu asesesimees, Üleliidulise Akušöörgünekoloogide Seltsi esinaine. Tema nimi on kantud EKP Keskkomitee Poliitharidusmaja aüraamatusse. I. Veerma on NLKP liige 1972. a. alates. Juubilar on autasustatud Lenini ordeni, V. I. Lenini juubelimedaliga, korduvalt EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna RSN Täitevkomitee ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirjadega.



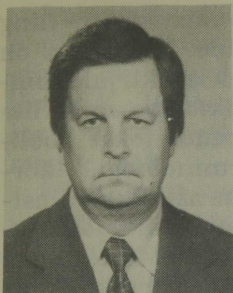
Ernst Raudam, TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri konsultantprofessor, Eesti NSV teeneline arst, saab 21. aprillil 70-aastaseks. 1934. a. lõpetas ta Paides gümnaasiumi ja 1940. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel töötas E. Raudam lühikest aega jaoskonnaarstina Paides, veel samal aastal kutsus prof. L. Puusepp ta Tartu Närvikliiniku assistendiks. 1948. a. määrati tänane juubilar neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhatajaks. 1949. a. kaitses kandidaadiväitekirja. Laihaardelise teadusliku, praktilise ja organisatoorse töö tulemusena valmis tsükkel uurimusi «Ägedad neuroinfektsioonid Eesti NSV-s (kliinik, ravi, epidemioloogia ja profülaktika)», mille eest 1967. a. anti E. Raudamile meditsiinidoktori kraad, 1968. aastal valiti E. Raudam professoriks. Neuroloogia ja neurokirurgia kateedrit juhatas prof. E. Raudam 1984. a. novembrini. Juubilar on tänapäeva neurokirurgia ühe rajaja prof. L. Puusepa õpilane, kes on 45 aastat kestnud tegevuse jooksul oma õpetaja poolt põhjendatud neuroloogia ja neurokirurgia ühtsust viljakalt edasi arendanud. Tema teaduslikud huvid on olnud laialdased. Tema sulest on ilmunud üle 250 teadustöö, millest paljud nii rahvusvahelistes kui ka üleliidulistes keskajakirjades. Prof. E. Raudam on olnud enamiku meie vabariigi arstide õpetajaks. Tema ideede ja loominguilise suhtumise mõjul on Tartus kujunenud neuroloogia ja neurokirurgia alal tegutsev koolkond, kelle saavutusi arvestatakse nii Nõukogude Liidus kui ka välismaal. Juubilar on juhendanud neli doktori- ja 23 kandidaaditööd. Kahel korral on pälvinud prof. E. Raudam Nõukogude Eesti preemia. Juubilar on pühendanud palju energiat tervishoiusüsteemi arendamisele. Aastail 1959...1967 oli ta Eesti NSV Ülemnõukogu saadik, juhtides alalist tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni, ajavahemikul 1970...1975 oli juubilar arstiteaduskonna dekaan, aastakümneid Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaneuroloog ja -neurokirurg. Prof. E. Raudam on mitme üleliidulise erialaseltsi aseesimees ja juhatuse liige ning ajakirja «Вопросы нейрохирургии» ja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuskolleegiumide liige. Ta on Läti, Leedu, Valgevene NSV ning Leningradi neurokirurgide seltside ja Eesti NSV L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi auliige. 1984. aastani oli ta viimati nimetatud esimees. Juubilar on autasustatud Lenini ja Tööpunalipu ordeniga, medaliga «Töövapruse eest» ning V. I. Lenini juubelimedaliga, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi nelja aukirjaga. Prof. E. Raudam on pälvinud kolleegide, õpilaste ja arvukate patsientide austuse ja sügava lugupidamise.



Heino Kreek, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiaivalitsuse juhataja, Eesti NSV riikliku peasanitaararsti asetäitja, sai 7. jaanuaril 60-aastaseks. 1958. a. lõpetas TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel oli Haapsalu rajoonis silma- ja kiirabi arst, Haapsalu Defektiivsete Väike-lastekodu peaarst ning Haapsalu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst. Aastail 1960...1963 õppis aspirantuuris, seejärel oli vanemteadur Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis, peaarst Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Praegusel ametikohal on töötanud 1975. a. alates. H. Kreek on kõrgema kategooria hügienist. Trükis avaldanud 15 teadustööd. Juubilar on Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee presiidiumi, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadusliku nõukogu liige. Kuulub Eesti Hügienistide Seltsi juhatusse. Juubilar on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirjadega ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga.



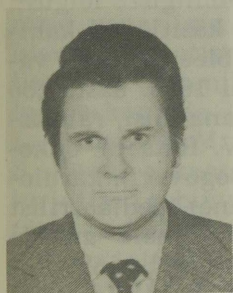
Lia Prohhorov, Tallinna Vabariikliku Haigla akušöör-günekoloog, sai 21. veebruaril 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölisperekonnas. 1942. a. lõpetas eksternina gümnaasiumi, 1943. aastal asus õppima arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1949. a. Juba 1947. a. alustas tööd Tartu Vabariiklikus Naistekliinikus ordinaatori kohusetäitjana, aastail 1949...1950 oli samas ordinaatoriks ning ka TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri assistendiks. 1950. aastast alates on juubilar töötanud Tallinna Vabariiklikus Haiglas, ajavahemikul 1953...1979 oli osakonnajuhataja, seejärel peaarsti asetäitja sünnitusabi ja günekoloogia alal ning 1980. aastast akušöör-günekoloog. L. Prohhorov on esimese kategooria akušöör-günekoloog. Ta on olnud enamikule Tallinna akušöör-günekoloogidele praktilise töö õpetajaks. Oma rikkalikke teadmisi on ta 25 aasta vältel Tallinna Meditsiinikooli õpetajana jaganud ka sadadele praegustele ämmaemandatele. Hea töö eest on L. Prohhorovi autasustatud mitme aukirjaga.



Argo Rooks, Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja polikliinilisel alal, sai 24. detsembril 50-aastaseks. Sündinud Jõhvis teenistuja perekonnas. 1954. aastal lõpetas Tartu Ehitustehnikumi kiitusega, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1960. a. Ülikoolis huvitus eriti neuroloogiast, mis hiljem kujuneski tema erialaks. Pärast ülikooli lõpetamist suunati A. Rooks tööle Tallinna Meditsiinikooli, kus aastail 1965..1968 oli direktoriks. 1968. aastast alates on juubilar töötanud Tallinna Vabariiklikus Haiglas peaarsti asetäitjana, tegeldes polikliinilise abi korralduse ja töövõimetusekspertiisiga. Teda tuntakse kui head organisaaatorit, hinnatakse kui asjalikku neuroloogi. A. Rooksil on tervishoiuorganisaatori esimene kvalifikatsioonikategooria. Alati on juubilar energiliselt osa võtnud ühiskondlikust tööst. Ta on olnud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ja Linnakomitee liige, pikka aega on juhtinud haigla ametiühingukomitee organisatsioonitöö komisjoni. Ta on võimekas propagandist ning ateisminõukogu esimees. A. Rooksil on autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga.



Aino Orgulas, Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitustubade osakonna juhataja, sai 27. veebruaril 50-aastaseks. A. Orgulas on sündinud Tallinnas loomärsti perekonnas. 1953. aastal lõpetas ta Rakvere 1. Keskkooli ning 1959. a. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel asus akušöör-günekoloogina tööle Jõhvi rajoonihaiglas. 1960. aastast alates on ta töötanud Tallinna Vabariiklikus Haiglas, alustas ordinaatorina, 1979. aastast on olnud praegusel ametikohal. A. Orgulas on lõpetanud täienduskursused Leningradis ning Tartu Riikliku Ülikooli juures. Juubilar on esimese kategooria akušöör-günekoloog. Ta on palju teinud uute diagnoosi- ja ravimeetodite juurutamisel. Argitöös on A. Orgulase töö- ja täpsusearmastus, teathtelisuus ning sirgjoonelisus olnud eeskujuks kolleegidele. Tänu töökatele kätele ja abivalmidusele on raskest kutsetööst hoolimata olnud ta valmis aitama kõiki, tegemata vahet, kellele töö kuulub. A. Orgulas on haigla rahvakontrolligrupi esimees. Juubilari hea töö on pärvinud aukirju ning haigla peaarst on talle korduvalt kiitust avaldanud.



Vello Salupere, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri juhataja, meditsiinidoktor, professor, Nõukogude Eesti preemia laureaat, sai 15. märtsil 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1954. aastal lõpetas keskkooli hõbemedaliga ning 1960. a. TRÜ arstiteaduskonna kiitusega. Järgnes kolm aastat tööd röntgenoloogina Viljandi rajoonihaiglas ja Tartu Toome sisehaiguste kliinikus. Ühtlasi jätkas juba üliõpilaspõlves alustatud gastroenteroloogiaalast teadustööd, millele on truuks jäänud tänaseni. Ta oli üks esimesi, kes Eestis rakendas kliinikus mao aspiratsioonibiopsiat, pannes aluse maohaiguste morfoloogilisele diagnoosimisele. Tänu juubilari erakordsele töövõimele ning visadusele kaitses ta kolm aastat pärast ülikooli lõpetamist kandidaadiväitekirja ning üheksa aastat pärast arstidiplomi saamist doktoritööd, mis käsitles kroonilise gastriidi patogeneesi haavandtõve korral. 1969. a. alates on V. Salupere töötanud teaduskonnasisehaiguste kateedris, 1976. aastast juhatanud kateedrit. Juubilari juhendamisel on toimunud kateedris ja kliinikus viljakas uurimistöö, eriti gastroenteroloogia alal. Tema enda publikatsioonide arv ulatub üle 190, neist kaks on monograafiad. V. Salupere on autor, kelle töid tsiteeritakse paljudes kodu- ja välismaal ilmunud käsiraamatutes ning monograafiates. Suurt organisatoorset tööd on ta teinud gastroenteroloogilise abi väljaarendamisel Eestis. Juubilar on osa võtnud nii üleliiduliste kui ka meie vabariigi meditsiiniltside tegevusest, on olnud gastroenteroloogia probleemikomisjoni liige. 1973. aastast on ta osa võtnud Tartu ja Helsingi ülikooli koostööst maovähieelsete haiguste uurimisel. Aastail 1975..1978 oli V. Salupere arstiteaduskonna õppeprodekaan. Ta on meisterlik lektor ja tal on nõudliku, kuid õiglase eksamineerija maine. Prof. V. Salupere juubel on igati optimistlik tähtpäev, mil juubilar võib rahuldustundega tagasi vaadata 25-aastasele saavutusterohkele teele, samal ajal temale omase tarmuka sammuga astuda edasi uute tähiste poole. Selleks soovivad kolleegid, töökaaslased ja kindlasti ka tuhanded patsiendid temale tervist ja õnne.

Kriitika ja biblio- graafia

Ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1984

«Nõukogude Eesti Tervishoiul» on kanda vastutusrikas sotsiaalne roll. Meie vabariigi ainsa, seejuures üldarsti-teadusliku ajakirjana peab ta olema meie tervishoiu ja arstiteaduse teabe-foorumiks, tervishoiutöötajate kasvata-jaks ning nende teadmiste rikastajaks, meie vabariigi meedikutepere ühenda-jaks ning meie tööde ja tegude kroonikaks. Neid ülesandeid on ajakiri edukalt täitnud nüüd juba 27 aastat. Ajakiri on omandanud kindla koha meie vabariigi tervishoiutöötajate teadvuses ja tegevus-es, tema mõjujõud on suur. Sellest annab tunnistust tiraaži järjekindel kasv*, samuti autorite arvu pidev suu-renemine: viimase 10 aasta jooksul ligi-kaudu 25 % võrra.

Me kõik soovime, et «Nõukogude Eesti Tervishoid» täidaks oma üllast missiooni veelgi edukamalt, aitaks üha tõhusamalt lahendada meie vabariigi tervis-hoiu ülesandeid rahva tervise tagamisel. Sellest soovist ajendatuna tahab allakir-jutanu käesolevas kirjutises jagada luge-jatega ajakirja 1984. a. aastakäiguga tutvumisel sünenenud mõtteid.

Rahuldustundega võib tõdeda, et toi-metuse sihipärase töö tulemusena on tagatud ajakirja üldiselt kõrge sisuline tase ja on välja kujunenud materjalide

* Sotsioloogilise uurimuse andmeil on ajakirja pidevaid lugejaid 35—40000 (P. Vihalemm. Kes on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» lugeja? Nõu-kogude Eesti Tervishoid, 1983, 2, 89—90.)

esitamise otstarbekas struktuur ning eeskujulik vormistamine. Kirjutised on liigitatud universaalsele ajakirjale sobi-valt rohkettesse rubriikidesse, artiklite ülesehitus on ühtlustatud, tekst hooli-kalt toimetatud, terminoloogia kor-rektne, rohkesti tuuakse asjalikke illust-ratsioone. Kõik see teeb ajakirja luge-jale käepäraseks ja ka teatmeteosena hõlpsasti kasutatavaks. Korrektese os-kuskeele juurutamises meie tervishoiu-töötajate keelepruuki on ajakirjal mär-kimisväärne osa.

Kahtlemata rõomustavad kõik meedi-kuud selle üle, kui väärilt on ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1984. a. aastakäigus tähistatud eesti silma-paistva arstiteadlase prof. Albert Val-dese 100. sünniaastapäeva. Selle raames A. Valdese originaaltööde publitseeri-misel on mitte üksnes ajalooline, vaid ka suur kasvatuslik väärtus. Selle eest suur tänu toimetusele ja autoritele!

Traditsiooniks kujunenult algab iga number juhtkirjaga, mis annab analüü-tilise ning programmilise ülevaate meie vabariigi tervishoiu mingist lõigust. 1984. aasta juhtkirjad käsitlevad kaht-lemata aktuaalseid probleeme: meie va-bariigi tervishoiuvõrgu 1983. aasta töö panoraamset kriitilist analüüsi, rahvas-tiku dispanseerimist (V. Rätsep), onko-loogia ülesandeid (P. Bogovski), kardio-loogia arengut (P. Laane), pediaatrilist abi (M.-A. Riikjärv) ja meie arstide osalemist võitluses rahu eest ning tuu-maohu vastu. Edaspidi vääriskid juht-kirjadena käsitlemist tervishoiu ja arsti-teaduse muudki kesksed probleemid, näiteks meie vabariigi tervishoiuvõrgu perspektiivplaneerimine, uurimistöö sihtprogrammeerimine, tervishoiutöö-tajate sotsiaalne roll, eriarstide koostöö ning integratsioon jm. Üldse oleks vaja, et juhtkirjade autorid püüaksid luge-jaile teabe kõrval ikka anda ka diferent-seeritud soovitusi ning tegevusjuhiseid. Väga otstarbekas on, kui juhtkirjas käsitletud ainevald leiab laiemalt val-gustamist domineeriva teemana sama numbriga teistegi rubriikide kirjutistes (nagu 1984. a. 2. numbris kardioloogia ja 3. numbris onkoloogia).

Rubriigil «Filosoofia ja meditsiin» on oluline koht meditsiinipere ideoloogilisel kasvatamisel. Vaadeldaval aastal ilmus K. Kutsari kaks väga huvitavat kirjutist Hegeli ja Baconi vaadetest meditsiinile.

Käsitlemist vajaksid edaspidi mitmed ideoloogilis-teoreetilised probleemid, näiteks kommunistliku partei tervishoiupoliitika areng, dialektiline materialism arstiteaduse metodoloogias, kodanlike maade tervishoiu tänapäevaseisu kriitiline analüüs, meie riigi ja kogu maakera demograafilised probleemid, meditsiinideontoloogia, rahvameditsiini ja arstiteaduse suhted, parameditsiin nüüdismaailmas ja palju muudki. Ilmselt on otstarbekas, et toimetus selle rubriigi artikleid plaanipäraselt telliks.

Tähtis ülesanne on ülevaadetel, need peaksid lugejate heterogeensust arvestavalt andma kontsenteeritud käsitluse meditsiini mingi valdkonna tänasest tasemest maailmas ja meil või üldisemat huvi pakkuva uue teadussuuna olemusest ning selle arendamise võimalustest meie vabariigis. 1984. aastal ilmus 14 ülevaatekirjutist. Need on heatasemelised ja enamik pakub huvi laiale lugejaskonnale (K. Gross, U. Leisner, L. Priimägi, M. Otter ja E. Võsumaa, S. Teesalu kaasautoritega jt.). Mõned kirjutised sobinuksid oma spetsiifilisuse tõttu rohkem erialaväljaandesse kui universaalsesse «Nõukogude Eesti Tervishoidu» (J. Kaik, M. Varik ja S. Lindström). Soovitav oleks ülevaadete teemade ringi edaspidi avardada ja sedagi rubriiki sisustada plaanipäraselt, eeskätt toimetuse poolt tellitud kirjutistega, ehkki selle tulemusena toimetuse portfell tahtmatult suureneb, mis omakorda võib kaasa tuua nii mõnegi tellimata, kuid avaldamiskõlbliku kaastöö ilmumise edasilükkumise.

«Teooria ja praktika» rubriik on meie vabariigi arstiteadlaste ja praktiseerivate arstide originaaluurimiste tulemuste esitamise avaraks tribüüniks. Seda kasutatakse üpris elavalt: 1984. aastal ilmus 117 autorilt 48 tööd. Võib tõdeda, et enamik on probleemi, meetodilise

taseme ja tulemuste üldhuvitavuse poolest täiesti vastavad ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» profiilile ja standardile. Siiski mõni teemalt väga spetsiifiline töö oluks otstarbekam avaldada kitsa eriala laiale auditooriumile määratud üleliidulises (või rahvusvahelises) väljaandes (R. Teesalu kaasautoritega jt.).

Tähelepanu äratav meditsiini erialade ebaühtlane esindatus selles rubriigis. Kardioloogia alalt on 12 kirjutist, järgnevad onkoloogia 9, pediaatria 5 ja dermatoveneroloogia 4 tööga. Nende erialade autorid väärivad kiitust publitseerimise aktiivsuse eest. Mitmelt muult erialalt on á 1...3 artiklit. Mitmed erialad, nagu psühhiaatria, narkoloogia, neuroloogia, otorinolarüngoloogia, pole aga aastakäigus üldse esindatud. Peaspetsialistid, uurimisasutuste juhid ja arstiteaduskonna kateedrite õppejõud peaksid hoolt kandma, et kõigi meie vabariigis viljeldavate erialade esindajad ilmutaksid oma töö vilju reeglipäraselt ka «Nõukogude Eesti Tervishoius».

Arvestades kardioloogia tähtsust rahvatervishoius, ei tohiks midagi olla selles alalaste tööde hegemoonia vastu ajakirjas (kõikides rubriikides kokku ilmus aasta jooksul 17 kirjutist). Need tööd paistavad silma uuringute kõrge tehnilise ja meetodilise külje poolest. Kuid teiselt poolt tekib just mõne kardioloogiaalase töö puhul kahtlus adressaadi valiku õigsuses (eespool mainitud kirjutised).

Kardioloogiaalaste töödega seoses teavdus allakirjutanut üks kontseptuaalne probleem, millest ei saa vaikides mööda minna. Aastakäigus ilmus muude kirjutiste kõrval kolm üldise haardega tööd, millelt oleks võinud oodata tänapäeva kardioloogia kompleksset käsitlulist (P. Laane «Kardioloogia areng ja perspektiivid», lk. 83; O. Voloč kaasautoritega «Südame isheemiatõve riskitegurid epidemioloogilise uurimise andmeil», lk. 86; J. Riiv «Kardioloogia-kommentaare», lk. 122). Tähelepanelikule lugemisele vaatamata ei leidnud allakirjutanu neis (ega teisteski selle eriala töödes) sõnakestki psüühilise te-

guri osast südame- ja vereringehaiguste patogeneesis ja ravis. Ulatuslikus epidemioloogilises uurimuses (O. Volož kaasautoritega uuris 2208 meest) ei ole südame isheemiatõve riskifaktorite hulgas isiksuse tüüpi mainitudki. Ka J. Riivi kirjutisest nähtub, et meie vabariigi kardioloogide IV konverentsil pole psüühikafaktorist juttu olnud. P. Laane artiklist võib järeldada, et see probleem pole kavandatudki äsja loodud kardioloogiainstituudi tegevusprogrammis. Ometi on ju hästi teada, et nii meie maa kui ka rajataguste kardioloogiakeskuste uurimuste ning praktikaga on kindlaks tehtud isiksuse tüübi (A-tüübi) vaieldamatu osa hüpertoonia- ja isheemiatõve riskifaktorina, psühhotraumade oluline osa müokardiinfarkti tekkimisel ning psühhoteraapia (autogeense treeningu, emotsionaalse relaksatsiooni jm.) väärtus nende haiguste primaarses ja sekundaarses profülaktikas ja haigete ravis ning rehabilitatsioonis. Milles on siis asi? Kas on haigete psüühika analüüs ja psüühikafaktori rakendamine meie kardioloogidele niivõrd enesestmõistetav, et sellest ei ole vaja sõnagi poetada? Kahjuks meie kardioloogiapraktika selisele järeldusele alust ei anna. Või on tehnika, instrumentaaluuringute ja somatoterapia oma efektiivsuse ja välise imponeerimisega meie kardioloogide tähelepanu niivõrd hõivanud, et nad kipuvad unustama inimese spetsiifika? Just selle tendentsi eest, mis kätkeb ohtu meditsiini dehumaniseerimiseks, on väga tõsiselt ja korduvalt hoiatanud meie maa kardioloogia liider akadeemik J. Tšazov. Psüühikafaktori osa vajab tingimata süstemaatilist teaduslikku uurimist meiegi vabariigi kardioloogias, sest alles selle alusel on võimalik välja kujundada nende haiguste tõeliselt kompleksne efektiivne profülaktika ja haigete optimaalne ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem. Tahaks loota, et meie kardioloogide edasises tegevuses leiab psüühika väärilise koha. Ja muide leidub meie vabariigis psühholooge, kes tegusalt saaksid selles lõigus kaasa lüüa.

Rubriigis «Kogemuste vahetamine ja kasuistika» ilmus aasta jooksul 10 tööd,

mis kõik pakuvad lugejaile huvi ja vaieldamatult väärised avaldamist.

Kindlasti on meie vabariigi tervishoiuasutuste kogemustest ja keerukatest haigusjuhtudest mõndagi, mida oleks kasulik teada laiemalt, jäänud kirja panemata. Võtkem kõik südameasjaks innukamalt jagada kolleegidega oma väärtuslikke kogemusi ja tähelepanekuid, kas või telegrammistilis lühikirjutise näol ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» veergudel.

«Tervishoiutöö korralduse» rubriigis publitseeritud töödest käsitleb otseselt seda teemat ainult kolm. Käsitlemist väärivaid ning vajalikke teemasid on aga ohtrasti: valgustamist vajaksid polikliinikute, arstijaoskondade, rajooni keskaiglate töökorraldus, arstiabi etapilisus, eriarstide koostöö ning integratsioon jm. Selles rubriigis oleks vaja käsitleda ka neid tervishoiu organisatsioonilisi probleeme, mida on puudutatud üldajakirjanduses («Sirp ja Vasar», «Literaturnaja Gazeta» jt.). Sageli kõrvalseisjate või piiratult informeeritud isikute poolt suure emotsionaalsusega tõstatatud probleemid vajavad pädevate instantside asjatundlikku hinnangut ning vastust.

«Kaadri ettevalmistamine» toob traditsioonilised ülevaated arstiteaduskonnast ja meditsiinikoolide lõpetajatest ning teaduslike kraadide omistamistest. See teave on vajalik ja väärib jätkamist. Rubriiki aga võiks edaspidi täiendada informatsiooniga arstide ja keskastme meditsiinipersonali täienduskursuste ning -seminaride ja atesteerimiste kohta.

«Mõttevahetuses» on ilmunud ainult üks kirjutis (eespool mainitud J. Riivi «Kardioloogiakommentaare»). Ometi on meie vabariigi tervishoiu ja arstiteaduses rohkesti probleeme, mis vajaksid kollektiivset arutlemist ja selgeksvaldemist, alates tervishoiu arengusuundadest kuni parameditsiini ja imeravijate kohalike ilminguteni. Olgem aktiivsed selliseid probleeme tõstatama ja oma sõna sekka ütleva.

«Kriitika ja bibliograafia» rubriigis ilmus kaks artiklit, mõlemad seotuna prof. A. Valdese 100. sünniaastapäeva

tähistamisega. Eriti väärib märkimist V. Laose retsensioon A. Valdese ja J. V. Veski «Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamatu» kohta, mis oma põhjalikkuse ja asjalikkusega on otse eeskujulik. Allakirjutanu arvates peaks ajakiri järjekindlamalt avaldama retsensioone kõikide eesti meditsiinalaste, tingimata aga «*Scripta medicorum*» sarja teoste kohta. See aitaks tagada meie väljaannete vajalikku kvaliteeti.

Toimetusel on saanud kenaks tavaks kutsuda kord aastas kokku spetsialiste «Asklepiose klubisse» meie vabariigi meditsiini mõnd valusat probleemi arutlema ja avaldada kontsentreeritud kokkuvõtte sellest ajakirjas. 1984. aasta teemaks klubis oli profülaktika — vaieldamatult esmatähtis probleem, mille juurde on vaja «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel edaspidigi tulla.

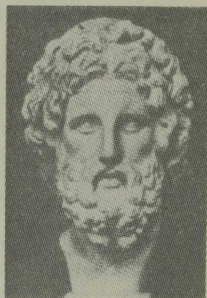
Ajakirja ülejäänud rubriigid on väärtuslikud meie vabariigi tervishoiu elu sündmuste ja tervishoiutöötajate pere tähtpäevade fikseerimiseks meditsiini-üldsusele teadmiseks ja kroonikasse jäädvustamiseks. Ajakirja toimetuse ning toimetuskolleegiumi ja -nõukogu liikmete sihipärase töö tulemusena on teabevool järjest täienenud. Tagamaks kogu olulise informatsiooni laekumist meie ajakirja veergudele saab iga meedik kaasa aidata, saates toimetusele kas või mõnerealise teate igast sündmusest oma tervishoiuasutuse elus.

Kokku võttes võib tõdeda, et «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 27. aastakäik tervikuna annab tunnistust ajakirja jätkuvast arengust ja meie meedikute pere kasvavast avaldamisaktiivsusest. Ajakirja peatoimetaja O. Tamm, tema asetäitja-tegevtoimetaja V. Laos ja toimetuse töötajad on pälvinud meie vabariigi meedikute sügava tänu oma sihikindla ning eduka töö eest. Jätkugu neil energiat ja meil kõigil tahtmist ühiselt meie ajakirja sisuliselt veelgi paremaks muuta ja suurendada tema mõjujõudu Eesti tervishoiu arengule.

NSV Liidu Meditsiiniakadeemia
korrespondentliige, TRÜ arsti-
teaduskonna konsultantprofessor
Jüri Saarma

Asklepiose klubis

UDK 613.816



Alkohol ja alkoholism

Alkohol on mõnuaine ning alkoholi tarvitamine on levinud nähtus, mille ajalugu tuhandeid aastaid vana. Alkoholi kuritarvitamist ja alkoholismi levikut on vaja tõkestada, mis aga on ülimalt komplitseeritud probleem meie kõigile, kogu ühiskonnale. Alkoholismist kui sotsiaalsest pahest põhjustatud kahju rahva tervisele on väga suur. Primaarse profülaktika algus peab ulatuma juba lapseikka, lastetuppa ja koolipinki, puudutama otseselt koduelu, kodukultuuri, perekonnaelu ja -kultuuri, sest tegemist on ju nähtusega, mille ärahoidmise võimalused peituvad eelkõige inim lapse kasvatamise õigetes viisides ja tavades.

Vestlusringi, mis tuli kokku 5. detsembril 1984 toimetuse Asklepiose klubis, olid palutud NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige professor J. Saarma, kateedrijuhatajad professorid J. Rii ja V. Salupere ning dotsent L. Mehilane Tartu Riiklikust Ülikoolist, valitsusjuhataja V. Jänes, peaspetsialistid H. Väre ja A. Liiv Eesti NSV Tervishoiuministeriumist, peaarst A. Haug ning osakonnajuhatajad T. Babišev ja J. Mumma Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast, kohtupsühhiaatriakspert H. Kadastik, Tallinna Kiirabihaigla osakonnajuhataja A. Ellamaa, Taagepera Vabariikliku Haigla ja Vabariikliku Sanitaarharidusmaja paarastid J. Ausmees ja M. Kivilo.

Vestlusringi avasõnad ütles ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» peatoimetaja, tervishoiu-ministri asetäitja

Oku Tamm. Aastaid tagasi oleme alkoholiteemal juba vestelnud. Täna oleme esimest korda



Foto 1. Vasakult: H. Väre, O. Tamm ja V. Laos.

meedikud omavahel kokku tulnud selleks, et arutada mitmeid alkoholi kuritarvitamisest tulenevaid probleeme. Alkoholismiprobleemi üldse on meedikud võimetud omaette ja üksi lahendada, võitlus joomarlusega on väga mitmetahuline ja kompleksne probleem. Täna räägime sellest, mida oleme suutelised tegema, otsustama, mida saame paremini teha ja mida meie töös jääb vajaka. Alkoholismiprobleemist annab lühiülevaate teravishoiuministeeriumi peapsühhiaater.

Hans Väre. Alkoholi kuritarvitamise, alkoholismi leviku tõkestamine on üldteravishoiu erakordse tähtsusega. Ülemaailmse Teravishoiuorganisatsiooni (ÜTO) andmeil on alkoholism haigusjuhtude põhjustajana kolmandal kohal. Esimesel kohal on südame- ja veresoonte haigused, teisel vähktõbi. Mida rohkem juuakse alkohoolseid jooke, seda rohkem tuleb juurde alkoholismijuhte. Seos on kindel ja otsene, seda on kinnitanud kõikide riikide uurijad ja teadlased. Kroonilise intoksikatsiooni kujunemisel on määravad kolm tegurit: kui suur on alkoholi annus, kui sageli juuakse ning milline on organismi seisund, tema reaktiivsus, adaptatsioon. Joomarluse levikust ülevaate esitamisel on tavaks saanud tuua andmeid, mis näitavad absoluutse alkoholi hulka, mis tuleb keskmiselt inimese kohta. Või siis peetakse silmas alkohoolsete jookide ostuks kulutatud raha. On ka teisi viise. Näiteks kui inimese saab ööpäevas alkoholist 16...20% kalorsusest, mida tal ööpäevas vaja läheb, siis tuleb mõelda alkoholismi olemasolust, igal juhul on see juba tõeline kuritarvitamine. Kogu maailmas juuakse täna hoopis rohkem kui mõned aastad või aastakümned tagasi. Kasv on olnud mitmekordne Eestis ja NSV Liidus üldse, ka kogu maailmas.

Kui inimese kohta tuleb keskmiselt alla viie liitri absoluutset alkoholi aastas, peetakse seda väheseks, 5...10 liitrit inimese kohta aastas aga keskmiseks alkoholitarvituseks, üle 10 liitri aastas — see on juba massiline alkoholi kuritarvitamine. Meie vabariigis on see näitaja 11,6 liitrit. Igaühest, kes alkoholi kuritarvitab, veel alkohoolikut ei saa. Milline on riski suurus? Ka selles küsimuses lähevad arvamused lahku. ÜTO andmeil haigestub alkoholismi üks kuuetkümmest alkoholi kuritarvitajat.

Meie vabariigis on 1/3 kõigest psüühikahäiretega haigestest alkohoolikud, nad on narkoloogiakabinetites arvel. Seega on täiesti mõistev, et

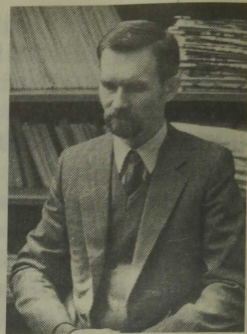
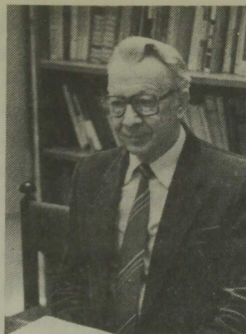


Foto 2. ja 3. H. Väre ja L. Mehilane.

miks narkoloogiline abi pidi kujunema omaette, iseseisvaks haruks. See eriharur seisab psühhiaatria kõrval.

On otsitud pidureid ja lahendusi võitluses joomarlusega. Kangete jookide asemele on pakutud veine ja muid väiksema alkoholisisaldusega jooke. Ka tootid võivad olla liigtarvitamise alguseks, on see siis kodus, asutustes või mujal. Alkoholismi levikus on muutunud kvaliteet: noored haigestuvad sagedamini, kiiremlt ja hoopis varasemas eas. Naisalkohoolikuid on 14% alkohoolikute üldarvust. Alkoholi kuritarvitamine on jõudnud isegi üldhariduskoolidesse, tehnikumidesse, kutsekoolidesse. IV üleliidulisel narkoloogide konverentsil 1981. aastal öeldi, et 50% alkoholjoobes toimunud seadusrikkumistest on toime pannud noored. 14% USA keskkooliõpilastest joob vähemalt kord nädalas. Naisalkohoolikuid on hospitaliseeritud 8,5 korda rohkem eelmiste aastate andmetega võrreldes. Uus dispanserimise süsteem aitab välja selgitada alkohoolikuid. Peab leidma võimalusi saata need haiget ravile varem, millele järgneva tõhus ravi ja rehabiliteerimine. Raviasutuste voodikohtade arv alkohoolikute jaoks on viimastel aastatel meil kasvanud neli korda.

Kas alkoholismi ravi aitab? Aitab vaid siis, kui edaspidi elada absoluutse karsklasena. Gamma-alkoholismi puhul ei saa õpetada mõõdukust napsitamisel, tagajärjeks on niikuinii retsidiiv.

Alkoholismist sugenevaid tervisehäireid on mitut laadi — ühel alkohoolikul kahjustub üks, teisel teine elund, eelkõige haigestuvad seede-elundid, maks, pankreas. Kes haigestub alkoholismi, seda me veel täpselt prognoosida ei oska. Ka biokeemilised meetodid ei tee meile selgeks alkoholismi teket. Meil ei ole vahendeid, et diagnoosida alkoholismi staadiumi.

Psühhiaatrina puudutaksin alkohoolikute psüühikahäireid, neid on mitmesuguseid ja need ilmnevad peagi, hiljem aga isiksus muutub, kujuneb välja isiksuse patoloogiline teravnemine, seejärel juba alkohoolne degradatsioon: emotsionaalne tuimus, ükskõiksus, häirub sotsiaalne käitumine, perekonnas ja töökohas tekivad konfliktid, kriitikameel väheneb. Sellest kõigest haige järelt ei tee, töövõime langeb, mälu halveneb pidevalt ning kujuneb välja intellektuaalne impotentsus. Viimati nimetatud termin on tarvitusel prantslastel. Iga alkohoolik on degradat-

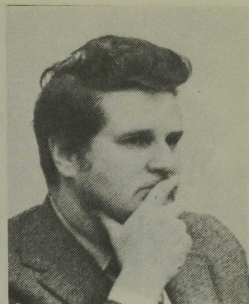


Foto 4. J. Saarma.

Foto 5. V. Jänes ja H. Väre. G. Vaidla fotod.

Foto 6. V. Salupere. U. Oksbuschi foto.

siooni üksiknäide, sealt aga kandub mõju üle üldisele, kui peame silmas seda, et iga kümnes on alkoholi kuritarvitaja. Jõuame lõpuks sinna, et kõik ühiskonnas võib hakata tasapisi muutuma: toimub alkoholne psühhopatomorfoos — levib vale, vargus, teesklus, äärmine ebasiirus, häbitus. Peame tähtsustama enam profülaktikat. Üleliidulisel nõupidamisel toodi eeskujuks Tallinna, kus olevat avatud 49 baari, mistõttu kangialustes ja hooivides keegi ei napsitavat. Kuid siiski, üks baaridest ju hiljem nendesegi paikadesse jõuta. Alkoholismivastane propaganda, sanitaarharidustöö praegusel kujul on vähemõjuv. Me räägime nendele, kes ei joo. Kes aga peaks meie nõuandeid kuulda võtma, neid kuulajate hulgas ei ole. Me räägime sobimatule auditooriumile.

Juba Kreutzwald võrdles alkoholismi epideemiaga, s.t. nakatatakse kokkupuutest joomariga. Joomine algab noorel kas töökollektiivis või sõprade ringis, harvem kodus. Meie piduvõi juubelilauad on ikka alkoholirohked.

Kahjuks ei ole meil käepärast statistikat, mis näitaks rahas, kui palju kahju rahvamajandusele tekitavad joomisest põhjustatud tööluusid või muud töödistsipliini rikkumised.

Anti Liiv. Kaudsed andmed kinnitavad, et joomarite arv suureneb, karsklaste arv aga väheneb. 50 aastat tagasi jõudis aastas 2...2,5 liitrit inimese kohta keskmiselt, nüüd aga üle 10 liitri, kusjuures naised üha enam. On üksikjuhte, et vastsündinud on pohmeluses, isegi alla 10-aastaste hulgas on alkoholitartvitajaid. Meil puudub teooria, mis annaks vastuse küsimusele: miks juuakse? Meil puudub laboratoorium, et diagnoosida alkoholismi õigel ajal. Puuduvad laboratoorsed analüüsid tuvastamiseks, kes on joomisega algust teinud ammu ning kellel on juba väljakujunenud alkoholism. Igal juhul vajame psühholoogide abi. Nemad võib-olla märkavad isiksuse muutusi varem kui arstid. Nii või teisiti, pearõhk olgu kasvatusel ja seda juba maast madalast. Meil on palju joomareid (kellel ei ole alkoholismi küll veel välja kujunenud), kuid me täpselt ei tunne nende psüühilist seisundit. USA-s on uuritud, kui palju joomine ja selle tagajärjed ühiskonnale maksma lähevad, vajak-

sime analoogilisi uuringuid ka Eestis. Kumb on ülekaalus: kas alkoholimüügist saadav tulu või alkoholist põhjustatud kahju?

Andres Ellamaa. Tallinna Kiirabihaiglas on viimasel aastal ravil olnud 700 traumahaiget, pool kogu linna traumahaigetest. Raviks on kulutatud pool miljonit rubla. Põhiliselt on ju tegemist alkohoolikute ja napsivendadega üldse, umbes 30 % traumahaigeist. Kui ravikulud ja haiguspäevad maksaks kinni asutus või ettevõtte, võib-olla saaks alguse ja muutuks avalik hoiak, mis joomarlust ja joomareid tõeliselt põlgaks.

Lembit Mehilane. Kes on siis ikkagi see, kes ütleks kindlalt, et see inimene on alkohoolik: kas internist, psühhiaater, psühholoog või naisterarst? Iga päev näeme ja veendume, et kahjuks enamik arste alkoholismi diagnoosida ei oska. Seda ei saagi nad osata, sest ülikoolis on nad alkoholismiloenguid kuulanud vaid kaks tundi, sest nii on õppeprogrammis. Olgem avameelsed, kõige õigema diagnoosi paneb töökollektiiv või alkohooliku abikaasa. Kes ikkagi on joomar, kes alkohoolik? Arvan kindlalt: kui teisel päeval pärast eelmise õhtul tugevat napsitamist võetakse kas või üks naps **meeleldi**, tähendab see seda, et alkoholismi aspektist see inimene enam terve ei ole. Sotsiaalselt on meile elu programmeeritud selliselt, et sageli tuleb juua, näiteks banketil, sünnipäeval, külaskäigul. Ei ole kahtlust, et ravi võimalused meie vabariigis on piisavad, hoopis teine asi on, kuidas me ravime. Kõige mõjusam alkohooliku suhtes on ühiskondlik arvamus.

Jüri Saarma. Võitlus joomarluse ja alkoholismiga on suure sotsiaalpoliitilise tähtsusega, kogu ühiskonda hõlmav üritus. Seetõttu ongi reeglipäraselt avaldatud direktiivdokumente ning kavandatud laialdasi meetmeid selleks võitluseks. Vaja on need otsused ellu viia. See oleks alkoholismitõrje märkimisväärne saavutus. Meie peame selgesti mõistma oma kohta selles võitluses ja teadma oma ülesandeid. Ja õigem oleks mitte niivõrd kurta teiste organite ja ametkondade vajakajäämistele, kui võrd kriitiliselt analüüsida omaenda ülesannete täitmist.

Meedikutel on alkoholismitõrjes kaks tähtsat ülesannet: rahva sanitaarkasvatust kui osa komplekssest profülaktikast ja alkohoolikute ravi. Selle eest me vastutame, keegi seda tööd meie eest ära ei tee. Puudutaksin alkoholismivastase sanitaarkasvatuse mõnda aspekti. On ilmne, et sel-



Foto 7. H. Kadastik ja A. Liiv.

gitus- ja kasvatustöö tervete eluviiside juurutamisel rahva hulgas on olnud puudulik. Töö tõhustamiseks peavad sellesse lülituma eranditult kõik meedikud ja alkoholismivastane selgitustöö peab olema nende igapäevase töö lahutamatu osa. Arstidel (ja ka keskastme meditsiintöötajatel) tuleb selgitust jagada mitte üksnes auditooriumide kõnetoolist, vaid ka iga kord kokkupuutes haigetega, nende perekonnaliikmetega, töökaaslastega, oma tuttavatega. Kogu meedikutepere mobiliseerimine ühiskondlikult olgu tervishoiu-ministeeriumi ja tervishoiuasutuste juhtide ülesanne, meetodiline juhtimine aga narkoloogiadis-panseri töötajate ja peanarkoloogi asi. Suuresti peab avarutama selgitus- ja kasvatustöö haare, eriti noorukite ja naiste ning asutuste juhtide hulgas, kaasa arvates tippjuhid. Viimaste teadlikkusest ja hoiakust sõltub ju kõige enam kollektiivide ühiskondlik suhtumine alkoholi tarvitamise ja tarvitajatesse.

Kuidagi ei saa nõustuda seisukohaga, et alkoholismivastast selgitustööd ei ole vaja teha mittejoojate hulgas. Hoopis vastupidi — just see on tõelise profülaktilise suunitlusega selgitustöö. Just mittejoojate kaasaaramisega võitlusse alkoholismi vastu saame mõjutada ühiskondliku arvamuse ja hoiaku kujundamist. Alkoholismivastane kasvatustöö on vaja muuta lõõvamaks, konkreetsemaks, faktiderikkamaks, näitlikumaks, emotsionaalsemaks, igale inimesele mõistetavaks, diferentseeritumaks. Selles suunas tuleb



Foto 9. H. Brus, M. Kivilo ja K. Kalde.



Foto 8. T. Babitšev ja A. Haug.

narkoloogiadispanseril oma meetodilist juhendamist täiustada, kuid on vaja mobiliseerida ka iga meediku omaalgatust ja fantaasiat.

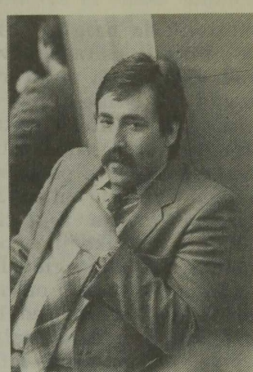
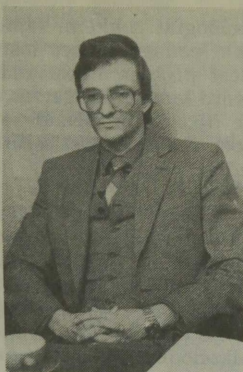
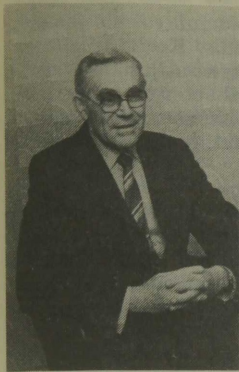
Maano Kivilo. Et tänane jutuaamine jõuaks rahva hulka ka raadio kaudu, palun vastust paarile küsimusele. Eesti Raadio sai kirja emalt, kelle poeg, tehnikumi õpilane, kes elab ühiselamus, õppis seal jooma, sest kõik toakaaslased jõid ning pidi ka tema. Nüüd on poeg alkohoolik. Ülge, palun, mida teha noormehe heaks?

Hans Väre. Küsimus on järsk ja ootamatu, juhtum traagiline. Noorukite hulgas on palju joomareid. Nendele on vaja haiglaravi.

Arvan, et tippjuhid peaksid endale selgeks tegema, kui suurt kahju toob alkohol riigile, rahvale, perekondadele ja ühiskonnale üldse, sest ühiskondlikku arvamust saab kujundada eelkõige tippjuht.

Heiti Kadastik. See on tõesti nii — kui seisukoha võtab tippjuht ja sellest tulenevalt ka tegutses ja ise eeskujuks on.

Vello Salupere. Alkoholismivastast võitlust raskendab teatud määral ka alkoholi toime omapära. Ei ole kahtlust, et alkoholjoove kahjustab kõige rohkem jooja psüühikat, millest sugenevad mitmesugused ekstsessid, negatiivsed sotsiaalsed ilmingud jms. Et ühekordsest jookest tulenevad hälbepäevad on eelkõige sotsiaalsed, siis on selles osas kõige suurem osa täita asutustel, organisatsioonidel. Arstlikust vaatepunktist on oluline kõigepealt aga see, kuidas ühiskondlikult soositud alkoholipruugi olemasolul jõuda nii kaugele, et ei tekiks alkoholismi ega ka mitmesuguste elundite psüühikahjustust. Alkoholismist kui psüühikahäirete põhjustajast on täna juba põhjalikult räägitud. Vähem on kõneldud muude elundite kahjustusest. Just selles ilmneki kõige selgemalt alkoholi toime omapära, mis muude tegurite kõrval takistab alkoholismivastase võitluse edukust. Esiteks, alkohol on nõrgatoimeline siseelundite kahjustaja. Psüühikahjustus tekib pikkamööda, alles aastatega, ja tihtipeale jääb see inimesele kauaks märkamatuks. Ja kui aastate pärast sümptomid ilmuvad, on sageli juba hilja, sest haigus on jõudnud lõppjärku. Nii näiteks ei ole sugugi haruldane, et maksatsirroosihaike pöördub arstide poole alles siis, kui on tekkinud juba raske maksapuudulikkus, astsiit või söögitoru veeni-



Fotod 10, 11, 12 ja 13. J. Riiv, J. Mumma, A. Ellamaa ja J. Ausmees. G. Vaidla fotod.

komude verejooks. Teiseks, alkohol valib teatud määral elundit, mida ta pidevalt kahjustab — maksa, kõhunääret, aju, perifeerseid närve, südant. Näiteks tekib maksatsirroos iga kümnenal alkohoolikul. Sellest sügubem omalaadne desorientatsioon — alkohol nagu toimet ei avaldaks, sest üks alkohoolik on ikteerilise väljanägemisega, teine kõnnib vaevaliselt, kolmandal on tekkinud sekundaarne diabeet pankrease kahjustusest. Taolises olukorras kaldutakse arvama, et süüdi ei ole alkohol, vaid ikka midagi muud. Niiugust katet otsib iga alkohoolik oma tōbedele ja selle ta tavaliselt ka leiab. Leidub õige vähe alkohoolikuid, kes oma siseelundite kahjustuse sümptome seostaksid alkoholi toimega. Algul alkohoolik tihti ei usu, et arstide jutt tema kohta käiks, hiljem aga ei saa ta psüühika lamenumise tõttu sellest enam aru.

Valdur Jānes. Alkoholismi likvideerida me ei suuda, kuid midagi muuta siiski suudame. On kahju, et meil ka kolhoosid ja sovhoosid toodavad veine. Alkoholsete jookide tootmine peaks olema ainult riigi monopol. Narkoloogilise abi süsteemi ei ole veel lõplikult välja arendatud. Narkoloogiapunkte on 800, nende liikmeid 2500. Narkoloogilised velskripunktid töötavad meil hästi, kuid juurde on vaja veel sadu, puudust tuntakse nii ruumide kui ka meditsiinitōtajate järele. Meil on ette nāhtud üks velsker 5000 tööstustōlise kohta. Kōik narkoloogiapunktid ei ole komplekteeritud, seega süsteem ei funktsioneer. Haiglate narkoloogiaosakonnad on vaja profileerida, praegu see nii ei ole. Me suudame ravida, kuid me ei tohi teha seda šabloonselt ja ükskōikselt. Sajast haigest 95-l on üks ja sama ravi! Paljuskki saaksime paremini teha. Praegu saadame haigeid tōle, kuid, olgem avameelsed, tegelikult õiget tōravi ju ei ole!

Jūri Saarma. Alkohoolikute ravi on ainuūksi meie, narkoloogide ja psühhiaatrite, ülesanne. Meie vabariigis on rajatud ūpris ulatuslik narkoloogiasüsteem, mis kōikidele vajajatele tagab nii ambulatoorse kui ka statsionaarse ravi võimalused. Kuid, nagu märkis doktor V. Jānes, see süsteem vajalikul viisil veel ei funktsioneer, me ei ole suutnud tagada ravi individuaalseeritust, kompleksust ega pidevust. Eelkōige tuleb järjekindlalt täiendada narkoloogide ja psühhiaatrite

teadmisi, pidades silmas, et alkoholismi pōdejate ravi kompleks peab hōlmama psühhoterapia (kaasa arvatud tōravi), bioloogilise ravi ja sotsioterapia (eelkōige perekonnaterapia). Intensiivravietapile peab jārgnema hoolikas jārelravi, sekundaarse profülaktika periood. Ainuūksi medikamentoosselt, pealegi episoodiliselt ravilt võib oodata vaid ajutist efekti. Alkohoolikud on pōhimōtteliselt ravitavad, ka tervistatavad, s. t. nende vaimsed, kehalised ja sotsiaalsed vōimend on taastuvad. Et nad terveks jāada soovides peavad tāsikarskust pidama, seegi on ju vaid tervise tagamise nōue. Psühhoterapiaga tuleb inimesel kujundada hoiak, et ta alkoholi pruukida mitte et ei tohi, vaid et ta ise seda ka enam ei taha. Selleks, et haigeid välja selgitada ja ravile saata hoopis varem, ootab korrastamist eriarstidevaheline koostōo. Kōik arstid peavad endi poolt avastatud alkoholismi pōdejad tingimata saatma narkoloogiakabinetidesse vōi -dispanserisse eriravile. Selles osas on vaja kord majja seada tervishoiministeriumi ja tervishoiuasutuste juhtide ūhispingutustega.

Heiti Kadastik. Peame hakkama ūpetama mōõdukat joomist. Muud vāljapāasu ei ole. Inimene ise peab aru saama, et viin vōib olla kurjast, kui seda sageli ja palju pruugitakse. Peab teadma, et vaid pits on õige mōõt ja annus. Arstidelt nōutakse ravi, kogu aeg aga tuleb alkohoolikuist ravinōudlejaid juurde. Kes on selle haiguseni jōudnud, peab teadma ega tohi unustada, et elada tuleb ūksnes absoluutses karskuses. Peame ūigustama ka ambulatoorset ravi, sest on patsiente, kelle puhul selline ravi siiski tulemusi annab. Haigeid peab arst diferentsima, see on vāga oluline. TV-saateist on kasu, tagasiside on olemas, saadet kuulatakse, kuulud vōetakse arvesse.

Jaan Riiv. Tāhtsaim on profülaktika. Lauuisa Fr. R. Kreutzwaldi «Viinakatk» oligi sanitaarharidustōo, mis avaldab teatavat mōju tnapēvalgi. Sanitaarharidustōod tuleb teha järjekindlalt ja targalt, vastasel korral kaotab see mōtte. Nūūd me teame, et sōnalisel propogandal eriti mōju ei ole. On vaja forsseeritud sanitaarharidustōod, igal sobival hetkel mōjutamist. TV vōikas kas vōi iga pāev kulutada vaid 20...30 sekundit alkoholismiprobleemi teravalt puudutamiseks, rōhutades profülaktikat. Kas siis mingil mōel

motiveerida haiguse teket, ka sellest hoidumist, või lihtsalt esitada arvud statistikast, mis võivad väga hästi mõju avaldada. Näiteks esitada arvud statistikast, mis võivad väga hästi mõju avaldada. Näiteks esitada andmeid, kui palju inimesi sureb viina läbi. Väga huvitavad andmed selle kohta on prof. L. Pokil. Tuntud tõde: rohkem viina, rohkem surma. Siin on vaja tipp-tasemel mõista asja tähtsust. Sanitaarharidustöö olgu delikaatne, põhjalikult läbi mõeldud, inimese psühholoogiat silmas pidades. Ei saa maha vaikida, et vahel on napsist isegi kasu. Seda probleemi on uuritud ning jõutud tulemusteni, mis kinnitavad, et haigestumus ja suremus on kõige väiksem nende hulgas, kes väga mõõdukalt on alkoholi tarvitanud. Seega võib lubada alkoholi pruukida harva ja vähe. On tõestatud, et joomarid ja absoluutsed karsklased surevad varem. Ka selles on erandeid. Võib olla taotlema pudelidildile midagi analoogilist hoiatust trükkida, nagu on trükitud sigaretipakkidele.

Jaanus Mumma. Sanitaarharidustööd peab tegema elavalt, regulaarselt, väsimatult — vaid siis võime loota mõju ja tulemusi. Eriti oluline on tark sanitaarharidustöö noorte hulgas. Alkohoolsete jookide ühekordsele pruukimisele peab järgnema vähemalt kahepäevane vaheaeg, et alkoholintoksikatsioonist ei oleks organismis enam mingit jälge.

Vello Salupere. Nagu öeldud, ei tekita sise-elundite püsikahjustust veel alkoholi ühekordne kasutamine, ükskõik kui tugev joove sellest ka saadakse. Põhjuseks on pidev alkoholipruukimine. Seepärast, kui alkoholist tingitud maksatsirroos või krooniline pankreatiit juba esineb, siis inimese psüühika seisundist hoolimata on tegemist kroonilise alkohoolikuga.

Andres Ellamaa. Meie praktikas tuleb sageli ette seda, et traumahaige ei tule õigel ajal ravile, ta ootab seni, kuni kaineks saab. See aga viib ravi kestuse tunduva piknemiseni. Sellise käitumise eest tuleks trahvida. Näiteks Kiiemis, Leningradis ja Minskis on loodud tasulised eriosakonnad, kus ravitakse joores saanud traumasid. Ka meil võiks kiirabihaiglas midagi sellelaadset korraldada, ruumid selleks ju on.

Jüri Ausmees. Raske on arstil ja õel narko- loogiaosakondades töötada. Alkoholi kuritarvitajad on võimatu rahvas. Paljud on ka huligaanid. Esineb olukordi, et arstil peab jõudu olema neid füüsiliselt kinni hoida (!). Noorel mehel nagu mina ei käi see üle jõu, vanemas eas arstidel, ka naisarstidel on see võimatu. Sellist olukorda oleks vaja kindlasti muuta.

Anti Liiv. Väga raske on varem sundravit viibinutega, hiljem nad rikuvad sageli jälle kor- da, ei allu distsipliinile. Kas on meil moraalselt õigus karistamatult nii tegutseda? Võib-olla tuleks joomaritega käituda rangemalt. Kutsusime kord kokku ühe kollektiivi joomarid ja näita- sime neile ajukahjustustega aatekaaslasid. Mõju- efekt oli märkimisväärne. Ühiskondliku arvamuse mõju oli siin väga ilmikas. Vajaksime erifilme kitsale auditoriumile loengu ajal demonstreeri- miseks.

Lembit Mehilane. Arstidele tuleks õpetada nar-

koloogiat rohkem, samuti ka tulevastele õpetaja- tele pedagoogilises instituudis. Koolis tuleb nen- dest probleemidest rääkida klassijuhatajatunnis. Kord kutsusime Tartus psühhoneuroloogiahaiglas- se 10. klassi poisid ja näitasime neile, milleni joomine viib. Just selline fakte nägemine mõjub kõige paremini.

Tamara Babitšev. Tehaste ja vabrikute tööta- jate hulgas on alkohoolikuid palju, ka nende lapsed on sageli kahjustatud närvisüsteemiga ning disponeeritud alkoholismi suhtes. Asutuste pidudel pruugitakse liiga kergekäeliselt alkoholi. Meie ajal puudub inimestel oskus lõpetada ilma alkohoolseid jooke kasutamata. «Anti-Bakchose» klubi tegevus on väga õige. Klubi tegevust on vaja ka selleks, et inimene hakkaks taas ise enda eest hoolt kandma, ka oma välimuse ja käitumise eest. Klubi tegevuses osalemine kohus- tab ja distsiplineerib teda.

Heiti Kadastik. Tartus võeti vastu eriotus võit- luseks joomarluse vastu. Selles oli muu hulgas kavandatud alkohoolikutest alaealiste dispanseeri- mine. Üle kahe aasta on sellest mõeldud, teh- tud pole aga midagi. Ka koostöös asutustega oli plaanitud elavdada narkoloogiapostide tegevust, eelnevalt kaadrit ette valmistada ja ametikohad asutuste komplekterida. Nagu selgub, ei olegi asutuste juhatajatel narkoloogiapostide ülesanne veel selgeks saanud, ometi on aga mõtte algat- mistest mõdas juba seitse aastat. Otsuses nähti ette arstidel ja teadustöötajatel analüüsida alko- hoolikute ravi tulemusi, ka seda pole tehtud. Otsuses oli punkt ka «Anti-Bakchose» klubi tege- vuse elavdamise kohta. Algusaastail, 15 aastat tagasi, oli selle klubi tegevus vilgas. Mõni nädal tagasi tähistatigi seda tähtpäeva, millest osa võt- ma olid saanud Moskva, Odessa, ka Tallinna, samuti Läti ja Leedu analoogiliste klubide esin- dajad. Sealsed klubid erinevad «Anti-Bakchose» klubist struktuurilt, ehkki üldtegevussuunad on samad. Aastaid tagasi oli «Anti-Bakchose» klubi seatud üleliiduliselt eeskujuks, sest kujutab ju see endast endiste alkohoolikute psühhoterapeuti- list kollektiivi, kes tegutseb selles suunas, et nad karsklastena võiksid täisväärtuslike inimestena suhelda seltskonnas ning mitte eemale jääda aval- likust elust.

Jüri Ausmees. Me oleme Taageperas koos klas- sikalise alkoholismiraviga püüdnud pearõhu pan- na inimese käitumise muutmisele ja tema suhtu- mise ümberhindamisele. Meil ei ole trelle ega lukke, režim on vaba. Haigetes ei tohi süvene- da arvamusi, et nad on ühiskonnale kaduma läinud. Kuigi enamik ravialuseid kannatab teise või kolmanda staadiumi alkoholismi all, püüame neile siiski luua tingimusi, et nad tunneksid end tavaliste inimestena, kellele korraldatakse mit- meid üritusi, tantsuõhtuid jms.

Arvo Haug. Üldsus on meie narkoloogiaalast tööd tagasihoidlikult tähtsustanud. Kõiki asju oleme püüdnud ise teha, olgu see siis kas hoonete remont, uute osakondade avamine. Rajoo- nides, linnadest Tallinnas ja Tartus tegutsevad arstid ise aktiivselt, seepärast ongi tulemusi ol- nud. Kuid kõigeks on vaja raha, narkoloogia

vajab abi. Seda abi vajatakse eelkõige tervis-
hoiujuhtidelt ja täiesti ametlikult, et ei tekiks
vaeslapsetunnet narkoloogilise abi edendamisel.
Arvan, et narkoloogiadööd on vaja detsentrali-
seerida, siis edeneksid asjad vast paremini. Nar-
koloogia tuleb psühhiaatriast eraldada, nagu on
tehtud juba kõigis ülejäänud liiduvabariikides.
See suurendaks ka eriala tähtsust.

Oku Tamm. On tõsi, et on hilinevad nii psü-
hiaatrilise arstiabi süsteemi arendamise kui ka
narkoloogilise abi süsteemi rajamisega, mis aga
alati ei ole sõltunud meist. Ka endokrinoloogia-
dispanserit on vaja, kuid seda hakkame ehitama
alles järgmisel viisaastakul.

Vello Salupere. Täna vestlusring on tähe-
lepanu pööranud eriti alkoholi liigse pruukimise
psühhopatoloogilisele küljele, narkoloogiatil-
tule ja mõistagi alkoholismi sotsiaalsetele proble-
emidele. Ilma selleta ei saa. Kuid ometi kajastub
selles alkoholismisse suhtumise teatud ühe-
kõlgus, sest liialt kontsentreeritakse meditsiini
vahendeid ja energiat alkoholismi psühhopato-
oloogilisest toimest sugenevatele negatiivsetele
sotsiaalsetele ilmingutele. Taoline suhtumine on
ju üle kandunud üldsusele: alkohoolikuks peeta-
kse inimest tihtilugu alles siis, kui ta märatseb,
lõhub, magab avalikes kohtades, satub kainestus-
majja. Ka täna vestlus näitab, et kahjuks on
siis juba hilja — ei meditsiin ega ka ühiskond
suuda inimest enam kuigivõrd aidata. Siit
johtub tõsiasi, et enamik alkoholipruukijaid,
keda saaks veel aidata, ei jõuagi arsti juurde
ega saa abi.

Mida siis teha? Universaalset retsepti ei ole
kahjuks võimalik anda. Siinkohal vaid mõned
mõtted. Suuname üldsust liiga palju alkoholi
psühhopatoloogilise toime mõistmisele, seda peeg-
eldab ka tänase vestlusringi koosseis, kus eri-
aladest domineerib psühhiaatria. Usun, et analo-
ogiline olukord on vähitõrje osas, kus onkoloogia-
asutuste eelisarendamine ei saa anda soovitud
efekti. Nagu kasvajate puhulgi, nii otsustab alko-
holismi tõrjes ikkagi see, kuidas saab asjast aru
ja tegutseb kogu arstikond, eriti aga jaoskonna-
arstid. Üldiselt valitseb leebe suhtumine alko-
holitarvitajatesse. Teatakse paljusid kunstini-
mesi, ka arste, kes töötavad näiliselt edukalt, hoo-
limata kergest alkoholjoobest. Tihtipeale on tao-
lised näited üldsusele hästi teada ning arvatakse,
et pidev alkoholipruuk ei takista edukalt tööta-
mast ega elamast. Siit tuleneb ülesanne kaotada
absoluutne eksiarusaam, et alkoholi pidev väikes-
koguses pruukimine võiks tööd ja loometegevust
soodustada. Ikka ja jälle tuleks rõhutada, et ka
pidevalt napsitav sotsiaalselt hästi elav inimene
on joomar. Meie massiteabehendid orienteerivad
üldsust siin vääralt. Paljud alkoholipruukijad
võivad taolisest saatest teha järelduse, et kui ta
ei sarnane TV-ekraanilt nähtud asotsiaalsete
isikutega, siis pole ta veel alkohoolik. See rahustab
teda, ta joob rahumeeli edasi. Nagu täna välja
öeldud, orienteerub meil alkoholismi vastupropaganda
liialt populatsiooni karskele osale, eriti eakatele
inimestele. Võiks küsida, kes kuulab laupäeva-
hommikust «Peretundi» või vaatab pühapäeval
keskpäevast TV «Teaduse ja tervise» saadet? Usutavasti
õige vähe neid, kelle

eest me võitleme, et nendest ei saaks alkohooli-
kud. Ja vist üldsegi mitte noored. Pole mõtet
teha üldiselt ja tihtilugu abstraktset eikellelegi
määratud alkoholismivastast propagandat. Mõt-
tekas on mõjutada valitud auditooriume, näiteks
noori, ja siis juba saates, mida noored muul
põhjusel meelsasti vaatavad, kuulavad, näiteks
kas või TV Noortestudio «Kontaktid». Ilmselt
peaksid TV ja Eesti Raadio tegutsema analoog-
selt reklaamisaadetega: kõige populaarsemate
saadete pauside ajal lühikesed alkoholismi-
teemalised vahelepped ja karskuspropaganda.

Hans Väre. Sellel, miks narkoloogia ei tõus-
nud esile, õigemini ei tõstetud esile, on põhjus
olemas: veel 1968. aastal öeldi NSV Liidu tipp-
juhtide poolt välja mõte, et Nõukogude Liidus
alkoholismi leviku ohtu ei ole. See oli ametlik
seisukoht. Olukorda mõistis õigesti ja muutis alles
E. Babajani tegevus. Hakati rajama narkoloogia-
asutuste võrku. Arusaadav, et see oli raske — oli
vaja kaadrit, metoodilisi juhendeid ja palju muud-
ki. Nüüd võib öelda — plaanid on tegudeks
tehtud, ehkki, mis seal salata, suurte pingutustega.

Jüri Saarma. Lõpuks tahaks peatuda ka teaduslikul
uurimistööl. Meil on alkoholismiprobleem nagu ka
sellega tihedasti seotud oligofreeniaprobleemgi
tunduvalt teravam kui teistes liiduvabariikides.
Siiani on psühhiaatrid ja narkoloogid suutnud neid
teaduslikult uurida vaid üksikutes lõikudes. Tõhusa
profülaktika- ja ravistrateegia kavandamiseks on
aga tingimata vaja süstemaatiliselt ning komplekselt
uurida alkoholis-
mi ja oligofreenia etioloogiat, patogeneesi, kulu
ning epidemioloogiat iseärasusi meie rahva hul-
gas. Seda vajadust on korduvalt rõhutatud. Nii-
sugune ulatuslik töö aga ei ole jõukohane meie
teadlasrühmale selle väikesearvulisuse ja muude —
küll ka väga oluliste — probleemidega hõivatuse tõ-
tu. Seepärast oleks vaja luua vabariikliku psühhoneu-
roloogiahaigla baasil Tallinnas, kus elab üks
kolmandik meie vabariigi elanikest ja patsientidest,
nende probleemide teadusliku uurimise keskus.
See oleks perspektiivset arengut tagavaks sammuks
meie vabariigi alkoholismitõrjes ning seega meie
rahvastiku ja järglaste tervise tagamises.

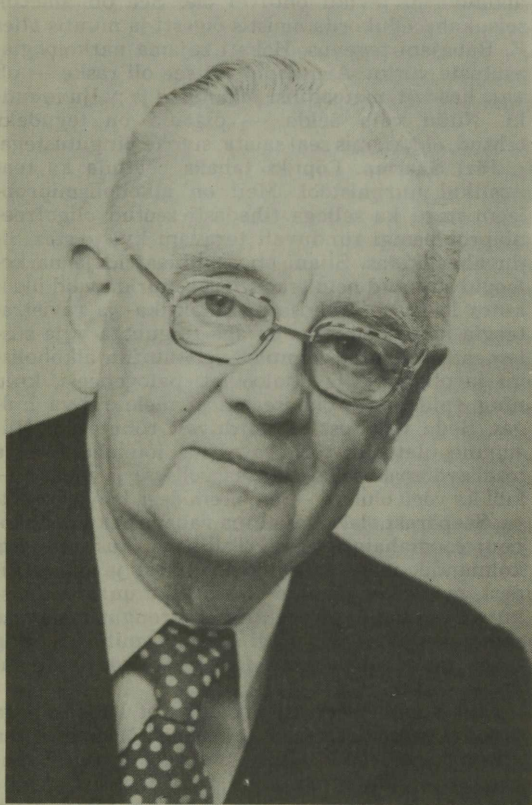
Oku Tamm. On väga meeldiv, et leidsite aega
ja soovi tulla tänasesse vestlusringi. Näeme, et osa
küsimusi on meil selged, osa veel mitte. Psühhiaater
V. Jänes on nüüd ministeeriumi valitsusjuhataja
olnud mõnda aega — tema aitab nii mõndagi
küsimust mõistvamalt ja õigemini lahendada.
Summasid ja võimalusi peame ka edaspidi ratsionaalselt
kasutama. Tähtsaim on profülaktika, on vaja reklaam-
filme, tabavaid juhtlauseid, ka teadustööd. Tähtis on
inimestes õige hoiaku kujundamine, tervete eluviiside
propageerimine, viisaka seltskondliku suhtlemise
õpetamine.

Toimetus jääb ootama sellel teemal vastukajaid,
mõtteid ja ettepanekuid, ka mõttevahetust.

*Vestlusringis arutatust andsid ülevaate
Vello Laos ja Helle Brus*

In memoriam

**Eesti NSV teeneline arst
Endel Laamann
17. VI 1917 . . . 6. X 1984**



Eesti kõrva-nina-kurguarstide peret on tabanud raske kaotus. 6. oktoobril 1984. aastal suri pika ning raske haiguse tagajärjel Eesti NSV teeneline arst Endel Kustase p. Laamann.

E. Laamann sündis 17. juunil 1917. aastal Tallinnas ehitustehniku pojana. Pärast gümnaasiumi lõpetamist astus ta 1939. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1946. a. Juba viimasel kursusel töötas ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna otorinolarün-

goloogia kateedris vanemlaborandina ning arstina Tartu Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguhaiguste osakonnas. Ajavahemikul 1951 . . . 1982 oli samas osakonnajuhataja. Haiguse tõttu siirdus E. Laamann 1983. aastal pensionile.

E. Laamanni tunni andeka ja abivalmis kõrva-nina-kurguarstina. Ta pööras suurt tähelepanu erialakvalifikatsiooni tõstmisele, täiendas end pidevalt ning nõudis teadmiste täiendamist ka kolleegidelt. Korduvalt viibis ta kogemusi vahetamas NSV Liidu tuntumates raviasutustes ja ka välismaal. Ta täiendas oma teadmisi Saksa DV-s prof. H. Friedeli juures ning Magdeburgi kõrva-nina-kurgukliinikus. Esitas ettekande ülemaailmsel otorinolarüngoloogide kongressil Budapestis, võttis osa eriarstide konverentsist USA-s. Erilist huvi tundis E. Laamann bronhoösofagoloogia ja anestesioloogia probleemide, samuti kuulmetõrve talitluse ja selle häirete vastu. Teda tunni osava kirurgina, kes oli üks pioneere kuulmistparandavate operatsioonide alal Eestis. E. Laamann oli kõrgema kategooria otorinolarüngoloog. 1966. aastal anti talle Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

Lahkunu oli aktiivne ühiskonnategelane. Ta oli Tartu Linna RSN saadik, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee esimees, võttis osa Eesti NSV Rahukaitsekomitee tööst. E. Laamann oli NLKP liige 1962. aastast alates. Ta juhtis Tartu Kliinilise Haigla parteiorganisatsiooni, oli haigla seltsimeheliku kohtu esimees. Eesti Otorinolarüngoloogide Seltsi asutamisest saadik kuulus ta selle juhatusse.

E. Laamann tundis suurt huvi muusika vastu. Ta oli meeskoori «Gaudeamus» üks asutajaliikmeid, laulis kooris üle 20 aasta, esinedes paljudel meeskoorikontsertidel Eesti NSV-s, ka teistes liiduvabariikides ja välismaal.

Eesti NSV kõrva-nina-kurguarstid on kaotanud erudeeritud kolleegi, eriala silmapaistva edasiarendaja, hea inimese ja sõbra, kellest helge mälestus jääb kauaks püsima.

Kolleegid

Väino Vessar

18. XII 1925 . . . 20. XI 1984



20. novembril 1984. a. suri pärast pikaajalist rasket haigust Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama endine peaarst Väino Vessar.

V. Vessar sündis 18. detsembril 1925. a. Valgamaal Taageperas. Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli lõpetas 1952. a. kiitusega. Edasi viis tee Leningradi Sanitaar-Hügieenilise Meditsiini Instituuti ja TRÜ arstiteaduskonda.

1958. aastast algas arstitöö Vabariiklikus Struumadispanseris, edasi inspektorarstina Tartu tervishoiuosakonnas ja sanitaararstina Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. 1964. a. edutati V. Vessar Tartu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhatajaks. Samast aastast kuulus ta NLKP ridadesse. 1966. aastast kuni surmani töötas ta Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Viimasel ajal sani-

taarosakonna juhatajana ning laste ja noorukite hügieeni arstina. Tunnustatud ja võimeka spetsialistina tegi V. Vessar viimased paarkümmend aastat ka tänuväärset pedagoogitööd Tartu Meditsiini koolis sanitaarvetskrite koolitajana.

Ühiskondlike ülesannete täitmine ei olnud talle ainult kohustuseks, vaid ka suureks rahulduseks. Kohusetruult täitis ta Punase Risti Seltsi Tartu linnakomitee esimehe, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee presiidiumi liikme, linnanõukogu saadiku, täitevkomitee administratiivkomisjoni liikme kohustusi.

Sanitaarala Keskastme Meditsiiniteenistuse Vabariikliku Seltsi kauaaegse konsultandi ja juhendajana oli V. Vessar eeskujuks ja innustajaks igal konverentsil ning kokkutulekul.

V. Vessari suurt ja tänuväärset tööd on hinnatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi, EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna RSN Täitevkomitee aukirjadega.

Aktivistina jätkus tal kuni surmani jõudu ja head tahtmist osaleda Punase Risti Seltsi Tartu linnakomitee ja sanitaarkaitse töös.

V. Vessarit kui põhimõttekindlat inimest, abivalmis kolleegi, nõudlikku õpetajat ja head sõpra jäävad mälestama kõik tema tuttavad, sõbrad ja kolleegid.

Tartu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Tartu Meditsiini kool

Punase Risti Seltsi Tartu linnakomitee

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1984. aasta preemiad

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuskolleegiumi premeerimiskomisjoni (esimees P. Bogovski, liikmed U. Sibul, R. Zupping ja V. Laos) otsuse põhjal 23. jaanuarist 1985 määrati rahapreemiad järgmiste 1984. aastal avaldatud artiklite eest:

Maret Ehlvest, Inna Sarv, Lea Tammai — «Laste gastroenteriidid ja rotaviirus», 1984, 4, 269-272;

Margareete Otter, Ellen Võsumaa — «Ravimite teratogeenne ja embrüotoksiline toime», 1984, 3, 185-189;

Ludmilla Priimägi — «Aktuaalseid viroloogia-probleeme Eesti NSV teaduses ja tervishoiupraktikas», 1984, 5, 349-354;

Vello Valdes — «Sidekoe reparatsioonihäired operatsioonide tüsistusena», 1984, 6, 419-424.

Lisaks loetletud töödele töstis komisjon esile järgmised kirjutised, milles oli esitatud uudeid andmeid ja seisukohti, kokkuvõtteid ulatuslikest uurimistöödest, ka rahvusvahelisest teadlaste koostööst.

Kadri Gross — «Üsasisese nakkuse tänaseid probleeme», 1984, 6, 428-431;

Leo Päi, Svetlana Vihljajeva — «Isohemaglutiniinide tiitrite määramine reumaatiliste haiguste puhul», 1984, 5, 323-326;

Mati Rahu, Timo Hakulinen, Tiiu Aareleid, Marja Lehtonen, Lyly Teppo, Taimi Vanaselja — «Vähahaigestumuse muutumine Eesti NSV-s ja Soomes aastail 1971...1980», 1984, 4, 247-250;

Rein Teesalu, Jens Narbekov, Tiiu Kask — «Fentanüüli suure annuse toime hemodünaamikasse ja organismi hapnikutarbimisesse südame isheemiatõbe põdejatel», 1984, 2, 89-92;

Olga Volož, Ülle Tagger, Eleonora Solodkaja, Tiiu Kaljuste — «Südame isheemiatõve riskitegurid epidemioloogilise uurimise andmeil», 1984, 2, 86-88.

Premeerimiskomisjoni otsus kinnitati ajakirja toimetuskolleegiumi koosolekul 1. märtsil 1985. mil ka otsustati anda nelja premeeritud teadusartikli seitsmele autorile ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» aukirjad. Selle pälvivad Maret Ehlvest, Margareete Otter, Ludmilla Priimägi, Inna Sarv, Lea Tammai, Vello Valdes ja Ellen Võsumaa.

Tervishoiuministeriumis

6. detsembril 1984 oli tervishoiuministeriumi kolleegiumi laiendatud istung, millest osavõtjaid — tervishoiujuhte, TRÜ arstiteaduskonna õppejõude, paaraste, peaspetsialiste jt. tervishoiutöötajaid — oli ligikaudu 200. Nõupidamise peateema oli täiskasvanud elanikkonna ülddispanseerimise ettevalmistamine, millest rääkisid ministeriumi valitsusjuhataja asetäitja O. Jurkevits ning peaspetsialistid N. Elšteine, S. Gulordava, S. Hanstein ja P. Mardna, kes andsid ka ülevaate tervishoiusüsteemi hetkeseisust omal erialal ülddispanseerimisele ülemineku aspektist.

Paljustest sõnavõttudest tuli ilmsiks raskusi ja küsitavusi, mida ülddispanseerimise algus kätkeb, kuid millest tuleb üle saada kohalikke olusid silmas pidades, mis muidugi nõuab tervishoiujuhtidelt, paarastidelt ja meedikutelt üldse pingelist ning analüüsivat tööd. Näiteks naiste profülaktilisteks läbivaatusteks naistenõuandlates on aega planeeritud mittepiisavalt (E. Palo). Ilma tehnikavahenditeta ei saa dispanseerimisel olla mõistlikku lahendust. Õigem oleks kasutada koodide süsteemi. Tervishoiuministeriumi andmepanga loomisega üksi toime ei tule. NSV Liidu Tervishoiuministerium on välja kuulutanud konkursi parima lahenduse leidmiseks olemasolevate tehnikavahendite baasil (A. Sinisalu). Eelkõige on vaja aparate kaalu, pikkuse, vererõhu, pulsigaaduse või muude andmete määramiseks, see on küllalt tähtis (L. Piel). Vaja on juurde saada kaadrit, eelvastuvõtukabinetis peaks töötama rohkem kui üks inimene. Praegune laboratoorne baas ei võimalda kõigil analüüse teha, dispanseerimise korralduse põhimõtted on vaja endile kohtadel selgeks teha (H. Kalda). Dispanseerimine toob kaasa uute haigete avastamise, keda on vaja kohe ka ravida. Nende ravi ja järelravi on eriti oluline, mis ju ülddispanseerimise tegelik eesmärk ongi. Meedikuile peavad appi tulema TV ja raadio (A. Sarap). Kõiges, mis veel ebaselge on, tuleks küsimustega pöörduda otse NSV Liidu Tervishoiuministeriumi poole. Ikkagi on vaja andmepanka ja selle loomisel tingimata partei- ja haldusorganite abi. Just nüüd oleks vaja ka tervishoiualast populaarteaduslikku meditsiiniajakirja «Tervis» ning selle väljaandmine tuleks seoses rahvastiku ülddispanseerimisega uuesti päevakorda võtta (P. Bogovski).

Kolleegiumi otsuses on nenditud, et ülddispanseerimisega on juba alustatud: praegu on hõlmatud keskmiselt 60% rahvastikust. Jaoskonnaterapeutid kasutagu oma tööaega ratsionaalselt

dispanseerimise huvides ajal, mil polikliinikus vastuvõtul ja kokujutsete osas on alakoormus. Raskusi on ülddispanseerimisel ette näha eelkõige laboratooriumide töös, stomatoloogiatalituses ja funktsionaaldiagnoosimisel. Kontrollimine Tartus, Võru rajoonis, Tallinnas on näidanud, et puudusi ülddispanseerimisele üleminekul on veel olemas. Kolleegiumi otsus sisaldab 16 punkti, milles on fikseeritud põhimõtteliselt ning konkreetselt need tegevussuunad, et ülddispanseerimine saaks lõplikult reaalseks ning üldriiklikuks planeeritud stabiilseks tervishoiutööks meie maa tervishoiukorralduse uuel arenguetapil.

Samal istungil arutati ka optikatoodetega varustatust ja optikakaupluste tööd, mille kohta andis informatsiooni «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektor J. Raiend. Tellimisajad on lühenedud, tellimusi on täidetud paremini ja kvalifitseeritumalt, optikute kvalifikatsiooni on tõstetud järjekindlalt. Ei jätku veel eri refraktsiooniga bifokaalseid prilliklaase.

Arutati ka sanitaarharidustööd Paide ja Rakvere rajoonis. Selles töös on seal ebakõla, mis tuleneb ravi- ja profülaktikatalituse ühise alluvuse kaotamisest. Sanitaarharidustöö mõlemas rajoonis vajab administratiivsete aluste kiiret täpsustamist ja reguleerimist ning tervishoiuministeeriumi tasandil otsustamist, nii fikseeritigi kolleegiumi otsuses.

Istungil juhatas tervishoiuminister V. Rätsep, kohal viibisid ka EKP Keskkomitee tervishoiusektori juhataja L. Jakobson ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu osakonnajuhataja V. Roos.

Koit Leet

20. detsembri tervishoiuministeeriumi kolleegiumi istungil, mida juhatas minister V. Rätsep, arutati esimese päevakorrapunktina narkootiliste ainete hoidmise, kasutamise ja väljastamise korda raviasutustes ning apteekides. Põhiettekanne oli peanarkoloog A. Liivilt, kaasettekanne Apteekide Peavalitsuse juhatajalt V. Nisult. Sõna võtsid J. Ennet, V. Jänes jt. Otsuses määratleti edaspisised ülesanded.

Teisena arutati patoanatoomiaalituse tööd, põhiettekanne oli peapatoanatoom V. Valdeselt. Muret tekitavad materiaalne baas, varustatus aparatuuri ja reaktiividega, samuti patoanotoomide arvu pidev vähenemine. Nüüdisaegsed ruumid on vaid neljal meie vabariigi patoanotoomiaosakonnal, eriti raske on olukord Tartus. Patoanotoomiaosakondade koormust suurendab ka see, et seal toimub ka kohtumeditiiniline ekspertiis. Kaadripuuduse tõttu ei jõuta kõiki lahanguid teha, sest niigi töötatakse suure ülekoormusega. Puudus on ajakohastest külmhoidlatest ja matusemajadest. Eksisteerimast on lakanud lastepatoanotoomiaalituse kui omaette spetsialiseerunud tööala. Kahjuks suhtub üldsus patoanotoomiasse kui teisejärgulisse erialasse, mistõttu noored ei vali seda ala. Olukorra parandamiseks on hädavajalik sellel erialal töötavate inimeste materiaalne stimuleerimine ning eriala võrdustamine kliiniliste distsipliinidega. Sõna võtsid veel A. Lukaš, E. Tomberg, S. Gulordava, A. Si-

venkov, J. Markov jt. Edaspidi peaks igas raviasutuses kord kuus toimuma haiguslugude analüüs patohistoloogia aspektist, mis õpetaks raviarste vigu ära hoidma. Kolleegiumi otsuses nähakse ette patoanotoomiaalituse töö parandamise võimalused.

Arutati ka Narva raviasutuste sanitaar- ja epidemioloogiaalast olukorda. Narva Linna Kesksaigla pearst M. Sillard tutvustas tervishoiuministeeriumi komisjoni poolt Narvas tehtud kontrollimise tulemusi, millest rääkis ka inspektorarst E. Vassiljeva. Narva raviasutuste olukorraga võib üldiselt rahule jääda.

26. detsembril toimus haridusministeeriumi ja tervishoiuministeeriumi ühine istung, mida juhatas haridusminister E. Gretškina. Arutati laste tervisekaitse korraldust Tallinna Mererajooni ja Pärnu linna koolieelsetes lasteasutustes. Põhiettekanded olid tervishoiuministeeriumi valitsusjuhatajalt E. Tombergilt ja haridusministeeriumi valitsusjuhatajalt A. Kikaselt. Kontrollitud oli 42 koolieelset lasteasutust. Ilmnes, et paljud neist ei vasta sanitaarnormidele, remontide tegemisel ei peeta kinni tähtaegadest. Raskusi on lastemööbliga varustamisel, samuti muu inventari muretsemisel. Igal pool ei peeta kinni sanitaar- ja hügieeninõuetest, tööd raskendab ka koolieelsete lasteasutuste ülekoormatus. Viimastel aastatel on hakatud suuremat tähelepanu pöörata laste ettevalmistamisele kollektiivi tulekuks: lapsi on vaksineeritud, korraldatud vestlusi vanematega. Rohkem tuleks rõhku panna laste karastamisele. Sõna võtsid A. Saksing, A. Raud, N. Sossulina, H. Lazareva, O. Tamm jpt. Laste tervisekaitse paremaks korraldamiseks koolieelsetes lasteasutustes määrati ülesanded nii linnade haridusosakondadele kui ka tervishoiuorganitele.

27. detsembril andis tervishoiuminister V. Rätsep vabariigi tervishoiujuhtidele ülevaate NSV Liidu Tervishoiuministeeriumis 25. detsembril toimunud kolleegiumi koosolekust, tutvustades lühidalt NSV Liidu tervishoiuministri S. Burenkovi ettekannet tervishoiusüsteemi ülesannetest. Põhitähelepanu koondatakse maaelanike, eriti emade ja laste arstiabi parandamisele. Maale tuleb ehitada tänapäeva nõuetele vastavad ambulatooriumid ja sisustada nad moodsa meditsiiniaparatuuri ning muu vajalikuga. Rahvastiku ülddispanseerimiseks on vaja rakendada ka teadlas-kadriit, suurendada keskastme meditsiinitöötajate arvu, tõsta tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni, kasutada uusimaid ravi- ja diagnoosimismeetodeid. V. Rätsep rääkis ka teistest kolleegiumil esitatud sõnavõttudest ning tutvustas kolleegiumi otsusest tulenevaid ülesandeid Eesti NSV-s.

Helle Brus

Tartu Riiklikus Ülikoolis

Poliitpäeval 14. novembril 1984 esines arstiteaduskonna õppejõududele, töötajatele ja Tartu tervishoiuasutuste juhtidele Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Minister käsitles noore kaadri ideoloogilist ja erialast kasvatamist, samuti kaadri planeerimist meie vabariigis.

Samal päeval kohtusid minister prof. V. Rätsep ja dekaan prof. A.-E. Kaasik ka arstiteaduskonna V kursuse üliõpilastega. Käsitleti tervishoiusüsteemi ülesandeid, arengusuundi, kaadri vajadusi erialadest lähtudes.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 19. novembril olid päevakorras 1984. aasta oktoobris NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi inspeksioonigrupi poolt tehtud arstiteaduskonna tegevuse kontrolli tulemused, mille kohta oli ettekanne dekaanilt. Inspekteerimisel pöörati põhitähelepanu õpetegevuse organisatsioonile, silmas pidades rektoraadi, dekaanaadi ja arstiteaduskonna kateedrite tegevust. Valikuliselt kontrolliti ka vanemate kursuste üliõpilaste meditsiiniteadmisi. Mitmete saavutuste kõrval märgiti inspeksioonigrupi koostatud lõppaktis ka puudusi, eelkõige õppetöö kateedripoolse juhtimise ja materiaalse baasi osas. Prof. A.-E. Kaasik rääkis koosolekul sellest, mida tuleb ette võtta puuduste kõrvaldamiseks. Nii dekaan kui ka koosolekut osavõtnud rektor prof. A. Koop rõhutasid kateedrite vastutuse suurendamise vajadust õppe-, teadus- ja kasvatustöö suunamisel noore teadlaskaadri ettevalmistamiseks.

Seoses mikrobioloogia kateedri juhataja järgmiseks viieks aastaks ümbervalimisega esitas prof. A. Lenzner aruande kateedri viimaste aastate tegevuse kohta. Kateeder on teaduskonnas olnud üks aktiivsemaid teadustöös, lepinguliste tööde täitmisel, õppemethodilises tegevuses ja teadlaskaadri kasvatamisel. Nõukogu andis kateedrijuhataja prof. A. Lenzneri tegevusele kõrge hinnangu.

Samal koosolekul esitas aruande ka hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri juhataja prof. A. Jannus. Viimastel aastatel on kateeder teaduslikult tugevnenud, kateeder juhib keskkonnakaitsealast uurimistööd kogu NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi süsteemis. Kuid kateedri õppekoormuse suurenemise tõttu on süvenenud ruumikitsikus. Selles osas on korduvalt esitatud taotlusi ülikooli juhtkonnale. Kateedril soovitati senisest rohkem tegelda teadlaskaadri ettevalmistamisega. Nõukogu soovitas prof. A. Jannuse kateedrijuhataja kohale valida ka järgmiseks viieks aastaks.

Nõukogu valis konkursi korras meditsiinkandidaat I. Vahula hügieeni- ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri vanemõpetaja kohale, meditsiinkandidaat I. Liivi arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ning spetsialiseerimise teaduskonna teraapia kateedri assistendi kohale. TRÜ nõukogu valis 1984. aasta 5. novembril koosolekul neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja kohale prof. A.-E. Kaasiku. Samal koosolekul esitati professorikutse saamiseks meditsii-



Poliitpäeval 14. novembril 1984 Tartu Kliinilises Haiglas. V. Kutsari foto.

nidoktorid H. Väre, M. Saarma ja Ö. Reintam ning dotsendikutse saamiseks A. Žarkovski farmakoloogia kateedrist.

26. detsembril 1984 valis TRÜ nõukogu oma koosolekul stomatoloogia kateedri professori ametikohale meditsiini doktor M. Kalnini. Meditsiinkandidaat S. Ulbile andis TRÜ nõukogu dotsendikutse. Dotsendid R. Birkenfeldt (hospitaalsihaiguste kateeder) ja T. Haviko (traumatoloogia, ortopeedia ja välkirurgia kateeder) viidi nõukogu ütsele doktoriväitekirjade lõpetamiseks üle vanemteaduri kohale.

Lembit Allikmets

Üliõpilaste Teadusliku Ühingu neuroloogiaringi 35. aastapäeva tähistamise koosolek toimus 7. detsembril 1984 Tartus. Avasõnas ütles neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja prof. A.-E. Kaasik, et oma tegevusaja jooksul on ringis esmast õppust saanud enamik Eesti NSV neurolooge. Kauaaegse kateedrijuhataja prof. E. Raudami juhendamisel on valminud enamik võistlustöid, millest paljud on pälvinud tunnustuse ka väljaspool ülikooli. Nii kateedri õppejõud kui ka ajuvereringehaiguste laboratooriumi teadurid on ÜTÜ kasvandikena esimesed teaduskatsetused teinud.

Neuroloogiaringi algusaastatest kõneldes rõhutas prof. A. Tikk, et 35 aastaga on õppetöö koormus, aga ka tudengile esitatavad nõuded suuresti muutunud ning varajasemale, ainult neuroloogia aluste õppimisele on lisandunud tõsine teadustöö. Järgnevalt tutvustati kolme võistlustööd, mis kuulajate arvates kõik veelgi laialdasemat tutvustamist, publitseerimist väärivad.

Tõnu Kauba

Punase Risti Seltsis

X vabariiklik ühiskondlike sanitaarinspektorite konverents toimus 11. detsembril 1984 Tallinnas.

Eesti NSV Tervishoiuministeri valitsusjuhataja H. Kreek kõneles ühiskondlike sani-

taarinspektorite valikust ja nende ettevalmistamisest. Ta märkis, et nendeks tuleb meil leida selliseid inimesi, keda igapäevase töö seisukohalt huvitab koostöö sanitaar- ja epidemioloogiajaamaga. Need võiksid olla ametiühinguaktivistid, rahvasaadikute nõukogude, eriti külanõukogude alaliste komisjonide, rahvakontrolligruppide ning ka rahvamalevate liikmed, kelle tegevust saab edukalt ühendada ühiskondlike sanitaarinspektorite tööga. Edukalt saaksid sel alal tegutseda ka rahvamajade, klubide ja raamatukogude töötajad, korraldades sanitaarharidusnäitusi, teemaatilisi õhtuid, loenguid jne. Esineja rõhutas, et praegu on meie esmane ülesanne ühiskondlike sanitaarinspektoreid programmi alusel ette valmistada ja sellega luua töövõimeline aktiiv ning see aktiiv ka tööle panna. Oma osa on siin sanitaar- ja epidemioloogiajaamade juures tegutserval ühiskondlike sanitaarinspektorite nõukogudel.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur andis ülevaate maikuus Vilniuses toimunud I üleliidulisest ühiskondlike sanitaarinspektorite konverentsist. Ühiskondlikud sanitaarinspektorid on olnud headeks abilisteks sanitaar- ja epidemioloogiatalituse organitele, eriti tööstusettevõtete, ravi- ja profülaktikaasutuste, ühiskondlike tootlustusettevõtete, kaubanduse ja elamusektori sanitaarjärevalves. Innu-kalt on nad osa võtnud ka looduskaitseseaduste täitmise kontrollimisest ja keskkonnakaitse üritustest. U. Vagur rääkis põhjalikult sellest, kuidas Punase Risti Seltsi komiteed ning algorganisatsioonid saavad rahvastiku dispanseerimisele kaasa aidata. Meil on inimeste hulgas vaja teha selgitustööd dispanseerimise vajalikkuse kohta.

Sõna võtsid ühiskondlikud sanitaarinspektorid, nad kõnelesid oma töökogemustest ja töövormidest. Sooviti, et rohkem antaks välja meetodilisi materjale ja täiendataks ühiskondlike sanitaarinspektorite arvestuskaarte.

Konverentsil selgusid need tööloigud, millele tuleb edaspidi rohkem tähelepanu pöörata. Need oleksid järgmised: luua ühiskondlike sanitaarinspektorite nõukogud sanitaar- ja epidemioloogiajaamade juurde, kus neid veel ei ole, olemasolevad aga muuta keskusteks, mis ühiskondlike sanitaarinspektorite tegevust suunavad ja koordineerivad; luua rahvasaadikute nõukogude täitevkomiteede, eriti külanõukogude täitevkomiteede juurde ühiskondlike sanitaarinspeksiioone; abistada tervishoiuorganeid rahvastiku ülddispanseerimiseks ettevalmistamisel; täiendada sanitaarharidustööd elanike hulgas ning võtta ulatuslikumalt osa keskkonnakaitse üritustest.

Tiiu Buschmann

25. jaanuaril toimus Tallinna Kiirabihaigla konverentsisaalis Tallinna doonorite kokkutulek, mille korraldajaiks olid Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee, Vabariikliku Vereülekandajaam, Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond ja selle juures asuv doonorite nõukogu. Kokkutulekule oli kutsutud 171 doonorit, kes kõik olid andnud verd tasuta üle 25 korra. Kokkutulekust võtsid osa ka ettevõtete tervishoiupunktide juhatajad ning Tallinna tervishoiujuhid.



Igale doonorile jäi mälestuseks sellest päevast nägus rinnamärk. G. Vaidla foto.

Avasõnad ütles Tallinna Linna Täitevkomitee esimehe asetäitja U. Elmi. Ettekandega esines Vabariikliku Vereülekandajaama peaarst R. Kolle, kes rääkis doonorivere vajadusest ning esseeisvatest ülesannetest, ühtlasi tänas ta kõiki doonoreid nende suure abi eest meie raviasutuste verevajaduse rahuldamisel.

Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur peatus sõnavõtus tasuta doonorlusel Tallinnas ning meie vabariigis tervikuna, märkides, et noorte osa tasuta doonorluse arengus on seni olnud väga tagasihoidlik. Noortest peaks aga meie staažikaile doonorile tulema vääriline vahetus. U. Vagur kutsus kõiki üles doonorlust noorte seas propegeerima.

Doonorite nimel võtsid sõna Tallinna Kiirabihaigla osakonnajuhataja V. Lavrova, kes on verd tasuta andnud 30 korral, ja Keila-Joa Sanatoorse Metsakooli õpetaja R. Niinemäe, kes 32 korral. Kõige rohkem on verd tasuta andnud E. Tepp — 51 korral.

Järgnes doonorite autasustamine rinnamärgiga «Eesti NSV Punase Risti Seltsi audoonor». Kokkutulek lõppes J. Tombi nimelise Kultuuripalee taidelehtade kontserdiga.

Gunnar Sukles

Tervishoiutöötajate Ametiühingus

15. novembril 1984 toimus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee IX pleenum. Arutati tervishoiuorganite ülesandeid meditsiinitöötajate poliitilisel kasvatamisel tulevalt NLKP Keskkomitee otsusest «Eesti NSV juhtiva kaadri osavõtuste töötajate hulgas tehtav poliitilisel kasvatustööst».

Pleenumil viibisid EKP Keskkomitee vastutav töötaja L. Jaanimägi, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sekretär L. Veskimäe ja organiseerimis-instrueerimisosakonna juhataja J. Mällo.

Ettekanne oli tervishoiuministri asetäitjalt O. Tammelt. Sõna võtsid Tallinna Laevanduse Keskaigla ülemõde T. Rimmel, Tartu Linna Polikliiniku vanemõde A. Taela, Ametiühingu Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu esimehe asetäitja meditsiini alal I. Galanin, Narva Linna Keskaigla peaarsti asetäitja V. Sevtsov, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee kultuuri- ja heaoluosakonna juhataja E. Stefanovskaja.

Võeti vastu ürituste plaan, mis tulenes NLKP Keskkomitee eespool nimetatud otsusest.

Tartu Riiklikus Ülikoolis

Poliitpäeval 14. novembril 1984 esines arstiteaduskonna õppejõududele, töötajatele ja Tartu tervishoiuasutuste juhtidele Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Minister käsitles noore kaadri ideoloogilist ja erialast kasvatamist, samuti kaadri planeerimist meie vabariigis.

Samal päeval kohtusid minister prof. V. Rätsep ja dekaan prof. A.-E. Kaasik ka arstiteaduskonna V kursuse üliõpilastega. Käsitleti tervishoiusüsteemi ülesandeid, arengusuundi, kaadri vajadusi erialadest lähtudes.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 19. novembril olid päevakorras 1984. aasta oktoobris NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi inspeksioonigrupi poolt tehtud arstiteaduskonna tegevuse kontrolli tulemused, mille kohta oli ettekanne dekaanilt. Inspekteerimisel pöörati põhitähelepanu õpetegevuse organisatsioonile, silmas pidades rektoraadi, dekanaadi ja arstiteaduskonna kateedrite tegevust. Valikuliselt kontrolliti ka vanemate kursuste üliõpilaste meditsiiniteadmisi. Mitmete saavutuste kõrval märgiti inspeksioonigrupi koostatud lõppaktis ka puudusi, eelkõige õppetöö kateedripoolse juhtimise ja materiaalse baasi osas. Prof. A.-E. Kaasik rääkis koosolekul sellest, mida tuleb ette võtta puuduste kõrvaldamiseks. Nii dekaan kui ka koosolekut osavõtnud rektor prof. A. Koop rõhutasid kateedrite vastutuse suurendamise vajadust õppe-, teadus- ja kasvatustöö suunamisel noore teadlaskaadri ettevalmistamiseks.

Seoses mikrobioloogia kateedri juhataja järgmiseks viieks aastaks ümbervalimisega esitas prof. A. Lenzner aruande kateedri viimaste aastate tegevuse kohta. Kateeder on teaduskonnas olnud üks aktiivsemaid teadustöös, lepingulist tööde täitmisel, õppemethodilises tegevuses ja teadlaskaadri kasvatamisel. Nõukogu andis kateedrijuhataja prof. A. Lenzneri tegevusele kõrge hinnangu.

Samal koosolekul esitas aruande ka hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri juhataja prof. A. Jannus. Viimastel aastatel on kateeder teaduslikult tugevnenud, kateeder juhib keskonnakaitsealast uurimistööd kogu NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi süsteemis. Kuid kateedri õppekoormuse suurenemise tõttu on süvenenud ruumikitsikus. Selles osas on korduvalt esitatud taotlusi ülikooli juhtkonnale. Kateedril soovitati senisest rohkem tegelda teadlaskaadri ettevalmistamisega. Nõukogu soovitas prof. A. Jannuse kateedrijuhataja kohale valida ka järgmiseks viieks aastaks.

Nõukogu valis konkursi korras meditsiinkandidaat I. Vahula hügieeni- ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri vanemõpetaja kohale, meditsiinkandidaat I. Liivi arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ning spetsialiseerimise teaduskonna teraapia kateedri assistendi kohale. TRÜ nõukogu valis 1984. aasta 5. novembri koosolekul neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja kohale prof. A.-E. Kaasiku. Samal koosolekul esitati professorikutse saamiseks meditsiini-



Poliitpäeval 14. novembril 1984 Tartu Kliinilises Haiglas. V. Kutsari foto.

nidoktorid H. Väre, M. Saarma ja Ö. Reintam ning dotsendikutse saamiseks A. Žarkovski farma-koloogia kateedrist.

26. detsembril 1984 valis TRÜ nõukogu oma koosolekul stomatoloogia kateedri professori ametikohale meditsiini doktor M. Kalnini. Meditsiinkandidaat S. Ulbile andis TRÜ nõukogu dotsendikutse. Dotsendid R. Birkenfeldt (hospitaalsihaiguste kateeder) ja T. Haviko (traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateeder) viidi nõukogu otsuse alusel doktoriväitekirjade lõpetamiseks üle vanemteaduri kohale.

Lembit Allikmets

Üliõpilaste Teadusliku Ühingu neuroloogiaringi 35. aastapäeva tähistamise koosolek toimus 7. detsembril 1984 Tartus. Avasõnas ütles neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja prof. A.-E. Kaasik, et oma tegevusaja jooksul on ringis esmast õppust saanud enamik Eesti NSV neurolooge. Kauaaegse kateedrijuhataja prof. E. Raudami juhendamisel on valminud enamik võistlustöid, millest paljud on pälvinud tunnustuse ka väljaspool ülikooli. Nii kateedri õppejõud kui ka ajuvereringehaiguste laboratooriumi teadurid on ÜTÜ kasvandikena esimesed teaduskatsetused teinud.

Neuroloogiaringi algusaastatest kõneldes rõhutas prof. A. Tikk, et 35 aastaga on õppetöö koormus, aga ka tudengile esitatavad nõuded suuresti muutunud ning varajasemale, ainult neuroloogia aluste õppimisele on lisandunud tõsine teadustöö. Järgnevalt tutvustati kolme võistlustööd, mis kuulajate arvates kõik veelgi laialdasemat tutvustamist, publitseerimist väärivad.

Tõnu Kauba

Punase Risti Seltsis

X vabariiklik ühiskondlike sanitaarinspektorite konverents toimus 11. detsembril 1984 Tallinnas.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi valitsusjuhataja H. Kreek kõnes ühiskondlike sani-

taarinspektorite valikust ja nende ettevalmistamisest. Ta märkis, et nendeks tuleb meil leida selliseid inimesi, keda igapäevase töö seisukohalt huvitab koostöö sanitaar- ja epidemioloogijaamaga. Need võiksid olla ametiühinguaktivistid, rahvasaadikute nõukogude, eriti külanõukogude alaliste komisjonide, rahvakontrolligruppide ning ka rahvamalevate liikmed, kelle tegevust saab edukalt ühendada ühiskondlike sanitaarinspektorite tööga. Edukalt saaksid sel alal tegutseda ka rahvamajade, klubide ja raamatukogude töötajad, korraldades sanitaarharidusnäitusi, teemaatilisi õhtuid, loenguid jne. Esineja rõhutas, et praegu on meie esmane ülesanne ühiskondlikke sanitaarinspektoreid programmi alusel ette valmistada ja sellega luua töövõimeline aktiiv ning see aktiiv ka tööle panna. Oma osa on siin sanitaar- ja epidemioloogijaamade juures tegutsevatel ühiskondlike sanitaarinspektorite nõukogudel.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur andis ülevaate maikuus Vilniuses toimunud I üleliidulisest ühiskondlike sanitaarinspektorite konverentsist. Ühiskondlikud sanitaarinspektorid on olnud headeks abilisteks sanitaar- ja epidemioloogiatalituse organitele, eriti tööstusettevõtete, ravi- ja profülaktikaasutuste, ühiskondlike toitlustusettevõtete, kaubanduse ja elamusektori sanitaarjärelevalves. Innukalt on nad osa võtnud ka looduskaitseseaduste täitmise kontrollimisest ja keskkonnakaitse üritustest. U. Vagur rääkis põhjalikult sellest, kuidas Punase Risti Seltsi komiteed ning algorganisatsioonid saavad rahvastiku dispanseerimisele kaasa aidata. Meil on inimeste hulgas vaja teha selgitustööd dispanseerimise vajalikkuse kohta.

Sõna võtsid ühiskondlikud sanitaarinspektorid, nad kõnelesid oma töökogemustest ja töövormidest. Sooviti, et rohkem antaks välja metoodilisi materjale ja täiendataks ühiskondlike sanitaarinspektorite arvestuskaarte.

Konverentsil selgusid need tööloigud, millele tuleb edaspidi rohkem tähelepanu pöörata. Need oleksid järgmised: luua ühiskondlike sanitaarinspektorite nõukogud sanitaar- ja epidemioloogijaamade juurde, kus neid veel ei ole, olemasolevat aga muuta keskusteks, mis ühiskondlike sanitaarinspektorite tegevust suunavad ja koordineerivad; luua rahvasaadikute nõukogude täitevkomiteede, eriti külanõukogude täitevkomiteede juurde ühiskondlike sanitaarinspektsioone; abistada tervishoiuorganeid rahvastiku ülddispanseerimiseks ettevalmistamisel; täiendada sanitaarharidustööd elanike hulgas ning võtta ulatuslikumalt osa keskkonnakaitse üritustest.

Tiiu Buschmann

25. jaanuaril toimus Tallinna Kiirabihaigla konverentsisaalis Tallinna doonorite kokkutulek, mille korraldajaiks olid Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee, Vabariiklik Vereülekandajaam, Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond ja selle juures asuv doonorite nõukogu. Kokkutulekule oli kutsutud 171 doonorit, kes kõik olid andnud verd tasuta üle 25 korra. Kokkutulekust võtsid osa ka ettevõtete tervishoiupunktid juhatajad ning Tallinna tervishoiujuhid.



Igale doonorile jäi mälestuseks sellest päevast nägus rinnamärk. G. Vaidla foto.

Avasõnad ütles Tallinna Linna Täitevkomitee esimehe asetäitja U. Elmi. Ettekandega esines Vabariikliku Vereülekandajaam peaarst R. Kolle, kes rääkis doonorivere vajadusest ning eeseesivatest ülesannetest, ühtlasi tänas ta kõiki doonoreid nende suure ahi eest meie raviasutuste verevajaduse rahuldamisel.

Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur peatus sõnavõtus tasuta doonorlusel Tallinnas ning meie vabariigis tervikuna, märkides, et noorte osa tasuta doonorluse arengus on seni olnud väga tagasihoidlik. Noortest peaks aga meie staazikaile doonorile tulema vääriline vahetus. U. Vagur kutsus kõiki üles doonorlust noorte seas propageerima.

Doonorite nimel võtsid sõna Tallinna Kiirabihaigla osakonnajuhataja V. Lavrova, kes on verd tasuta andnud 30 korral, ja Keila-Joa Sanatoorse Metsakooli õpetaja R. Niinemäe, kes 32 korral. Kõige rohkem on verd tasuta andnud E. Tepp — 51 korral.

Järgnes doonorite autasustamine rinnamärgiga «Eesti NSV Punase Risti Seltsi audoonor». Kokkutulek lõppes J. Tombi nimelise Kultuuripalee taitlejate kontserdiga.

Gunnar Sukles

Tervishoiutöötajate Ametiühingus

15. novembril 1984 toimus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee IX pleenum. Arutati tervishoiuorganite ülesandeid meditsiinitöötajate poliitilisel kasvatamisel tulevalt NLKP Keskkomitee otsusest «Eesti NSV juhtiva kaadri osavõtust töötajate hulgas tehtavast poliitilisest kasvatustööst».

Pleenumil viibisid EKP Keskkomitee vastutav töötaja L. Jaanimägi, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sekretär L. Veskimäe ja organiseerimis-instrueerimisosakonna juhataja J. Mällo.

Ettekanne oli tervishoiuministri asetäitjalt O. Tammelt. Sõna võtsid Tallinna Laevanduse Keskhaigla ülemõde T. Rimmel, Tartu Linna Polikliiniku vanemõde A. Taela, Ametiühingu Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu esimehe asetäitja meditsiini alal I. Galanin, Narva Linna Keskhaigla peaarsti asetäitja V. Sevtsov, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee kultuuri- ja heaoluosakonna juhataja E. Stefanovskaja.

Võeti vastu ürituste plaan, mis tulenes NLKP Keskkomitee eespool nimetatud otsusest.

Samal pleenumil luges J. Mällo ette Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimehe J. Enneti avalduse tema vabastamiseks esimehe ametikohalt seoses üleviimisega teisele tööle. Pleenumi otsusega vabastati J. Ennet esimehe ametikohalt ning uueks esimeheks valiti Tamara Hendrikson.

Lia Vahar

Kongressid, konverentsid, sümposioonid 1985. aastal

1985. aastal on Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiiniõukogu plaanis kaks üleliidulist ja viis vabariiklikku üritust.

Mais korraldavad Üleliiduline Laboriarstide Selts ning Eesti Laboriarstide Selts Tallinnas kolmanda laboriarstide kongressi teemal «Laboratoorse diagnostika nüüdisaegsed meetodid hematoloogias».

Novembris korraldavad Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut, I. I. Metšnikovi nimeline Selts ning NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi Epidemioloogia Keskinstituut Tallinnas konverentsi, kus tuleb arutusele soolenakkuste profülaktika.

Märtsis toimub Kohtla-Järvel XVII teadus-sioon tööhügieeni ja kutsehaiguste alal põlevkivitööstuses. Korraldajad on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Põlevkivikeemia Tootmiskoondis ning tootmiskoondis «Eesti Põlevkivi».

Aprillis peetakse Tallinnas konverents «Praktilise meditsiini aktuaalsed probleemid». Arutatakse profülaktilise töö korraldust ja dispanseerimist ning haigete rehabiliteerimist.

Korraldajad on Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi IV Valitsuse Vabariiklik Haigla ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.

Mais korraldab Eesti Lastearstide Selts Tallinnas XII pediaatrite kongressi, kus vaatluse all on tervete ja haigete laste dispanseerimine.

Juunis leiab Tartus aset nõupidamine «Koebioloogia IV», mille korraldab Tartu Riiklik Ülikool koos tervishoiu-ministeeriumiga.

Oktoobris on IV Balti liiduvabariikide kirurgide konverents, mis peetakse Tallinnas. Kavas on arutada gastroduodenaalverejooksude ning diabeedi kirurgilise ravi aspekte. Konverentsi korraldavad Eesti, Läti ja Leedu tervishoiu-ministeerium ning vastavate liiduvabariikide kirurgide seltsid.

Anatoli Tetsov

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал
Министерства здраво-
охранения Эстонской ССР

№ 2, март, апрель 1985 г.

Л. Х. Лакс — Исходя из задач, стоящих перед руководящими кадрами

Ю. К. Лаазик, И. К. Паю, Л. Я. Тяхепылд, Х. М. Тихане — Об определении средних молекул и его диагностической ценности при почечной недостаточности

В статье представлены сравнительные данные о динамике средних молекул и низкомолекулярных азотистых соединений (креатинина, мочевины, остаточного азота) в плазме крови у больных с острой (6 обследованных) и хронической (10 обследованных) почечной недостаточностью.

Средние молекулы определяли методикой, разработанной в Институте трансплантологии и искусственных органов Минздрава СССР.

Установлено, что существует общая корреляция между динамикой средних молекул и азотистых компонентов в плазме крови у больных с почечной недостаточностью. Высокий уровень средних молекул указывает на неблагоприятный прогноз.

В заключение предлагается использовать определение средних молекул в плазме крови как дополнительный простой и доступный лабораторный метод диагностики и прогноза у больных с почечной недостаточностью.

В. М. Суй, А. Н. Вапра — О результатах лечения румаломом при различных рентгенологических стадиях деформирующего остеоартроза

Румалон применялся при лечении 34 больных с I рентгенологической стадией деформирующего остеоартроза, 40 больных со II стадией, 22 — с III и 6 больных с IV стадией. Румалон вводили в мышцу трижды в неделю

20... 25 раз на протяжении всего курса лечения. Результаты лечения были тесно связаны со степенью формирования рентгенологических изменений суставов: в I стадии лечение было значительно эффективнее, чем на более поздних стадиях.

К. К. Кутсар — Дифференцированное определение противогриппозных IgG- и IgM-антител

Было доказано, что методика адсорбции IgG-иммуноглобулинов на протеине А золотистого стафилококка по Г. Кронвалю может быть использована с успехом для дифференцированного определения специфических IgM- и IgG-антител при серологической диагностике гриппа А и В. Тест специфичен, чувствителен и может быть применен при наличии единичной сыворотки от больного с целью ранней диагностики гриппа.

А. Н. Элламаа — Передний металлический спондилоз шейной части позвоночника

В статье анализируются достоинства и рассматриваются основные технические аспекты нового метода переднего спондилолиза, позволяющего одновременно проводить переднюю декомпрессию спинного мозга, жесткую фиксацию тел шейных позвонков и декомпрессию ламинэктомии. Основным элементом метода является жесткое соединение тел позвонков с помощью металлической пластинки.

К. Я. Цильмер, А. П. Калликорм, А. Ю. Паю, Х. В. Синимяз, А. К. Тяхепылд — Сдвиги гормонального спектра и белкового состава сыворотки при физиологической беременности

Проведено комплексное исследование 30 здоровых небеременных и 115 беременных женщин при нормально протекающей беременности по триместрам. Радиоиммунологическим методом определяли содержание гипофизарных, тиреоидных и надпочечниковых гормонов; содержание катехоламинов выявляли флюорометрическим методом, а количественную оценку белковых фракций сыворотки крови производили с использованием электрофореза в полиакриламидном геле. Во время физиологической беременности обнаружены сдвиги в гормональном спектре и белковом составе сыворотки. Отмечено повышение содержания адренокортикотропина, пролактина, тиреоидных и надпочечниковых гормонов. В белковом составе сыворотки беременных установлено понижение содержания альбуминов и γ -глобулинов, умеренное повышение содержания трансферина, медленных β -глобулинов и макроглобулинов. Такие изменения во время физиологической беременности являются защитно-компенсаторными реакциями организма матери, направленными на поддержание гомеостаза.

По мнению авторов, полученные данные комплексного исследования могут служить основой для оценки гормонального статуса при беременности.

Л. Э. Кару — Институт общей и молекулярной патологии ТГУ

В статье представлен обзор научных проблем, которые решаются в Институте общей и молекулярной патологии ТГУ, созданном пять лет назад на базе центральной медицинской лаборатории. Исследования ведутся в таких направлениях, как биотехнология, исследование онкогена, разработка тактики терапевтического и хирургического лечения ишемии сердца. Кратко рассказывается о научных кадрах и сотрудничестве института как с отечественными, так и с зарубежными учеными.

К. Г. Кару — Нагрузочная проба в ранней стадии после инфаркта миокарда

Проведение нагрузочных проб больным с несложным течением инфаркта миокарда (ИМ) считается безопасным спустя 3... 4 недели после начала инфаркта. В статье рассматриваются основные показания и противопоказания к применению нагрузочного теста, а также условия и методика проведения таких проб в ранней стадии после ИМ. Представлены главные принципы интерпретации и прогностической оценки электрокардиографических изменений при нагрузке. Возникновение депрессии сегмента ST при нагрузке свидетельствует о наличии субэндокардиальной ишемии вне зоны инфаркта и часто указывает на поражение трех коронарных артерий или главного ствола левой коронарной артерии. Подъем сегмента ST является признаком асинергии стенки левого желудочка. У больных ИМ с нарушением сократительной способности сердца проба с нагрузкой нередко оказывается ложноотрицательной.

Нагрузочная проба в ранней стадии ИМ позволяет выделить группу больных с повышенным риском к дальнейшим коронарным событиям и дает врачу ценную информацию для выбора тактики лечения и реабилитации больных ИМ.

новорожденных

В обзорной статье обсуждаются современные проблемы синдрома гипогликемии у новорожденных детей. На основании литературных данных описывается разнообразие клинических форм, симптоматология, основы диагностики, прогноз и необходимость патогенетического замещающего лечения данного синдрома в период новорожденности.

И. О. Лийв — Миксома правого предсердия

В статье описывается случай миксомы правого предсердия у 43-летней женщины. Обращается внимание на клиническую картину

и предоперационную эхокардиографическую диагностику этого редкого заболевания сердца. После удачной экстренной операции больная быстро выздоровела.

А. А. Паал — Острое воспаление желчного пузыря у младенца

Автор описывает относительно редкий случай острого воспаления желчного пузыря у младенца, который находился на лечении в отделении детской хирургии Таллинской городской клинической детской больницы.

Э. Г. Кяэр-Кингисепп — «Theatrum anatomicum Universitatis Tartuensis». Страницы, посвященные организации учебной работы на медицинском факультете Тартуского университета в начале XIX века

В статье приводятся данные относительно опубликованного в 1805 г. проф. Изенфламмом и обнаруженного в 1984 г. в Тартуском музее «Дневника Анатомического театра Тартуского императорского университета» («Theatrum anatomicum Universitatis Tartuensis»). Из дневника мы узнаем о деятельности проф. Г. Ф. Изенфламма как заведующего кафедрой анатомии, физиологии и судебной медицины, об учебной работе и ее организации на кафедре, о применявшихся учебных пособиях. Интерес представляют сведения о препарировании трупов, а также о защите докторских диссертаций. Как свидетельствуют документы Совета университета «Conseil», в 1803 г. для проведения занятий снимались частные дома, в том числе деревянное здание по ул. Струве 2, ныне памятник архитектуры, в котором и располагался «Theatrum anatomicum».

Р. Р. Раннамяэ — Особенности деятельности санитарного врача

А. А. Куузик — Деятельность Советского Красного Креста в годы Великой Отечественной войны

В. П. Васильев — Открытие Таллинского Дома санитарного просвещения

М К. Кеэрма — Новая амбулатория в Лоо

Т. Ф. Кауба — Республиканский семинар неврологов, нейрохирургов и психиатров

А. Э. Яннус — Пленарное заседание главного совета научно-технической комплексной программы Министерства высшего и среднего специального образования СССР «Человек и окружающая среда»

Э. М. Куус — XII Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов

В. В. Калнин — I съезд организаторов здравоохранения и историков медицины Латвийской ССР

Л. С. Приймаги — Всесоюзная научная конференция «Методы иммунотерапии»

И. Й. Пилв — Семинар заведующих отделениями научной организации труда союзных республик

Х. М. Пярн, Ю. Я. Хейнла — III Всесоюзный съезд гастроэнтерологов

А. А. Тикк — XVIII симпозиум неврологов придунайских стран

Х. А. Силласту — Третий съезд Европейского пневмологического общества

Р. Х. Таммур — XIX съезд гастроэнтерологов Чехословакии

Ю. М. Саарма — Шестой симпозиум по психиатрии ученых Советского Союза и Финляндии

Л. Т. Ребане — IV конференция медицинских обществ г. Пярну

В. А. Лаос — Общее собрание Эстонского общества патологоанатомов и Раплаского общества врачей

Л. Х. Алликметс — Общее собрание Общества фармакологов Эстонии и Общества физиологов Эстонии

Л. Б. Нурманд — Общая конференция обществ фармакологов Литвы, Латвии и Эстонии

Юбилейные даты

Критика и библиография

В клубе Эскулапа

Некрологи

Гранки редакции

Хроника

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

No 2. March, April 1985

L. Laks — The task of health authorities

J. Laasik, I. Paju, L. Tähepõld, H. Tihane —
The diagnostic significance of the determination of «middle molecules» in patients with renal failure

A comparative study of the changes in the levels of middle molecules and traditional nitrogen compounds (creatinine, urea, residual nitrogen) in blood plasma has been carried out in 6 patients with acute and in 10 patients with chronic renal failure. Middle molecules have been determined spectrophotometrically according to the method proposed by the Institute of Transplantation and Artificial Organs of the Ministry of Public Health of the USSR.

It has been found that there exists a general correlation between the changes in the levels of middle molecules and nitrogen compounds in the patients studied. The authors point out that very high values of middle molecules may be of prognostic significance.

It is concluded that the determination of middle molecules may serve as an additional simple laboratory test for the diagnosis and prognosis of renal failure.

V. Sui, A. Vapra — Rumalone treatment of various x-ray stages of deforming osteoarthritis

A full course of rumalone was given to 34 patients at stage I., 40 patients at stage II., 22 patients at stage III. and 6 patients at stage IV. of deforming osteoarthritis recognized on x-ray. Rumalone was given intramuscularly 3 times a week from 20 to 25 injections for a course of drug therapy. This therapy gave good results in three thirds of cases. The treatment results were closely related to x-ray changes: the best therapeutic effect was observed at stage I. compared with that at the other stages.

K. Kutsar — Differentiated measurement of anti-influenza IgG and IgM antibodies

Adsorption of IgG immunoglobulins to Staphylococcus aureus A protein, according to G. Cornwall, can be used to differentiate specific IgM and IgG antibodies in the serological diagnosis of influenza A and B. This test is highly specific, sensitive and can be used, in the presence of a single patient's serum specimen, for an early diagnosis of influenza.

A. Ellamaa — Anterior metallic spondylolysis of the cervical spine

Advantages and technical aspects of anterior metallic spondylolysis of the cervical spine are analyzed. The possibility of one-moment rigid connection of vertebral bodies, decompressive laminectomy and early postoperative kinetic therapy are the main advantages of this method.

K. Zilmer, A. Kallikorm, A. Paju, H. Sinimäe, A. Tähepõld — Changes in the spectrum of serum hormones and serum protein content during physiological pregnancy

30 healthy non-pregnant and 115 healthy pregnant women have been examined for the changes in the serum hormone and protein levels during different trimesters. It has been found that, during pregnancy, the levels of thyrotrophin and somatotrophin, synthesized and secreted by the anterior pituitary gland, do not change significantly, but the levels of adrenocorticotrophin and prolactin, however, rise markedly reaching their maximum levels just before confinement. The secretion of thyroid and adrenal hormones also increases during pregnancy. A drop in serum albumin and serum gamma-globulin levels and a moderate rise in transferrin, slow betaglobulin and macro-globulin levels have been observed during normal pregnancy.

L. Karu — The Institute of General and Molecular Pathology of Tartu University

This institute was set up 5 years ago on the basis of the central medical laboratory of Tartu University. The scientific problems of the institute include current research trends such as biotechnology, research into the oncogen, and the therapeutic and surgical tactics in the management of ischemic heart disease. This article also deals with the institute's research team and scientific cooperation in our republic, in the USSR, as a whole, and in the world.

K. Karu — Exercise testing shortly after myocardial infarction

Exercise tests can be safely performed from 3 to 4 weeks after an uncomplicated myocardial infarction (MI). Main indications for early exercise tests and criteria for exclusion are presented in this article. Methods and conditions

for carrying out these tests are also dealt with. The clinical and prognostic significance of ECG changes during and after physical loading is discussed. Exercise-induced ST-segment depression appears to be a reliable phenomenon in subendocardial ischemia involving another non-infarcted area. It often predicts the appearance of a multivessel disease or the stenosis of the main left coronary artery. A post-MI exercise-induced ST-segment elevation should not be considered as an ischemic pattern, but as an indicator of wall motion abnormalities of the left ventricle. In patients with a poor left ventricular function a «false negative» test is not uncommon.

L. Sildver — Hypoglycaemic syndrome in the newborn

The literature relevant to hypoglycaemic syndrome in the newborn is reviewed. In this article the author deals with several clinical forms, diagnostic principles, prognosis and substitution therapy of hypoglycaemic syndrome in the newborn.

I. Liiv — Right atrial myxoma

A case of cardiac tumour (right atrial myxoma) in a 43-year-old woman is described and analysed. The preoperative diagnosis of atrial myxoma was made by an echocardiographic examination of the patient. After a successful removal of the myxoma the patient made a speedy recovery.

A. Paal — Acute pancreatitis in an infant

The author describes a relatively rare case of acute pancreatitis in an infant who was admitted to the surgical department of the Tallinn City Clinical Children's Hospital

E. Käer-Kingisepp — «Theatrum Anatomicum Universitatis Tartuensis». Tuition at the Medical Faculty of Tartu University at the beginning of the 19th century

«Theatrum Anatomicum Universitatis Tartuensis» («The Diary of the Anatomical Theatre of the Imperial Tartu University») by professor H. Fr. Isenflamm, published in 1805, contains the most essential information about H. Fr. Isenflamm's activities as Head of the Chair of Anatomy, Physiology and Forensic Medicine of the Medical Faculty. This diary also presents valuable information about tuition, teaching aids, autopsy techniques and the conferment of the degree *Medicinae Doctor* (MD) at Tartu University. According to the Proceedings of the University Council, the anatomical theatre was then situated in a private historic wooden house in today's Struve Street.

R. Rannamäe — The responsibilities of the health officer

A. A. Kuusik — The activities of the Soviet Red Cross Society during the Great Patriotic War

V. Vassilyev — The Tallinn House of Health Education has opened its doors

M. Keerma — A New out-patient department at Loo

Conferences and meetings

Physicians' societies

Our heroes of the day

Reviews and bibliography

The Asclepios Club's debate

Necrologies

Editorial column

Chronicle

*English text edited and translated by
E. Saarnok*

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

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG 1985 II
POOLAASTAKS ON

I. MAI



NICOSPANUM

Nikospaan on kombineeritud preparaat, mis koosneb nospaanist ja nikotiinhapest. Nikospaanil on veresooni laiendav toime.

Ravimit kasutatakse aju veresoonte spasmide ja perifeerse vereringe häirete korral. Nikospaani võetakse 1...3 tabletti päevas pärast sööki.